

Abra la cámara o el lector de
códigos QR y escanee el código
para acceder a este artículo y otros
recursos en línea.



ARTÍCULO ORIGINAL

Acceso abierto

Definición de «sedación profunda continua» mediante un protocolo de tratamiento: Artículo de propuesta

Tatsuya Morita, MD,^{1,*} Kengo Imai, MD,² Masanori Mori, MD,¹ Naosuke Yokomichi, MD, PhD,^{1,3} y Satoru Tsuneto, MD, PhD³

Resumen

Contexto: La sedación profunda continua (CDS) se considera una forma de uso de sedantes de gran alcance para el control de los síntomas, pero no existen definiciones uniformes establecidas.

Objetivos: Proponer tipos de uso de sedantes relacionados con la CDS utilizando protocolos de tratamiento con tres parámetros: objetivos de tratamiento documentados, rapidez de ajuste de la dosis y duración prevista del tratamiento.

Métodos: Artículo de opinión.

Resultados: Proponemos cuatro tipos de uso de sedantes potencialmente relacionados con el CDS: (1) sedación proporcional (el objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas con una monitorización regular para maximizar la comunicación con el paciente, no una disminución del nivel de conciencia; con un uso gradual de sedantes; existe la posibilidad de suspender los sedantes), (2) sedación proporcional rápida (el objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas con una fase de carga rápida, seguida de una monitorización regular para maximizar la comunicación con el paciente; existe la posibilidad de suspender los sedantes), (3) sedación profunda con posibilidad de suspensión (sedación profunda prevista inicialmente, seguida de evaluaciones periódicas de la idoneidad del objetivo del tratamiento; existe la posibilidad de suspender los sedantes) y (4) sedación profunda continua hasta la muerte (sedación profunda indicada desde el inicio y mantenida hasta la muerte).

Conclusión: Este artículo propone la idea de que el uso de protocolos terapéuticos que visualicen los objetivos del tratamiento, la rapidez de la titulación de la dosis y la duración prevista del tratamiento puede ayudar a comprender las variaciones existentes en el uso de sedantes en todo el mundo. El uso de protocolos terapéuticos de la misma manera que se define un tratamiento médico en otras especialidades podría aclarar la confusión actual sobre el uso de sedantes.

Palabras clave: uso continuo de sedantes; sedación profunda; cuidados al final de la vida; cuidados paliativos; sedación paliativa

¹ Departamento de Cuidados Paliativos y de Apoyo, Hospital General Seirei Mikatahara, Hamamatsu, Shizuoka, Japón.

² Hospicio Seirei, Hospital General Seirei Mikatahara, Hamamatsu, Shizuoka, Japón.

³ División de Medicina Paliativa, Universidad de Kioto, Kioto, Japón.

^{*} Identificador ORCID (<https://orcid.org/0000-0003-0863-1184>).

*Dirigir la correspondencia a: Tatsuya Morita, MD, Departamento de Cuidados Paliativos y de Apoyo, Hospital General Seirei Mikatahara, Kita-ku, Hamamatsu, Shizuoka 433-8558, Japón, correo electrónico: tmorita@sis.seirei.or.jp

[†] Tatsuya Morita *et al.*, 2021; Publicado por Mary Ann Liebert, Inc. Este artículo de acceso abierto se distribuye bajo los términos de la licencia Creative Commons [CC-BY] (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite adecuadamente el trabajo original.



Introducción

Los pacientes con enfermedades terminales experimentan diversos síntomas angustiosos y, en ocasiones, se requiere sedación paliativa para el sufrimiento grave refractario a las medidas paliativas estándar.^{1,2} Las definiciones comunes de sedación paliativa incluyen una declaración de que el uso de medicamentos sedantes tiene como objetivo inducir un estado de conciencia disminuida o ausente para aliviar el sufrimiento intratable de los pacientes moribundos.³⁻¹² La sedación profunda continua (CDS) se considera una forma de sedación paliativa de gran alcance, pero la falta de definiciones uniformes establecidas da lugar a confusión en la literatura médica.¹³

Los estudios empíricos sugieren que la CDS presenta una marcada heterogeneidad. Estudios conceptuales y empíricos recientes han sugerido que existen potencialmente dos tipos diferentes de sedación paliativa en todo el mundo¹⁴⁻¹⁸: (1) sedación proporcional (es decir, los sedantes se aumentan progresivamente según el nivel de paliación de los síntomas alcanzado: solo se induce la inconsciencia si no es posible paliar el sufrimiento); o bien (2) sedación profunda rápida (es decir, los sedantes se aumentan rápidamente hasta que el paciente queda inconsciente y, a continuación, se mantienen a menudo en ese nivel hasta la muerte). Si aceptamos esta distinción, existen dos tipos de sedación profunda: una es el resultado de la sedación proporcional y la otra es una sedación profunda intencionada desde el inicio.

Además, en algunos estudios se hizo referencia al concepto de sedación profunda continua hasta la muerte (CDSUD: sedación profunda mantenida hasta la muerte).⁽¹⁹⁻²⁴⁾ pero no está claro si el mantenimiento de la sedación profunda es un tratamiento previsto desde el inicio o el resultado de una sedación proporcional: algunos consideran que la CDS es el resultado de una sedación proporcional para aliviar los síntomas,¹⁹⁻²² mientras que otros consideran la CDSUD como un acto intencionado para mantener a los pacientes inconscientes desde el inicio hasta la muerte.^(23,24) Más recientemente, se legalizó en Francia una forma distinta de CDS, la sedación profunda que se inicia simultáneamente cuando se retira el tratamiento de soporte vital y se mantiene hasta la muerte.^(25,26)

La intención de los médicos se ha considerado un componente importante para aprobar el CDS desde el punto de vista ético y jurídico.³⁻¹² La visión tradicional basada en la teoría del doble efecto subraya que los médicos pueden tener la intención de aliviar los síntomas mediante el uso de sedantes, pero que no deben tener la intención directa de disminuir la conciencia del paciente.²⁷ Esto se debe a que, cuando se aplica el principio del doble efecto en la práctica de la sedación y la disminución del nivel de conciencia se considera un «efecto negativo», el médico no debe pretender disminuir el nivel de conciencia, y el alivio de los síntomas no debe lograrse mediante la disminución del nivel de conciencia.²⁷

Por el contrario, una encuesta internacional reciente reveló una actitud divergente hacia la intención de los médicos con respecto al uso de sedantes. Los médicos del Reino Unido eran menos propensos a informar que su intención con respecto al uso continuo de sedantes era una disminución del nivel de conciencia y la inconsciencia, en comparación con los médicos italianos, alemanes, holandeses, belgas y japoneses: 9 % frente a 30 %-48 %, 4 % frente a 11 %-32 %, respectivamente.¹⁸ Del mismo modo, los médicos del Reino Unido y Japón eran menos propensos a informar de que el objetivo común del tratamiento era la inconsciencia, en comparación con los médicos italianos, holandeses y belgas: 22 %-27 % frente a 54 %-72 %, respectivamente.¹⁸

Además, una encuesta realizada en Estados Unidos reveló que el 85 % de los médicos estadounidenses consideraban la pérdida de conciencia como un efecto secundario aceptable de la sedación, pero que no debía ser un objetivo directo.²⁸ Estos hallazgos concuerdan con las declaraciones de los especialistas en cuidados paliativos del Reino Unido y Estados Unidos, que hacen hincapié en el uso proporcional de sedantes como medida de control de los síntomas y, en general, no están de acuerdo con que la intención de la sedación incluya una disminución del nivel de conciencia.²⁹⁻³²

Medir la intención de un médico es difícil, y suponemos que un método potencial para reducir la ambigüedad en la práctica clínica podría ser visualizar los protocolos de tratamiento con los objetivos terapéuticos documentados mediante herramientas validadas, en lugar de la intención del médico. Hasta la fecha, varios estudios han abordado la eficacia de los protocolos de tratamiento para el uso de sedantes en entornos de cuidados paliativos.⁽³³⁻³⁶⁾ Una guía japonesa seguida de estudios empíricos está tratando de distinguir entre la sedación proporcional y la CDS utilizando protocolos de tratamiento visualizados, partiendo de la hipótesis de que existen dos tipos de uso de sedantes en la práctica.^(7, 33, 34)

Un estudio multicéntrico reveló que los protocolos de tratamiento reflejaban bien la intención del tratamiento: un protocolo de sedación proporcional logró un alivio satisfactorio de los síntomas mientras mantenía la conciencia de algunos pacientes, y un protocolo de sedación profunda logró un buen alivio de los síntomas, aunque la mayoría de los pacientes perdieron la conciencia.⁽³⁴⁾ Por lo tanto, visualizar cómo utilizar los sedantes con un objetivo terapéutico documentado puede ser un método prometedor para aclarar la práctica clínica del uso de sedantes. Esa visualización también puede ser valiosa para garantizar la calidad mediante la estandarización.³⁷

El objetivo de este artículo conceptual era proponer cuatro tipos de uso de sedantes relacionados con el CDS utilizando protocolos de tratamiento. Se eximió de la aprobación del IRB de acuerdo con la directriz nacional sobre investigación en seres humanos.

Resumen

Proponemos cuatro tipos de uso de sedantes potencialmente relacionados con el CDS utilizando tres parámetros (Tabla 1):



objetivos terapéuticos descritos en los protocolos (alivio de los síntomas frente a sedación profunda), rapidez de la titulación de la dosis (gradual frente a rápida con fase de carga) y duración prevista del tratamiento (durante los síntomas intensos frente a hasta la muerte). Adoptamos el concepto de objetivo del tratamiento, en lugar de la intención del médico, porque el objetivo del tratamiento se puede medir utilizando herramientas validadas, como la intensidad de los síntomas o los niveles de conciencia (por ejemplo, la Escala de Agitación-Sedación de Richmond [RASS]).

La rapidez de la titulación de la dosis se caracteriza como gradual o rápida, y la diferencia se visualizó mediante la presencia o ausencia de una fase de carga. La duración prevista del tratamiento se clasificó como durante los síntomas intensos o hasta la muerte: la primera significa que el paciente tiene la posibilidad de dejar los sedantes, pero la segunda significa que no hay posibilidad de dejar los sedantes. En los protocolos, las diferencias se visualizan mediante la presencia o ausencia de un seguimiento regular para explorar cualquier posibilidad de cambio en el objetivo del tratamiento, pasando de una sedación profunda a una sedación proporcional.

Los cuatro tipos de uso de sedantes se denominan provisionalmente como

- (1) sedación proporcional (el objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas, no disminuir el nivel de conciencia, con un aumento gradual de la dosis y la posibilidad de suspender los sedantes),
- (2) sedación proporcional rápida (el objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas con una fase de carga rápida, con la posibilidad de suspender los sedantes), (3) sedación profunda con posibilidad de suspensión (sedación profunda prevista inicialmente, con la posibilidad de cambiar el objetivo del tratamiento de sedación profunda a sedación proporcional, lo que podría dar lugar a la suspensión de los sedantes), y (4) CDSUD (sedación profunda indicada desde el inicio y mantenida hasta la muerte).

Cuatro tipos de uso de sedantes

Sedación proporcional

La sedación proporcional significa el uso proporcional de sedantes con una dosis inicial baja seguida de un ajuste cuidadoso de la dosis (Fig. 1). La sedación profunda no es un objetivo terapéutico descrito en el protocolo. El objetivo terapéutico es el alivio de los síntomas, y la monitorización regular es vital para explorar cualquier posibilidad de reducir la dosis de sedantes, incluso su suspensión, con el fin de maximizar la comunicación con el paciente. Si

los pacientes están muy sedados más allá del alivio de los síntomas, la dosis de sedantes se reduce finalmente dentro del rango que evita el empeoramiento de los síntomas. Si se requiere sedación profunda, esta CDS puede interpretarse como el resultado de los esfuerzos por lograr el control de los síntomas siguiendo el protocolo de sedación proporcional; es decir, la CDS se interpreta como el resultado de la sedación proporcional.

Empíricamente, el protocolo de sedación proporcional condujo al logro del objetivo (es decir, el alivio de los síntomas) en el 69 % de los casos cuatro horas después de su inicio, con una media de 0,8 en la Escala de Evaluación del Equipo de Apoyo (STAS) y de -0,7 en la RASS modificada; como resultado, se indujo una sedación profunda en el 31 % de los casos.³⁴ El hecho de que una minoría relativa de pacientes perdiera el conocimiento confirmó que el objetivo del protocolo de sedación proporcional es el alivio de los síntomas y no la sedación profunda en sí misma. Este tipo de uso de sedantes será bien aceptado, ya que puede considerarse parte de los cuidados paliativos estándar, al igual que la titulación de opioides.³⁰

Sedación proporcional rápida

La sedación proporcional rápida es una forma de sedación proporcional, por lo que el objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas, y la monitorización regular es vital para explorar la posibilidad de reducir la dosis de sedantes y suspenderlos para maximizar la comunicación con el paciente (fig. 2). La diferencia con respecto al protocolo de sedación proporcional es la presencia de una fase de carga; en el caso de los pacientes que ya han sido sedados debido a los efectos de medicamentos anteriores, como la sedación de respiro, se puede omitir la fase de carga.

La sedación proporcional rápida suele estar indicada para pacientes en situaciones de emergencia, como hemorragias, asfixia o disnea intensa, y puede estar indicada para algunos pacientes en el hogar, donde se requiere un alivio rápido en intervalos de tiempo cortos. Los sedantes se utilizan en dosis más altas que en la sedación proporcional típica, pero el objetivo del tratamiento no es disminuir la conciencia o la inconsciencia en sí.

Sedación profunda con posibilidad de interrupción

La sedación profunda con posibilidad de interrupción significa una sedación profunda inducida desde el inicio, pero con posibilidad de

Tabla 1. Cuatro tipos de uso de sedantes potencialmente relacionados con la sedación profunda continua

Tipos	Objetivo del tratamiento descrito	Rapidez de ajuste de la dosis	Duración prevista del tratamiento
Sedación proporcional	Alivio de los síntomas	Gradual	Durante los síntomas intensos (hay un posibilidad de suspender los sedantes)
Sedación proporcional rápida	Alivio de los síntomas		
de interrupción	Sedación profunda rápida con posibilidad	Rápida	Hasta la muerte (no hay posibilidad de suspender los sedantes).
Sedación profunda continua hasta la muerte	Sedación profunda	Rápida	



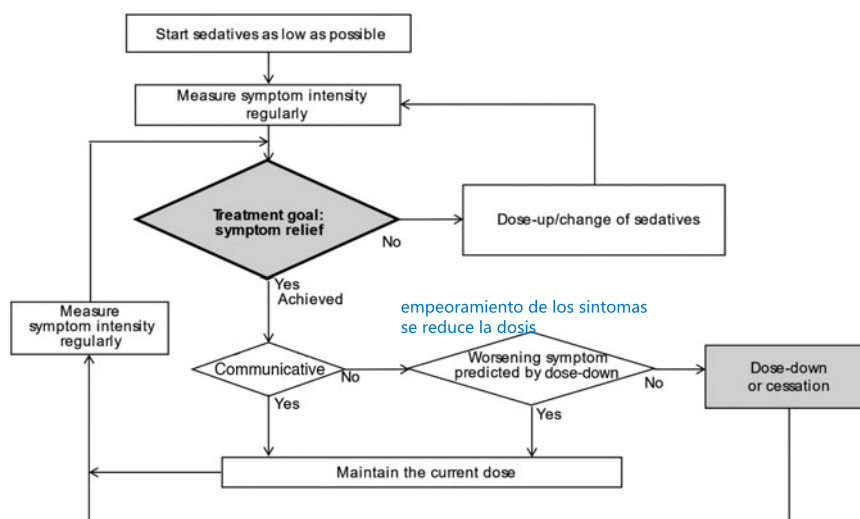


FIG. 1. Sedación proporcional. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas, no disminuir el nivel de conciencia; con un aumento gradual de la dosis existe la posibilidad de suspender los sedantes.

cambiando el objetivo del tratamiento a sedación proporcional (Fig. 3). El objetivo inicial del tratamiento es la sedación profunda (por ejemplo, RASS ≤ -4 o inconsciencia), y este protocolo requiere sedación profunda durante los periodos en los que el sufrimiento del paciente no mejora. Al mismo tiempo

Es necesario evaluar periódicamente si el objetivo del tratamiento es adecuado para explorar cualquier posibilidad de cambiarlo (por ejemplo, cambiar a sedación proporcional) y, a continuación, existe la posibilidad de reducir la dosis de sedantes o suspenderlos.

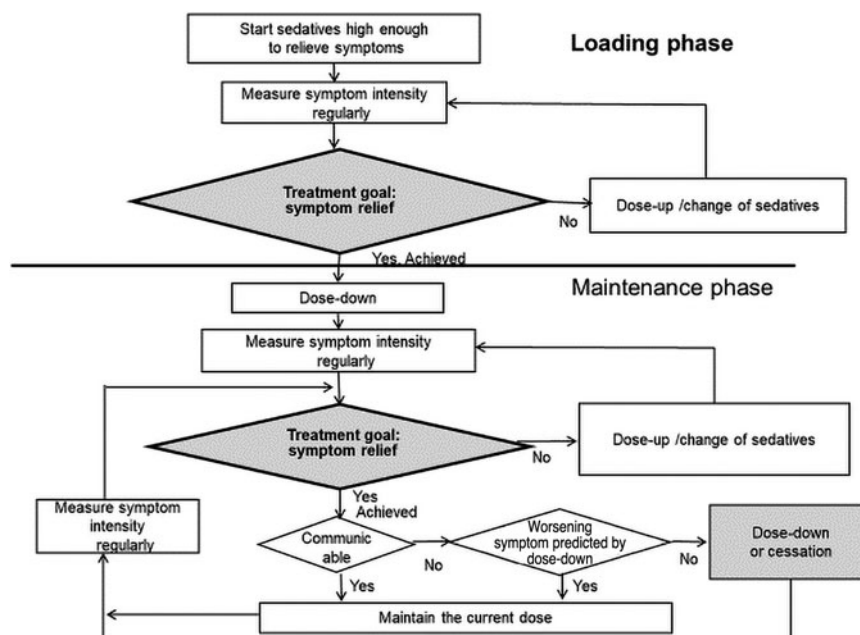


FIG. 2. Sedación proporcional rápida. El objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas con una fase de carga rápida; existe la posibilidad de suspender los sedantes.



Un estudio empírico reveló que este protocolo condujo al logro del 83 % del objetivo (es decir, sedación profunda) cuatro horas después de su inicio, con una media de 0,3 en la escala STAS y de -4,2 en la escala RASS ⁽³⁴⁾. Cabe destacar que, en algunos pacientes (3/7 a las 24 horas), se interrumpió el protocolo de sedación profunda porque los pacientes lograron un alivio adecuado de los síntomas antes de que la sedación alcanzara un nivel profundo.³⁴ El hecho de que no todos los pacientes alcanzaran una sedación profunda con este protocolo sugiere que los médicos que afirman que pretenden inducir una sedación profunda pueden, en realidad, pretender solo el alivio de los síntomas, incluso cuando utilizan el protocolo de sedación profunda. Por lo tanto, este tipo de uso de sedantes puede ser esencialmente el mismo que la sedación proporcional rápida. Para los médicos que creen que no deben intentar directamente dejar a los pacientes inconscientes, este tipo de sedación no sería aceptable; sin embargo, el hecho de que un número considerable de médicos (por ejemplo, entre el 22 % y el 72 % en cada país en una encuesta internacional) afirme que el objetivo del tratamiento con sedantes es la inconsciencia indica que este tipo de sedación existe en la práctica actual.

práctica clínica en todo el mundo.¹⁸

Sedación profunda continua hasta la muerte

La sedación profunda continua hasta la muerte significa una sedación profunda indicada desde el inicio y mantenida hasta la muerte como un procedimiento médico planificado (fig. 4). Una diferencia con respecto a la sedación profunda con posibilidad de interrupción es la falta de monitorización repetida para explorar cualquier posibilidad de cambiar el objetivo del tratamiento, lo que da lugar a que no haya posibilidad de recuperación. El objetivo final es mantener la sedación profunda hasta la muerte, y los pacientes no tienen posibilidad de interrumpir los sedantes. La sedación profunda iniciada simultáneamente con la retirada del tratamiento de soporte vital legalizada en Francia puede clasificarse dentro de este tipo de uso de sedantes ^(25,26). Algunos insisten en que la imposibilidad de cambiar el objetivo del tratamiento y de suspender los sedantes puede ser inadecuada como medida de cuidados paliativos.

Por ejemplo, la guía clínica japonesa define la sedación continua como «sedación en la que se mantiene un nivel reducido de conciencia sin especificar planes para interrumpirla» y prohíbe la sedación profunda hasta la muerte sin una evaluación periódica de su necesidad ^{6,7}. En esta guía, la sedación profunda hasta la muerte es

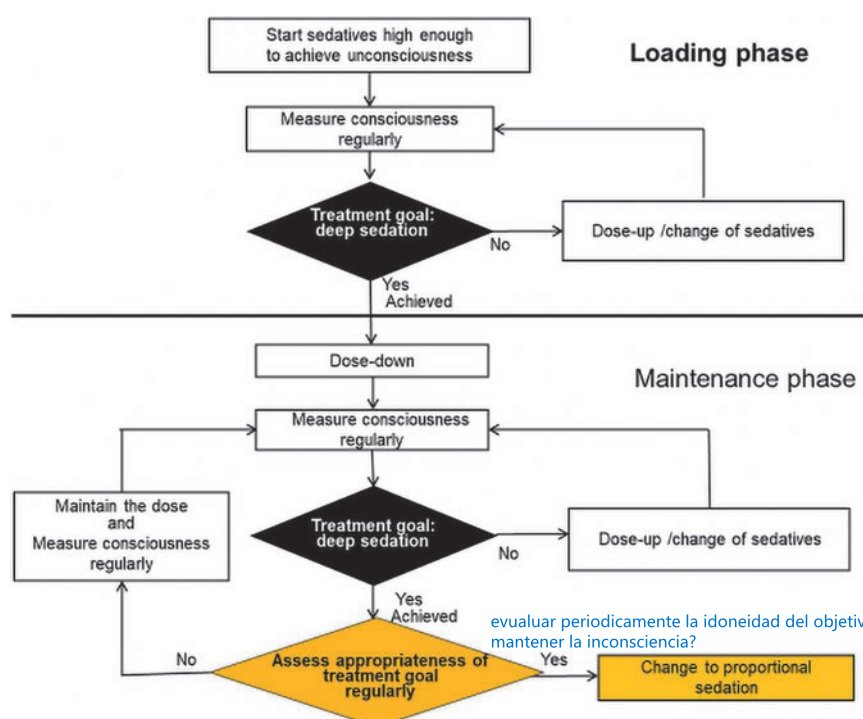


FIG. 3. Sedación profunda con posibilidad de interrupción. Sedación profunda prevista inicialmente; existe la posibilidad de reducir la dosis y suspenderla, ya que se evalúa periódicamente la idoneidad del objetivo del tratamiento y el protocolo terapéutico puede modificarse para pasar a una sedación proporcional (existe la posibilidad de suspender los sedantes).



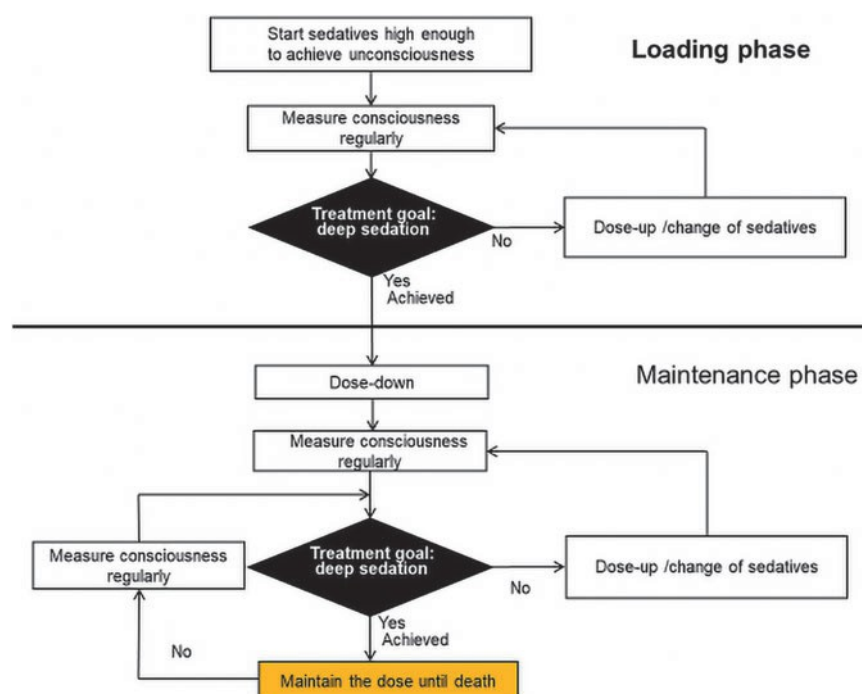


FIG. 4. Sedación profunda continua hasta la muerte. Sedación profunda indicada desde el inicio y mantenida hasta la muerte (no hay posibilidad de suspender los sedantes).

Interpretado como resultado del hecho de que las evaluaciones repetidas no identificaron un momento adecuado para la retirada de la sedación debido al sufrimiento continuo (es decir, no se planificó desde el inicio el mantenimiento de la sedación profunda hasta la muerte). La CDSUD, tal y como se planificó en la fase inicial de la sedación, puede ser una práctica médica esencialmente distinta de los otros tres tipos de uso de sedantes que implican una posibilidad teórica de recuperación sobre la base de una evaluación periódica de la necesidad de la sedación profunda.

Discusión

Este artículo propone el uso de protocolos de tratamiento para comprender la práctica actual del uso de sedantes utilizando tres parámetros: el objetivo del tratamiento descrito en los protocolos (alivio de los síntomas frente a sedación profunda), la rapidez de la titulación de la dosis (gradual frente a rápida con fase de carga) y la duración prevista del tratamiento (durante los síntomas intensos frente a hasta la muerte). Nuestra propuesta inicial incluye (1) sedación proporcional, (2) sedación proporcional rápida, (3) sedación profunda con posibilidad de interrupción y (4) sedación profunda continua hasta la muerte.

Una crítica probable es el argumento de que los sedantes deben utilizarse de forma proporcional en todos los entornos con el

La intención es aliviar los síntomas (no debe tener como objetivo directo disminuir el nivel de conciencia o provocar inconsciencia), por lo que solo existe un tipo de sedación: la sedación proporcional.²⁹⁻³¹ Esto puede ser apropiado y cierto, pero los estudios empíricos sugieren que se observan variaciones en la práctica clínica real en cuanto a los objetivos del tratamiento (alivio de los síntomas frente a sedación profunda), la rapidez de la titulación de la dosis (iniciar los sedantes con la dosis más baja posible frente a una dosis lo suficientemente alta como para alcanzar el objetivo y luego disminuirla) y la duración prevista del tratamiento (si se prevé mantener la sedación hasta la muerte).^{14,15,18,25,26,38}

Los médicos del Reino Unido informaron que su intención al usar sedantes de forma continua era reducir el nivel de conciencia y la inconsciencia entre un 4 % y un 9 %, mientras que estos valores entre los médicos italianos, alemanes, holandeses, belgas y japoneses eran del 30 % al 48 % y del 11 % al 32 %, respectivamente.¹⁸ La inconsciencia como objetivo terapéutico del uso de sedantes fue indicada por el 22 %-27 % de los médicos del Reino Unido y Japón y por el 54 %-72 % de los médicos italianos, holandeses y belgas.¹⁸ Los porcentajes de médicos que informaron haber iniciado sedantes en dosis suficientemente altas fueron del 69 % al 72 % en Bélgica e Italia, del 41 % al 54 % en los Países Bajos y Alemania, y del 22 % al 27 % en el Reino Unido y Japón.¹⁸



Un estudio cualitativo sugirió que en los Países Bajos y Bélgica se utilizaban a menudo sedantes para mantener la inconsciencia inducida hasta la muerte^{14,15} y el 38 % de los especialistas en cuidados paliativos japoneses encuestados en 2016 afirmaron que tenían la intención de mantener la inconsciencia hasta la muerte.³⁸ Por lo tanto, nuestro intento es clasificar el uso de sedantes en la práctica actual basándonos en estos parámetros: objetivos del tratamiento, rapidez de la titulación de la dosis y duración prevista del tratamiento, sin entrar a debatir cómo deben utilizarse los sedantes.

La propuesta de este artículo es provisional y debe considerarse como una idea preliminar: hay varias limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, no se han probado todos los tipos de uso de sedantes en estudios empíricos: solo se han probado dos tipos de protocolos (sedación proporcional y sedación profunda con posibilidad de interrupción) en un único país.^{33,34} En segundo lugar, esta propuesta solo aborda el uso continuo de sedantes, y otros tipos de uso de sedantes, como la sedación de relevo, especialmente la sedación de relevo a largo plazo (por ejemplo, 48 horas), quedan fuera del alcance de este estudio. En tercer lugar, la combinación del uso de sedantes y la retirada de la nutrición y la hidratación no se tuvo en cuenta en la clasificación de los tipos de uso de sedantes. Por último, los nombres y las clasificaciones de cada tipo de uso de sedantes son provisionales, y es necesario seguir debatiendo para llegar a un consenso.

Proponemos una idea que implica el uso de protocolos de tratamiento que visualicen los objetivos del tratamiento, la rapidez de la titulación de la dosis y la duración prevista del tratamiento para ayudar a comprender por qué el debate sobre el uso de sedantes es confuso. El uso de protocolos de tratamiento definidos puede ayudar a comprender las variaciones existentes en el uso de sedantes en todo el mundo. Nuestro objetivo es facilitar el debate sobre el uso adecuado de los sedantes, y no proponer una definición definitiva de sedación. Es necesario seguir debatiendo cómo definir el uso de sedantes desde una perspectiva internacional.

Información sobre la financiación

Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Educación, Cultura, Deportes, Ciencia y Tecnología de Japón.

Declaración de divulgación de los autores

Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, et al.: Sedación farmacológica paliativa para adultos con enfermedades terminales. Beller EM, ed. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1:CD010206.

2. Heijltjes M, van Thiel G, Rietjens J, et al.: Cambios en las prácticas del uso de la sedación continua al final de la vida. Una revisión sistemática de la literatura. *J Pain Symptom Manage* 2020;60:828.e3–846.e3.
3. Abarshi E, Rietjens J, Robijn L, et al.: Variaciones internacionales en las guías de práctica clínica para la sedación paliativa: una revisión sistemática. *BMJ Support Palliat Care* 2017;7:223–229.
4. Cherny NI, Radbruch L, Junta Directiva de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos: Marco recomendado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) para el uso de la sedación en cuidados paliativos. *Palliat Med* 2009;23: 581–593.
5. Cherny NI, Grupo de Trabajo de Directrices de la ESMO: Directrices de práctica clínica de la ESMO para el tratamiento de los síntomas refractarios al final de la vida y el uso de la sedación paliativa. *Ann Oncol* 2014;25(Suplemento 3):iii143–iii152.
6. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y: Desarrollo de una guía clínica para la terapia de sedación paliativa utilizando el método Delphi. *J Palliat Med* 2005;8:716–729.
7. Imai K, Morita T, Akechi T, et al.: Principios de las directrices clínicas revisadas sobre la terapia de sedación paliativa de la Sociedad Japonesa de Medicina Paliativa. *J Palliat Med* 2020;23:1184–1190.
8. Janssens R, van Delden JJ, Widdershoven GA: Sedación paliativa: no es solo una práctica médica normal. Reflexiones éticas sobre la guía de la Real Asociación Médica Neerlandesa sobre la sedación paliativa. *J Med Ethics* 2012;38: 664–668.
9. Orsi L, Gristina GR: Sedación paliativa: declaración de posición del Comité Nacional Italiano de Bioética. *Minerva Anestesiol* 2017;83: 524–528.
10. Kirk TW, Mahon MM, Grupo de Trabajo sobre Sedación Paliativa del Comité de Ética de la Organización Nacional de Cuidados Paliativos y Hospicios: Declaración de posición y comentario de la Organización Nacional de Cuidados Paliativos y Hospicios (NHPCO) sobre el uso de la sedación paliativa en pacientes terminales en fase terminal. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:914–923.
11. Dean MM, Cellarius V, Henry B, et al.: Grupo de Trabajo de la Sociedad Canadiense de Médicos de Cuidados Paliativos. Marco para la terapia de sedación paliativa continua en Canadá. *J Palliat Med* 2012;15:870–879.
12. Junta de la Haute Autorité de Santé: GUÍA DE LA TRAYECTORIA ASISTENCIAL ¿Cómo aplicar la sedación profunda continua hasta la muerte? https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/care_pathway_guide_how_to_implement_continuous_deep_sedation_until_death.pdf. 2018. (Último acceso: 17 de mayo de 2021).
13. Morita T, Maeda I, Mori M, et al.: Definición uniforme de sedación profunda continua. *Lancet Oncol* 2016;17:e222.
14. Bruinsma SM, Brown J, van der Heide A, et al.: UNBIASED. Entender la sedación continua en los cuidados paliativos para pacientes con cáncer: un estudio de entrevistas con familiares en duelo en tres países europeos. *Support Care Cancer* 2014;22:3243–3252.
15. Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S, et al.: Consorcio UNBIASED. Uso de la sedación continua hasta la muerte en pacientes con cáncer: estudio cualitativo basado en entrevistas sobre la práctica de médicos y enfermeros en tres países europeos. *Palliat Med* 2015;29:48–59.
16. Morita T, Tsuneto S, Shima Y: Definición de sedación para el alivio de los síntomas: revisión sistemática de la literatura y propuesta de criterios operativos. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:447–453.
17. Reid TT, Demme RA, Quill TE: Cuando no hay buenas opciones: aclarando la frontera entre la sedación paliativa proporcionada y la sedación paliativa hasta la inconsciencia. *Pain Manag* 2011;1:31–40.
18. Heijltjes MT, Morita T, Mori M, et al.: Opinión y práctica de los médicos con respecto al uso continuo de sedantes en los últimos días de vida. *J Pain Symptom Manage* 2021. [Publicación electrónica previa a la impresión; DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.07.012.]
19. Papavasiliou EE, Chambaere K, Deliens L, et al.; en nombre de EURO IMPACT. Prácticas comunicadas por los médicos sobre la sedación profunda continua hasta la muerte: un estudio descriptivo y comparativo. *Palliat Med* 2014;28:491–500.
20. Robijn L, Cohen J, Rietjens J, et al.: Tendencias en la sedación profunda continua hasta la muerte entre 2007 y 2013: una encuesta nacional repetida. *PLoS One* 2016;11:e0158188.
21. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, et al.: Sedación profunda continua hasta la muerte en Bélgica: una encuesta a nivel nacional. *Arch Intern Med* 2010;170:490–493.
22. Ziegler S, Schmid M, Bopp M, et al.: Sedación profunda continua hasta la muerte: un estudio suizo de certificados de defunción. *J Gen Intern Med* 2018;33: 1052–1059.



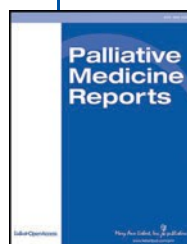
23. Tomczyk M, Dieudonne-Rahm N, Jox RJ: Estudio cualitativo sobre la sedación profunda continua hasta la muerte como alternativa al suicidio asistido en Suiza. *BMC Palliat Care* 2021;20:67.
24. Anquinet L, Rietjens JA, Seale C, et al.: La práctica de la sedación profunda continua hasta la muerte en Flandes (Bélgica), los Países Bajos y el Reino Unido: un estudio comparativo. *J Pain Symptom Manage* 2012;44:33–43.
25. Serey A, Tricou C, Phan-Hoang N, et al.: Sedación profunda continua solicitada por el paciente hasta la muerte: un estudio multicéntrico. *BMJ Support Palliat Care* 2019. [Publicación electrónica previa a la impresión; DOI: 10.1136/bmjspcare.2018.001712.]
26. Bretonniere S, Fournier V: Sedación profunda continua hasta la muerte: primera encuesta nacional en Francia tras la promulgación de la ley de 2016. *J Pain Symptom Manage* 2021;62:e13–e19.
27. Sulmasy DP: Los últimos susurros de nuestros muertos: ¿Cuándo es éticamente justificable dejar inconsciente a un paciente hasta su muerte? *Theor Med Bioeth* 2018;39:233–263.
28. Putman MS, Yoon JD, Rasinski KA, Curlin FA: Sedación intencional hasta la inconsciencia al final de la vida: resultados de una encuesta nacional a médicos. *J Pain Symptom Manage* 2013;46:326–334.
29. Vivat B, Bemand-Qureshi L, Harrington J, et al.: Los especialistas en cuidados paliativos de los equipos de hospicios y hospitales/comunidades utilizan predominantemente dosis bajas de sedantes al final de la vida para el confort del paciente, más que para la sedación: conclusiones de grupos focales y registros de pacientes para I-CAN-CARE. *Palliat Med* 2019;33:578–588.
30. Sykes N, Thorns A: El uso de opioides y sedantes al final de la vida. *Lancet Oncol* 2003;4:312–318.
31. Twycross R: Reflexiones sobre la sedación paliativa. *Palliat Care* 2019;12: 1178224218823511.
32. Schofield G, Baker I, Bullock R, et al.: Uso paliativo de opioides, sedación paliativa y eutanasia: reafirmando la distinción. *J Med Ethics* 2020;46: 48–50.
33. Imai K, Morita T, Yokomichi N, et al.: Eficacia de dos tipos de terapia de sedación paliativa definidos mediante protocolos de intervención: sedación proporcional frente a sedación profunda. *Support Care Cancer* 2018;26:1763–1771.
34. Imai K, Morita T, Yokomichi N, et al.: Eficacia de la sedación proporcional y la sedación profunda definidas por protocolos de sedación: estudio comparativo prospectivo, observacional y multicéntrico: sedación paliativa basada en protocolos. *J Pain Symptom Manage* 2021;62:1165–1174.
35. Monreal-Carrillo E, Allende-Pérez S, Hui D, et al.: Monitorización del índice biespectral en pacientes con cáncer sometidos a sedación paliativa: informe preliminar. *Support Care Cancer* 2017;25:3143–3149.
36. Porzio G, Aielli F, Verna L, et al.: Eficacia y seguridad de la sedación paliativa profunda y continua en el hogar: estudio retrospectivo de una sola institución. *Support Care Cancer* 2010;18:77–81.
37. Ghafoor VL, Silus LS: Desarrollo de políticas, órdenes estándar y supervisión del control de calidad para la terapia de sedación paliativa. *Am J Health Syst Pharm* 2011;68:523–527.
38. Hamano J, Morita T, Ikenaga M, et al.: Encuesta nacional sobre sedación paliativa en la que participaron especialistas japoneses en cuidados paliativos: intenciones y factores clave utilizados para determinar la sedación como proporcionalmente adecuada. *J Pain Symptom Manage* 2018;55:785–791.

Cite este artículo como: Morita T, Imai K, Mori M, Yokomichi N y Tsuneto S (2021) Definición de «sedación profunda continua» utilizando un protocolo de tratamiento: artículo de propuesta, *Palliative Medicine Reports* 2:1, 8-15, DOI: 10.1089/pmr.2021.0058.

Abreviaturas utilizadas

CDS ¼ sedación profunda continua
CDSUD ¼ sedación profunda continua hasta la muerte
STAS ¼ Programa de evaluación del equipo de apoyo

Publicado en *Palliative Medicine Reports*



- Acceso inmediato y sin restricciones en línea
- Rigurosa revisión por pares
- Cumplimiento de los mandatos de acceso abierto
- Los autores conservan los derechos de autor
- Altamente indexado
- Marketing por correo electrónico dirigido

liebertpub.com/pmr

