



# TFG

# REVISIÓN SEDACIÓN PALIATIVA

Autores: Elena González Arnáiz y Marta González Calabaza.

Tutor: D. Francisco López-Lara Martín.

Departamento: Anatomía y Radiología.

Universidad de Valladolid.

Trabajo Fin de Grado. Junio 2016 Valladolid.

## ÍNDICE

1.RESUMEN .....	3
Palabras clave .....	3
2.ABSTRACT .....	4
Keywords .....	4
3.INTRODUCCIÓN .....	5
4.JUSTIFICACIÓN .....	7
5.OBJETIVO.....	8
6.METODOLOGÍA.....	8
7.RESULTADOS .....	10
8.DISCUSIÓN .....	10
Diferencias éticamente relevantes entre eutanasia y sedación paliativa .....	10
Usos inadecuados y abuso de la sedación paliativa.....	11
Sedación paliativa y supervivencia .....	12
Sedación paliativa y calidad de vida .....	13
Aporte nutricional e hidratación artificial en sedación paliativa. ....	13
Sedación paliativa en muerte no inminente .....	14
Sedación paliativa en casos de sufrimiento existencial.....	14
Sedación paliativa en personas incapaces de firmar el consentimiento informado .....	15
Sedación paliativa en pediatría. ....	15
9.CONCLUSIONES.....	17
10.BIBLIOGRAFÍA .....	18

## **RESUMEN**

Los Cuidados Paliativos en su acepción moderna surgen en Reino Unido en 1967, pero las primeras publicaciones sobre sedación paliativa no aparecen hasta 1990. La sedación paliativa es la disminución intencional del nivel de conciencia del paciente por medio de fármacos, con el fin de aliviar el sufrimiento físico o psíquico refractario a otras medidas terapéuticas.

La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia es clara. Divergen en la intención, procedimiento y resultado.

Es vital conocer las indicaciones de la sedación paliativa para evitar los abusos y usos incorrectos de la misma.

Se emplean varios fármacos para la sedación paliativa, siendo el midazolam el más empleado.

En este trabajo se exponen algunos de los aspectos más controvertidos sobre este tema, como si modifica o no la supervivencia, si es necesario aporte nutricional e hidratación, si está indicada en casos de sufrimiento existencial y otras cuestiones éticas.

Se considera de gran importancia la evaluación interdisciplinar y dejar constancia en la historia clínica de todo el proceso.

En la sedación paliativa pediátrica hay que tener en cuenta que el impacto emocional es mayor, pero la recomendación es clara en aquellos niños en fase terminal, teniendo en cuenta que la finalidad es controlar el sufrimiento.

### **Palabras clave**

Sedación paliativa, cuidados paliativos, eutanasia, sufrimiento, agonía, sedación paliativa en el paciente pediátrico.

## **ABSTRACT**

Palliative Care, as it is defined nowadays, arose in the United Kingdom in 1967, though the first publications about palliative sedation did not appear until 1990. Palliative sedation is the intentional decrease of the consciousness level in the patient by administering drugs, in order to relieve physical or psychical suffering, not tractable with other therapeutic measures.

The difference between Palliative Sedation and Euthanasia is clear. They diverge in intention, procedure and result.

It is vital to know Palliative Sedation indications to avoid abuses or misuses of it.

Several drugs are given in Palliative Sedation, being midazolam the most usual.

In this work, some of the most controversial aspects about this topic are explained. For instance, whether it modifies survival or not, if some nutritional contribution or hydration are necessary, if it is indicated in cases of existential suffering and other ethical issues.

Interdisciplinary evaluation is considered of great importance, together with leaving proof of the clinic history along the whole process.

In pediatric palliative sedation, it must be taken into account that emotional impact is bigger. However, the recommendation is clear for those children in their terminal stage, since the objective is to control suffering.

### **Keywords**

Palliative sedation, palliative care, euthanasia, suffering, agony, palliative sedation in pediatric patients.

## INTRODUCCIÓN

La Medicina Paliativa se inició en Reino Unido en la década de los sesenta y en España en la década de los ochenta<sup>1</sup>. No obstante el término “sedación paliativa” no se acuñó hasta el 2000<sup>2</sup>.

Se define la sedación paliativa 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 graves<sup>3</sup>.

Se entiende como síntomas refractarios graves aquellos que no logran ser controlados adecuadamente, a pesar de esfuerzos agresivos por identificar la terapia más adecuada según su causa, y/o la eventual respuesta no puede alcanzarse en un lapso de tiempo razonable.

Entre los síntomas refractarios más frecuentes al final de la vida, se encuentran la agitación, el delirio, la disnea y el dolor severo<sup>2</sup>.

Bonete<sup>4</sup> clasifica los diferentes tipos de sedación paliativa en:

- Sedación primaria: el efecto es la reducción del nivel de conciencia.
- Sedación secundaria: el descenso del nivel de conciencia se debe a un efecto de la medicación.
- Sedación intermitente: alterna periodos de disminución de conciencia con periodos de alerta.
- Sedación continua: el nivel de conciencia constantemente se mantiene bajo.
- Sedación superficial: aquella que permite algún tipo de comunicación verbal o no verbal con el paciente sedado.
- Sedación profunda: el paciente queda inconsciente y no puede relacionarse con los que le rodean.

La elección de los fármacos depende del contexto clínico y de la causa por la que se ha indicado la sedación<sup>5</sup>:

- En pacientes con delirium, antecedentes de drogodependencia y/o alcoholismo se recomienda levomepromazina, ya que el midazolam empeora el delirium.
- En otras situaciones es de elección el midazolam.
- Si no se consigue la sedación requerida con los dos fármacos anteriores, se opta por el propofol y fenobarbital.

Tras iniciar la sedación para el seguimiento de la respuesta del paciente se puede utilizar la escala de Ramsay<sup>5</sup> (Tabla 1). Sin embargo Benítez-Rosario<sup>6</sup> respaldado por la EAPC, recomienda la escala Richmond, (Tabla 2) ya que “existen pruebas psicométricas de validez y fiabilidad”.

**Tabla 1: Escala de Ramsay.**

<b>Nivel</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nivel I</b>	Agitado. Angustiado
<b>Nivel II</b>	Orientado, colaborador y tranquilo
<b>Nivel III</b>	Responde a estímulos verbales
<b>Nivel IV</b>	Responde rápidamente a la presión glabellar o estímulos dolorosos
<b>Nivel V</b>	Responde lentamente a la presión glabellar o estímulos dolorosos
<b>Nivel VI</b>	No responde

**Tabla 2: Escala de Richmond.**

<b>Puntuación</b>	<b>Descripción</b>
<b>4</b>	Combativo, violento
<b>3</b>	Muy agitado, intenta retirarse el catéter
<b>2</b>	Agitado, movimientos frecuentes
<b>1</b>	Ansioso, inquieto pero sin violencia
<b>0</b>	Alerta, tranquilo
<b>-1</b>	Adormilado, despierta con la voz
<b>-2</b>	No abre los ojos más de 10 segundos
<b>-3</b>	Sedación moderada. Abre los ojos, no dirige la mirada
<b>-4</b>	Sedación profunda, no responde a la voz, sí al estímulo físico
<b>-5</b>	Sedación muy profunda, no responde al estímulo físico

## **JUSTIFICACIÓN**

Actualmente la población mundial, especialmente en los países desarrollados, está claramente envejecida, aquejada de enfermedades crónico-degenerativas y cáncer, lo que supone un reto para los servicios sanitarios. Muchos de estos enfermos soportan un sufrimiento intenso al final de su vida precisando atención sanitaria y social.

Uno de los principales objetivos de la medicina paliativa actual es la de evitar el sufrimiento del paciente en situación terminal. Esto implica el entendimiento por parte del profesional, de todas las necesidades que requieren los enfermos y sus familias ante la muerte. La única manera de dar respuesta a estas cuestiones es abordarlo desde un punto de vista multidisciplinar.

## **OBJETIVO**

Reflejar las principales controversias sobre la sedación paliativa en la actualidad, mediante los artículos seleccionados.

## **METODOLOGÍA**

Se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva de la literatura actual en relación a la sedación paliativa. La búsqueda de información para la realización de este documento se ha realizado en tres etapas.

- En la primera se han buscado artículos relacionados con la sedación paliativa en diferentes bases de datos. Se ha investigado inicialmente en bases de datos de carácter general y posteriormente en bases de datos más específicas en cuanto a cuidados paliativos se refiere. En cada una de ellas se emplearon descriptores como: Sedación paliativa, Palliative sedation, end life care, cuidados paliativos, agonía. El resultado de dicha búsqueda fueron 31 artículos.
- En la segunda etapa se realizó una lectura del título, resumen, conclusiones y bibliografía de cada uno de los artículos seleccionados previamente.
- En la tercera etapa se seleccionaron aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión referidos a continuación (Tabla 3).
- La selección final de la información queda reflejada en la tabla 4.



**Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión.**

	<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de Exclusión</b>
<b>Idioma</b>	Inglés y Español	Otros diferentes a Inglés y Español
<b>Cronología</b>	2012 -2015	Años posteriores a 2012
<b>Tipo de artículo</b>	Revisiones, artículos originales, guías clínicas	Artículos de opinión, cartas...
<b>Contenido</b>	Cuidados paliativos	Otros diferentes

**Tabla 4: Artículos incluidos por etapas.**

<b>Bases de datos</b>	<b>Artículos etapa 1º</b>	<b>Artículos etapa 3º</b>
<b>PubMed</b>	12	10
<b>LILACS</b>	1	1
<b>IBECS</b>	3	1
<b>Google académico</b>	8	6
<b>Cochrane</b>	1	1
<b>Msssi</b>	1	1
<b>SECPAL</b>	3	3
<b>SEINAP</b>	1	1
<b>Annals of Oncology</b>	1	1
<b>TOTAL</b>	31	25

## **RESULTADOS**

A continuación se comentan los resultados obtenidos tras el proceso de búsqueda y selección de las fuentes de información. Se consiguieron 25 artículos científicos como resultado final, en los que se tratan diversas cuestiones más polémicas sobre la sedación paliativa; como la falta de claridad entre términos que en la práctica resultan confusos, la diferencia existente entre la eutanasia y la sedación paliativa asumida por la mayoría de profesionales, la necesidad de hidratación y nutrición artificial, si la sedación paliativa modifica la supervivencia y si mejora la calidad de vida en situación de últimos días, la justificación de la sedación por el principio del doble efecto, las indicaciones incorrectas y el abuso de la misma, la posibilidad de indicarlo en sufrimiento existencial y en muerte no inminente, la importancia del consentimiento informado y las circunstancias que circundan a la sedación paliativa pediátrica.

## **DISCUSIÓN**

### **Diferencias éticamente relevantes entre eutanasia y sedación paliativa**

Existe una clara diferencia entre la sedación paliativa y la eutanasia desde el punto de vista de la Ética y la Deontología Médica<sup>1</sup>; en la sedación se busca disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima de fármacos para evitar síntomas refractarios graves, mientras que la eutanasia pretende la muerte anticipada de forma deliberada tras la administración de fármacos a dosis letales para terminar con el sufrimiento del paciente<sup>1</sup>. En la tabla 5 se observan las principales características.

**Tabla 5: Diferencias entre Sedación paliativa y Eutanasia.**

	<b>Sedación paliativa</b>	<b>Eutanasia</b>
<b>Objetivo</b>	Control síntomas, confort, aliviar sufrimiento	Provocar la muerte para aliviar el sufrimiento
<b>Procedimiento</b>	Indicaciones, fármacos ajustados en función de la respuesta, registro en historia clínica	Fármacos en combinación y/o dosis letal
<b>Método</b>	Inconsciencia o sueño	Parada respiratoria
<b>Relación médico/paciente</b>	Refuerza la confianza	Traiciona la confianza
<b>Legalidad</b>	Sí ( <i>Lex Artis Ad Hoc</i> )	No (en el 95% de países)
<b>Resultado</b>	Aliviar el sufrimiento	Muerte

### **Usos inadecuados y abuso de la sedación paliativa**

Se han descrito una serie de usos inadecuados con respecto a la sedación paliativa<sup>2</sup>:

- Administrar sedantes a un paciente con la intención de aliviar síntomas, pero en circunstancias clínicamente inapropiadas.
- Síndrome de “burn out” por parte de los profesionales sanitarios, en la atención de pacientes muy complejos y/o demandantes.

Asimismo se pueden originar una serie de abusos<sup>7</sup>:

- Evaluación insuficiente del paciente con síntomas reversibles.
- Falta de colaboración con los médicos expertos en alivio de síntomas, antes de recurrir a la sedación.

- Demanda de sedación por la familia del paciente y no por el propio paciente.

En este último caso, Blanker<sup>8</sup> detalla en su estudio que uno de cada seis médicos de Atención Primaria Holandeses manifestó haber referido presiones por parte de la familia para iniciar la sedación.

Se debe tener en cuenta que existen situaciones en la práctica médica habitual en las que se emplea medicación paliativa sedante sin la intención principal de disminuir el nivel de conciencia, sino que está indicado considerándose una buena práctica. Estas situaciones pueden ser<sup>3</sup>:

- Delirium hiperactivo.
- Aumento de la medicación por progresión de la enfermedad y los síntomas.

### **Sedación paliativa y supervivencia**

La Guía clínica de sedación paliativa del prcpex<sup>7</sup> determina que no existe evidencia de que la administración de sedación proporcional acorte la vida, en base a los resultados de varios estudios retrospectivos. En las conclusiones de dos revisiones sistemáticas<sup>9, 10</sup> se expone que no hubo diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y los no sedados en las últimas semanas de vida.

Beller<sup>11</sup> especifica en su estudio, que de los 14 estudios analizados, 13 midieron el tiempo de supervivencia desde el ingreso o la derivación hasta la muerte, y ninguno demostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo sedado y el no sedado. Por otra parte, estas pruebas provienen de estudios de baja calidad por lo que deben interpretarse con prudencia.

## **Sedación paliativa y calidad de vida**

En sedación paliativa se entiende por calidad de vida a cualquier dominio relacionado con la experiencia del paciente durante la fase próxima a la muerte<sup>11</sup>.

No hay pruebas suficientes acerca de la eficacia de la sedación en cuanto a la calidad de vida de los pacientes. Por ello se precisan estudios adicionales que midan específicamente la eficacia y la calidad de vida de los pacientes sedados en comparación con aquellos no sedados y se cuantifiquen los efectos adversos<sup>11</sup>.

## **Aporte nutricional e hidratación artificial en sedación paliativa**

Existe un intenso debate sobre los beneficios, perjuicios y principios éticos sobre la suspensión de la hidratación artificial y nutrición médicamente asistida.

Nogueira<sup>12</sup> y Maltoni<sup>13</sup> consideran que la nutrición artificial puede interrumpirse antes de iniciar la sedación paliativa debido a su demostrada falta de impacto en la duración y la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad terminal.

Sobre la hidratación artificial en el paciente terminal, existe una gran diversidad de opiniones. Según algunos autores “la restricción hídrica puede resultar en la disminución de la secreción pulmonar, salivar o gastrointestinal y por ende, en la reducción de la tos y el vómito, disminuyendo la necesidad de intervenciones como la aspiración para el alivio. Por otro lado los defensores de la hidratación en el paciente terminal afirman que en el paciente bien hidratado existe un menor riesgo de sedación, convulsión, úlceras de presión, boca seca, y toxicidad por opioides, especialmente si hay fracaso renal”<sup>12</sup>.

Parece existir cierto acuerdo entre los especialistas sobre la necesidad de aportar un grado mínimo de hidratación artificial a aquellos pacientes cuya

sobrevida estimada sea mayor de una o dos semanas, pues de lo contrario las pérdidas de líquidos podían causar su muerte por deshidratación<sup>14</sup>.

Lo que se debe tener en cuenta es que “si los efectos adversos de la terapia de hidratación o nutrición artificial exacerbaban el sufrimiento del paciente, entonces se debe considerar su reducción o supresión”<sup>15</sup>.

### **Sedación paliativa en muerte no inminente**

La mayoría de las guías clínicas existentes proponen restringir el uso de la sedación paliativa exclusivamente a pacientes en etapa de agonía. Sin embargo, no todos los autores concuerdan en que la inminencia de la muerte deba ser considerada como un requisito indispensable<sup>14</sup>. Taboada considera necesario reflexionar sobre la refractariedad y gravedad de los síntomas, al analizar si la inminencia de la muerte es un criterio para justificar el recurso de la sedación paliativa.

En principio no parece haber razones suficientes para limitar el uso de la sedación paliativa a situaciones de muerte inminente, pero se debe verificar el cumplimiento de los criterios clínicos y éticos para su uso.

### **Sedación paliativa en casos de sufrimiento existencial**

La indicación de la sedación paliativa por sufrimiento psicológico es muy actual y debe ser individualizada en función de las características del paciente.

“El reconocimiento del sufrimiento psicológico como causa de sedación es reciente, y la indicación de ésta puede ser éticamente permisible en casos excepcionales, siempre que sea proporcional al intenso sufrimiento del paciente, estemos seguros de haber agotado todas las opciones de alivio y contemos con el consentimiento claramente explicitado por un paciente autónomo y competente”<sup>16</sup>.

En la actualidad no existe un consenso en la indicación de sedación paliativa en estos casos, de hecho el sufrimiento existencial está entre las indicaciones más controvertidas de esta práctica clínica<sup>14</sup>.

### **Sedación paliativa en personas incapaces de firmar el consentimiento informado**

Según la ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica<sup>17</sup> “cualquier actuación que tenga lugar en el ámbito de la actuación sanitaria precisa del consentimiento informado por parte del paciente. Por tanto, a la hora de la toma de decisión sobre el inicio del proceso de sedación, el paciente debe ser informado de todas sus opciones”.

El consentimiento de un enfermo competente se considera suficiente cuando es expresado verbalmente, quedando siempre registrado en la historia clínica del paciente. En el caso de un enfermo incompetente, que no pueda manifestar su consentimiento y no hubiera dejado constancia escrita de sus deseos, el consentimiento debe ser obtenido de sus familiares o representantes legales, basándonos en su conocimiento previo de los valores del paciente<sup>18</sup>.

### **Sedación paliativa en pediatría**

En la actualidad la sedación paliativa en el paciente pediátrico es un tema difícil de abordar por el impacto emocional que causa en los padres y por la escasez de estudios sobre los síntomas experimentados por los niños en la última fase de la vida.

Existe una serie de diferencias generales en los cuidados paliativos pediátricos con respecto a los adultos: variabilidad de la edad, amplia gama de enfermedades, menor número de casos comparado con los adultos, factores

de desarrollo, limitación de fármacos, cuestiones legales y éticas y un gran impacto emocional y social<sup>19</sup>.

Al igual que en el resto de pacientes en situación terminal, el objetivo no es acortar la vida, sino el control del sufrimiento. Deben eliminarse aquellas medidas que no consigan bienestar o alargar de forma innecesaria la vida del paciente como la alimentación o hidratación intravenosa, monitorización de constantes, oxigenoterapia, y medicaciones que no sean para el control de síntomas<sup>20</sup>.

Las bases legales de la sedación y analgesia se encuentran en la Ley General de la Salud<sup>21</sup>:

- Artículo 166 BIS-8: si un enfermo terminal es menor de edad, las decisiones serán asumidas por los padres o por el tutor, y a falta de éstos, por su representante legal.
- Artículo 166 BIS-9: los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad por el médico especialista.
- Artículo 166 BIS-16: los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aun cuando con ello se pierda el estado de alerta o se acorte la vida del paciente.
- Artículo 166 BIS-21: la eutanasia queda prohibida.

Queda clara la recomendación de la sedación paliativa y analgesia en la fase terminal de un paciente pediátrico, haciendo más fácil para los padres la fase de duelo o etapa posterior a la muerte, ya que su última imagen es la de un paciente sin sufrimiento<sup>22</sup>.



## CONCLUSIONES

La sedación paliativa se considera un tratamiento eficaz en la atención de pacientes terminales cuyo objetivo es aliviar el sufrimiento del paciente.

Son necesarios unos criterios éticos y clínicos unificados que orienten a los profesionales, pacientes y a familiares, a tomar decisiones sobre el acceso o no a la sedación paliativa.

La decisión de facilitar la sedación paliativa debe ser consensuada y sopesada adecuadamente.

No hay consenso en muchos aspectos como el mantenimiento o no de la alimentación, ingesta de líquidos o hidratación, y en casos de sufrimiento existencial.

Se considera importante mejorar el proceso de comunicación con el paciente y su familia, favorecer las decisiones compartidas, así como una mejor formación ética y espiritual para mejorar la atención integral al final de la vida.

Por ahora, lo importante es generar debate sobre estos aspectos para que médicos como demás profesionales puedan ofrecerle al paciente alternativas suficientes que puedan paliar su dolor y sufrimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. Cuad. Bioét. XXII, 2012/ 3ª.
2. Taboada P. Sedación Paliativa (Parte I). Controversias sobre términos, definiciones y aplicaciones clínicas. Acta Bioethica 2012; 18(2): 155-162.
3. Sanz A, Barón F, Del Valle ML. ¿Es necesario precisar el concepto de sedación? Cuadernos de Bioética XXVI 2015/1ª. 29/11/2014.
4. Bonete E. El final de la vida: problemas morales. Bioética y cuidados de enfermería. 2014; 2: 369-394.
5. Santamaria J. Guía de sedación paliativa: recomendaciones para los profesionales de la salud de las Islas Baleares. Programa de cuidados paliativos de las Islas Baleares. Enero 2013/Enero 2015.
6. Benítez M.A, Castillo M, Garrido B, González T, Martínez L.P, González A, et al. Appropriateness and Reliability Testing of the Modified Richmond Agitation-Sedation Scale in Spanish Patients With Advanced Cancer. Journal of Pain.2013; 45(6):1-8.
7. Sánchez M.A, Cuervo M.A, Sánchez R, Varillas M.P, Hernández P, Encinas P, et al. Guía clínica sedación paliativa del prcpex, uso y recomendaciones. Gobierno Extremeño de Salud.
8. Blanker et al. Pressure during decision making of continuous sedation in end-of-life situations in Dutch general practice. BMC Family Practice.2012, 13:68. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/68>.
9. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol. 2012; 30(12):1378-83
10. Barathi B, Chandra PS. Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? - A Systematic Review. Indian J Palliat Care. 2013 Jan; 19(1): 40-7.

11. Beller E, van Driel M, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Sedación farmacológica paliativa para adultos en fase terminal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 1. Art. Nº: CD010206. DOI:10.1002/14651858.CD010206.
12. Nogueira FL, Sakata RK. Palliative sedation of terminally ill patients. Rev Bras Anesthesiol. 2012; 62:580---92.
13. Maltoni M, Setola E. Palliative Sedation in Patients with Cancer. Cancer Control October 2015, vol.22, Nº.4.
14. Taboada P. Sedación paliativa (Parte II). Cuestiones éticas y principios morales. Acta Bioethica 2014; 20 (2): 225-235.
15. Cherny N.I. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Annals of Oncology 25 (Supplement 3): iii143–iii152, 2014.
16. Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Llibrach L. Framework for Continuous Paalliative Sedation Therapy in Canada, 2012.
17. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE, (15/11/2002).
18. Meneses V, Meneses M.T, Campos M.J, Moreno A.M. Sedación paliativa y marco social desde la perspectiva enfermera. ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013 Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/031d.php>.
19. Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.2014
20. Villegas J.A, Antuña M.J. Cuidados Paliativos Pediátricos. Unidad de Oncología Pediátrica. Área de Gestión de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. BOL PEDIATR 2012; 52:131-145.
21. Agenda de Salud 2012. En: Ley General de Salud. Octavo bis de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal. Capítulo II, Artículo

166 BIS-8, Artículo 166 BIS-9. Capítulo IV, Artículo 166 Bis-16, Artículo 166 BIS-21. México: ISEF; 2012. p. 47-49.

22. González M.A, Velasco G, Garduño A. Sedación y analgesia en la fase terminal en pediatría. Informe de dos casos y revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex 2013; 34(1):21-27.