



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO 2021/2022

**“SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS EN EL DOMICILIO Y EN EL
HOSPITAL”**

ALUMNA: Hui Zhang

TUTOR: Álvaro Sanz Rubiales

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1. Concepto de sedación paliativa y síntomas refractarios	4
2.2. Procedimiento para la sedación	5
3. OBJETIVO.....	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
5. RESULTADOS.....	9
5.1. Selección y características de la muestra.....	9
5.2. Síntomas	10
5.3. Consentimiento informado y asentimiento familiar.....	11
5.4. Sedación paliativa	12
6. DISCUSIÓN	13
7. CONCLUSIÓN	17
8. AGRADECIMIENTO	17
9. BIBLIOGRAFÍA	18
10. ANEXOS	20
11. PÓSTER	28

1. RESUMEN

Introducción. Por sedación paliativa se entiende la administración de fármacos para reducir el nivel de conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal con intención de aliviar uno o más síntomas severos refractarios. Este tratamiento se puede llevar a cabo en el hospital o en el domicilio del paciente.

Objetivos. Describir las características y las diferencias de los pacientes y del proceso de sedación paliativa en el domicilio y en el hospital.

Metodología. Estudio retrospectivo de pacientes oncológicos atendidos en dos Unidades de Cuidados Paliativos de nuestro medio: una domiciliaria (UCPD) correspondiente al Hospital Clínico Universitario de Valladolid y otra Hospitalaria (UCPH) del Hospital Universitario del Río Hortega. Se analizaron variables referidas a las características de los pacientes, síntomas, tratamientos sintomáticos previos, consentimiento, fármacos empleados y nivel de sedación.

Resultados. Se analizaron 30 pacientes atendidos en UCPD y 30 en UCPH. Los pacientes atendidos en hospital eran más jóvenes y con mayor proporción de mujeres y se encontraban recibiendo previamente con más frecuencia opioides, antieméticos, corticoides y antibióticos. En hospital fue más frecuente plantear sedación paliativa por dolor (24/30 vs 18/30; $p = 0,07$) y por náuseas y vómitos (7/30 vs 1/30; $p = 0,2$), mientras que en domicilio lo fue por delirium (19/30 vs. 10/30; $p = 0,02$). Todos los enfermos que tenían capacidad dieron su consentimiento; en los demás dio su asentimiento la familia. En el domicilio se empleó exclusivamente la vía subcutánea y en el hospital la venosa. Los fármacos más empleados en los dos medios fueron midazolam y levomepromazina, a veces en asociación. En cuadros de delirium se administró principalmente levomepromazina. La mediana de supervivencia bajo sedación fue de un día en ambos grupos.

Conclusión. Aunque el perfil de los pacientes y la medicación concomitante puede ser diferente, la sedación paliativa se emplea de manera similar en el domicilio y en el hospital; la mayor diferencia está en la vía de administración de los fármacos.

2. INTRODUCCIÓN

Aunque se ha avanzado en el control de los síntomas, todavía hay enfermos en situación terminal -tanto oncológicos como no oncológicos- que, a pesar de recibir los tratamientos adecuados a su situación y necesidades, padecen uno o más síntomas refractarios que les provocan un sufrimiento insoportable. La sedación paliativa pretende aliviar este sufrimiento mediante una disminución proporcionada del nivel de conciencia de los pacientes^{1,9,14}.

2.1. Concepto de sedación paliativa y síntomas refractarios

Por sedación paliativa se entiende la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas severos refractarios, tras obtener el consentimiento informado explícito, implícito o delegado²⁵. Se entiende por síntoma refractario aquel que no responde a los tratamientos disponibles indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable^{1,13}. El objetivo es alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento sin acortar la vida del paciente^{2,3,5,6,15}. La profundidad de la sedación se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático^{2,6,7,18,25}. La sedación paliativa puede ser continua o bien intermitente o transitoria^{1,2,4,13}.

La *sedación paliativa en la agonía* es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso que no ha respondido a otras medidas^{13,14}. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento^{1,2,4,8,16}.

Los motivos más frecuentes para la indicación de sedación son: delirium, disnea, dolor y sufrimiento existencial, seguidos de otros como náuseas/vómitos o hemorragia masiva^{1,2,4,8,14}.

Para que la sedación sea considerada adecuada desde una perspectiva ética y se adapte a la buena praxis médica debe reunir una serie de condiciones^{1,12,13,25}.

- Que exista un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios. Se debería objetivar en la historia clínica y contrastar con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empelados y la falta de respuesta;
- Que el enfermo o, en su defecto, la familia (ya que en ocasiones el momento el paciente no tiene una capacidad cognitiva adecuada), haya otorgado su consentimiento;
- Que el enfermo haya tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.
- En el caso de la sedación en la agonía se requiere, además de los anteriores, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Desde la Ética y la Deontología Médica se observa una clara diferencia tanto en la intención como en el procedimiento empleado y el resultado entre la sedación paliativa y la eutanasia. Con la sedación se pretende disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. Se fundamenta en el principio de proporcionalidad^{7,8,10}. Sin embargo, con la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada, tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente^{1,12,22}.

2.2. Procedimiento para la sedación

La sedación paliativa puede realizarse tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio. Los fármacos que se administran en la sedación paliativa terminal son principalmente benzodiacepinas como el midazolam (Dormicum ®), que se suele emplear como primera elección en ausencia de delirium. También se pueden emplear neurolépticos sedantes como clorpromazina (Largactil ®) o levomepromazina (Sinogan ®),

que se suelen recomendar en caso de delirium o si el midazolam no alcanza el efecto deseado. Además, estos fármacos se pueden asociar y admiten la administración intravenosa y subcutánea por lo que se pueden emplear tanto en un medio hospitalario como en el propio domicilio. En situaciones de control difícil existe la opción de plantear fenobarbital por vía subcutánea (para pacientes en el domicilio) o propofol por vía endovenosa (en el hospital)^{1,2,4,8,9,13}.

En el caso de la sedación paliativa en la agonía hay que valorar mantener la medicación -como los opioides- que pueden seguir siendo eficaces en el control de síntomas y, a la vez, retirar los fármacos que ya no sean necesarios, así como otras medidas, como nutrición o hidratación parenteral¹⁷.

Las Unidades de Cuidados Paliativos pueden llevar a cabo, cuando se considera preciso, sedaciones tanto en medio hospitalario como en el domicilio del paciente²⁴. Nos planteamos conocer si el lugar donde se realiza influye en el modo en que se practica la sedación paliativa.

3. OBJETIVO

- Describir las características de los pacientes oncológicos que han recibido sedación paliativa y el proceso de esta sedación paliativa en dos Unidades de Cuidados Paliativos: la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliaria del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (UCPD del HCUV) y la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria del Hospital Universitario del Río Hortega (UCPH del HURH).
- Analizar las posibles diferencias en el proceso de sedación paliativa que se realiza en el domicilio (UCPD del HCUV) y en el hospital (UCPH del HURH).

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes oncológicos avanzados atendidos en dos Unidades de Cuidados Paliativos -UCPD HCUV y UCPH HURH- que precisaron sedación

paliativa terminal. La UCPD HCUV atiende en su domicilio a los pacientes del Área Sanitaria Este de Valladolid cumple en este año 2022 sus primeros 25 años de actividad con un núcleo de profesionales que se ha mantenido prácticamente sin cambios a lo largo de este tiempo. Por desgracia no tiene una Unidad Hospitalaria de referencia en su mismo hospital con la que trabajar en equipo. La UCPH HURH es más reciente ya que su experiencia es inferior a cinco años, pero trabaja en coordinación con varias Unidades domiciliarias. Las dos Unidades tienen la posibilidad de derivar pacientes concretos a una misma Unidad de Media Estancia de perfil sociosanitario. El periodo de tiempo analizado comprendía desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020.

La selección de la muestra se realizó partiendo del listado de los pacientes oncológicos que fueron atendidos en las UCP referidas. Tras un análisis inicial de la historia clínica se seleccionaron los que habían recibido sedación paliativa terminal. Se estimó que un total de 60 pacientes (30 de cada Unidad) sería adecuado para mostrar posibles diferencias. Para recoger los datos se revisaron las historias clínicas de los pacientes, mediante la valoración de la historia clínica en papel (HCUV) y los informes registrados en el programa informático hospitalario (Jimena 4, en HURH).

Se diseñó una hoja de recogida de datos con las siguientes variables: sexo, edad, lugar de la atención (hospital o domicilio), tiempo de seguimiento en la UCP, tumor primario, número y sitio de metástasis, presencia o no de estertores y su tratamiento, tipo y número de síntomas refractarios, tratamientos sintomáticos previos, información recibida y actitud de cuidadores y familia, tipo de consentimiento, fármacos, vía y dosis empleadas en la sedación paliativa, evaluación según la escala que se empleara como la de Ramsay (Tabla 1) o la de Richmond (Tabla 2)¹¹ y tiempo transcurrido entre el inicio de la sedación y el fallecimiento. Estos datos fueron incluidos en una base de datos anonimizada.

Tabla 1. Escala de Ramsay

1	Despierto, ansioso y agitado
2	Despierto, cooperados, orientado y tranquilo
3	Dormido con respuesta a órdenes
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido
5	Dormido con respuesta sólo al dolor
6	Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos

Tabla 2. Escala de Richmond

+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo.
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar tubos o catéteres.
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador.
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos.
0	Despierto y tranquilo	
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos.
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 segundos.
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual.
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico.
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico.

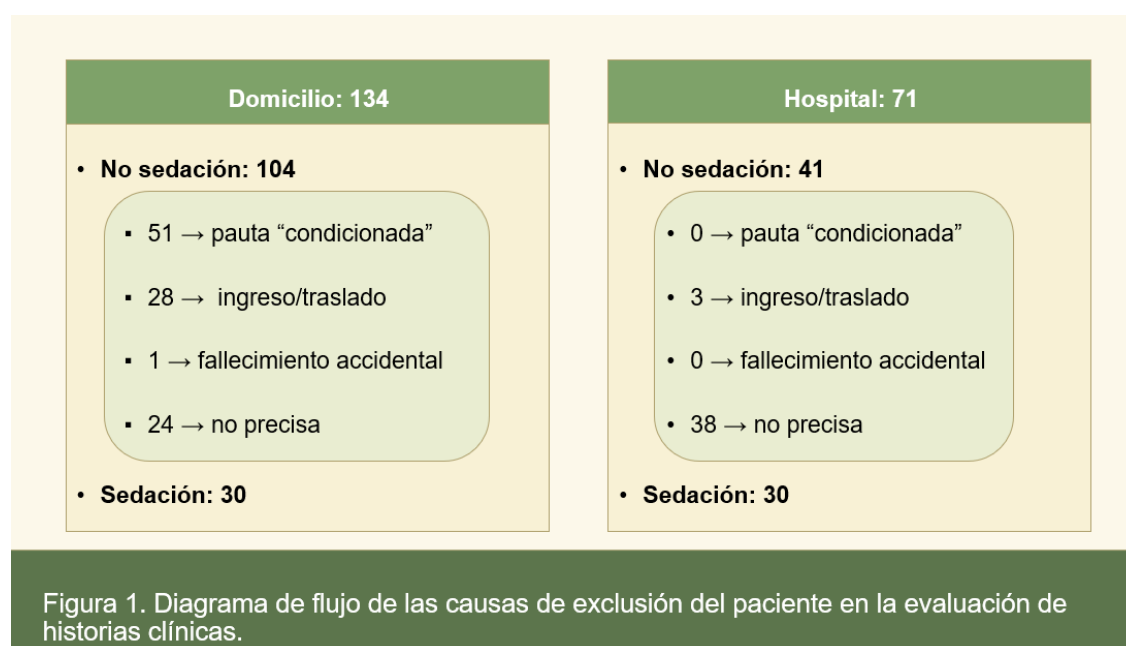
Para el análisis estadístico se ha empleado el programa estadístico SPSS versión 28.0.0.0. Para las variables cualitativas se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes mientras que para variables cuantitativas se utilizaron las medianas y el rango intercuartílico (RIC). Para el análisis comparativo de proporciones se empleó la prueba de Chi cuadrado.

El estudio recibió aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Valladolid Oeste, correspondiente al Hospital Universitario del Río Hortega.

5. RESULTADOS

5.1. Selección y características de la muestra

Se analizaron 205 historias clínicas, 134 de la UCPD HCUV y 71 de la UCPH HURH, para obtener los 60 pacientes incluidos en el análisis: 30 (22%) de 134 historias del HCUV y 30 (42%) de 71 del HURH (OR: 2,53; IC 95% 1,36 a 4,72; $p = 0,002$). Las causas de exclusión del análisis se detallan en la **Figura 1**.



Las características de los pacientes incluidos se presentan en la **Tabla 3**. Los tumores primarios más frecuente objetivados fueron los gastrointestinales con 22 casos (37%) y los de pulmón con 20 (33%), seguidos de los tumores genitourinarios con seis casos (10%) y los de mama con tres (5%). También se objetivaron dos tumores de cabeza y cuello, dos tumores cerebrales, dos tumores de origen desconocido, un tumor hematológico, un sarcoma fibromixioide, y un caso de mesotelioma pleural.

	Domicilio (n = 30)	Hospital (n = 30)	p
Sexo			
Varón	21	16	0,18
Mujer	9	14	
Edad (años)			
Mediana	68	65	0,71
RIC	(63 – 75)	(58 – 81)	
Seguimiento en UCP			
Mediana	38	8	0,001
RIC	(10 – 56)	(4 – 13)	
Medicación previa a la sedación			
Opioides	25	30	0,02
Analgésicos no opioides	16	7	0,01
Antieméticos	2	9	0,02
Corticoides	5	15	0,006
Anticomiciales	9	5	0,22
Neurolépticos	0	4	0,04
Antibióticos	1	9	0,005
Anticoagulantes/antiagregantes	6	14	0,02

Tabla 3. Características de los pacientes incluidos en el estudio.

17 (28%) de los 60 pacientes presentaban únicamente afectación local o locorregional. De los 43 pacientes con diseminación metastásica, en 26 (60%) se registraron metástasis en más de una localización. En conjunto, los lugares con que con más frecuencia se encontraban las metástasis fueron hígado y hueso, apareciendo cada una en 15 casos (25%). Las metástasis cerebrales, pulmonares y ganglionares fueron encontradas cada una en 12 pacientes (20%). Los sitios de asentamiento de metástasis menos frecuentes fueron glándulas suprarrenales, pleura y partes blandas (muscular).

5.2. Síntomas

El síntoma refractario principal por el que se inició la sedación paliativa fue el dolor, en un 70% de los casos, seguido de disnea en un 55% de los casos y delirium en un 48% de los casos (Tabla 4). Otros síntomas menos frecuentes fueron náuseas y/o

vómitos (13%), ansiedad y/o pánico (10%) y sufrimiento existencial (10%). En los pacientes domiciliarios predomina el delirium (63%) seguido de dolor (60%) y disnea (60%) mientras en los pacientes hospitalizados el síntoma que más motivó la SP fue el dolor (80%), seguido de disnea (50%) y delirium (33%). En el 23% de los pacientes se registró un único síntoma refractario, en el 50% dos y en el 27% tres o más.

Tabla 4. Síntomas que llevaron a plantar la sedación paliativa			
	Domicilio	Hospital	p
Dolor	18	24	0,07
Delirium	19	10	0,02
Disnea	18	15	0,30
Náuseas / vómitos	1	7	0,02
Sangrado	0	1	0,31
Ansiedad / pánico	5	1	0,08
Sufrimiento existencial	4	2	0,38

De los 60 pacientes, 31 presentaron estertores *premortem*, 15 (50%) de HCUV y 16 (53%) de HURH ($p = 0,79$), y los 31 (100%) recibieron tratamiento con anticolinérgicos.

5.3. Consentimiento informado y asentimiento familiar

Se registró el consentimiento para la sedación paliativa en el 100% de las historias clínicas. Se trató siempre de un consentimiento verbal; en ningún caso se empleó un documento que exigiese la firma del paciente o del familiar. El modo en que se obtuvo el consentimiento se presenta en la **Tabla 5**. En todos los casos se buscó este asentimiento del familiar que se consiguió de una manera prácticamente universal: en los 30 (100%) pacientes atendidos en el domicilio y en 28 (93%) de los de hospital; las dos excepciones fueron debidas a la ausencia de familiar.

Tabla 5. Modo de obtención del consentimiento para la sedación paliativa.

	Domicilio	Hospital
Explícito	14	22
Tácito	2	0
Familia (no factible)	14	8

En los pacientes que no presentaban una capacidad cognitiva en el momento de decidir la aplicación o no de la sedación, la sedación paliativa fue aplicada únicamente con el asentimiento de la familia.

5.4. Sedación paliativa

Los fármacos más empleados en la sedación terminal fueron el midazolam y la levomepromazina. En la sedación, en los domicilios se empleó exclusivamente la vía subcutánea y en el hospital la vía venosa ($p < 0,001$).

En 17 (85%) de los 20 casos que precisaron midazolam en la UCPD de la HCUV la dosis pautada fue de 5 mg cada 4 horas, sin incluir las dosis de rescate que formaban parte del tratamiento para administrar *ad libitum* en función de la necesidad. A los otros tres (15%) pacientes se le administraron 7,5 mg cada 4 horas. La levomepromazina fue utilizada en cuatro pacientes con delirium como problema principal. La dosis de 12,5 mg cada 8 horas llegó a controlar los síntomas en los cuatro casos. En seis pacientes (20%) se emplearon los dos fármacos de manera simultánea por la vía subcutánea, las dosis de midazolam y de levomepromazina son muy variables, desde 2,5 mg cada 4 horas de midazolam con 12,5 mg cada 4 horas de levomepromazina hasta 15 mg cada 4 horas de midazolam con 25 mg cada 4 horas de levomepromazina.

En el ámbito hospitalario el fármaco más utilizado fue también el midazolam (23 casos: 77%), si bien en este escenario se ha administrado con perfusión intravenosa continua. La dosis de mantenimiento más común fue de 15 mg cada 24 horas (en el 40% de los casos) seguida de 30 mg cada 24 horas (en el 23%). Ningún paciente hospitalizado

recibió levomepromazina endovenosa en monoterapia. En siete (23%) de los 30 pacientes se administraron de manera simultánea y por vía endovenosa midazolam y levomepromazina. En cuatro de estos siete casos la dosis diaria de midazolam fue de 15 mg y la de levomepromazina de 25 mg. No se encontraron diferencias en cuanto al uso simultáneo de los dos fármacos en domicilio y en hospital (6/30 vs 7/30; p = 0,75).

En ninguna de las dos UCP precisó emplear fenobarbital o propofol para la sedación terminal paliativa de los pacientes.

En la UCPH de HURH se empleó la escala de Richmond en 13 (43%) casos. De estos 13, en 10 se alcanzó el nivel -5 y en tres el -4. En la UCPD del HCUV no consta que se empleara ninguna escala de evaluación de la sedación.

La duración de la sedación se presenta en la **Tabla 6**. 25 (83%) de los pacientes domiciliarios fallecieron en los tres primeros de sedación; un paciente llegó a vivir siete días sedado. Entre los pacientes hospitalizados, 22 (73%) fallecieron en los tres primeros; uno sobrevivió hasta el día +9 de sedación.

Tabla 6. Duración de la sedación terminal en el domicilio y en el hospital.			
	Domicilio	Hospital	p
Duración de la sedación (días)			
Mediana	1	1	0,49
RIC	(0-2)	(1-3)	

6. DISCUSIÓN

Se trata de un estudio retrospectivo en que se han evaluados pacientes oncológicos avanzados que han precisado sedación paliativa terminal. En nuestro medio hay trabajos^{7,19,20,23,24} que muestran las características de estos pacientes, el tumor primario, el síntoma refractario principal que lleva a indicar la sedación... pero no se encuentran estudios que comparen específicamente la sedación paliativa en pacientes atendidos

específicamente por una Unidad de Cuidados Paliativos en un medio hospitalario y en el domicilio del enfermo. En este trabajo nos centramos en describir el perfil de los pacientes, los síntomas, el consentimiento y los fármacos empleados y en buscar posibles diferencias en estos dos medios.

Lo primero que destaca es que para alcanzar un número de casos que se pudiera considerar representativo, estimado en 30 de cada UCP, fue preciso revisar más historias de la domiciliaria que de la hospitalaria. De acuerdo con nuestros datos, la probabilidad de plantear sedación en un paciente es un 20% superior en el medio hospitalario. Por el modo específico de trabajar, desde la Unidad domiciliaria es probable que haya traslados al hospital por agravamiento y/o claudicación familiar de enfermos a los que se pudiera llegar a plantear una sedación terminal si se hubiese seguido el curso de su enfermedad hasta la etapa última. Y también hay pacientes en los que se instruye a la familia para actuar de manera condicionada - “si tiene más dolor...”, “si lo veis más inquieto...”- de manera que los cuidadores que lo atienden las 24 horas del día puedan actuar y subir la medicación y/o comenzar con fármacos hipnóticos (midazolam, levomepromazina) de manejo sencillo subcutáneo. Como se puede apreciar, estas “sedaciones condicionadas” son frecuentes y muy específicas del domicilio.

En el perfil de pacientes atendidos, llama la atención que, sin alcanzar una significación estadística, en el domicilio se atiende una proporción mayor de varones y de una edad discretamente mayor. Esto se puede justificar más por el perfil del cuidador o, mejor dicho, cuidadora. Es más frecuente todavía en nuestro medio que el cuidado se entienda como un rol de género propio de la mujer. Por ese motivo, sabiendo que de ordinario la cuidadora es la mujer, es más sencillo que la atención al varón se pueda llevar a cabo en el domicilio mientras que para la atención de una mujer en ocasiones hay que recurrir al hospital. Por lo demás, las edades más jóvenes tienden a asociarse a cuadros de perfil psicoemocional más complejo que justificaría una mayor probabilidad de atención en una Unidad hospitalaria.

Por otra parte, los pacientes en el domicilio tienen un seguimiento mucho más prolongado que en el hospital, lo que suele asociarse a cuadros menos severos de inicio que han permitido un control ambulatorio a lo largo de más tiempo. Y en cuanto al perfil de medicación que venían recibiendo, en el domicilio parece que tiende a emplearse una analgesia más sencilla, con menos opioides, algo que cuadra con que en ese medio el dolor no sea la primera causa de sedación. En el medio hospitalario hay tendencia a tratamientos más complejos con mayor empleo de opioides (y antieméticos, probablemente en relación con la propia administración de opioides y con características propias del enfermo) y corticoides. Llama la atención cómo en el medio hospitalario –de cultura más intervencionista- es más probable que el paciente llegue a una situación de últimos días con tratamientos que se podrían considerar fútiles como pueden ser los antibióticos y también los anticoagulantes y los antiagregantes.

En el domicilio la primera causa de sedación es el delirium mientras que en el hospital es el dolor. En ambos casos la tercera causa es la disnea. Llama la atención la prevalencia de delirium. La indicación de sedación y el concepto de sedación en el delirium –en que el paciente pierde capacidad de decisión y en que las alternativas de tratamiento sintomático farmacológico coinciden con las de la propia sedación- es motivo de debate. Es probable que los cuadros de delirium sean una consecuencia del propio proceso de la enfermedad y de la necesidad de aumentar medicación sintomática psicoactiva en procesos más prolongados mientras que el dolor se puede considerar un problema más agudo y más urgente. La mayor incidencia de delirium en el domicilio también se traduce en que en ese medio es más frecuente el asentimiento familiar a la hora de obtener el consentimiento para la sedación ya que el paciente no estaría en condiciones de darlo²¹. La mayor incidencia de náuseas y vómitos como causa de sedación en el hospital es probable que se pueda relacionar con cuadros obstructivos intestinales agudos que por su complejidad no estarían en condiciones de ser atendidos en el propio domicilio.

Todos los pacientes en condiciones de dar su consentimiento para la sedación la dan. Por supuesto, se trata de un consentimiento o acuerdo verbal que se deja registrado en la historia clínica; intentar emplear un documento expreso supondría una carga de ansiedad y, probablemente, unas explicaciones más complejas que dificultarían y deshumanizarían el proceso al burocratizarlo sin que con ello se respetase más la autonomía del paciente y sin que se le aportase mayor beneficio^{21,25}.

Por lo demás, en la práctica de la sedación en el domicilio y en el hospital se ve mucha uniformidad en el planteamiento y en el manejo de fármacos, tanto en el tipo como en las dosis, que se adaptan a lo que recomiendan las guías. El midazolam es el que se emplea de primera elección mientras que la levomepromazina o bien se le asocia o se reserva a situaciones de delirium^{1,2,4,8}. En el domicilio se emplea de manera exclusiva la vía subcutánea y en el hospital la venosa. La eficacia y la tolerancia por parte del paciente son similares en ambas. La subcutánea se caracteriza por la facilidad de manejo, la sencillez para colocar y retirar y la necesidad de pocos cuidados, lo que la hace muy adecuada al domicilio. La vía venosa es el estándar del manejo hospitalario (prácticamente todos los pacientes se trasladan a la UCPH con una vía venosa) y facilita la administración de otros tratamientos, como los antibióticos, que ya hemos visto que son más frecuentes en el ámbito hospitalario.

La eficacia de la sedación parece similar. No es posible compararlo en función de la intensidad de la sedación ya que, aunque en la UCPH del HURH se suele emplear la escala de Ramsay para evaluar la intensidad de la sedación, no se hace de una manera sistemática. Y porque en la UCPD del HCUV no consta que se emplee ningún tipo de escala de evaluación de la sedación. No es fácil aventurar una causa. Pero sí que se puede pensar que estas escalas son instrumentos, sistemas de ayuda, y no un medio imprescindible¹⁰. Y muchas veces la práctica clínica habitual trasciende este tipo de ayudas^{18,26}. Es probable que los cerca de 25 años de experiencia de los profesionales de la UCPD del HCUV hagan que este tipo de instrumentos no les aporte un beneficio concreto en la atención al paciente y a la vez les pueda suponer una

rémora en una actividad con una carga asistencial fuerte que incluye no solo la atención directa sino la asistencia telefónica y los desplazamientos. Por último, se aprecia que la mediana de duración de la sedación es de un día, sin diferencias significativas en función del medio. En poco más del 10% de los pacientes es preciso mantener la sedación más allá del 4º día.

7. CONCLUSIÓN

En los enfermos oncológicos avanzados, la sedación terminal se emplea por parte de Unidades específicas de Cuidados Paliativos tanto en el domicilio del paciente como en el medio hospitalario. En el hospital parece que hay mayor proporción de pacientes de sexo femenino y más jóvenes y la primera causa de sedación es el dolor mientras que en el domicilio es el delirium. Los fármacos que se emplean en los dos medios son similares. En los domicilios se administran por vía subcutánea y en el domicilio por vía venosa. La eficacia estimada como duración de la sedación es también similar en ambos casos.

8. AGRADECIMIENTO

Me gustaría transmitir mi agradecimiento a todas las personas que me han ayudado a realizar este trabajo. En primer lugar, a mi tutor Álvaro Sanz Rubiales, le agradezco por su paciencia y dedicación, así como apoyarme y guiarme en este camino. También me gustaría agradecer a los profesionales de las UCP de HCUV y HURH, en especial a la Dra. Silvia Hernansanz de la Calle y Dr. Claudio Navarro Cañadas, que han sacado tiempo para ayudarme a profundizar en mi tema de TFG, resolverme las dudas y facilitarme el proceso de recogida de datos de los pacientes. Así mismo, agradecer a todas las personas que me han acompañado durante la realización de este trabajo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Médica Colegial (OMC). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Sedación Paliativa. 2021.
2. Alonso Babarro A, Fernández Bueno J. Sedación paliativa. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria. 2008;15(10):678–87.
3. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol*. 2009;20(7):1163-9.
4. Sánchez Correas MA, Cuervo Pinna MA (coords.). Guía clínica de sedación paliativa del PRCPEX (Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura). Mérida: Junta de Extremadura.
5. 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.
6. Barathi B, Chandra P. Palliative sedation in advanced cancer patients: Does it shorten survival time? - A systematic review. *Indian Journal of Palliative Care*. 2013;19(1):40
7. Maltoni M, Setola E. Palliative sedation in patients with cancer. *Cancer Control*. 2015;22(4):433–41.
8. Hasselaar JG, Verhagen SC, Vissers KC. When cancer symptoms cannot be controlled: the role of palliative sedation. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*. 2009;3(1):14–23.
9. Cherny NI. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of Oncology*. 2014;25(suppl 3): iii143–52.
10. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, et al. Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies. A systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(4):831-844.e10.

11. Belar A, Arantzamendi M, Payne S, Preston N, Rijpstra M, Hasselaar J, et al. How to measure the effects and potential adverse events of palliative sedation? An integrative review. *Palliat Med.* 2021;35(2):295–314.
12. Bhyan P, Pesce MB, Shrestha U, Goyal A. Palliative sedation in patients with terminal illness. En: StatPearls Publishing; 2022. Acedo Claro C, Rodríguez Martín B. Sedación paliativa. *Rev Clin Med Fam.* 2021;14(2):93–7.
13. Acedo Claro C, Rodríguez Martín B. Sedación paliativa. *Rev Clin Med Fam.* 2021;14(2):93–7.
14. Tuca Rodríguez A. Tratamiento de síntomas refractarios en el final de la vida. Sedación paliativa y terminal, sus indicaciones y consideraciones éticas. Manual SEOM De Cuidados Continuos.
15. Gu X, Cheng W, Chen M, Liu M, Zhang Z. Palliative sedation for terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China. *BMC Palliative Care.* 2015;14(1)
16. Sanz Rubiales A, Barón Duarte F, del Valle Rivero ML. ¿Es necesario precisar el concepto de sedación? *Cuad Bioética* 2015; 26:111-116.
17. Sanz Rubiales A, del Valle, Fernández M, Ferreira R. ¿Qué fármacos se pueden retirar en el enfermo avanzado? *Med Paliat.* 2017; 24:169-170.
18. Vivat B, Bemand-Qureshi L, Harrington J, Davis S, Stone P. Palliative care specialists in hospice and hospital/community teams predominantly use low doses of sedative medication at the end of life for patient comfort rather than sedation: Findings from focus groups and patient records for I-CAN-CARE. *Palliative Medicine* 2019;33(6):578–88.
19. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015;1(1):CD010206.
20. Priego-Valladares M, González de la Aleja García-Luengo P, García-Navarro M del M, Tello-Valero A, Portilla-Sogorb J, Ramos-Rincón JM. Diferencias en pacientes oncológicos y no oncológicos ingresados en una unidad de cuidados paliativos de

reciente creación en un hospital de tercer nivel en la Comunidad Valenciana (España). *Medicina Paliativa*. 2018;25(3):130–5.

21. Belar A, Arantzamendi M, Menten J, Payne S, Hasselaar J, Centeno C. The Decision-Making Process for Palliative Sedation for Patients with Advanced Cancer—Analysis from a Systematic Review of Prospective Studies. *Cancers*. 2022;14(2):301.
22. ten Have H, Welie JVM. Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;47(1):123–36.
23. Swart SJ, Rietjens JAC, van Zuylen L, Zuurmond WWA, Perez RSGM, van der Maas PJ, et al. Continuous Palliative Sedation for Cancer and Noncancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012;43(2):172–81.
24. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V. Palliative Sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;41(4):754–60.
25. Sanz Rubiales, A. Sedación. En: Simón Vázquez, C. *Nuevo Diccionario de Bioética*, 2ª Edición. Burgos: Editorial Monte Carmelo, 2012, págs. 760-772.
26. Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML. Validar el sentido común. *Med Paliat*. 2012;19: 161.

10. ANEXOS

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)

Dña. ROSA M^a CONDE VICENTE, Secretario del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité ha tenido conocimiento del Proyecto de Investigación, Trabajo Fin de Grado (TFG), titulado: **“Sedación paliativa en pacientes oncológicos en el domicilio y en el hospital”**, Ref. CEIm: 21-PI179, Protocolo versión 1.0, y considera que:

Una vez evaluados los aspectos éticos del mismo, acuerda que no hay inconveniente alguno para su realización, por lo que emite **INFORME FAVORABLE**.

Este Proyecto de Investigación será realizado por la alumna **D^a Hui Zhang**, siendo su tutor en el Hospital Universitario Río Hortega, **D. Álvaro Sanz Rubiales**.

Lo que firmo en Valladolid, a 9 de Noviembre de 2021

Fdo. Dña. Rosa M^a Conde Vicente
Secretario Técnico CEIm

Hoja de recogida de datos

Datos Personales

Nº Paciente		HCUV (1)/HURH (2)	
Sexo		Edad	
Fecha de ingreso UCP		Fecha de fallecimiento	

Antecedentes personales

Enfermedad Principal				Tratamiento paliativo previo (0=No, 1=Sí, retirado; 2= sí, mantenido)			
Tumor primario		Estadio		Aerosoles		Anticoagulantes	
Metástasis (Sí=1, No=0)				Analgesico no opioide		Glucocorticoide	
Cerebrales		Óseas		Analgesico opioide		Otros	
Pulmonares		Ganglionares		Antibióticos		Otros	
Hepáticas		Otros		Antieméticos		Otros	
Aparición de estertores (No=0, Sí=1)				Tratado con anticolinérgicos (No=0, Sí=1)			

Indicación de la sedación paliativa

Consentimiento Informado

Paciente		Familia	
-----------------	--	----------------	--

Síntomas Refractarios

Tratamiento Farmacológico

Síntomas	Sí (1)/No (0)	Síntomas	Sí (1)/No (0)	Fármacos	Vía sc (1)/iv (2)	Dosis
Dolor		Ansiedad		Midazolam		
Delirium		Pánico		Levomepromacina		
Disnea		Sufrimiento Existencial		Fenobarbital		
Náuseas/ vómitos		Otro síntoma		Propofol		
Hemorragia masiva		Otro síntoma		Otros		

Fecha de SP		Tipo de SP		Duración de SP	
--------------------	--	-------------------	--	-----------------------	--

ID	Dom. Hosp	Sexo	Edad	F. IngresoUCP	F. Fallecimiento	Tumor 1°	Estadio	M. Cerebrales	M. Pulmonares	M. Hepáticas	M. Óseas	M. Ganglionares	Otros metástasis	Estertores	Anticolinérgicos	Aerosoles	Analg. no opioide	Analg. opioide
1	1	2	88	14/01/2020	27/01/2020	3	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2
2	1	2	83	06/02/2020	11/02/2020	5	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	1	38	06/02/2020	10/04/2020	7	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2
4	1	1	85	12/02/2020	27/03/2020	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
5	1	1	68	05/03/2020	25/04/2020	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
6	1	1	67	11/03/2020	29/03/2020	2	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2
7	1	1	68	11/03/2020	30/04/2020	2	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	2
8	1	1	74	12/03/2020	14/05/2020	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	2
9	1	1	86	13/03/2020	14/07/2020	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	2
10	1	1	61	25/03/2020	11/05/2020	7	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
11	1	1	78	27/03/2020	18/12/2020	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2
12	1	2	84	31/03/2020	18/08/2020	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2
13	1	2	75	14/04/2020	30/09/2020	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2
14	1	1	75	05/05/2020	15/06/2020	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
15	1	1	53	08/05/2020	19/05/2020	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	1	74	14/05/2020	23/05/2020	1	2	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	2
17	1	1	68	03/06/2020	09/07/2020	7	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
18	1	2	61	10/06/2020	06/07/2020	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
19	1	1	66	30/06/2020	26/08/2020	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
20	1	2	69	03/07/2020	05/08/2020	3	2	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2
21	1	2	67	14/07/2020	08/09/2020	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2
22	1	1	62	20/07/2020	11/08/2020	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2
23	1	1	66	24/09/2020	02/10/2020	2	2	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	2
24	1	2	66	28/09/2020	08/11/2020	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
25	1	1	66	01/10/2020	06/10/2020	1	2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	2
26	1	1	60	20/10/2020	01/11/2020	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
27	1	1	72	28/10/2020	18/12/2020	4	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2
28	1	1	56	09/11/2020	18/11/2020	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
29	1	2	64	27/11/2020	06/12/2020	2	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	2
30	1	1	69	18/12/2020	23/12/2020	1	2	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	2
31	2	1	82	30/07/2020	31/07/2020	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
32	2	1	78	19/10/2020	11/11/2020	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2
33	2	2	62	26/10/2020	02/11/2020	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
34	2	1	57	18/10/2020	26/10/2020	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2
35	2	2	60	11/10/2020	17/10/2020	5	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	2
36	2	1	52	06/10/2020	16/10/2020	2	2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2
37	2	1	81	01/09/2020	06/10/2020	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2
38	2	2	66	29/08/2020	01/10/2020	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2
39	2	1	47	17/09/2020	28/09/2020	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
40	2	2	52	21/09/2020	25/09/2020	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
41	2	1	64	11/09/2020	19/09/2020	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
42	2	1	73	21/08/2020	17/09/2020	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	2
43	2	2	53	17/08/2020	01/09/2020	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2
44	2	1	84	24/08/2020	27/08/2020	6	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	2	2
45	2	2	68	12/08/2020	22/08/2020	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2
46	2	2	60	11/10/2020	17/10/2020	5	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	2
47	2	1	69	09/08/2020	15/08/2020	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2
48	2	2	62	02/08/2020	14/08/2020	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2
49	2	2	59	24/08/2020	11/09/2020	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
50	2	1	64	03/08/2020	09/08/2020	2	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	2
51	2	2	57	23/07/2020	07/08/2020	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2
52	2	1	83	13/07/2020	21/07/2020	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2
53	2	1	72	13/07/2020	14/07/2020	3	2	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	2
54	2	1	85	12/07/2020	14/07/2020	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
55	2	2	89	10/07/2020	11/07/2020	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
56	2	1	64	03/08/2020	09/08/2020	2	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	2
57	2	1	85	05/07/2020	07/07/2020	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
58	2	2	78	29/06/2020	02/07/2020	2	2	0	1	1	0	0	1	1	1	0	2	2
59	2	2	44	16/06/2020	25/06/2020	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
60	2	2	85	11/06/2020	12/06/2020	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2

AB	Antieméticos	Anticoag.o antiag	GC	Antiepiléptico	Neuroléptico	Otros	C.I.	Asentimiento	Familiar	Dolor	Delirium	Disnea	Náuseas o vómitos	Hemorragia masiva	Ansiedad o Pánico	Sufrimiento Existencial	MDZ sc	MDZ iv
2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	3	0
0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3	0
0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0
2	2	0	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	3	0
2	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4	0
0	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	0
0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	3	0
0	0	2	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	3	0
0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	1	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0
0	1	1	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3	0
0	0	2	2	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	3	0
0	0	0	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0
0	2	0	2	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	0
0	0	0	2	0	0	2	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	3	0
0	0	1	0	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
0	2	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	3	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0
0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	3	0
1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	1	2	0	2	2	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	3	0
0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	4	0
0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	3	0
0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
1	2	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1
1	1	0	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	1	0	0	0	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5
0	2	2	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
0	2	1	0	0	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2
0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	6
0	1	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3
0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	2	1	1	0	2	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	5
0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7
2	0	2	0	0	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
1	2	1	1	0	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	3
0	0	1	0	0	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
2	0	2	0	0	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5
0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
0	2	2	2	0	0	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0

Levomepromacina sc	Levomepromacina iv	MDZ+Levomepromacina sc	MDZ+Levomepromacina iv	Fenobarbital	Propofol	Fecha de SP	Tipo de SP	N°metástasis	Duración SP	Días Ingresado UCP	N° Síntomas
0	0	0	0	0	0	27/01/2020	2	1,00	0,00	13,00	3,00
0	0	0	0	0	0	10/02/2020	2	1,00	1,00	5,00	1,00
0	0	0	0	0	0	09/04/2020	2	2,00	1,00	64,00	2,00
0	0	0	0	0	0	27/03/2020	2	1,00	0,00	44,00	1,00
0	0	0	0	0	0	24/04/2020	2	1,00	1,00	51,00	1,00
0	0	0	0	0	0	27/03/2020	2	3,00	2,00	18,00	3,00
0	0	0	0	0	0	30/04/2020	2	2,00	0,00	50,00	2,00
0	0	0	0	0	0	14/05/2020	2	1,00	0,00	63,00	2,00
0	0	0	0	0	0	13/07/2020	2	2,00	1,00	123,00	3,00
0	0	3	0	0	0	04/05/2020	2	0,00	7,00	47,00	1,00
0	0	0	0	0	0	14/12/2020	2	0,00	4,00	266,00	2,00
0	0	1	0	0	0	17/08/2020	2	2,00	1,00	140,00	2,00
1	0	0	0	0	0	24/09/2020	2	2,00	6,00	169,00	3,00
0	0	0	0	0	0	15/06/2020	2	1,00	0,00	41,00	1,00
1	0	0	0	0	0	18/05/2020	2	3,00	1,00	11,00	2,00
0	0	0	0	0	0	22/05/2020	2	3,00	1,00	9,00	3,00
0	0	3	0	0	0	06/07/2020	2	0,00	3,00	36,00	3,00
0	0	0	0	0	0	06/07/2020	2	0,00	0,00	26,00	2,00
1	0	0	0	0	0	24/08/2020	2	2,00	2,00	57,00	2,00
0	0	0	0	0	0	04/08/2020	2	1,00	1,00	33,00	2,00
0	0	4	0	0	0	04/09/2020	2	0,00	4,00	56,00	5,00
1	0	0	0	0	0	11/08/2020	2	3,00	0,00	22,00	2,00
0	0	0	0	0	0	02/10/2020	2	1,00	0,00	8,00	3,00
0	0	0	0	0	0	06/11/2020	2	0,00	2,00	41,00	1,00
0	0	0	0	0	0	05/10/2020	2	2,00	1,00	5,00	2,00
0	0	2	0	0	0	30/10/2020	2	1,00	2,00	12,00	3,00
0	0	0	0	0	0	16/12/2020	2	2,00	2,00	51,00	2,00
0	0	5	0	0	0	17/11/2020	2	2,00	1,00	9,00	1,00
0	0	0	0	0	0	04/12/2020	2	3,00	2,00	9,00	3,00
0	0	0	0	0	0	22/12/2020	2	2,00	1,00	5,00	2,00
0	0	0	0	0	0	30/07/2020	2	1,00	1,00	1,00	2,00
0	0	0	0	0	0	09/11/2020	2	1,00	2,00	23,00	2,00
0	0	0	0	0	0	01/11/2020	2	1,00	1,00	7,00	3,00
0	0	0	0	0	0	25/10/2020	2	1,00	1,00	8,00	1,00
0	0	0	0	0	0	14/10/2020	2	3,00	3,00	6,00	2,00
0	0	0	2	0	0	15/10/2020	2	2,00	1,00	10,00	2,00
0	0	0	1	0	0	05/10/2020	2	0,00	1,00	35,00	2,00
0	0	0	3	0	0	24/09/2020	2	1,00	7,00	33,00	4,00
0	0	0	0	0	0	28/09/2020	2	0,00	0,00	11,00	1,00
0	0	0	0	0	0	22/09/2020	2	0,00	3,00	4,00	1,00
0	0	0	0	0	0	17/09/2020	2	0,00	2,00	8,00	2,00
0	0	0	0	0	0	14/09/2020	2	4,00	3,00	27,00	3,00
0	0	0	0	0	0	30/08/2020	2	0,00	2,00	15,00	2,00
0	0	0	0	0	0	25/08/2020	2	2,00	2,00	3,00	2,00
0	0	0	2	0	0	20/08/2020	2	2,00	2,00	10,00	2,00
0	0	0	0	0	0	14/10/2020	2	3,00	3,00	6,00	2,00
0	0	0	2	0	0	14/08/2020	2	1,00	1,00	6,00	2,00
0	0	0	0	0	0	10/08/2020	2	1,00	4,00	12,00	2,00
0	0	0	0	0	0	02/09/2020	2	0,00	9,00	18,00	2,00
0	0	0	0	0	0	09/08/2020	2	2,00	0,00	6,00	1,00
0	0	0	0	0	0	07/08/2020	2	0,00	0,00	15,00	2,00
0	0	0	0	0	0	21/07/2020	2	0,00	0,00	8,00	2,00
0	0	0	0	0	0	13/07/2020	2	2,00	1,00	1,00	1,00
0	0	0	0	0	0	13/07/2020	2	2,00	1,00	2,00	3,00
0	0	0	0	0	0	10/07/2020	2	0,00	1,00	1,00	1,00
0	0	0	0	0	0	09/08/2020	2	2,00	0,00	6,00	1,00
0	0	0	0	0	0	05/07/2020	2	0,00	2,00	2,00	3,00
0	0	0	4	0	0	29/06/2020	2	3,00	3,00	3,00	2,00
0	0	0	0	0	0	24/06/2020	2	1,00	1,00	9,00	2,00
0	0	0	2	0	0	12/06/2020	2	0,00	0,00	1,00	3,00

Leyenda de Base de datos

- **Sexo:**
 - 1. Varón
 - 2. Mujer
- **Tumor primario:**
 - 0. Desconocido
 - 1. Pulmón
 - 2. Gastrointestinal
 - 3. Genitourinario
 - 4. ORL
 - 5. Mama
 - 6. Hematológico
 - 7. Otros
- **Estadio:**
 - 0. Desconocido
 - 1. III
 - 2. IV
 - 3. Otros
- **Tratamientos paliativo previo:**
 - 0. No
 - 1. Sí pero retirado.
 - 2. Sí y mantenido.
- **Metástasis**
- **Consentimiento informado**
 - 0. no factible
 - 1. explícito previo/explicito en el momento
 - 2. tácito
- **Tipo de SP:**
 - 1. Intermitente
 - 2. Continuo
- **Duración de SP:**
 - 0. Menos de 24h
 - 1. Un día
 - 2. Dos días
 - 3. Tres días...
- **Dosis de SP:**
 - Midazolam sub.
 - 1. 1mg/4h
 - 2. 2.5mg/4h
 - 3. 5mg/4h
 - 4. 7.5mg/4h
 - 5. 15mg/4h
 - Midazolam I.V.

1. 5mg/24h
 2. 7.5mg/24h o 15mg/48h
 3. 15mg/24h
 4. 7.5mg/8h o 22.5mg/24h
 5. 10mg/8h o 30mg/24h
 6. 45mg/24h
 7. 105mg/24h
- Levomepromacina Sub.
 1. 1/2 ampolla (12.5ml) /8h
 2. 1/2 ampolla/4h o 1 ampolla/8h
 3. 1 ampolla/4h
 - Levomepromacina I.V.
 1. 12.5mg/24h o 25mg/48h
 2. 25mg/24h
 3. 25mg/8h o 75mg/24h
 - Midazolam + Levomepromacina sub.
 1. 2.5mg/4h + 1/2 ampolla/4h o 1 ampolla/8h
 2. 7.5mg/4h + 1/2 ampolla (12.5ml) /8h
 3. 7.5mg/4h + 1/2 ampolla/4h o 1 ampolla/8h
 4. 7.5mg/4h + 1 ampolla/4h
 5. 15mg/4h +1 ampolla/4
 - Midazolam + Levomepromacina I.V.
 1. 7.5mg/24h o 15mg/48h + 12.5mg/24h o 25mg/48h
 2. 15mg/24h + 25mg/24h
 3. 7.5mg/8h o 22.5mg/24h + 25mg/8h o 75mg/24h
 4. 45mg/24h + 25mg/8h o 75mg/24h



INTRODUCCIÓN

La sedación paliativa (SP) es la administración deliberada de fármacos para reducir el nivel de consciencia del enfermo con intención de aliviar uno o más síntomas refractarios, sin acortar la vida del paciente.

OBJETIVOS

Describir las características y las diferencias de los pacientes oncológicos y del proceso de SP en el domicilio y en el hospital.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de 60 pacientes oncológicos que precisaron SP atendidos entre enero de 2019 y diciembre de 2020 en UCPD del HCUV y UCPH del HURH.

Se recogieron y analizaron las historias clínicas de los pacientes para recoger las variables referidas a las características de los pacientes, el proceso y el resultado de la SP. Para el análisis estadístico se ha empleado SPSS y para el análisis comparativo, la prueba de Chi cuadrado.

RESULTADOS

	Domicilio (n = 30)	Hospital (n = 30)	p
Sexo			
Varón	21	16	0,18
Mujer	9	14	
Edad (años)			
Mediana	68	65	0,71
RIC	(63 – 75)	(58 – 81)	
Seguimiento en UCP			
Mediana	38	8	0,001
RIC	(10 – 56)	(4 – 13)	
Medicación previa a la sedación			
Opioides	25	30	0,02
Analgésicos no opioides	16	7	0,01
Antieméticos	2	9	0,02
Corticoides	5	15	0,006
Anticomociales	9	5	0,22
Neurolepticos	0	4	0,04
Antibióticos	1	9	0,005
Anticoagulantes/antiagregantes	6	14	0,02

Tabla 3. Características de los pacientes incluidos en el estudio.

Tabla 4. Síntomas que llevaron a plantar la sedación paliativa

	Domicilio	Hospital	p
Dolor	18	24	0,07
Delirium	19	10	0,02
Disnea	18	15	0,30
Náuseas / vómitos	1	7	0,02
Sangrado	0	1	0,31
Ansiedad / pánico	5	1	0,08
Sufrimiento existencial	4	2	0,38

Tabla 5. Modo de obtención del consentimiento para la sedación paliativa.

	Domicilio	Hospital
Explícito	14	22
Tácito	2	0
Familia (no factible)	14	8

Tabla 6. Duración de la sedación terminal en el domicilio y en el hospital.

	Domicilio	Hospital	p
Duración de la sedación (días)			
Mediana	1	1	0,49
RIC	(0-2)	(1-3)	

CONCLUSIÓN

La SP se emplea de manera similar en el domicilio y en el hospital. Los fármacos más empleados en los dos medios fueron midazolam y levomepromazina. La eficacia estimada como duración de la SP es también similar. La mayor diferencia está en la vía de administración (por vía subcutánea en el domicilio y por vía venosa en el hospital).

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Sedación Paliativa.
2. Hasselaar JG, Verhagen SC, Vissers KC. When cancer symptoms cannot be controlled: the role of palliative sedation. Current Opinion in Supportive & Palliative Care. 2009 Mar;3(1):14–23.
3. Maltoni M, Setola E. Palliative sedation in patients with cancer. Cancer Control. 2015;22(4):433–41

AGRADECIMIENTO

A mi tutor, Dr. Álvaro Sanz Rubiales; a los profesionales de las UCP de HCUV y HURH, especialmente a la Dra. Silvia Hernansanz de la Calle y Dr. Claudio Navarro Cañadas.