

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR Y LA SEDACIÓN PALIATIVA. ASPECTOS MÉDICOS Y ÉTICOS

Amaya Vecino Martín

Hospital de La Rioja, Logroño

Roberto Germán Zurriarán

Universidad de La Rioja

INTRODUCCIÓN

Todas las personas vamos a sufrir dolor en algún momento de nuestra vida. El dolor altera profundamente la calidad de vida de cualquier persona. Si esa persona tiene además una enfermedad incurable, progresiva y avanzada la probabilidad de tener dolor es mucho mayor puesto que es uno de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos.

El mayor porcentaje de pacientes de estas unidades son enfermos oncológicos, en los que entre un 20-50% presentan dolor en el momento del diagnóstico y según avanza la enfermedad aumenta la prevalencia de éste hasta poder alcanzar un 80%. Es más frecuente en tumores sólidos que en leucemias.

En pacientes no oncológicos también es un síntoma frecuente ya sea producido por la propia enfermedad (el dolor que produce la espasticidad muscular de enfermedades neurológicas degenerativas) o por complicaciones de ésta (úlceras de decúbito en pacientes con demencias avanzadas).

El objetivo de los cuidados paliativos es aliviar los síntomas que producen sufrimiento en una persona que presenta una enfermedad de la que sabemos no se va a curar. Utilizaremos todo el arsenal terapéutico del que disponemos para que la calidad de vida sea la mejor y si todo falla como último recurso para aliviar el sufrimiento tendremos la sedación paliativa.

Las siguientes páginas hacen referencia al tratamiento del dolor y a la sedación paliativa de una manera bastante resumida. Serían las bases para poder adentrarse en un estudio más profundo de estos temas.

1. TRATAMIENTO DEL DOLOR

La *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP) define el dolor como:

“La experiencia desagradable, sensorial y emocional asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por esa lesión” (1).

El dolor puede deberse a múltiples causas: producido por la propia enfermedad del paciente (por ejemplo un tumor que infiltra determinadas estructuras), por los tratamientos (cirugías, técnicas invasivas como prótesis endoluminales, quimioterapia...), complicaciones favorecidas por la enfermedad (neumonías, úlceras de decúbito...) otras enfermedades asociadas que puedan producir dolor pero no tengan relación directa con la enfermedad de base (hernias discales, fracturas por traumatismos...).

1.1. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

- Según la duración:

Agudo: inicio brusco y corta duración.

Crónico: prolongado en el tiempo independiente de su intensidad. En algunos casos se define como el que persiste más de un mes pero no es un criterio necesario para su definición.

- Según la fisiopatología:

Somático: se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales. Es bien localizado, constante, se irradia siguiendo los trayectos nerviosos.

Visceral: causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal. Se localiza mal, de carácter intermitente y se puede irradiar de forma difusa a zonas corporales alejadas del lugar donde se originó.

Neuropático: producido por lesión de estructuras nerviosas. Puede ser quemante, lancinante, con sensación de hormigueos (parestesias), tirantez. Puede que sea un dolor que el paciente no sepa describir o lo describa “raro”. Puede llegar a ser de difícil control.

Mixto: mezcla de los anteriores.

- *Según su curso:*

Dolor de base o continuo: persistente a lo largo del día.

Dolor irruptivo o “crisis de dolor”: exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre un dolor de base controlado.

1.2. EVALUACIÓN DEL DOLOR

El dolor es una experiencia sensitiva compleja, es la percepción de la actividad producida en el sistema nervioso por estímulos potencialmente lesivos para los tejidos y también integra factores psicológicos, sociales y espirituales (estos factores pueden influir tanto en el dolor como en su evaluación por parte del personal sanitario). Por este motivo puede que la intensidad del dolor no sea proporcional al grado de lesión tisular y que un individuo que presenta los mismos estímulos dolorosos en diferentes épocas de su vida experimente distinto dolor (3). El dolor es subjetivo, por eso, “cuando alguien dice que le duele es que le duele”.

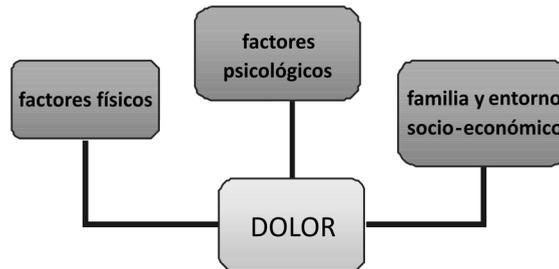


Fig. 1. Factores que integran el dolor

Las experiencias vividas previamente y las creencias influirán en la percepción del dolor. El significado de este dolor también puede alterar su percepción (en un paciente con cáncer el dolor puede significar progresión de la enfermedad).

- *Factores físicos:*

Estructuras afectas: la afectación de nervios puede suponer un dolor neuropático de más difícil control.

Antecedentes de alcoholismo o drogadicción pueden implicar más dificultad para controlar ese dolor.

- *Factores psicológicos:*

Las personas tenemos una parte física y otra psicológica, que no se pueden separar en cada una de las experiencias que vivimos. Cuando el ser humano está enfermo (sobre todo ante una enfermedad crónica, incurable y que avanza) surgen una serie de pensamientos y se plantean cuestiones que ante la ausencia de enfermedad no ocurre. También puede pasar que el individuo revise su vida previa y los actos que ha realizado o ha omitido. Todo esto puede influir en el dolor: en la forma de percibirlo, en su intensidad y en la manera de expresarlo. Entre estos factores psicológicos podemos encontrar:

- Miedo al sufrimiento, a la muerte, a la soledad.
- Sentimientos de culpa.
- Asuntos pendientes.

- *Familia y entorno socio-económico:*

El ser humano es un animal social, rodeado de una familia y unas condiciones socio-económicas que son inseparables de la persona y que también influyen en cómo el individuo vive su enfermedad y su dolor:

- Relaciones familiares conflictivas.
- Pérdida de rol familiar.
- Problemas económicos.

En definitiva, el dolor “es una experiencia del individuo y su familia y no solo de las terminaciones nerviosas” (4). El dolor puede ser tan complejo y pueden influir tantos factores que en muchas ocasiones sería más correcto hablar de sufrimiento o “dolor total” (3). Es muy importante hacer una completa evaluación del dolor para que el tratamiento sea el adecuado y los resultados satisfactorios.

Existen múltiples escalas y cuestionarios para valorar el dolor (4, 5, 6) algunas solo puntúan intensidad y otras son multidimensionales:

- *Escalas visuales analógicas (EVA):*

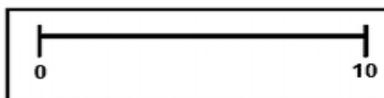


Fig. 2. 0 significa ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible

- *Escalas numéricas:*

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor posible

Fig. 3. 0 significa ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible

- *Cuestionario breve del dolor (CBD) o Brief Pain Inventory (BPI), el Cuestionario de McGill, el Test de Latineen:* analizan la localización del dolor, intensidad, tipo de dolor, efectividad del tratamiento, afectación funcional, influencia en las relaciones personales, estado de ánimo (7).

Sin embargo, en la práctica clínica muchas veces no son útiles o no se pueden emplear por el deterioro del paciente, la dificultad para la comunicación y porque algunos cuestionarios son complejos y muy largos.

En ocasiones dos preguntas sencillas en manos expertas nos pueden dar más datos que cuestionarios detallados y pueden hacer que la relación sanitario-paciente sea más empática que si solo nos limitamos a realizar preguntas-test. Por ejemplo, en una primera visita si queremos preguntar por síntomas físicos, una pregunta adecuada puede ser “¿qué le molesta?” y según la respuesta del paciente orientar la entrevista. Para preguntar por otros factores más psicológicos o relacionados con el entorno socio-familiar podremos utilizar “¿qué le preocupa?” que es una pregunta abierta en la que no estamos preguntando por nada en concreto que pudiese provocar en el paciente incomodidad.

Toda esta detallada evaluación del dolor pretende intentar determinar la causa o causas del dolor, los factores que influyen en éste e identificar aquellos dolores clasificados como difíciles (cuyo pronóstico será peor) para que el tratamiento utilizado sea el idóneo (farmacológico y no farmacológico).

No podemos cometer el error de asegurar que una persona no va a tener dolor y no va a sufrir, lo que sí podemos es afirmar que intentaremos aliviar todo lo posible ese dolor y que nunca abandonaremos a esa persona.

1.3. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

El tratamiento del dolor en Cuidados Paliativos se basa en el uso de analgésicos y co-analgésicos o adyuvantes según la Escalera Analgésica de la OMS (8).

- Analgésico: fármaco que disminuye la percepción del dolor sin alterar la conducción nerviosa.
- Adyuvante: fármaco cuya acción principal no es analgésica pero que asociado a los analgésicos puede potenciar su efecto.

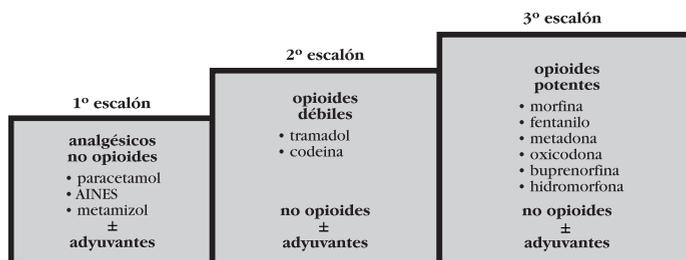


Fig. 4. Escalera analgésica de la OMS

Con respecto al cuadro anterior (Escalera analgésica de la OMS) es preciso hacer algunas aclaraciones: a) Se subirá de escalón cuando falle el anterior después de utilizar dosis plenas; b) No se usarán de forma conjunta opioides potentes y débiles puesto que se podrían aumentar efectos secundarios y no conseguir más analgesia (si un opioide débil no controla el dolor suspenderlo y pasar a 3º escalón); c) Cada pauta analgésica se ajustará individualmente; d) Siempre que sea posible se usará la vía oral al ser la manera más sencilla de administrar medicación. Si es necesario cambiar de vía de administración habrá que hacer la correspondiente modificación de dosis según las tablas de equivalencia; e) Se tratará adecuadamente el dolor irruptivo. Imprescindible dejar analgesia de rescate para las crisis de dolor; f) Se revisarán regularmente y se monitorizarán la evolución del dolor ya que las causas y los factores que influyen pueden variar con el tiempo; g) Se vigilará la aparición de efectos secundarios de la medicación.

Dentro de los fármacos adyuvantes podemos destacar: Antidepresivos; Anti-convulsivantes; Benzodiazepinas; Corticoides; Bifosfonatos; Antagonistas NMDA: Ketamina (anestésico general); Relajantes musculares (baclofeno).

Existe un cuarto escalón, aunque no aparece representado en la figura anterior de la escalera analgésica de la OMS, que sería el tratamiento intervencionista del dolor (4, 9, 10): el porcentaje de pacientes en Cuidados Paliativos que precisan estas técnicas es bajo (5%).

- Técnicas intratecales y epidurales: introducción directa de analgesia en la médula espinal. Indicado en caso de analgesia ineficaz a pesar de optimizar opioides o con efectos secundarios inaceptables a pesar de una adecuada analgesia con opioides sistémicos.
- Bloqueos de plexos o nervios periféricos con anestésicos locales.
- Neurólisis química: destrucción de la conducción nerviosa por medios químicos. Indicado cuando el dolor es intenso, resistente y otras medidas han fracasado. Previamente se ha probado un bloqueo con anestésicos locales y ha sido eficaz. El paciente debe conocer los efectos no deseables del blo-

queo, como pueden ser la parálisis motora y la incontinencia de esfínteres (según la zona en la que se produzca la neurólisis), y aceptarlos.

- Infiltración muscular con anestésico local o toxina botulínica en espasticidad y dolor miofascial.
- Neuromodulación: estimulación de cordones posteriores y nervio periférico.

2. SEDACIÓN PALIATIVA

2.1. ¿QUÉ ES LA SEDACIÓN PALIATIVA?

La sedación paliativa es la disminución del nivel de conciencia del paciente de manera deliberada mediante fármacos con el objetivo de aliviar el sufrimiento ocasionado por un síntoma o síntomas refractarios. Es una maniobra terapéutica (11,13).

La sedación paliativa es distinta de la transitoria (indicada ante un procedimiento diagnóstico o terapéutico o una crisis ocasional y posteriormente se va a revertir). Puede ser superficial o profunda, pero suele ser continua. Esto no quiere decir que no se puede revertir. Dentro de la sedación paliativa tenemos la que se realiza en la agonía que será previsiblemente irreversible en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. No obstante, la sedación paliativa no es la respuesta frente al distrés de la familia o del equipo sanitario.

Así también, la sedación paliativa es diferente a la eutanasia (11, 2, 13):

Sedación paliativa	Eutanasia
Intención: Aliviar un síntoma intolerable	Intención: Producir la muerte del paciente
Proceso: Administrar un fármaco sedante	Proceso: Administrar un fármaco letal
Resultado: alivio del síntoma	Resultado: la muerte

Fig. 5. *Comparativa entre sedación paliativa y eutanasia*

La sedación paliativa esta indicada ante un *síntoma refractario* (11,12,13), esto es, aquel en el que han fracasado las tentativas terapéuticas previas, pero éstas tienen que haber sido las óptimas. Se tienen que haber agotado todos los recursos indicados, que no disminuyan el nivel de conciencia, para el control del síntoma. Si el profesional no está bien preparado puede que la indicación de

sedación no sea correcta (sedación por incompetencia del profesional) o que el profesional sanitario mantenga a un paciente con dolor, ansiedad o distrés.

2.2. BASES ÉTICAS DE LA SEDACIÓN

La buena práctica de la sedación paliativa atiende a los siguientes principios (13):

- a) En cuanto a la *intención*: la intención y finalidad de la sedación paliativa es aliviar el sufrimiento.
- b) En cuanto al *principio de autonomía*: es necesario obtener el consentimiento del paciente si éste está en condiciones de tomar decisiones. Por eso, se recomienda haber hablado de esto con antelación. Es suficiente con que el consentimiento sea verbal pero se tiene que registrar en la historia clínica (11).

Si el paciente no puede tomar decisiones se obtendrá el consentimiento de la familia. Aunque la responsabilidad del bienestar del paciente sea del equipo terapéutico es conveniente que la familia esté informada y consienta para evitar conflictos posteriores a nivel emocional en los miembros de la familia (“lo sedaron sin decirme nada y no me pude despedir”, “llegué y estaba dormido y no sabía porqué”) o incluso un duelo patológico.

- c) En cuanto al *principio de proporcionalidad*: exige considerar las condiciones del paciente (intensidad del sufrimiento, expectativas de vida) y los beneficios que aporta la sedación. Haber valorado y descartado previamente otros tratamientos.

Con todo, es importante explicar los efectos que produce la sedación: a) la pérdida de la ingesta y de la comunicación verbal con la familia; b) no asegurar el nivel de sedación que se va a conseguir porque puede que nos equivoquemos, indicar que se revisará periódicamente para asegurarse que el control de los síntomas sea el adecuado; c) ante una sedación paliativa en la agonía habrá que explicar la posibilidad de que aparezcan secreciones *pre-mortem* o fiebre y los cuidados que se tendrán con el paciente.

Puede que tengamos que explicar las mismas cosas varias veces y a distintos miembros de la familia debido a la situación de estrés que se produce.

Por otra parte, la diferencia apuntada entre sedación paliativa y eutanasia no sólo es de índole médica sino también jurídica y ética. En las líneas siguientes nos vamos a detener en esta última.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en su Declaración de 26 enero de 2002, sobre eutanasia, sostiene:

“El significado actual del término eutanasia se refiere a la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico. Cuando se habla de una ley de eutanasia se está hablando de una legislación según la cual no existiría impedimento legal, bajo determinadas condiciones, para esta práctica dentro del ejercicio de la medicina, en contra de lo que ha sido su ética tradicional” (15).

Por tanto, hablamos de eutanasia cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del enfermo sea o no terminal.

La sedación paliativa, en cambio, no tiene como intención la muerte del paciente sino el alivio de un síntoma intolerable. En consecuencia, ante una situación clínica objetivamente conflictiva, no es lo mismo provocar directamente la muerte del enfermo con la finalidad de terminar con sus sufrimientos (eutanasia directa) que llevar a cabo un tratamiento cuyo objetivo es el alivio de esos sufrimientos sin intención de provocar la muerte aunque es posible la aceleración de la muerte natural debido a los fármacos suministrados. Esta última acción no es una eutanasia directa, pero tampoco indirecta, pues no hay intención de provocar la muerte, sino que la muerte no buscada del paciente acontece en el curso de un correcto tratamiento paliativo.

La sedación paliativa, en cuanto que acción necesaria, tiene como efecto accidental y no querido la posible aceleración de la muerte del enfermo. En efecto, en la sedación paliativa no se busca, ni como fin ni como medio, la muerte del enfermo, sino la administración de un fármaco sedante, no letal, que tiene por finalidad paliar, por ejemplo, el dolor del enfermo. La muerte del enfermo no se debe a la sedación, sino que aquélla y la sedación son efectos independientes y paralelos de una misma acción (el tratamiento al que fue sometido el enfermo). Provocar la muerte no es lo mismo que permitir la muerte.

Con la sedación paliativa la muerte no es buscada, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable, es decir, no se pretende provocar la muerte, se acepta no poder impedirla.

La sedación paliativa planteada en estos términos es también acorde con la Declaración de la SECPAL del 2002, antes señalada, con relación a la “obstinación o ensañamiento” terapéuticos, pues afirma que son:

“Aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información”.

En este mismo sentido, el Código Internacional de Ética Médica, en el artículo 28.2, señala:

“En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre” (16).

En definitiva, la sedación en Cuidados paliativos: 1. Es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo que se halla al final de su vida. 2. No es eutanasia encubierta. Las diferencias recaen tanto en el objetivo como en la indicación, el procedimiento, el resultado y el respeto a las garantías éticas (13).

2.3. CAUSAS DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

Las causas más frecuentes de sedación son: Disnea; Delirium; Dolor y Hemorragias. En cambio, la ansiedad, la depresión y el sufrimiento psicoexistencial son causas más discutidas de sedación paliativa (11,12). En este punto, es muy importante haber utilizado adecuadamente todas las opciones de tratamiento posibles antes de optar por una sedación.

2.4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- La vía de administración se elegirá en función de el lugar donde se realice, el fármaco elegido y la rapidez que se precise para la sedación. Lo más frecuente es que si el paciente está en domicilio se elija la vía subcutánea (menos problemas y más sencilla de utilizar).
- El fármaco más utilizado es el midazolam que se puede emplear tanto por vía venosa como subcutánea. Fácil de titular, de acción rápida y también se puede revertir rápidamente el efecto si es preciso con flumazenilo (Ane-xate®). Las dosis medias pueden oscilar entre 30-60 mg al día, aunque hay casos en los que se pueden superar los 200 mg. al día (12).
- Los opioides no están recomendados como medicación específica para la sedación paliativa pero se emplearán de manera concomitante si el síntoma refractario es el dolor o la disnea.
- El ritmo de administración puede ser constante o en *bolus* cada determinadas horas.
- Mantener los analgésicos u otra medicación destinada al control de síntomas si el paciente los precisaba previamente a la sedación.

Con todo, la revisión periódica del nivel de sedación se realizará, como mínimo, cada 8 horas para asegurarse que se ha conseguido el control adecuado del

sufrimiento. De la misma manera, se dejarán pautadas dosis de rescate en el caso de que el paciente las precise por intranquilidad o dolor, o en el caso de que la familia o enfermería (según esté el paciente en domicilio o en el hospital) sepan qué hacer y a qué recurrir en esos casos.

Otros fármacos que se pueden emplear son (2):

* Neurolépticos:

Levomepromazina: muchas veces se combina con el midazolam en casos de *delirium*. Si están contraindicadas las benzodiacepinas sería la siguiente opción. También tiene efecto antiemético.

* Anestésicos generales:

Propofol: si fallan midazolam y levomepromazina. Efecto antiemético asociado.

* Barbitúricos:

Fenobarbital: si fallan midazolam y levomepromazina y no es posible utilizar una vía venosa. No deben mezclarse con otros fármacos por vía subcutánea.

2.5. HIDRATACIÓN EN LA SEDACIÓN PALIATIVA

La hidratación y la nutrición al final de la vida constituyen un motivo de controversia y debate en cuidados paliativos. No hay evidencia de que la sed y la boca seca estén relacionadas con la deshidratación en estos pacientes.

Es recomendable mantenerla si contribuye al control de síntomas, si no es así puede que produzca más inconvenientes que beneficios como puede ser en casos de insuficiencia cardíaca, anasarca (derrame o acumulación del líquido seroso en el tejido celular que produce una hinchazón generalizada del cuerpo y de los miembros y se manifiesta con fiebre, anemia y diarrea) y secreciones bronquiales. Menos justificación tiene su uso todavía si es una sedación paliativa en agonía (14).

Por otra parte, otros consideran que la utilización de altas dosis de morfina, neurolépticos, ansiolíticos, antidepresivos y otros fármacos de uso habitual en Cuidados Paliativos imponen una eliminación urinaria de gran cantidad de metabolitos. La acumulación de estos productos asociada a la disminución del débito urinario por deshidratación contribuye a los trastornos cognitivos, mioclonias, delirio agitado, y otras condiciones como sensación de sed, impacto fecal, riesgo de escaras. El apoyo de la hidratación ya no necesariamente por vía endovenosa sino por la vía subcutánea favorece de un modo simple y menos invasivo, la prevención o el tratamiento de estos trastornos y asegura una vía adecuada para la administración de medicamentos que contribuyan al confort del paciente (14).

Desde el punto de vista ético, uno de los problemas que subyacen a la cesación de la hidratación y nutrición del enfermo, sea terminal o no, radica en que dicha práctica pueda convertirse de manera solapada en una eutanasia por omisión. Un criterio ético claro para salir de la disyuntiva es preguntarnos por la intención que preside la conducta médica. En efecto, es bien distinta la intención de “permitir morir” respetando el curso natural de la enfermedad y procurando la mejor calidad de vida posible para el paciente de aquella otra que provoca intencionadamente la muerte por la omisión de cuidados que son necesarios y razonables.

Este planteamiento es conforme a la definición de eutanasia, dada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, mencionada más arriba, que afirma que cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces hablamos de eutanasia, ya sea en el caso de inyectar un fármaco letal como en la omisión de una medida terapéutica o paliativa que estuviera correctamente indicada.

En conclusión, y siguiendo las recomendaciones de la SECPAL en un documento publicado en el 2003, sobre la Sedación paliativa y terminal, sostiene acerca de la hidratación:

“a) En el paciente en que se ha indicado sedación y que no se halla en situación agónica, debe garantizarse la hidratación por vía parenteral (endovenosa o subcutánea).

b) En el paciente en que se ha indicado la sedación en el contexto de la agnía, la hidratación parenteral es opcional. No obstante se debe garantizar el aporte hídrico preciso para el control de algunos de los síntomas que pueden aparecer en este período, como la sequedad de boca, mediante la administración de pequeñas cantidades de líquido por vía oral” (13).

Es moralmente aceptable e incluso obligatoria desde la ética de las profesiones sanitarias la cesación de unos cuidados con la intención de prestarle el mejor cuidado permitiendo la llegada de la muerte. Es cierto que algunos casos serán relativamente sencillos de calificar, otros, en cambio, pueden plantear más dudas. Por esta razón, una información actualizada y el criterio ético mencionado pueden darnos una orientación clara para el justo equilibrio en aliviar al enfermo y permitir la muerte, equilibrio que supone el desafío permanente para la medicina paliativa.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vervest, A. C.; Schimmel, G. H. “Taxonomy of pain of the IASP”, *Pain* 1988, 34(3), pp. 318-321.
- (2) Porta, J.; Rodríguez, D.; Sala, C. “Dolor” en *Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*, Arán Ediciones, Madrid, 2008, pp. 45-106.

- (3) González Barón, M.; Ordóñez Gallego, A.; Muñoz Sánchez, J. D. “Dolor oncológico. Sentido del sufrimiento” en Sanz Ortiz, J. *El control del sufrimiento evitable, terapia analgésica*, Madrid, 2000, pp. 8-31.
- (4) Watson, M.; Lucas, C.; Hoy, A.; Back, I. *Manual Oxford de Cuidados Paliativos*, Grupo Aula Médica, Madrid, 2008.
- (5) Chopitea, A.; Noguera, A.; Centeno, C. “Algunos instrumentos de evaluación utilizados en Cuidados Paliativos (II): el cuestionario breve del dolor (*Brief Pain Inventory, BPI*)”, *Medicina Paliativa*, 2006, 13, pp. 37-42.
- (6) Rubiales, A. S.; Del Valle, M. L.; Flores, L. A.; Hernansanz, S. “Cuestionario, escalas y certeza diagnóstica”, *Medicina Paliativa*, 2006, 3, pp. 85-93.
- (7) Miró, J. “Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor crónico en adultos”, en Gutiérrez, T. Raich, RM. Sánchez, D. Deus, J. (eds.), *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud*, Alianza Psicología y Educación, Madrid, 2003.
- (8) Azevedo Sao Leao, F. K.; Kimura, M.; Jacobsen, T. M. “The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it?”, *Support Care Cancer*, 2006, 14, pp. 1.086-1.093.
- (9) Mayoral, V.; García, X. “Medidas intervencionistas” en *Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*, Aran ediciones, Madrid, 2008, pp. 107-111.
- (10) Stearns, L.; Boortz-Marx, R.; Du, P. S.; Friehs, G.; Gordon, M.; Halyard, M. *et al.* “Intrathecal drug delivery for the management of cancer pain: a multidisciplinary consensus of best clinical practices”, *Journal Support Oncology*, 2005, 3, pp. 399-408.
- (11) Morita, T.; Bito, S.; Kurihara, Y.; Uchitomi, Y. “Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method”, *Journal Palliative Medicine*, 2005, 8, pp. 716-729.
- (12) Claessens, P.; Menten, J.; Schotsmans, P.; Broeckaert, B. “Palliative sedation: e review of the research literature”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008, 36, pp. 310-333.
- (13) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), *Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos: Sedación Paliativa / Sedación Terminal*, 2003.
- (14) Olmos, P.; Rochina, A.; Sanchis-Bayarri, V.; Castellano, E.; Navarro, J. R. “Hidratación en el contexto de sedación paliativa en agonía: una perspectiva multidimensional”, *Medicina Paliativa*, 2008, 15, pp. 238-246.

- (15) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), *Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, 26 de enero de 2002.
- (16) Asamblea Médica Mundial, *Código Internacional de Ética Médica*, adoptado en Londres, 1949. Enmendado en Sidney, 1968 y Venecia, 1983.