

Coneixements sobre sedació pal·liativa en pediatria

Aitor López-González, Sergi Navarro-Vilarrubí, Marina Caballero, Anna Habimana, Josep Anton Porras, Daniel Toro, Lucía Navarro

Servei d'Atenció Pal·liativa i Pacient Crònic Complex. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

RESUM

Fonament. Donat l'augment en la prevalença de malalties que amenacen o limiten la vida, resulta cada vegada més necessari tenir coneixements d'atenció pal·liativa, incloent-hi també la sedació pal·liativa (SP), per al tractament dels símptomes refractaris.

Objectiu. Saber quin és el coneixement, la formació i les necessitats que tenen els pediatres hospitalaris sobre l'SP.

Mètode. Estudi transversal dut a terme a partir de les respostes d'un qüestionari en línia (Google Forms) distribuït a pediatres de nou hospitals de Catalunya.

Resultats. S'han obtingut 176 respostes. Pel que fa a la legalitat dels procediments, el 88,6% creia que l'SP era legal a Espanya i el 98,3% que l'eutanàsia no ho era. Respecte al consentiment informat, el 57,4% afirmava que per a l'SP se'n requereix un que pot ser verbal i ha de constar en la història clínica. L'SP havia estat pautaada alguna vegada pel 66,5% dels enquestats. El midazolam era el fàrmac més utilitzat (65,9%), tot i que el 56,1% creia que el sedant d'elecció era la morfina. En cas de refractarietat, els símptomes no físics no eren considerats tributaris d'SP per al 30,7% i el 66,5% creia que hauria de ser possible l'objecció de consciència. Quant a la formació, el 83% creia que en tenia insuficient o molt poca en l'àmbit de l'SP i el 91,5% estava interessat a rebre'n més.

Conclusions. L'estudi suggereix que els pediatres hospitalaris necessiten més coneixements i experiència en l'àmbit de l'SP. Calen programes de formació específics i una reflexió profunda sobre quins coneixements han de tenir els pediatres dels hospitals, independentment de la seva especialitat.

Paraules clau: Cures pal·liatives pediàtriques. Sedació pal·liativa. Pediatria hospitalària. Formació.

CONOCIMIENTOS SOBRE SEDACIÓN PALIATIVA EN PEDIATRÍA

Fundamento. Dado el aumento en la prevalencia de enfermedades que amenazan o limitan la vida, resulta cada vez más necesario tener conocimientos en atención paliativa, incluyendo también la sedación paliativa (SP), para el tratamiento de los síntomas refractarios.

Objetivo. Saber cuál es el conocimiento, la formación y las necesidades que tienen los pediatras hospitalarios sobre la SP.

Método. Estudio transversal realizado a partir de las respuestas de un cuestionario online (Google Forms) distribuido a pediatras de nueve hospitales de Cataluña.

Resultados. Se han obtenido 176 respuestas. En cuanto a la legalidad de los procedimientos, el 88,6% creía que la SP era legal en España y el 98,3% que la eutanasia no lo era. Respecto al consentimiento informado, el 57,4% afirmaba que para la SP se requiere de él, y que puede ser verbal y debe constar en la historia clínica. La SP había sido pautaada alguna vez por el 66,5% de los encuestados. El midazolam era el fármaco más utilizado (65,9%), aunque el 56,1% creía que el sedante de elección era la morfina. En caso de refractariedad, los síntomas no físicos no eran considerados tributarios de SP por el 30,7% y el 66,5% creía que debería ser posible la objeción de conciencia. En cuanto a la formación, el 83% creía que tenía insuficiente o muy poca en el ámbito de la SP y el 91,5% estaba interesado en recibir más.

Conclusiones. El estudio sugiere que los pediatras hospitalarios necesitan más conocimientos y experiencia en el ámbito de la SP. Hacen falta programas de formación específicos y una profunda reflexión sobre qué conocimientos deben tener los pediatras de los hospitales, independientemente de su especialidad.

Palabras clave: Cuidados paliativos pediátricos. Sedación paliativa. Pediatria hospitalaria. Formación.

CURRENT KNOWLEDGE ON PALLIATIVE SEDATION IN PEDIATRICS

Background. Given the increasing prevalence of life-threatening or life-limiting diseases, palliative care is increasingly needed, including palliative sedation (PS), for the treatment of refractory symptoms.

Objective. To assess the knowledge, training and needs of hospital pediatricians about PS.

Method. Cross-sectional study based on the answers of an online questionnaire (Google Forms) distributed to pediatricians in 9 hospitals in Catalonia.

Results. 176 responses were obtained. Regarding the legality of the procedures, 88.6% believed that the PS was legal in Spain and 98.3% that euthanasia was not. Regarding informed consent (IC), 57.4% stated that for PS, IC is required and that it can be verbal and must be recorded in the medical record. PS had been prescribed by 66.5% of the respondents. Midazolam was the most widely used drug (65.9%), although 56.1% believed that the sedative of choice was morphine. In the case of refractoriness, the non-physical symptoms were not considered tributary of PS by 30.7% of respondents, and 66.5% believed that conscientious objection should be possible. In terms of training, 83% believed that they had insufficient or very little training in the area of PS and 91.5%

Aquest treball ha estat presentat a la XXV Reunió de la Societat Catalana de Pediatria (Barcelona, maig 2019) i guanyador del premi a la millor comunicació breu.

Correspondència: Aitor López González
C/ Xipresos, 5. 08191 Rubí
alopezgo@sjdhospitalbarcelona.org

Treball rebut: 24.12.2019
Treball acceptat: 11.05.2020

López-González A, Navarro-Vilarrubí S, Caballero M, Habimana A, Porras JA, Toro D, Navarro L.
Coneixements sobre sedació pal·liativa en pediatria.
Pediatr Catalana. 2020;80(3):100-5.

were interested in receiving more.

Conclusions. The study suggests that hospital pediatricians need more knowledge and experience in the field of PS. A thorough reflection is needed on what knowledge pediatricians in hospitals need to have and the specific training programs that are needed, regardless of their specialty.

Keywords: *Pediatric Palliative Care. Palliative Sedation. Training.*

Introducció

Segons les últimes dades demogràfiques publicades, al 2017 es va registrar una taxa de mortalitat perinatal (des de 28 setmanes de gestació fins a la primera setmana de vida) de 4,7 defuncions per cada 1.000 naixements i una taxa de mortalitat infantil (menors d'un any de vida) de 2,43 defuncions per cada 1.000 nascuts vius¹. A Catalunya, cada any moren més de 400 infants, dels quals un terç ho fan en el període neonatal, la meitat el primer any de vida i la resta, dels 12 mesos als 18 anys².

Al nostre entorn, les causes més habituals de defunció dels infants són els esdeveniments aguts, com els accidents; les malalties derivades del període neonatal i les seves seqüeles, i les malalties cròniques, com el càncer i altres malalties minoritàries, entre altres³. Tot i això, en les últimes dècades hi ha hagut importants canvis pel que fa als tractaments de moltes d'aquestes malalties, que han fet augmentar la supervivència, però també la morbiditat infantil, sovint crònica, i també el nombre d'infants en els quals la mort és previsible. Per tant, hi ha un nombre més alt de pacients als quals es pot plantejar un pla de decisions anticipades i un enfocament pal·liatiu, entès de forma àmplia i precoç⁴.

El procés de final de vida és una part, no exclusiva, però sí d'especial importància d'aquesta atenció integral. En aquest procés apareixen símptomes que poden esdevenir refractaris als tractaments específics. Es defineix com a símptoma refractari aquell que no es pot controlar de manera adequada malgrat els esforços per trobar un tractament tolerable en un termini raonable sense que comprometi la consciència del pacient. La refractarietat es pot relacionar amb un problema clínic, el coneixement disponible, el lloc on el pacient és atès o una combinació de totes tres circumstàncies. Quan els símptomes es diagnostiquen de refractaris, està indicada la sedació pal·liativa (SP).

L'SP és l'administració deliberada de fàrmacs, en dosis i combinacions requerides, per reduir la consciència d'un pacient amb malaltia avançada o terminal, tant com sigui necessari per alleujar adequadament un o més símptomes refractaris, siguin físics o no, i amb el seu consentiment explícit, implícit o delegat⁵.

Hi ha molt poca bibliografia sobre la incidència de l'SP en pediatria. La prevalença de l'SP en la infància varia entre països i pot estar influenciada per aspectes culturals, educacionals, legals, morals i per les polítiques sanitàries de cada país⁶. Friedrichsdorf va descriure l'SP com una pràctica poc freqüent en infants amb

malalties oncològiques dels Estats Units, ja que menys de l'1% en va rebre⁷. En canvi, un estudi de 165 pacients fet a Bèlgica amb pacients d'entre 1 i 17 anys mostra que el 46,7% de les morts estudiades corresponien a morts esperables, de les quals es va aplicar sedació en el període de final de vida al 38,9%⁸.

Actualment, l'article 20.1 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya recull que totes les persones tenen dret a rebre un tractament adequat del dolor i cures pal·liatives integrals, i viure amb dignitat el procés de la seva mort⁹. A més, hi ha plans estratègics i d'implementació a curt termini en què s'explicita que a Catalunya els infants en l'etapa final de la vida han de ser atesos per recursos que inclouen l'atenció hospitalària¹⁰; aquest fet és rellevant, tenint en compte que les morts provocades per malaltia tenen lloc majoritàriament als hospitals, sobretot a les unitats de cures intensives neonatals i pediàtriques.

No s'han trobat estudis que determinin quin és el grau de coneixement que té el pediatre hospitalari sobre l'SP i és previsible que podria ser cada cop més necessària per tal de poder donar una atenció millor als nens i nenes que presenten símptomes refractaris.

L'objectiu de l'estudi és fer una aproximació per saber quin és el coneixement, la formació i les necessitats que tenen els pediatres dels hospitals enquestats sobre l'SP.

Material i mètodes

El dia 6 de febrer de 2019 es va distribuir a pediatres de nou hospitals de Catalunya, mitjançant correu electrònic, un qüestionari de vint-i-set preguntes creat a través de l'editor d'enquestes de Google (Google Forms). Les respostes es van recollir entre els dies 6 i 17 de febrer.

Al qüestionari (Annex I), vint-i-sis preguntes són d'elecció múltiple (de les quals tres admeten més d'una resposta possible) i una pregunta és oberta.

S'ha utilitzat estadística descriptiva per analitzar els resultats mitjançant l'expressió de variables qualitatives en valors absoluts i proporcionals.

Resultats

El qüestionari ha estat contestat per 176 pediatres que treballen en l'àmbit hospitalari. No s'ha descartat cap resposta per incompleta ni per repetida.

Pel que fa a les característiques epidemiològiques, quant al gènere, el 77,3% són dones, el 22,2% són homes i una persona (0,6%) expressa el desig de no donar aquesta dada. Pel que fa al rang etari, el 35,8% correspon a persones amb edats compreses entre 20 i 29 anys; el 31,8% entre 30 i 39; el 22,7% entre 40 i 49; el 8% entre 50 i 59; i l'1,7% més de 60 anys.

Pel que fa als hospitals, el 51,1% dels enquestats treballaven a l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona,

el 10,8% a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, el 10,2% a l'Hospital Parc Taulí, el 7,4% a l'Hospital Germans Trias i Pujol, el 6,3% a l'Hospital Sant Pau, el 6,3% a l'Hospital Arnau de Vilanova, el 4% a l'Hospital Doctor Trueta, el 2,3% a l'Hospital Joan XXIII i l'1,8% a l'Hospital del Mar.

Pel que fa a les unitats de referència, el 34,1% dels enquestats eren residents (sense cap unitat fixa de referència), el 13,6% era personal d'urgències, l'11,4% de planta de pediatria, el 6,8% de la unitat de cures intensives pediàtrica, el 6,3% de la unitat de cures intensives neonatal, el 3,4% del servei de cures pal·liatives i la resta (24,4%) corresponia a altres especialitats (neurologia, oncologia, hematologia, reumatologia, cardiologia, al·lèrgologia, pneumologia, endocrinologia, infectologia i gastroenterologia).

Pel que fa al coneixement sobre la legislació, el 88,6% creia que l'SP era un procediment mèdic legal a Espanya per al pacient pediàtric i el 98,3% que l'eutanàsia no ho era. Dels 173 que van respondre que l'eutanàsia no era un procediment mèdic legal a Espanya, el 89,4% considerava que caldria regular en quines situacions podria aplicar-se. El 89,2% es mostrava en desacord amb el fet que es consideressin sinònims l'eutanàsia i l'SP, mentre el 5,6% es mostrava d'acord amb l'afirmació. El 57,4% afirmava que l'SP requereix d'un consentiment informat que pot ser verbal i ha de constar en la història clínica. El 30,1% creia que l'SP requereix d'un consentiment, però que havia de ser per escrit, i el 2,8% creia que no calia que constés a la història clínica. El 5,1% creia que no calia consentiment i el 4,5% deia que ho desconeixia.

Pel que fa a l'experiència, el 66,5% havia pautat alguna vegada una SP, bé per iniciativa pròpia (12,5%), bé amb el suport d'un equip de cures pal·liatives (33%) o bé en les dues situacions prèviament esmentades (21%). Respecte als fàrmacs utilitzats, on era possible escollir més d'una opció, el midazolam era el fàrmac més utilitzat (65,9%), seguit de la morfina (64,8%) i la levomepromazina (20,5%). A la pregunta següent, d'opció única, respecte el sedant d'elecció, el 56,1% creia que era la morfina i el 39% que era el midazolam. La resta (4,9%) creia que era la levomepromazina, el propofol, el fenobarbital o el fentanil. Respecte a les escales d'avaluació per a l'SP, el 82,9% mai n'havia utilitzat cap. Els qui havien utilitzat alguna escala havien fet servir la Ramsay Scale (13,1%), la COMFORT Scale (8,5%) i la Richmond Agitation-Sedation Scale (1,7%); aquesta pregunta era de resposta múltiple.

El 37,5% havia inclòs l'SP en algun pla de decisions anticipades amb una família, el 12,5% havia recorregut al Comitè d'Ètica Assistencial per desacord amb una família a l'hora d'iniciar l'SP i només una persona enquestada (0,6%) havia recorregut a l'autoritat judicial per un cas de desacord amb una família.

El 30,7% considerava que l'SP no serveix per als símptomes no físics i el 66,5% que hauria de ser possible l'objecció de consciència. El 92,6% creia que no

s'hauria de limitar l'SP als hospitals que disposessin d'unitats de cures pal·liatives.

El 35,2% tenien possibilitat de fer visites a nivell domiciliari, dels quals el 33,8% havien fet una SP a aquest nivell. El 98,9% del total d'enquestats creia que seria útil poder oferir l'SP a nivell domiciliari.

Pel que fa a la formació, el 83% creia que tenia insuficient o molt poca formació en l'àmbit de l'SP (Fig. 1) i el 91,5% estava interessat a rebre'n més (Fig. 2). Es van rebre vint-i-un comentaris en la pregunta oberta del final del qüestionari, set dels quals remarcaven la necessitat de més formació específica en SP.

Discussió

L'enquesta feta recull respostes d'una mostra diversa de pediatres que treballen en l'àmbit hospitalari a Catalunya, tant pel que fa al gènere i l'edat, com als hospitals on treballen i l'especialitat a què es dediquen.

Pel que fa a la normativa, la gran majoria dels enquestats sabien que l'SP és un procediment mèdic legal a Espanya. Respecte de l'eutanàsia, pràcticament tots els enquestats sabia que en l'actualitat no és un procediment legal al nostre territori, ja que està tipificada com a delicte a l'article 143 del Codi penal. Contràriament a la legislació vigent, l'enquesta mostra que una ampla majoria dels pediatres hospitalaris creien que caldria regular en quines situacions s'hauria de poder aplicar.

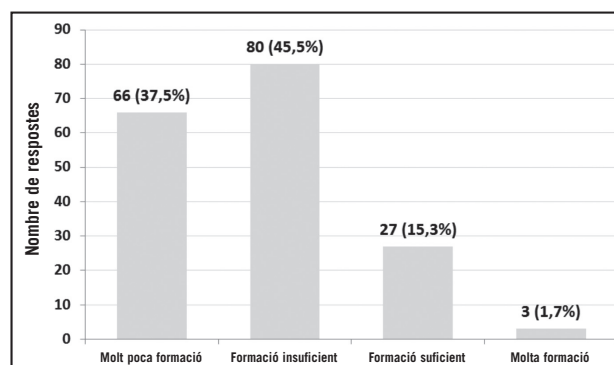


Fig. 1. Respostes a la pregunta: «Quanta formació creus que tens en l'àmbit de la sedació pal·liativa?».

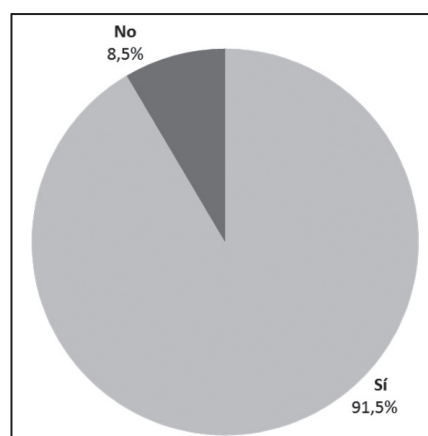


Fig. 2. Respostes a la pregunta: «Estaries interessat a rebre un curs de formació sobre sedació pal·liativa?»

Pel que fa al consentiment informat per l'SP, poc més de la meitat dels enquestats saben que cal un consentiment que consti en la història clínica i que aquest pot ser verbal o escrit. A més, aquest consentiment pot ser explícit, implícit o delegat, i això depèn de la capacitat del pacient per relacionar-se i comunicar les seves voluntats, tenint en compte que la sedació altera el seu estat de consciència. Per tant, en el cas de pacients competents, s'ha d'obtenir el seu consentiment de forma explícita o implícita i, en el cas de pacients incompetents, la decisió es pren conjuntament amb la família i tenint en compte els desitjos prèviament expressats pel pacient.

Pel que fa a l'experiència, dos terços dels pediatres enquestats havien pautat SP en alguna ocasió, tot i que la majoria no ho havia fet per iniciativa pròpia sinó amb el suport d'un equip de cures pal·liatives.

En referència als fàrmacs utilitzats, segons l'enquesta, la gran majoria dels pediatres reconeixien el midazolam com a fàrmac més utilitzat, i només un de cada cinc també havia utilitzat en alguna ocasió la levomepromazina. Segons la majoria de guies d'SP, el fàrmac de primera elecció per a l'SP ha de ser el midazolam, excepte quan el símptoma refractari és el delírium, en què es recomana iniciar l'SP amb levomepromazina. Resten com a terceres opcions el propofol i el fenobarbital.

Malauradament, quasi dos terços dels enquestats creien que la morfina era el fàrmac d'elecció en el procés de sedació i és important reconèixer que la morfina és un fàrmac analgèsic que, tot i tenir efectes sedants, no és un sedant com a tal. D'altra banda, més de la meitat dels pediatres enquestats va triar la morfina quan es preguntava quin seria el fàrmac d'elecció per a l'SP si només en pogués triar un. És possible que la majoria de pediatres associï equivocadament la morfina a la sedació perquè en moltes situacions s'aplica l'SP en context de dolor o dispnea refractaris, símptomes pels quals la morfina és un tractament habitual. Tot i així, és quan aquests símptomes no es controlen que resulta important disminuir el nivell de consciència per tal de pal·liar-los, i és en aquestes situacions en que l'SP té un paper essencial; els fàrmacs més adients són el midazolam en casos de dolor, dispnea, hemorràgia massiva i vòmits incoercibles, i la levomepromazina en casos de delírium.

Respecte a l'avaluació de la sedació, la gran majoria dels enquestats no havia utilitzat mai cap escala. Cal destacar que l'objectiu de la sedació és aconseguir el control d'un símptoma refractari amb la mínima sedació possible, per això resulta important utilitzar escales, com la de Ramsay modificada, per tal d'avaluar-la.

La indicació mèdica de l'adequació de l'esforç terapèutic és una responsabilitat del professional i la situació ideal és aquella en què s'arriba a un acord entre l'equip responsable del pacient i la família i/o el pacient. Tot i així, segons l'enquesta, en pocs casos els pediatres

tenen en compte l'SP en els plans de decisions anticipades amb les famílies. En molts pocs han hagut de recórrer al Comitè d'Ètica Assistencial o a l'autoritat judicial per desacord amb les famílies en el moment en què es dona la situació.

De forma sorprenent, dos terços dels enquestats creien que hauria de ser possible l'objecció de consciència en l'SP. Cal remarcar que l'objecció de consciència en l'SP per a les situacions amb símptomes refractaris representaria un exercici de mala praxi mèdica, ja que l'SP, com altres procediments mèdics, té unes indicacions clares i no prescriure-la seria una acció deontològicament reprovable.

Per últim, l'enquesta mostra que l'ampla majoria dels pediatres hospitalaris reconeix un dèficit important en la seva formació pel que fa a l'SP i quasi tots els enquestats expressa el seu desig de rebre'n més.

En conclusió, l'estudi suggereix que els pediatres hospitalaris necessiten més coneixements i experiència en l'àmbit de l'SP. Per tal de millorar aquesta situació, calen programes de formació específics per al pediatre de l'hospital, a més d'una profunda reflexió sobre quins coneixements ha de tenir, independentment de la seva especialitat.

Agraïment

Les persones autores agraeixen la col·laboració de tots els professionals enquestats.

Bibliografia

1. Institut d'Estadística de Catalunya. Defuncions i taxa bruta de mortalitat. 2017. Accessible a la xarxa [data de consulta: 17-12-2019]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10344>.
2. Navarro S, Ortiz J, Caritg J. Estimació dels casos de mort tributàries de cures pal·liatives pediàtriques. *Pediatr Catalana*. 2015;75(1):12-8.
3. Navarro S, Martino RJ. Cuidados Paliativos Pediátricos: Epidemiología, organización. Fallecimiento en el hospital. Sedación. Protocolos SE-PHO. 2016. Accessible a la xarxa [data de consulta: 17-12-2019]. Disponible a: http://sepho.es/wp-content/uploads/2016/10/CPP_SE-PHO_global_mod.pdf.
4. Navarro S. El desafío de la cronicidad compleja y la atención paliativa en pediatría. *An Pediatr*. 2018;88(1):1-2.
5. Porta-Sales J, Núñez-Olarte JM, Altisent R, Gisbert A, Loncan P, Muñoz D et al. Comitè aléomit de la SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Med Pal*. 2002;9(1):41-6.
6. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(5):1408-19.
7. Friedrichsdorf S. Pain management in children with advanced cancer and during end-of-life care. *Pediatr Hematol Oncol*. 2010;27(4):257-61.
8. Pousset G, Bilsen J, Cohen J, Chambaere K, Deliens L, Mortier F. Medical end-of-life decisions in children in Flanders, Belgium: a population-based postmortem survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(6):547-53.
9. Estatut d'autonomia de Catalunya. Edició 2016. Accessible a la xarxa [data de consulta: 17-12-2019]. Disponible a: <https://www.parlament.cat/document/catalog/48089.pdf>
10. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. 2011. Accessible a la xarxa [data de consulta: 17-12-2019]. Disponible a: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>

ANNEX

Qüestionari

Dades epidemiològiques	
Gènere:	- Dona - Home - Altres
Edat:	- 20-29 anys - 30-39 anys - 40-49 anys - 50-59 anys - > 60 anys
Hospital:	- Hospital Sant Joan de Déu - Hospital Universitari Vall d'Hebron - Hospital Germans Trias i Pujol - Hospital Sant Pau - Hospital Parc Taulí - Hospital Arnau de Vilanova - Hospital Doctor Trueta - Hospital Arnau de Vilanova - Hospital del Mar
Unitat de referència:	- Resident - Urgències - Planta de Pediatria - Unitat de Cures Intensives - Pediàtrica - Unitat de Cures Intensives - Neonatal - Altres
Sobre la normativa i termes	
Creus que la sedació pal·liativa (SP) és un procediment mèdic legal a Espanya per al pacient pediàtric?	
- Sí - No	
Si la resposta a l'anterior pregunta és «No», creus que s'hauria de regular en quines situacions podria aplicar-se l'SP i en quines no?	
- Sí - No	
Creus que l'eutanàsia és un procediment mèdic legal a Espanya per al pacient pediàtric?	
- Sí - No	
Si la resposta a l'anterior pregunta és «No», creus que s'hauria de regular en quines situacions podria aplicar-se l'eutanàsia i en quines no?	
- Sí - No	
Creus que els termes <i>sedació pal·liativa</i> i <i>eutanàsia</i> són sinònims?	
- 1 = Molt en desacord - 2 = Bastant en desacord - 3 = Ni acord ni desacord - 4 = Bastant d'acord - 5 = Molt d'acord	
Creus que l'SP requereix d'un consentiment informat?	
- Sí, ha de ser per escrit i ha de constar a la història clínica del pacient - Sí, pot ser verbal i ha de constar a la història clínica del pacient - Sí, pot ser verbal i no cal que consti a la història clínica del pacient - No cal - No ho sé	
Sobre l'experiència i opinió	
Has pautat mai una SP?	
- Sí, per iniciativa pròpia - Sí, amb el suport d'un equip de cures pal·liatives - Sí, per les dues opcions anteriors - No	
Has utilitzat mai alguns dels fàrmacs següents per a l'SP? (Es pot respondre més d'una opció)	
- Midazolam - Levomepromazina - Propofol - Fenobarbital - Morfina - Altres	

Quin és el fàrmac d'elecció, generalment, per a una sedació pal·liativa? - Midazolam - Levomepromazina - Propofol - Fenobarbital - Morfina - Altres
Quines escales d'avaluació per a la sedació pal·liativa has utilitzat? <i>(Es pot respondre més d'una opció)</i> - Pasero Opioid-Induced Sedation Scale (POSS) - Ramsay Scale - Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) - Aldrete Scoring Tool - COMFORT Scale - Mai he utilitzat una escala d'avaluació per a l'SP - Altres
Has establert alguna vegada un pla de decisions anticipades amb una família que inclogui l'SP? - Sí - No
Has recorregut mai al Comitè d'Ètica Assistencial del teu centre per desacord amb una família a l'hora d'iniciar l'SP? - Sí - No
Has recorregut mai a l'autoritat judicial per desacord amb una família a l'hora d'iniciar l'SP? - Sí - No
De quins professionals disposes al teu hospital per a l'acompanyament familiar quan es fa l'SP? <i>(Es pot respondre més d'una opció)</i> - Infermeria - Psicologia - Treball social - Mediació cultural - Agent espiritual - Altres
Consideres que l'SP s'ha de fer servir també per als símptomes refractaris no físics (com per exemple emocionals, existencials o espirituals)? - Sí - No
Creus que hauria de ser possible per als professionals l'objecció de consciència per a l'SP? - Sí - No
Creus que l'SP s'hauria de limitar als hospitals que tinguin unitat de cures pal·liatives pediàtriques? - Sí - No
Tens possibilitat de fer visites a domicili? - Sí - No
Has fet mai una SP a nivell domiciliari? - Sí - No
Creus que seria útil poder oferir SP a nivell domiciliari? - Sí - No
Quanta formació creus que tens en l'àmbit de l'SP? - 1 = Molt poca formació - 2 = Formació insuficient - 3 = Formació suficient - 4 = Molta formació
Estaries interessat a rebre un curs de formació sobre l'SP? - Sí - No
Comentari final i agraïment
T'agraïrèiem qualsevol comentari o reflexió que vulguis fer sobre el tema: <i>(Pregunta oberta)</i>