

Recomandările Asociației Europene de Îngrijiri Paliative (EAPC) pentru utilizarea sedării în îngrijirea paliativă

Nathan I Cherny *Shaare Zedek Medical Center, Departamentul oncologic, Secția de terapie durerii și medicină paliativă, Ierusalim, Israel*

Lukas Radbruch *Profesor medicină paliativă, Universitatea Aachen, Aachen, Germania*

Consiliul Director al Asociației Europene de Îngrijiri Paliative Milano, Italia

Traducere după articolul publicat prima dată în *Palliative Medicine* 23(7) 581–593. Reproducere cu acordul editorilor de la PALL Med, care mențin drepturile de autor. Toate drepturile aparțin Palliative Medicine - **SAGE Publications Ltd**, Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP, United Kingdom, www.uk.sagepub.com

Translated from the article first published in *Palliative Medicine* 2009 23(7) 581–593. Kindly reproduced by permission of the publishers of Pall Med, who retain the copyright. All rights reserved. Palliative Medicine - **SAGE Publications Ltd**, Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP, United Kingdom, www.uk.sagepub.com

Acest document poate fi descărcat ca document pdf doar în scopuri academice. Utilizarea lui în scopuri comerciale sau multiplicarea necesită contactarea editorului **Palliative Medicine** - **SAGE Publications Ltd**, Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP, United Kingdom click aici pentru a trimite un [Email](mailto:) sau vizitați www.uk.sagepub.com/journalsPermissions.nav

This document can be downloaded as pdf files for personal academic use. Anyone wishing to use it for commercial purposes or needing to make multiple copies must contact the publisher of **Palliative Medicine** - **SAGE Publications Ltd**, Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP, United Kingdom click here to send an [Email](mailto:) or visit www.uk.sagepub.com/journalsPermissions.nav

Rezumat

Asociația Europeană de Îngrijiri Paliative (EAPC) consideră sedarea ca fiind o terapie importantă și necesară în îngrijirea unui grup bine definit de pacienți, care prezintă suferință refractară la alte terapii. Aplicarea prudentă a acestei abordări necesită o atenție corespunzătoare și o practică medicală bună. Neglijarea riscurilor potențiale și procedurilor necorespunzătoare poate duce la practici dăunătoare și neetice, ceea ce ar putea submina credibilitatea și reputația clinicienilor din domeniu și a instituțiilor, precum și disciplina medicinei paliative, în general. Ghidurile de practică sunt de ajutor în educarea profesioniștilor, în stabilirea standardelor de bună practică medicală, în promovarea îngrijirii optime și în transmiterea mesajului important către personal, pacienți și familiile acestora, potrivit căruia sedarea paliativă este un procedeu acceptat, etic atunci când este folosită în situații corespunzătoare. EAPC intenționează să faciliteze dezvoltarea unor astfel de ghiduri de practică prin prezentarea a 10 recomandări ce se bazează pe ghiduri preexistente, pe literatura de specialitate și a unei revizuirii existente a opiniilor experților din domeniu.

Introducere

Sedarea terapeutică (sau paliativă) în contextul medicinei paliative constă în utilizarea monitorizată a medicamentelor destinate inducerii unei stări de conștiență redusă sau absentă (inconștiență) cu scopul de a înlătura povara suferinței netratabile, într-o manieră care este etic acceptabilă pentru pacient, familie și furnizorii de îngrijire.

Sedarea este utilizată în îngrijirea paliativă în mai multe situații:

1. sedare tranzitorie în cazul procedurilor invazive;
2. sedare ca parte a îngrijirii pacienților cu arsuri;
3. sedare folosită la sfârșitul vieții în momentul deconectării suportului ventilator;
4. sedare în controlul simptomelor refractare la sfârșitul vieții;
5. sedare în caz de urgență;
6. sedare ca respite;
7. sedare pentru suferința psihologică sau existențială.

Autor Corespondent:

Nathan Cherny MBBS FRACP FRCP, Norman Levan, Departamentul Medicină Umanistică, Profesor Asociat în Medicină (BGU), Director al Secției de terapie durerii și medicină paliativă, Departamentul de Oncologie Medicală, Centrul Medical Shaare Zedek, Ierusalim, 91031, Israel.

Email: nathancherny@yahoo.com

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=RKDokneiDJc%3d&tabid=38>

Traducător: Dr. Med. Daniela Moșoiu

Există deja ghiduri pentru sedarea tranzitorie în timpul procedurilor invazive¹⁻⁴, în îngrijirea arsurilor⁵ și sedarea la sfârșitul vieții în momentul deconectării de la suportul ventilator⁶⁻⁷, prin urmare aceste aspecte nu vor fi dezbătute în această lucrare.

De ce sunt importante ghidurile de practică

Asociația Europeană de Îngrijire Paliativă (EAPC) consideră sedarea ca fiind o terapie importantă și necesară în îngrijirea paliativă a pacienților, care altfel s-ar afla într-o suferință insuportabilă. Aplicarea prudentă a acestei abordări necesită o atenție corespunzătoare și urmarea regulilor de bună practică medicală. Neacordarea atenției

cuvinate riscurilor potențiale și practicile incorecte pot duce la o utilizare dăunătoare și lipsită de etică a sedării, ceea ce ar putea submina credibilitatea și reputația clinicienilor competenți și a instituțiilor acestora, precum și disciplina medicinei paliative, în general.

Potențialele consecințe și riscurile sedării în îngrijirea paliativă

Pe lângă utilizarea ei pentru pacienții care sunt supuși la proceduri invazive și pentru cei care urmează să fie deconectați de la suportul ventilator, sedarea este un tratament la care se recurge în ultimă instanță, datorită consecințelor sale anticipate și a potențialelor riscuri.

Consecințele negative anticipate ale sedării pentru pacient sunt deteriorarea sau pierderea abilității de a interacționa, în funcție de profunzimea sedării induse. Acest lucru este în contradicție cu scopurile îngrijirii paliative, ce vizează îmbunătățirea sau menținerea funcțiilor (inclusiv funcția de relaționare), ce reprezintă pentru majoritatea pacienților scopuri importante și relevante până în ultimele stadii ale declinului lor către moarte.

Folosirea sedării ca alinare a suferinței pacientului poate cauza disconfort familiilor⁸⁻¹² și profesioniștilor din echipa de îngrijire¹²⁻¹⁵. Pentru familie, factorii ce determină acest lucru includ: disconfortul cauzat de posibilitatea defectuoasă de a interacționa cu pacientul, jelirea anticipativă, confuzia sau dezacordul privind indicațiile pentru folosirea sedării, precum și percepția că decizia de a apela la sedare a fost precipitată sau poate amânată inadecvat sau percepția că sedarea grăbește moartea, în mod direct sau indirect⁸⁻¹².

Printre riscurile potențiale ale sedării se numără agitația paradoxală^{16, 17} și grăbirea morții. Cu toate că există studii care indică faptul că, în general, sedarea paliativă nu grăbește moartea pacienților¹⁸⁻²³, există totuși un risc minor de a grăbi moartea pentru anumiți pacienți (prin depresie respiratorie, aspirare sau dezechilibru hemodinamic)²⁴. Pentru pacienții aflați în stadiul pre-terminal, acest risc poate fi judecat ca fiind trivial comparativ cu scopul de alinare a unei suferințe, altfel intolerabilă. În alte circumstanțe, cum ar fi pacienții care necesită o perioadă scurtă de respiro din cauza simptomelor copleșitoare, riscul potențial de a grăbi moartea poate avea consecințe semnificative sau chiar catastrofice. În aceste situații, riscurile sedării pot fi substanțiale, iar măsurile de precauție pentru reducerea riscului (inclusiv monitorizarea semnelor vitale și disponibilitatea antidotului) pot fi indicate.

Practici medicale neconforme

Există multe căi prin care îngrijirea pacienților poate fi subminată din cauza folosirii abuzive, imprudente sau necalificate a sedării. Cu toate că există date ferme indicând prevalența abuzului, puține lucruri se cunosc despre prevalența practicilor de sedare imprudente sau neconforme cu standardele.

Folosirea abuzivă a sedării paliative: apare atunci când profesioniștii se așază pacienții în stadiu terminal cu scopul primar de a grăbi decesul²⁵⁻³². Acest lucru a fost denumit „eutanasiu lentă”. Într-adevăr, unii medici administrează doze de medicamente, aparent pentru ameliorarea simptomelor, dar cu intenția ascunsă de a grăbi moartea. Acest lucru se poate produce prin folosirea deliberată a sedării profunde la pacienții care nu

au simptome refractare sau prin folosirea deliberată a dozelor care depășesc cu mult limita necesară asigurării unui confort adecvat. Dozele în exces pot compromite funcțiile fiziologice, precum respirația spontană sau echilibrul hemodinamic. Aceste practici dublicitate reprezintă o deviație inacceptabilă și adesea ilegală de la normele etice ale practicii medicale.

Folosirea imprudentă a sedării paliative: sedarea paliativă imprudentă apare atunci când aceasta este aplicată cu intenția de a ameliora simptomele, însă în circumstanțe clinice care nu sunt adecvate. Într-o astfel de situație, sedarea este aplicată cu intenția de alinare a suferinței și dozele sunt titrate pentru a avea efect, dar indicația este inadecvată pentru a justifica o astfel de intervenție radicală. Următoarele exemple sunt reprezentative pentru folosirea imprudentă a sedării:

1. Cazuri de evaluare inadecvată a pacientului când sunt trecute cu vederea cauze potențial reversibile ale suferinței^{26,33}.
2. Situații în care, înainte de a recurge la sedare, nu se consultă clinicienii specializați în ameliorarea simptomelor, deși aceștia sunt disponibili^{26,34}.
3. Cazul unui medic depășit de situație, care apelează la sedare deoarece este obosit și frustrat de îngrijirea unui pacient cu simptome complexe¹².
4. Situații în care cererea pentru sedare este făcută de către familia pacientului și nu de pacientul însuși¹².

Refuzarea imprudentă a sedării paliative: refuzarea sedării în controlul suferinței refractare apare atunci când clinicienii evită folosirea sedării în mod excesiv, în timp ce continuă cu alte opțiuni terapeutice, care nu asigură o ameliorare corespunzătoare. Dată fiind subiectivitatea caracterului refractar și variabilitatea interindividuală profundă a complianței la intervențiile paliative, aceste evaluări sunt adesea foarte dificil de realizat. Clinicienii ar trebui să fie conștienți de potențiala „hotărâre contrară de a trata de tip fobic” generată de anxietatea de a face față la toate discuțiile dificile despre sedare și îngrijire la sfârșitul vieții, ce poate conduce la comportamente de evitare a sedării și tratamente inutile, din care rezultă în ultimă instanță accentuarea disconfortului pentru pacient sau reținere dată de grija exagerată privind potențialul risc de grăbire a morții.

Practica medicală a sedării paliative neconformă cu standardele: aceasta apare în situații în care sedarea este folosită după o indicație corespunzătoare, dar fără atenția adecvată față de unul sau mai multe procese esențiale pentru o îngrijire medicală bună. Exemple de practici medicale neconforme sunt următoarele:

1. Consultarea inadecvată cu pacientul (dacă este posibil), cu familia acestuia sau alți membri ai echipei pentru a asigura înțelegerea recomandării pentru intervenție, scopurile planului de îngrijire, efectele anticipate și riscurile potențiale.
2. Monitorizarea inadecvată a suferinței provocate de simptome sau a gradului de ameliorare a acestora.

3. Evaluare inadecvată a factorilor psihologici, spirituali sau sociali, care ar putea contribui la suferința pacientului¹².
4. Monitorizarea inadecvată a parametrilor fiziologici care ar putea indica riscul de supradoză (când este relevant din punct de vedere clinic).
5. Creșterea pripită a dozei de medicație utilizată în sedare fără titrarea eficientă sau folosirea dozelor eficiente minime.
6. Folosirea medicamentelor necorespunzătoare pentru a efectua sedarea (de exemplu opioidele)³⁵⁻³⁶.
7. Îngrijirea inadecvată a familiei pacientului¹².
8. Atenție inadecvată acordată confortului emoțional și spiritual al membrilor personalului^{12, 14}.

De ce este necesar un cadru pentru recomandări?

În timp ce se recunoaște faptul că, cele mai bune practici specifice nu au fost încă riguros dezvoltate, recomandările procedurale pot fi totuși dezvoltate pentru a asigura un cadru de luare a deciziilor și implementare în vederea celei mai bune promovări și protejări a intereselor pacienților, familiilor acestora și furnizorilor de servicii medicale. Cadru propus pentru ghidurile procedurale este dezvoltat în speranța educării furnizorilor de servicii medicale, pentru stabilirea standardelor procedurale pentru o practică medicală bună, promovarea unei îngrijiri optime și transmiterea mesajului important către personal, pacienți și familii, cum că sedarea paliativă este o practică etică, acceptată atunci când este folosită în situații corespunzătoare. Se speră, de asemenea, ca ghidurile procedurale să poată preveni sau minimaliza probabilitatea efectelor negative care, uneori, rezultă din practici neconforme sau lipsite de etică.

Pentru toate aceste motive sunt încurajate dezvoltarea și folosirea ghidurilor procedurale. Acestea pot fi dezvoltate sau adoptate la nivel național, local sau instituțional. Făcând abstracție de acest lucru, odată adoptate, acestea trebuie diseminate, deschise spre discuție și disponibile pentru clinicienii implicați în această practică medicală.

EAPC țintește facilitarea dezvoltării ghidurilor procedurale prin prezentarea unui cadru larg aprobat care se bazează pe ghiduri pre-existente, pe literatura de specialitate și pe revizuirea opiniilor experților din domeniu.

Procesul de formulare a cadrului

EAPC a invitat primul autor pentru a schița o formulare inițială. A fost realizată o revizuire a literaturii de specialitate din sursele MEDLINE și CANCERLIT pentru perioada 1966-2008, folosind termenii (o combinație de cuvinte cheie, titlu și text): „îngrijire paliativă (cuvânt cheie)/ sedare (titlu)”, „îngrijire terminală (cuvânt cheie)/ sedare (titlu)”. Aceste căutări au generat 172 și 188 de lucrări, respectiv 235 de lucrări distincte. Au fost examinate abstractele și textele integrale și a fost schițată o formulare inițială pe baza a patru categorii de publicații:

1. ghiduri pre-existente publicate^{12,19,25,37-56};

2. revizii ale literaturii de specialitate^{18,47,57-61};
3. chestionare ale medicilor generalişti⁶²⁻⁶⁸; și
4. ghiduri nepublicate de la instituții medicale.

Pentru evaluarea propunerii inițiale au fost invitați revizori dintre clinicienii specializați în îngrijire paliativă, membri EAPC sau nu. Mulți dintre cei invitați, dar nu toți, au participat în mod activ, iar alții nu au răspuns la invitație. Specialiștii care au revizuit au făcut recomandări punctuale, care erau fie lingvistice (de exemplu folosirea cuvintelor și alcătuirea propozițiilor) sau legate de fond (de exemplu, reflectând probleme de conținut). Bazat pe recomandările revizorilor, draftul a fost modificat de primul autor și supus unei noi revizuirii.

Numărul de cicluri de rescriere și re-revizuire a propunerii inițiale nu a fost predeterminat; mai degrabă, s-a încheiat atunci când nu au mai existat recomandări pentru schimbări de fond. În total, acest proces a fost repetat de șase ori. Documentul final a fost ratificat și aprobat de Consiliul Director al EAPC. Ultimele modificări au fost efectuate ca răspuns la comentariile a doi revizori anonimi de la jurnalul editorial.

Recomandări pentru ghidurile de practică

Introducem un cadru în 10 puncte care se adresează problemelor medicale cheie. Explicarea specifică și conținutul sunt propuse ca recomandări. Ele constituie un cadru, nu o directivă. Recomandările pot fi adoptate în forma lor curentă sau, de preferat, modificate pentru a reflecta considerentele culturale locale sau legale sau nevoile specifice ale contextului în care acestea vor fi folosite (acasă, în cadrul spitalului sau hospice-ului).

- 1) *Recomandarea discuției anticipate privind potențialul rol al sedării în îngrijirea la sfârșitul vieții și planificarea în avans a îngrijirii*

Medicii sunt încurajați să discute preferințele pacienților vizând îngrijirea la sfârșitul vieții, cu toți pacienții aflați în acest stadiu, îndeosebi cu cei care au boli terminale progresive sau boli caracterizate prin exacerbări intermitente ce periclitează viața. Amploarea acestor discuții ar trebui subsumată scopurilor generale și priorităților îngrijirii.

În unele situații, discuția poate să se adreseze unor chestiuni specifice precum resuscitarea cardio-pulmonară, suport ventilator, suport presor, îngrijirea privind confortul, antibioticele, hidratarea și hrănirea artificială. Când există îngrijorări privind posibilitatea unui suferințe severe la sfârșitul vieții, acestea ar trebui abordate. Atunci când este clinic corespunzătoare, alinarea suferinței extreme ar trebui discutată. Aceasta presupune includerea discuției referitoare la folosirea sedării sau un răspuns corespunzător și de efect pentru a alina suferința atunci când măsuri mai simple sunt inadecvate pentru cerință sau în situații de urgență la sfârșitul vieții. Acest lucru este în mod particular relevant în cazul pacienților care nu doresc resuscitare sau respirație artificială și, de asemenea, în cazul celor pentru care aceste operațiuni ar fi inadecvate.

Atunci când posibilitatea unor evenimente catastrofale, precum sângerarea sau suferința extremă, ar putea fi prevăzută, planuri de rezervă pentru controlarea acestor situații ar trebui discutate.

Rezultatele acestor discuții ar trebui documentate, iar documentația stocată într-un formă ușor accesibilă. Scopurile și îngrijorările pacientului și ale familiei acestuia ar trebui reevaluate periodic, documentate, chiar dacă nu are loc nici o schimbare în planul de îngrijire.

2) *Descrierea indicațiilor în care poate fi sau ar trebui luată în considerare sedarea*

Sedarea este potențial indicată pentru pacienții ce prezintă suferință intolerabilă cauzată de simptomele fizice, atunci când nu există alte metode de alinare într-o perioadă de timp acceptabilă și fără efecte adverse (simptome refractare).

Simptomele intolerabile specifice ar trebui identificate. Cele mai comune simptome includ delirul agitat, dispnee, durere și convulsii. Situațiile de urgență pot include hemoragii masive, asfixiere, dispnee terminală severă sau crize de durere excruciantă.⁶⁹⁻⁷¹

Sedarea profundă continuă ar trebui luată în considerare doar dacă pacienții se află chiar în ultimele stadii terminale ale bolii cu un prognostic anticipat de ore sau cel mult zile. Sedarea tranzitorie sau de alinare poate fi recomandată mai devreme în traiectoria bolii pacientului pentru a-i asigura alinare temporară în timp ce așteaptă beneficiul altor abordări terapeutice.

Ocazional, când pacienții se apropie de sfârșitul vieții, sedarea poate fi luată în considerare în cazuri de simptome non-fizice severe, precum depresie refractară, anxietate, demoralizare sau suferință existențială.⁷²⁻⁷⁸ Nu există un consens privind caracterul adecvat al sedării pentru aceste indicații⁵⁴. În *Anexa 1* sunt prezentate precauțiile specifice pentru aceste circumstanțe clinice.

3) *Descrierea procedurilor necesare de evaluare și examinare*

Suferința extremă este o urgență medicală și evaluarea pacientului trebuie realizată în condiții de urgență.

Pacientul trebuie evaluat de un clinician cu suficientă experiență și expertiză în îngrijirea paliativă. Dacă evaluarea este efectuată de un rezident, aceasta ar trebui confirmată de către un medic cu expertiză în medicina paliativă sau de o echipă de îngrijiri paliative. Oriunde este posibil, această evaluare ar trebui să fie interdisciplinară.

Evaluarea ar trebui să includă:

1. anamneza pacientului;
2. toate investigațiile relevante;
3. o examinare fizică a pacientului.

În particular, evaluarea ar trebui să excludă înrăutățirea acută a stării pacientului, provocată de o complicație gravă a bolii precum septicemie, eveniment metabolic reversibil, toxicitate a medicației, efuziune

pleurală, tamponadă pericardică, obstrucție a ureterelor, obstrucție a căilor respiratorii superioare, ocluzie intestinală, hemoragie continuă, retenție urinară sau presiune intracraniană ridicată.

Evaluarea ar trebui să estimeze orice factori psihosociali și de anturaj, inclusiv surse de suferință existențială sau spirituală, care pot afecta pacientul. Sprijinul ar trebui căutat din partea departamentului psihosocial, al echipei de nursing, al familiei și al oricărei alte surse relevante. Toate eforturile trebuie făcute astfel încât să implice medicul curant al pacientului în procesul de evaluare și în orice alte recomandări.

Evaluarea trebuie să conțină estimări ale supraviețuirii de la ore la zile, de la zile la săptămâni sau mai mult de atât. Această evaluare a prognosticului trebuie să se bazeze pe extensia bolii, pe instrumente validate de prognosticare, gradul declinului în starea funcțională, prezența sau absența insuficiențelor organelor vitale, precum și prezența sau absența factorilor de prognostic adversi, cum ar fi un status de performanță scăzut, dispnee, anorexie, gradul de alimentare orală, delir sau edem.

Evaluarea trebuie să aprecieze capacitatea pacientului de a lua decizii asupra îngrijirii oferite. Aceasta ar trebui să se bazeze pe criterii standard precum:

1. pacientul poate să își exprime propria dorință;
2. pacientul poate să înțeleagă informațiile importante;
3. pacientul poate să înțeleagă și să accepte implicațiile alegerii sale.

În cazul în care capacitatea de decizie este pusă la îndoială, poate fi solicitată evaluarea de specialitate făcută de un psihiatru.

Dacă există nesiguranță în evaluarea pacientului, în special referitor la ideea că toate opțiunile de alinare a suferinței au fost luate în considerare, ar trebui cerută opinia unor experți (de exemplu psihiatri, anesteziști, specialiști în tratarea durerii, oncologi și asistente de specialitate).

Oricând este posibil, argumentarea medicală pentru sedare, precum și procesul de luare a deciziilor ar trebui să se bazeze pe contribuția echipei interdisciplinare de îngrijire paliativă, mai degrabă decât doar pe medicul curant. Discutarea cazului și întâlnirile echipei pot fi modalități potrivite pentru facilitarea acestui proces.

Argumentarea medicală pentru recomandarea sedării, procesul de luare a deciziilor, scopurile sedării și durata și profunzimea sedării trebuie înregistrate într-un document ușor accesibil (de exemplu fișa medicală a pacientului).

4) *Specificarea cerințelor consimțământului informat*

În situații non-critice de îngrijire a pacienților cu capacitate decizională, scopurile, beneficiile și riscurile sedării propuse trebuie discutate cu referire la următoarele:

1. Starea generală a pacientului inclusiv cauza suferinței intolerabile, tratamentele care au fost încercate,

limitările altor opțiuni de îngrijire și atunci când este relevant, supraviețuirea limitată anticipată.

2. Argumentarea deciziei că sedarea este singura metodă disponibilă de realizare a alinării simptomului într-un cadru temporal acceptabil.
3. Scopurile sedării.
4. Metoda sedării, incluzând profunzimea sedării planificate, monitorizarea pacientului, posibilitatea deconectării planificate (în unele circumstanțe), cu o opțiune la sedarea discontinuă (în unele circumstanțe).
5. Efectele anticipate ale sedării, inclusiv gradul de reducere al nivelului de conștientă, efectele estimate asupra activităților mentale, comunicarea și alimentația orală.
6. Riscurile potențiale neobișnuite cum ar fi agitație paradoxală, alinare întârziată sau inadecvată și posibilitatea unor complicații inclusiv accelerarea morții.
7. Tratamentele medicale și nursing-ul să fie menținute în timpul sedării: tratamentele și îngrijirea pentru maximizarea confortului pacientului sunt continuate și dorințele pacientului și familiei sunt respectate.
8. Consecințele anticipate în cazul în care sedarea nu se realizează incluzând alte opțiuni de tratament, gradul de suferință posibil să persiste cu fiecare opțiune și supraviețuire anticipată cu fiecare opțiune.
9. Preocuparea privind starea de bine a pacientului și asigurarea de cea mai bună îngrijire posibilă indiferent de alternativele de tratament alese de pacient.

Având permisiunea pacientului, în general este de preferat ca discuția să fie condusă cu participarea membrilor importanți din familia acestuia. Această abordare maximizează comunicarea și adesea facilitează discuții importante pline de semnificație între pacienți și familiile lor, atâta timp cât există această oportunitate.

Conținutul și concluziile discuției trebuie incluse în dosarul medical al pacientului.

Dacă pacientului îi lipsește capacitatea de decizie și nu există nici o indicație exprimată deja, permisiunea necesită a fi obținută de la un împuternicit recunoscut legal. Medicii curanți trebuie să sublinieze faptul că rolul împuternicitului sau al familiei nu este de a decide, ci de a indica ceea ce pacientul ar fi dorit și raționamentul care îi conduce pe aceștia la concluzia la care au ajuns. Ar trebui specificat familiei faptul că acestea nu i se cere să ia o decizie și că echipa profesionistă de îngrijire își asumă responsabilitatea pentru decizia medicală. (Această secțiune necesită să fie compatibilă cu reglementările locale).

Pe parcursul îngrijirii pacienților cu boli terminale, care nu au o indicație exprimată deja și nici un împuternicit denumit și care se află într-o suferință severă în timpul procesului morții, asigurarea măsurilor privind confortul (inclusiv, dacă este necesar, folosirea sedării) reprezintă „standardul de îngrijire”.

- 5) *Indicarea nevoii de a discuta despre procesul de luare a deciziei cu familia pacientului*

În situațiile în care membrii familiei nu fac parte din procesul privind consimțământul, permisiunea trebuie cerută pentru a comunica decizia familiei pacientului. Informarea familiei trebuie prezentată pacientului ca o practică obișnuită și permisiunea cerută sub formă de încuviințare.

Cu încuviințarea pacientului, discuția trebuie ținută cu familia pentru a o informa despre starea pacientului, opțiunile tratamentului, efectele potențiale ale acestor variante de tratament și consecințele preferințelor exprimate de pacient. Adesea este de ajutor ca o parte din discuție să fie condusă cu participarea pacientului și o altă parte a acesteia să se adreseze doar îngrijorărilor familiei.

În eventualitatea neobișnuită în care pacienții nu permit participarea familiei la discuție, motivele trebuie explorate și pacienții trebuie încurajați să revină asupra deciziei luate. În unele cazuri, aceasta presupune necesitatea consilierii pacienților în privința suferinței potențiale pe care ascunderea de informații o poate cauza membrilor familiei.

În unele culturi, acordul familiei poate fi considerat necesar sau de dorit. Dacă membrii familiei nu încuviințează planul de tratament, echipa de îngrijire ar trebui:

1. să ofere informații suficiente care să ajute familiile să înțeleagă mai bine starea pacientului și suferința prin care trece;
2. să susțină pacientul și familia acestuia vorbind cu fiecare dintre părți și găsind o soluție acceptabilă pentru ambele părți;
3. să asigure suport psihologic pentru familii cu scopul de a înlătura factorii ce contribuie la conflicte, precum mâhnirea și vina.

În timpul în care pacientul și familia acestuia discută despre oportunitatea sedării, echipa de îngrijire trebuie să cerceteze opțiuni de tratament care respectă dorința pacientului și aduc beneficiul maxim.

- 6) *Prezentarea îndrumării pentru selectarea metodei de sedare*

În general, nivelul de sedare trebuie să fie cel mai mic cu putință pentru a asigura alinarea adecvată a suferinței. Exceptând situațiile de urgență la sfârșitul vieții, sedarea intermitentă sau ușoară ar trebui să fie încercată prima. Pentru unii pacienți, o stare de „sedare conștientă”, în care abilitatea de a răspunde la stimuli verbali este păstrată, poate oferi o alinare adecvată fără pierderea totală a capacității de a interacționa.

Dozele pot fi reduse până la restabilirea lucidității după un interval stabilit pentru a reevalua starea pacientului și preferințele privind sedarea sau pentru interacțiuni cu familia planificate anterior (aceasta este bineînțeles, o situație potențial instabilă, și posibilitatea ca luciditatea să nu poată fi refăcută prompt, ca simptomele refractare să poată reapărea sau ca moartea să survină ar trebui explicată atât pacientului, cât și familiei).

Sedarea mai profundă ar trebui folosită atunci când cea ușoară a fost ineficace.

Sedarea continuă profundă ar putea fi selectată prima dată:

1. suferința este intensă;
2. suferința este categoric refractară;
3. moartea este anticipată în decursul a câteva ore sau câteva zile;
4. dorința pacientului este explicită; și
5. la apariția unui eveniment catastrofal ce cauzează moartea, precum hemoragie masivă sau asfixiere.

7) *Prezentarea îndrumării pentru titrarea dozelor, monitorizarea și îngrijirea pacientului*

Medicamentele corespunzătoare pentru sedare în îngrijirea paliativă sunt prezentate în *Anexa 2*.

De câte ori este posibil, sedarea trebuie începută de un medic împreună cu o asistentă. Este de preferat ca aceasta să fie realizată de medici cu experiență în îngrijirea paliativă (medici cu vechime) în vederea susținerii importanței intervenției și mesajului conform căruia excelența în îngrijirea paliativă este o prioritate. Inițial, pacientul trebuie evaluat cel puțin o dată la fiecare 20 de minute până când se ajunge la nivelul adecvat de sedare și ulterior, de cel puțin trei ori pe zi după ce s-a atins nivelul corespunzător de sedare.

Severitatea suferinței, nivelul de conștiență și efectele adverse care țin de sedare (cum ar fi delirul, agitația și aspirația) trebuie evaluate în mod regulat. Dozele trebuie mărite sau reduse în mod gradat până la un nivel la care suferința este alinată cu o reprimare minimă a nivelului de conștiență și un minim de efecte adverse, cu documentarea motivării pentru schimbări și răspuns la astfel de manevre. Conștiența este evaluată prin răspunsul pacientului la stimuli, agitație sau activitate motorie și expresie facială. Exemple de scale care sunt de ajutor în evaluarea durerii și disconfortului pacienților cu un nivel de conștiență mai scăzut sunt prezentate în *Anexa 3*.

Când se intenționează ca sedarea să fie realizată pe o perioadă scurtă de timp, intermitentă sau ușoară, eforturile trebuie făcute în vederea conservării stabilității fiziologice în cadrul restricțiilor de tratament agreeate anterior. Nivelul de sedare și parametri fiziologici curenți precum frecvența cardiacă, tensiunea arterială și saturația în oxigen trebuie monitorizate în mod regulat. Dacă pacientul prezintă un sforăit profund, debut subit de apnee, doza sedativului trebuie micșorată. Dacă obnubilarea cu insuficiență respiratorie survine la un pacient aflat sub sedare temporară și situația amenință viața acestuia, administrarea corectă a unui antagonist al benzodiazepinelor (flumazenil) poate fi indicată pentru a restabili pacientul.

Când scopul îngrijirii este de a asigura confortul până când survine moartea în cazul unui pacient muribund, singurii parametri critici pentru o observare continuă sunt aceia care se raportează la confort. Monitorizarea frecvenței cardiace, tensiunii arteriale și temperaturii nu are impact asupra îngrijirii și trebuie oprită. Frecvența respiratorie este monitorizată în primul rând pentru a evita apariția disconfortului respirator și a tahipneei. Din moment ce scăderea dozelor crește riscul de reapariție a simptomului refractar, în majoritatea

cazurilor nu este recomandată dacă pacientul este muribund. În cazul pacienților muribunzi, deteriorarea gradată a respirației este de așteptat și nu trebuie să constituie un argument pentru diminuarea sedării.

În toate cazurile, echipa de îngrijire trebuie să mențină același nivel de tratament uman ce conferă demnitate ca și înainte de sedare; acest nivel de îngrijire include discutarea cu pacienții și ajustarea mediului înconjurător. Îngrijirea orală, îngrijirea ochilor, toaleta, igiena și tratamentul escarelor ar trebui realizate ținându-se cont de dorințele pacientului și de riscurile estimate în comparație cu beneficiile.

8) *Ghidarea deciziilor privind hidratarea, nutriția și medicația concomitentă*

Decizia privind terapia de hidratare/ nutriție artificială este independentă față de decizia privind sedarea în sine. Dacă hidratarea/ nutriția artificială este realizată ar trebui să fie decis în mod individual prin intermediul evaluării comprehensive a dorințelor pacientului și prin beneficiile/ riscurile estimate în funcție de scopul tratamentului (alinarea suferinței).

Opiniile și practicile variază. Această varietate reflectă neomogenitatea atitudinilor clinicienilor implicați, eticienilor, pacienților, familiilor și normelor locale de bună practică medicală.

Pacienții individuali, membrii familiei și clinicienii pot considera continuarea hidratării ca pe o intervenție umană de sprijin, ușor de suportat, ce reprezintă (și poate chiar să constituie) un mijloc de reducere a suferinței. În mod alternativ, hidratarea poate fi privită ca un impediment inutil în fața morții inevitabile, care poate fi retras corespunzător deoarece nu contribuie la confortul pacientului sau la promovarea scopurilor îngrijirii.

Adesea, pacientul va solicita alinarea suferinței și nu va da nici o indicație privind hidratarea sau nutriția. În aceste circumstanțe, membrii familiei și profesioniștii trebuie să lucreze pentru a ajunge la un consens asupra a ceea ce constituie un plan moral acceptabil bazat pe interesele prioritare pacientului.

Dacă efectele adverse ale hidratării/nutriției artificiale accentuează suferința pacientului, atunci reducerea sau retragerea acestora trebuie luată în considerare.

Tratamentele pentru alinarea simptomelor folosite înaintea sedării trebuie să fie continuate, exceptând cazul în care ele sunt fără rezultat sau dau efecte adverse neplăcute. În general, tratamentele care sunt fie necorespunzătoare, fie fără legătură cu scopurile privind confortul pacientului pot fi retrase. În majoritatea cazurilor, opioidele trebuie continuate, posibil cu o modificare a dozelor, dacă nu sunt observate efecte adverse sau semne de supradozare (de exemplu depresie respiratorie sau mioclonii). Dacă simptomele sunt bine controlate și semnele supradozei sunt observate, atunci dozele de opioide trebuie reduse, dar nu trebuie retrase în mod rapid, din cauza sindromului de abinență.

9) *Îngrijirea și nevoile informaționale ale familiei pacientului*

Situațiile în care un pacient este sedat sunt adesea deosebit de stresante pentru membrii familiei. Familiile ar trebui încurajate și ar trebui să le fie permis să stea cu pacientul și în multe situații, ocazia de a-și spune adio poate avea o importanță decisivă. Dacă pacientul este spitalizat, orice efort trebuie făcut în vederea asigurării unui mediu intim. Restricțiile de vizitare trebuie minimalizate, în special pentru copii. Pentru a promova sentimentul de bunăstare și liniște al familiei, ar trebui acordată atenție esteticii mediului înconjurător de îngrijire, inclusiv accesibilitatea la mijloace de ajutor de bază cum ar fi batiste, scaune, apă, acces la telefon și posibilitatea de a dormi în camera de spital sau în apropiere.

Echipa de îngrijire trebuie să asigure suportul membrilor familiei pacientului. Aceasta presupune ascultarea îngrijorărilor familiei, atenție acordată întristării și poverilor fizice/ psihologice și sentimentului de vină. Echipa de îngrijire ar trebui să consilieze familia asupra modalităților în care poate fi de ajutor pacientului, de exemplu petrecând timp alături de acesta, vorbind și atingând pacientul, asigurând îngrijire orală și asigurând o atmosferă potrivită pentru îngrijirea pacientului (de exemplu oferindu-i pacientului muzica preferată, miresme cunoscute, cântând melodii preferate, spunând rugăciuni sau citindu-i).

Familiile pacienților sedați necesită o informare permanentă despre evoluția stării acestora și să știe la ce să se aștepte. Echipa de îngrijire trebuie să ofere familiei informații actualizate regulate care să se refere inclusiv la starea pacientului, gradul de suferință, schimbările anticipate sau când este cazul, notificarea faptului că moartea poate surveni și ce se poate întâmpla pe parcursul acestui proces al morții.

Familiile necesită adesea asigurări repetate privind faptul că alte metode au fost experimentate suficient și/sau luate în considerare atent, dar s-au dovedit a fi fără rezultat, că sedarea este puțin probabil să scurteze viața pacientului, și că aceasta poate fi întreruptă sau diminuată dacă este necesar.

După moartea pacientului, familiei ar trebui să i se ofere ocazia de a se întâlni cu echipa de îngrijire, pentru a le acorda șansa de a-și împărtăși sentimentele de durere și de a discuta orice nelămuriri pe care ei le pot avea despre îngrijirea asigurată în ultimele zile de viață.

10) Sprijinul echipei de îngrijire

Situațiile în care un pacient este sedat pot genera adesea suferință profundă personalului medical. Acest lucru se întâmplă mai ales dacă există un dezacord în privința oportunității intervenției și în situații în care procesul este prelungit.

Echipa de îngrijire ar fi bine să recunoască potențiala suferință a personalului. Toți membrii participanți ai personalului trebuie să înțeleagă argumentarea privind sedarea și scopurile îngrijirii. De câte ori este posibil, acest lucru ar trebui discutat în întâlnirile echipei sau în discuțiile de caz, atât înainte, cât și după eveniment, pentru a dezbate problemele profesionale și emoționale legate de astfel de decizii și

pentru a îmbunătăți procedurile locale atunci când este necesar.

Suferința poate fi diminuată prin încurajarea unei culturi a recunoașterii poverilor emoționale generate de îngrijire, prin participarea la procesele consultative ce conduc la o decizie de tratament, împărtășind informațiilor și angajarea în discuții multidisciplinare ce oferă grupului sau indivizilor ocazia de a-și exprima sentimentele.

Anexa 1: Considerații speciale asupra folosirii sedării în situații de suferință psihologică și existențială refractară

Argumentare

Sedarea pentru controlul simptomelor psihologice refractare și a suferinței existențiale este diferită față de alte situații datorită a patru motive majore:

1. în virtutea naturii simptomelor cărora li se adresează, este mult mai dificil de stabilit dacă ele sunt într-adevăr refractare;
2. severitatea suferinței cauzate de unele dintre aceste simptome poate fi foarte dinamică și idiosincronică, iar adaptarea psihologică și acceptarea situației sunt frecvente;
3. tratamentele standard au o morbiditate intrinsecă scăzută;
4. prezența acestor simptome nu indică în mod necesar o stare foarte avansată de degradare fiziologică.^{73,77,78}

Instrucțiuni speciale

1. Această abordare trebuie rezervată pentru pacienții aflați în stadii avansate ale unei boli terminale.
2. Denumirea unor astfel de simptome ca fiind refractare ar trebui făcută doar după evaluări repetate, realizate de clinicieni specializați în îngrijirea psihologică și care au stabilit o relație cu pacientul și cu familia acestuia, evaluări ce merg în paralel cu tratamentele uzuale pentru anxietate, depresie și suferință existențială.
3. Evaluarea ar trebui efectuată în contextul unei discuții de caz multidisciplinare, la care participă reprezentanți ai psihiatriei, bisericii și eticii, precum și cei care asigură îngrijirea la patul bolnavului, datorită complexității acestei situații.
4. În situațiile rare în care această strategie este într-adevăr potrivită și adecvată situației, ea ar trebui inițiată în vederea alinării pentru 6 până la 24 de ore cu o scădere treptată a dozelor într-un interval prestabilit.
5. Sedarea continuă ar trebui luată în considerare doar după ce au fost efectuate încercări repetate de sedare temporară.

Anexa 2: exemple de medicamente folosite pentru sedare în îngrijirea paliativă

Benzodiazepine

Benzodiazepinele reduc starea de anxietate și cauzează ameție, ele au un efect sedativ sinergic cu opioide și antipsihotice, sunt anticonvulsivante și pot ajuta la prevenirea crizelor convulsive. Ele pot cauza agitație paradoxală, depresie respiratorie și sevraj în cazul în care doza este redusă rapid după injectare continuă și apariția toleranței. Flumazenilul este un antagonist al benzodiazepinei cu timp de înjumătățire scurt.

Midazolam

Descriere generală: Midazolamul este cel mai utilizat medicament.

Farmacologie: Benzodiazepină hidrosolubilă, cu durată scurtă de acțiune. Metabolizat într-o substanță lipofilă care este penetrează rapid în sistemul nervos central. Are durată scurtă de acțiune datorită redistribuirii rapide și de aceea necesită administrare în perfuzie continuă pentru a menține efectul.

Avantaje: Instalare rapidă a efectului. Poate fi administrat intravenos (IV) sau subcutanat (SC).

Doza de început: 0,5- 1 mg/ h, 1- 5 mg la nevoie (PRN)

Doza eficientă uzuală: 1- 20 mg/ h.

Lorazepam

Descriere generală: Benzodiazepină cu timp de acțiune intermediară care atinge efectul maxim la 30 de minute după administrarea intravenoasă. Este mai puțin predispus la dozare rapidă crescătoare sau descrescătoare decât midazolamul, din cauza farmacocineticii mai lente.

Farmacologie: Eliminarea nu este alterată de disfuncții renale sau hepatice.

Avantaje: Acțiune rapidă. Poate fi administrat IV sau SC.

Doza de început: 0,05 mg/ kg la fiecare 2- 4 h când se administrează în bolus.

Flunitrazepam

Descriere generală: Benzodiazepină hidrosolubilă cu timp de înjumătățire lung.

Farmacologie: Eliminarea nu este alterată de disfuncții renale sau hepatice.

Avantaje: Acțiune rapidă. Poate fi administrat IV sau SC.

Dezavantaje: Eliminare lentă cauzată de timpul de înjumătățire lung.

Doza de început: Doza bolus de 1- 2 mg, perfuzie continuă 0,2 – 0,5 mg/ h.

Medicamente neuroleptice/ antipsihotice

Medicamentele neuroleptice pot fi sedative eficiente mai ales dacă pacientul manifestă semne sau simptome de delir. Delirul este o stare confuzională acută care uneori este dificil de diferențiat de anxietate, totuși distincția este foarte importantă deoarece administrarea opioidelor sau benzodiazepinelor ca tratament inițial pentru delir poate înrăutăți simptomatologia.

Levomepromazina (methotrimeprazina)

Descriere generală: Levomepromazina este un medicament antipsihotic fenotiazinic.

Avantaje: Acțiune rapidă, cu efect antipsihotic în cazuri de delir, cu unele efecte analgezice, poate fi administrat pe cale orală sau parenterală (IV, SC sau intramuscular (IM)).

Doza de început: doză de start 12,5- 25 mg și 50- 70 mg în perfuzie continuă.

Doza eficientă uzuală: 12,5 sau 25 mg q8h și q1h PRN pentru agitația cu instalare bruscă sau până la 300 mg/ zi în perfuzie continuă.

Efecte adverse: Hipotensiune ortostatică, agitație paradoxală, simptome extrapiramidale, efecte anti-colinergice.

Clorpromazina

Descriere generală: Antipsihotic disponibil la scară largă ce poate fi administrat pe cale orală, parenterală (IV sau IM) și rectal (PR).

Avantaje: Efect antipsihotic pentru pacienți cu delir.

Doza de început: IV sau IM 12,5 mg q 4- 12 ore sau 3- 5 mg/ oră IV sau 25- 100 mg q 4- 12 ore PR.

Doza eficientă uzuală: parenteral 37,5- 150 mg/ zi, PR 75- 300 mg/ zi.

Efecte adverse: hipotensiune ortostatică, agitație paradoxală, simptome extrapiramidale, efecte anti-colinergice.

Barbiturice

Barbituricele cauzează în mod sigur și rapid reducerea nivelului de conștiență și pentru că mecanismul lor de acțiune diferă de cel al opioidelor și benzodiazepinelor, ele pot fi de ajutor pentru pacienții care au dezvoltat nivele extreme de toleranță față de aceste medicamente. Ele nu au un efect analgezic, deci probabil opioidele vor fi necesare pentru pacienții cu dureri.

Pentobarbital

Descriere generală: Din clasa barbituricelor.

Avantaje: Acțiune rapidă, efect anticonvulsivant.

Dozare: Doza de încărcare 2- 3 mg/ kg în bolus lent (nu mai mult de 50 mg/ min); după doza de încărcare, se începe perfuzia cu 1- 2 mg/ kg/ h; titrare pentru obținerea nivelului de sedare dorit.

Anestezice generale

Propofol^{79, 80}

Descriere generală: Anestezic general cu acțiune scurtă.

Avantaje: Debut rapid al sedării, posibilitatea de dozare rapidă, eliminare rapidă.

Efecte adverse: hipotensiunea și depresia respiratorie, durere la injectarea în vene periferice mici.

Atenționări: Folosirea de tehnici aseptice stricte în administrarea propofolului. Schimbarea perfuzorului la fiecare 12 ore. Aruncarea fiolei și a oricărui medicament nefolositor dacă nu au fost injectate după 12 ore.

Beneficii non- sedative: antiemetic, antipruritic și bronhodilatator.

Doza de început: 0,5 mg/ kg/ h.

Doza uzuală: 1- 4 mg/ kg/ h.

Anexa 3: Scale de evaluare a suferinței la pacienții cu stare redusă de conștiență

Instrumente de observare a durerii în îngrijirea pacienților în stare critică

Indicatori	Descriere	Reacții/ Rezultat
Expresie facială	Nici o tensiune musculară observată	Relaxat, neutru 0
	Prezența încruntării, coborârea sprâncenelor, încordarea orbitei și contractarea mușchiului elevator	Tensionat 1
	Toate mișcărilor faciale de mai sus plus pleoapele strâns închise	Grimasă/ Schimonoseală 2
Mișcărilor corpului	Nu se mișcă (aceasta nu înseamnă absența durerii)	Absența mișcării 0
	Mișcări lente, prudente, atingând sau frecând locul dureros, solicitând atenția prin mișcări	Protecție 1
	Trage de perfuzie, încearcă să se ridice, mișcă membrele, vorbește fără sens, nu ascultă indicațiile, lovește personalul, încearcă să se dea jos din pat	Neliniște/ Agitație 2
Tensiune musculară (evaluată prin flecta-re pasivă și extensie a extremităților su-perioare)	Nici o rezistență la mișcărilor pasive	Relaxat 0
	Rezistență la mișcărilor pasive	Tensionat, rigid 1
	Rezistență puternică la mișcărilor pasive, ce nu permite finalizarea mișcării	Foarte tensionat sau rigid 2

Acceptarea ventilatorului (pentru pacienții intubați)	Neactivarea alarmelor, ventilație ușoară Alarmerile se opresc spontan	Tolerează ventilatorul sau mișcarea 0
	Asincronie: blocarea ventilației, alarmele frecvent activate	Tușește, dar tolerează aparaturile 1 Împotrivirea față de ventilator 2
sau		
Vocalizare (pentru pacienții neintubați)	Vorbește cu un ton normal sau silențios	Vorbește cu un ton normal sau silențios 0
	Oftează, geme Plânge, suspină	Oftează, geme 1 Plânge, suspină 2
Scorul total posibil (variația)		0-8

Notă: cu cât scorul este mai mare, cu atât nivelul de durere este mai mare

Adaptare după Gelinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care* 2006; 15: 420–427 with permission from the American Association of Critical-Care Nurses.⁸¹

Scala Richmond de evaluare a agitației și sedării (SRAS)

Scorul	Starea pacientului	Descrierea	
+4	Combativ	Combativ în mod deschis, violent, pericol iminent pentru personal	
+3	Foarte agitat	Trage sau scoate perfuzia sau cateterul; agresiv	
+2	Agitat	Mișcări frecvente fără sens, se împotrivește ventilatorului	
+1	Neliniștit	Anxios, dar fără mișcări agresive viguroase	
0	Alert și calm		
-1	Fără vlagă Somnolență	Nu este alert pe deplin, dar și-a menținut starea de veghe (deschiderea ochilor/ contactul vizual) la <i>stimulul auditiv</i> (≥ 10 secunde)	Stimulare verbală
-2	Sedare ușoară	Se trezește pentru scurt timp realizând contactul vizual la <i>stimulul auditiv</i> (< 10 secunde)	
-3	Sedare moderată	Mișcare sau deschidere a ochilor la <i>stimulul auditiv</i> (dar fără contact vizual)	
-4	Sedare profundă	Nici un răspuns la <i>stimulul auditiv</i> , dar deschide ochii și se mișcă la stimulare fizică	Stimulare fizică
-5	Inert	Nici un răspuns la stimularea auditivă sau fizică	

Procedura pentru SRAS

1. Observarea pacientului
 - a. Pacientul este alert, neliniștit sau agitat.
(scor 0 până la +4)
 2. Dacă nu este alert, se rostește numele pacientului și i se spune să deschidă ochii și să privească vorbitorul.
 - b. Pacientul se trezește, deschide ochii și menține susținut contactul vizual.
(scor -1)
 - c. Pacientul se trezește deschide ochii și menține pentru scurt timp contactul vizual.
(scor -2)
 - d. Pacientul răspunde prin mișcare la stimulul verbal, dar nu prezintă contact vizual.
(scor -3)
 3. Când nu există răspuns la stimularea verbală, pacientul este stimulat fizic prin scuturarea umărului și/ sau prin frecarea sternului.
 - e. Pacientul răspunde prin mișcare la stimularea fizică.
(scor -4)
 - f. Pacientul nu răspunde la nici un fel de stimulare
(scor -5)
-

Reproducere din Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. Scala de agitație-sedare Richmond: valabilitatea și siguranța la pacienții aflați în secțiile de terapie intensivă. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 1338-1344 cu permisiunea American Thoracic Society.⁸²

Bibliografie

1. Godwin SA, Caro DA, Wolf SJ, et al. Clinical policy: procedural sedation and analgesia in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2005; 45: 177–196.
2. Practice guidelines for sedation and analgesia by nonanesthesiologists. *Anesthesiology* 2002; 96: 1004–1017.
3. Cote CJ, Wilson S. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update. *Pediatrics* 2006; 118: 2587–2602.
4. Waring JP, Baron TH, Hirota WK, et al. Guidelines for conscious sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 317–322.
5. Gregoretti C, Decaroli D, Piacevoli Q, et al. Analgo-sedation of patients with burns outside the operating room. *Drugs* 2008; 68: 2427–2443.
6. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008; 36: 953–963.
7. Rubenfeld GD. Principles and practice of withdrawing life-sustaining treatments. *Crit Care Clin* 2004; 20: 435–451.
8. Brajtman S. The impact on the family of terminal restlessness and its management. *Palliat Med* 2003; 17: 454–460.
9. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Support Care Cancer* 2004; 12: 885–889.
10. Morita T, Inoue S, Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12: 32–38.
11. Rosen EJ. Commentary: a case of ‘terminal sedation’ in the family. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16: 406–407.
12. Higgins PC, Altilio T. Palliative sedation: an essential place for clinical excellence. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2007; 3: 3–30.
13. Beel AC, Hawranik PG, McClement S, Daeninck P. Palliative sedation: nurses’ perceptions. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12: 510–518.
14. Rietjens JA, Hauser J, van der Heide A, Emanuel L. Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliat Med* 2007; 21: 643–649.
15. Morita T, Miyashita M, Kimura R, Adachi I, Shima Y. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med* 2004; 18: 550–557.
16. Weinbroum AA, Szold O, Ogorek D, Flaishon R. The midazolam-induced paradox phenomenon is reversible by flumazenil. *Epidemiology, patient characteristics and review of the literature. Eur J Anaesthesiol* 2001; 18: 789–797.
17. Short TG, Young Y. Toxicity of intravenous anaesthetics. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2003; 17: 77–89.
18. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 310–333.
19. Rietjens JA, van Zuylen L, van Veluw H, van der Wijk L, van der Heide A, van der Rijt CC. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 228–234.

20. Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med* 1997; 11(2): 140–4.
21. Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Cheng SY, Chen CY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 467–472.
22. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med* 2003; 163: 341–344.
23. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicentre study. *Ann Oncol* 2009; 20: 1163–1169.
24. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 320–328.
25. Levy MH, Cohen SD. Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: a fine intentional line. *Semin Oncol* 2005; 32: 237–246.
26. Hasselaar JG, Reuzel RP, van den Muijsenbergh ME, et al. Dealing with delicate issues in continuous deep sedation. Varying practices among Dutch medical specialists, general practitioners, and nursing home physicians. *Arch Intern Med* 2008; 168: 537–543.
27. Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M, Rickard M. End-of-life decisions in Australian medical practice. *Med J Aust* 1997; 166: 191–196.
28. Stevens CA, Hassan R. Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia. *Arch Intern Med* 1994; 154: 575–584.
29. Willems DL, Daniels ER, van der Wal G, van der Maas PJ, Emanuel EJ. Attitudes and practices concerning the end of life: a comparison between physicians from the United States and from The Netherlands [In Process Citation]. *Arch Intern Med* 2000; 160: 63–68.
30. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States [see comments]. *N Engl J Med* 1998; 338: 1193–1201.
31. Douglas CD, Kerridge IH, Rainbird KJ, McPhee JR, Hancock L, Spigelman AD. The intention to hasten death: a survey of attitudes and practices of surgeons in Australia. *Med J Aust* 2001; 175: 511–515.
32. Rietjens JA, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med* 2004; 141: 178–185.
33. Fainsinger RL, De Moissac D, Mancini I, Oneschuk D. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliat Care* 2000; 16: 5–10.
34. Murray SA, Boyd K, Byock I. Continuous deep sedation in patients nearing death. *BMJ* 2008; 336: 781–782.
35. Reuzel RP, Hasselaar JG, Vissers KC, van der Wilt GJ, Groenewoud JM, Crul BJ. Inappropriateness of using opioids for end-stage palliative sedation: a Dutch study. *Palliat Med* 2008; 22: 641–646.
36. Hasselaar JG, Reuzel RP, Verhagen SC, de Graeff A, Vissers KC, Crul BJ. Improving prescription in palliative sedation: compliance with Dutch guidelines. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1166–1171.
37. Royal Dutch Medical Association Committee on National Guideline for Palliative Sedation. *Guideline for Palliative Sedation* 2005.
38. National Hospice and Palliative Care Organization. *Total Sedation: A Hospice and Palliative Care Resource Guide*. Alexandria, VA: NHPKO; 2000.
39. Wein S. Sedation in the imminently dying patient. *Oncology (Huntingt)* 2000; 14: 585–592; discussion 592, 597–598, 601.
40. Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med* 2003; 6: 345–350.
41. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med* 2005; 8: 716–729.
42. Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, de Graeff A. A National Guideline for Palliative Sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 666–670.
43. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31–38.
44. Rousseau P. Palliative sedation in the management of refractory symptoms. *J Support Oncol* 2004; 2: 181–186.
45. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003; 2: 2.
46. Cowan JD, Palmer TW. Practical guide to palliative sedation. *Curr Oncol Rep* 2002; 4: 242–249.
47. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine – definition and review of the literature. *Support Care Cancer* 2001; 9: 403–407.
48. Eisenclaus JH. Palliative sedation. *Curr Opin Support Palliat Care* 2007; 1: 207–212.
49. Cunningham J. A review of sedation for intractable distress in the dying. *Ir Med J* 2008; 101: 87–90.
50. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000; 132: 408–414.
51. Hospice and Palliative Care Federation of Massachusetts. *Palliative Sedation Protocol: A Report of the Standards and Best Practices Committee*. Norwood, MA: Hospice and Palliative Care Federation of Massachusetts; 2004.
52. Legemaate J, Verkerk M, van Wijlick E, de Graeff A. Palliative sedation in the Netherlands: starting-points and

contents of a national guideline. *Eur J Health Law* 2007; 14: 61–73.

53. Lo B, Rubenfeld G. Palliative sedation in dying patients: “we turn to it when everything else hasn’t worked”. *JAMA* 2005; 294: 1810–1816.

54. Veterans Health Administration National Ethics Committee. The ethics of palliative sedation as a therapy of last resort. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 483–491.

55. de Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67–85.

56. Krakauer EL. Sedation in palliative medicine. In: Hanks G, Cherny N, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK (eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 4th edn. Oxford: Oxford University Press, 2009.

57. Engstrom J, Bruno E, Holm B, Hellzen O. Palliative sedation at end of life – a systematic literature review. *Eur J Oncol Nurs* 2006; 11: 26–35.

58. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol* 2003; 4: 312–318.

59. Salacz ME, Weissman DE. Controlled sedation for refractory suffering: part II. *J Palliat Med* 2005; 8: 137–138.

60. Salacz ME, Weissman DE. Controlled sedation for refractory suffering: part I. *J Palliat Med* 2005; 8: 136–137.

61. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 447–453.

62. Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying – a survey of experts. *Palliat Med* 1998; 12: 255–269.

63. Seymour JE, Janssens R, Broeckaert B. Relieving suffering at the end of life: practitioners’ perspectives on palliative sedation from three European countries. *Soc Sci Med* 2007; 64: 1679–1691.

64. Pomerantz SC, Bhatt H, Brodsky NL, Lurie D, Ciesielski J, Cavalieri TA. Physicians’ practices related to the use of terminal sedation: moral and ethical concerns. *Palliat Support Care* 2004; 2: 15–21.

65. Moyano J, Zambrano S, Ceballos C, Santacruz CM, Guerrero C. Palliative sedation in Latin America: survey on practices and attitudes. *Support Care Cancer* 2008; 16: 431–435.

66. Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Chihara S, Uchitomi Y. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 2002; 20: 758–764.

67. Kaldjian LC, Jekel JF, Bernene JL, Rosenthal GE, Vaughan-Sarrazin M, Duffy TP. Internists’ attitudes towards terminal sedation in end of life care. *J Med Ethics* 2004; 30: 499–503.

68. Muller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, Klaschik E. Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation – a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care Philos* 2004; 7: 333–339.

69. Bishop MF, Stephens L, Goodrich M, Byock I. Medication kits for managing symptomatic emergencies in the home: a survey of common hospice practice. *J Palliat Med* 2009; 12: 37–44.

70. Falk S, Fallon M. ABC of palliative care. Emergencies. *BMJ* 1997; 315: 1525–1528.

71. Nauck F, Alt-Epping B. Crises in palliative care – a comprehensive approach. *Lancet Oncol* 2008; 9: 1086–1091.

72. Shaiova L. Case presentation: ‘terminal sedation’ and existential distress [clinical conference]. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16: 403–404.

73. Cherny NI. Commentary: sedation in response to refractory existential distress: walking the fine line. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16: 404–406.

74. Rousseau P. Existential suffering and palliative sedation: a brief commentary with a proposal for clinical guidelines. *Am J Hosp Palliat Care* 2001; 18: 151–153.

75. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Terminal sedation for existential distress. *Am J Hosp Palliat Care* 2000; 17: 189–195.

76. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 445–450.

77. Rousseau P. Existential distress and palliative sedation. *Anesth Analg* 2005; 101: 611–612.

78. Taylor BR, McCann RM. Controlled sedation for physical and existential suffering? *J Palliat Med* 2005; 8: 144–147.

79. Lundstrom S, Zachrisson U, Furst CJ. When nothing helps: propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 570–577.

80. Mercadante S, De Conno F, Ripamonti C. Propofol in terminal care. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 639–642.

81. Gelinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care* 2006; 15: 420–427.

82. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1338–1344.