

instrumentos de medida, permitiendo obtener mediciones más precisas e importantes en la toma de decisiones respecto a la motivación, compromiso y satisfacción de voluntarios para el acompañamiento de personas en duelo y en otras situaciones.

Bibliografía

1. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm.* 2008;65:2276–84.
2. Bermejo JC, Villaceros M, Magaña M. Perfil, motivación, satisfacción y compromiso de un voluntariado de acompañamiento en duelo. Propiedades psicométricas de los cuestionarios Organizational Commitment Questionnaire y Job Diagnostic Survey. *Med Paliat.* 2017;24:4–13.
3. Domínguez-Lara S, Merino-Soto C. Sobre o uso do Little Jiffy na validação dos testes: comentários a Ávila e colaboradores. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65:196–7.
4. Caycho-Rodríguez T. Intervalos de Confianza para el coeficiente alfa de Cronbach: aportes a la investigación pediátrica. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38:291–4.
5. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anal Psicol.* 2014;30:1151–69.
6. Ferrando PJ, Anguiano-Carrasco C. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo.* 2010;31:18–33.
7. Lorenzo-Seva U, Timmerman M, Kiers H. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods.* 2011;16:209–20.
8. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika.* 1965;30:179–85.
9. Domínguez-Lara SA, Merino-Soto C. ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niñez y Juventud.* 2015;13:1326–8.
10. Ventura-León JL, Caycho T. El Coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2017;15:625–7.

Tomás Caycho-Rodríguez

Carrera de Psicología, Facultad de Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú

Correos electrónicos: tppcaycho@gmail.com, tomas.caycho@upn.pe

<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.007>
1134-248X/

© 2018 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sedación paliativa en hemorragia digestiva alta masiva (hematemesis)



Palliative sedation in massive upper gastrointestinal bleeding (haematemesis)

Sr. Director:

Recientemente hemos atendido a un paciente hospitalizado que sufrió un episodio de hematemesis antes de ser solicitada nuestra valoración. El episodio de sangrado, con repercusión hemodinámica evidente y amenazante para su vida, fue tratado por los especialistas de gastroenterología con la administración de somatostatina iv, reposición de volumen, estabilización hemodinámica y transfusión de hematíes. No se realizó endoscopia terapéutica.

Al ser requeridos como consultores para valoración, constatamos que el paciente tenía una cirrosis en estadio c de Child-Pugh, episodio previo de sangrado por varices esofágicas que habían sido ligadas, encefalopatía crónica fluctuante, ascitis refractaria y un síndrome hepatorenal tipo 2.

Discutimos con su equipo médico sobre la situación de terminalidad, con la que estaban de acuerdo, y la indicación de las medidas terapéuticas realizadas y revisamos las recomendaciones ante casos de hemorragia masiva con compromiso vital inmediato de la Guía de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), disponible en su página web, que son las siguientes: administración de diazepam 5-20 mg/vía rectal o iv, o midazolam 20-40 mg/vía im o iv hasta desconexión/inconsciencia del

paciente¹. En relación a estas recomendaciones quisiéramos compartir algunas reflexiones.

Es muy probable que los episodios de hematemesis en pacientes con enfermedad hepática terminal puedan provocar un sufrimiento emocional y espiritual intenso, y por eso parece adecuado que se plantee la sedación paliativa y que el nivel de sedación a alcanzar sea profundo (Richmond –5/Ramsay 6) y proporcional al grado de sufrimiento. Sin embargo las dosis indicadas en la guía SECPAL son sensiblemente mayores que las recomendadas para alcanzar esos niveles de sedación en la mayoría de las guías publicadas²⁻⁷, incluyendo la Guía del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura⁸ accesible desde la propia página web de SECPAL, que oscilan entre 2,5 hasta 12 mg sc/vía iv cada 5 min hasta que se logra. En nuestra experiencia, de las 42 sedaciones paliativas realizadas directamente por nuestro equipo en el último año 2016, la dosis media de midazolam vía iv utilizada como inducción fue de 2,34 mg (1,0-5,0). Por todo ello, un bolo de 20 a 40 mg/vía iv nos parece excesivo y, en nuestra opinión, podría resultar incluso letal, lo que no resulta congruente con la filosofía de los cuidados paliativos ni con el objetivo de la sedación paliativa.

Otro aspecto, también en el mismo apartado de la guía SECPAL, que nos resulta llamativo es la indicación de la administración de midazolam por vía im como alternativa a la iv, en lugar de la vía sc como en el resto de guías de referencia.

Teniendo en cuenta estas observaciones quisiéramos proponer que el grupo de expertos responsable de la Guía SECPAL valore la conveniencia de revisar estas recomendaciones, referencia para tantos profesionales con dedicación exclusiva a los cuidados paliativos y para aquellos con atención ocasional a pacientes al final de la vida.

Bibliografía

1. Urgencias en Medicina Paliativa. En: Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) [consultado 2 Mar 2017]. Disponible en http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos.15-urgencias-en-medicina-paliativa
2. Ruiz Marquez MP, Cuervo Pinna MA, Sanchez Correas MA, Sanchez Posada R, Varillas López MP, Hernandez Garcia P, et al. Guía clínica. Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Évora: Observatorio regional de cuidados paliativos de Extremadura. Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. FundeSalud; 2010.
3. Cherny NI, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* 2009;23:581–93.
4. Palliative Sedation Guideline. En: Edmonton Zone Palliative Care Program. Edmonton Zone Palliative Care Program, Practice Development and Quality Committee [consultado 2 Mar 2017]. Disponible en: http://palliative.org/NewPC/_pdfs/management/Palliative%20Sedation%20Final%20Dec%202015.pdf
5. Benítez-Rosario MA. Sedación Paliativa. En: Benítez-Rosario MA, Toribio González G, editores. Tratamientos protocolizados en Cuidados Paliativos. Madrid: You & Us; 2010. p. 353–66.
6. Porta Sales J. Sedación Paliativa. En: Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A, editores. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2.^a ed. Madrid: Ediciones Aran; 2008. p. 325–36.
7. Guía Sedación Paliativa. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [consultado 5 May 2017]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa_online.pdf
8. Sánchez Correas MA, Cuervo Pinna MA. Guía de sedación paliativa del PRCPEX: Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura [consultado 5 May 2017]. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cguia-de-sedacion.pdf>

Miguel Ángel Sancho Zamora* y Mónica Ruiz Ruiz

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: masancho.hrc@salud.madrid.org
(M.Á. Sancho Zamora).

<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.004>
1134-248X/

© 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.