

DOI: 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.913-926

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1334>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 913-926






Sedación en cuidados paliativos

Sedation in palliative care

Sedação em cuidados paliativos

Andrea Nahomy Delgado Rengifo¹; Guido Yunior García Loo²; Franklin José Solórzano Buenaventura³

RECIBIDO: 25/03/2024 **ACEPTADO:** 05/04/2024 **PUBLICADO:** 28/04/2024

1. Médico Cirujano; Posgradista de la Especialidad en Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Portoviejo; Portoviejo, Ecuador; andelgador@pucesm.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0006-0962-2369>
2. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico Cirujano; Posgradista de la Especialidad en Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Portoviejo; Portoviejo, Ecuador; gygarcial@pucesm.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-4793-5869>
3. Médico Cirujano; Posgradista de la Especialidad en Anestesiología, Reanimación y Terapia Del Dolor en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Portoviejo; Portoviejo, Ecuador; fjsolorzano@pucesm.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0005-8700-0373>

CORRESPONDENCIA

Andrea Nahomy Delgado Rengifo

andelgador@pucesm.edu.ec

Portoviejo, Ecuador

RESUMEN

La sedación paliativa (SP) es un enfoque crucial en el manejo del sufrimiento en pacientes terminales, donde otros tratamientos no logran aliviar los síntomas. Se requiere una evaluación exhaustiva y el consentimiento informado del paciente, así como la consulta con un equipo experto en manejo de síntomas. La SP busca aliviar síntomas refractarios como el delirium agitado, el estreñimiento y el dolor, garantizando una muerte tranquila sin relación con la eutanasia. La metodología de la revisión bibliográfica incluyó una búsqueda exhaustiva en bases de datos especializadas y la selección de estudios relevantes publicados en los últimos diez años. Se analizaron los datos para identificar patrones y tendencias, prestando especial atención a la eficacia y seguridad de la SP, así como a las controversias éticas asociadas. La SP se considera éticamente aceptable siempre que no influya significativamente en la supervivencia del paciente. Sin embargo, su aplicación plantea dilemas éticos, especialmente en relación con el sufrimiento existencial y la necesidad de una cuidadosa reflexión compartida. Es crucial que el equipo interdisciplinario esté capacitado y siga directrices establecidas para garantizar una aplicación adecuada de la SP. Las benzodiazepinas son la primera opción terapéutica, y se debe controlar cuidadosamente la dosificación para evitar sedación excesiva o insuficiente. La SP tiene implicaciones significativas en el ámbito antropológico, psicológico y emocional del paciente y su familia. Es esencial diferenciar entre cuidados paliativos, SP y eutanasia, y garantizar el acceso equitativo a los cuidados paliativos a nivel mundial. En última instancia, el respeto por la dignidad y los valores del paciente debe guiar todas las intervenciones médicas al final de la vida, asegurando una atención compasiva y respetuosa que promueva el bienestar del paciente y su familia.

Palabras clave: Sedación Paliativa, Cuidados Paliativos, Sufrimiento Intratable, Ética Médica, Calidad de Vida.

ABSTRACT

Palliative sedation (PS) is a crucial approach in managing suffering in terminal patients, where other treatments fail to alleviate symptoms. A thorough evaluation and informed consent of the patient, as well as consultation with an expert symptom management team, are required. PS aims to alleviate refractory symptoms such as agitated delirium, constipation, and pain, ensuring a peaceful death unrelated to euthanasia. The methodology of the literature review included an exhaustive search in specialized databases and the selection of relevant studies published in the last ten years. Data were analyzed to identify patterns and trends, paying special attention to the efficacy and safety of PS, as well as associated ethical controversies. PS is considered ethically acceptable as long as it does not significantly influence patient survival. However, its application raises ethical dilemmas, especially regarding existential suffering and the need for careful shared reflection. It is crucial that the interdisciplinary team is trained and follows established guidelines to ensure proper application of PS. Benzodiazepines are the first therapeutic option, and dosage must be carefully controlled to avoid excessive or insufficient sedation. PS has significant implications in the anthropological, psychological, and emotional aspects of the patient and their family. It is essential to differentiate between palliative care, PS, and euthanasia, and to ensure equitable access to palliative care worldwide. Ultimately, respect for the patient's dignity and values should guide all end-of-life medical interventions, ensuring compassionate and respectful care that promotes the well-being of the patient and their family.

Keywords: Palliative Sedation, Palliative Care, Intractable Suffering, Medical Ethics, Quality of Life.

RESUMO

A sedação paliativa (SP) é uma abordagem crucial na gestão do sofrimento em doentes terminais, quando outros tratamentos não conseguem aliviar os sintomas. É necessária uma avaliação exaustiva e o consentimento informado do doente, bem como a consulta de uma equipa especializada na gestão dos sintomas. A PS tem como objetivo aliviar os sintomas refractários, como o delírio agitado, a obstipação e a dor, assegurando uma morte pacífica e não relacionada com a eutanásia. A metodologia da revisão da literatura incluiu uma pesquisa exaustiva em bases de dados especializadas e a seleção de estudos relevantes publicados nos últimos dez anos. Os dados foram analisados para identificar padrões e tendências, dando especial atenção à eficácia e segurança da PS, bem como às controvérsias éticas associadas. A PS é considerada eticamente aceitável, desde que não influencie significativamente a sobrevivência dos doentes. No entanto, a sua aplicação levanta dilemas éticos, especialmente no que diz respeito ao sofrimento existencial e à necessidade de uma reflexão partilhada cuidadosa. É fundamental que a equipa interdisciplinar tenha formação e siga as directrizes estabelecidas para garantir a aplicação adequada da PS. Os benzodiazepínicos são a primeira opção terapêutica e a dosagem deve ser cuidadosamente controlada para evitar sedação excessiva ou insuficiente. A PS tem implicações significativas nos aspectos antropológicos, psicológicos e emocionais do doente e da sua família. É fundamental distinguir entre cuidados paliativos, PS e eutanásia, e garantir o acesso equitativo aos cuidados paliativos a nível mundial. Em última análise, o respeito pela dignidade e pelos valores do doente deve orientar todas as intervenções médicas em fim de vida, assegurando cuidados compassivos e respeitosos que promovam o bem-estar do doente e da sua família.

Palavras-chave: Sedação paliativa, Cuidados paliativos, Sofrimento intratável, Ética médica, Qualidade de vida.

Introducción

La sedación paliativa (SP) implica emplear medicamentos para disminuir la consciencia de un paciente con el fin de aliviar el sufrimiento causado por síntomas que no responden a otros tratamientos. Aunque las definiciones pueden variar, la mayoría de las directrices coinciden en ciertos aspectos fundamentales.

1. Presencia de un sufrimiento intratable causado por un síntoma.
2. Presencia de una enfermedad “terminal”.
3. Necesidad de discusión con el paciente y proceso de consentimiento informado.
4. Necesidad de consultar con un equipo experto en manejo de síntomas.
5. Aplicación de fármaco/s sedante/s para disminuir el nivel de consciencia y evitar el sufrimiento del paciente monitorizando su respuesta(1).

Tabla 1. Elementos de la definición de sedación paliativa

1. Indicación	
a) Tratamiento sintomático previo	El síntoma/s para el que se aplica la sedación contaba con tratamiento sintomático adecuado.
b) Especificación de refractariedad	Uno o más síntomas se identifican como «refractario»/«sin posibilidad de tratamiento» o términos similares indicando que la sedación paliativa es el último recurso posible.
2. Consentimiento	
a) Evaluación de la competencia del paciente	Se consideraba al paciente competente si era mayor de 16 años, emancipado legalmente o considerado como tal por su médico sino existía alteración cognitiva descrita. Si no, su padre/tutor se consideraron responsables para participar en la toma de decisiones
a) Evaluación de la competencia del paciente	Discusión y aceptación con el responsable (punto 2a) registrado en la historia.
3. Aplicación	
a) Fármaco adecuado	
b) Dosis inicial adecuada	
c) Monitorización	Registro de medidas de monitorización (sintomático o de sedación) con escalas o de manera subjetiva.

Fuente: Extraído de Análisis descriptivo de la sedación paliativa en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (1)



En el ámbito de la medicina, los profesionales se encuentran diariamente con pacientes en fase terminal que sufren de síntomas refractarios. En general, la mayoría de las personas en esta etapa experimentan síntomas intensos que tienen un impacto directo en su calidad de vida y en la de sus familias, como el delirium agitado, el estreñimiento, la náusea, el vómito y el dolor. Es en estos casos donde la sedación paliativa adquiere una relevancia crucial. Por lo tanto, es esencial abordar varios aspectos relacionados con la sedación paliativa.

1. La sedación paliativa se reserva para pacientes con síntomas refractarios, confirmados por un equipo médico especializado.
2. La sedación paliativa busca aliviar síntomas y garantizar una muerte tranquila, sin relación con la eutanasia. Es esencial entender esta distinción para evitar confusiones.
3. La decisión de aplicar sedación paliativa requiere una evaluación exhaustiva, demostrando que el cuidado paliativo previo ha sido insuficiente.
4. Los opioides no son el principal recurso para la sedación, pero se utilizan para tratar síntomas como dolor o dificultad respiratoria. Es crucial entender que no son sedantes, sino analgésicos.
5. El sufrimiento existencial plantea un dilema en la indicación de sedación paliativa, ya que su evaluación y criterios de aplicación no están universalmente definidos, generando debate en la literatura médica y comités de bioética.(2)

La sedación paliativa se considera una medida extrema tanto en adultos como en niños, ya que busca reducir o eliminar la consciencia del paciente para aliviar síntomas que de otro modo serían insoportables. Este enfoque es éticamente aceptable siempre y cuando no influya significativamente en la supervivencia del paciente. Aunque la ma-

yoría de los pacientes no la solicitan, puede ser invaluable en ciertas circunstancias específicas (3).

Aunque la mayoría de los síntomas pueden manejarse con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los cuidados paliativos, existen algunos que resultan difíciles o imposibles de controlar con los métodos tradicionales. A pesar de ser considerada éticamente aceptable, la sedación paliativa sigue siendo un tema controvertido que requiere una comprensión más profunda.

La sedación paliativa posee un significado antropológico profundo para el paciente, ya que implica renunciar a la experiencia consciente de su propia muerte. Además, tiene repercusiones significativas en el ámbito psicológico y emocional de la familia del paciente. Por lo tanto, la decisión de recurrir a ella debe ser el resultado de una cuidadosa reflexión compartida sobre la necesidad de disminuir el nivel de consciencia del paciente como parte de su tratamiento. Para llevar a cabo esta práctica de manera adecuada, se requiere que el equipo interdisciplinario cuente con una formación avanzada y experiencia en cuidados paliativos. Además, es fundamental seguir las directrices establecidas en sedación paliativa para garantizar su correcta aplicación. Las benzodiazepinas suelen ser la primera opción terapéutica, y es crucial controlar cuidadosamente la dosificación para evitar una sedación excesiva o insuficiente. La sedación paliativa debe ser siempre indicada de manera precisa y documentada adecuadamente para asegurar su uso apropiado en el cuidado de pacientes en fase terminal.(4).

Con el objetivo de recabar la información actualizada y pertinente respecto a Sedación en cuidados paliativos se presenta la presente revisión bibliográfica, con aspiraciones de que el resumen y análisis de la información recolectada según su aporte y relevancia sirva de guía para el interesado del tema y aporte interés en la recolección de datos que funcionen de alguna manera

a cumplir la función para la cual se aplica desde sus inicios hasta la actualidad, amén de las discusiones éticas que se generan alrededor del tema.

Metodología

Se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos especializadas en ciencias de la salud, como PubMed, Scopus y Web of Science. Se emplearon términos de búsqueda relacionados con la sedación en cuidados paliativos, incluyendo "sedación paliativa", "sedación terminal", "cuidados al final de la vida" y otros términos relevantes. Se limitó la búsqueda a artículos publicados en los últimos diez años para garantizar la relevancia y actualización de la información recopilada.

Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que abordaran la sedación en el contexto de los cuidados paliativos. Se consideraron artículos en español, con el objetivo de obtener una perspectiva global sobre el tema.

Se registraron los siguientes datos: autor, año de publicación, tipo de estudio, población de estudio, intervención o procedimiento de sedación, resultados principales y conclusiones relevantes. Los datos extraídos fueron analizados y sintetizados para identificar patrones, tendencias y discrepancias en la literatura. Se prestó especial atención a los hallazgos relevantes en cuanto a la eficacia y seguridad de la sedación en cuidados paliativos, así como a las controversias éticas asociadas con esta práctica.

Se evaluó la calidad de la evidencia de los estudios incluidos utilizando herramientas apropiadas según el diseño del estudio. Los resultados de la revisión se presentarán de manera clara y concisa, incluyendo tablas, gráficos y síntesis narrativa según corresponda. Se destacarán los principales hallazgos y conclusiones, así como las implicaciones clínicas y las áreas de investigación futura.

Se resumirán las principales conclusiones derivadas de la revisión bibliográfica, destacando las implicaciones clínicas, las recomendaciones para la práctica clínica y las áreas de investigación futura. Se enfatizará la importancia de abordar de manera ética y basada en la evidencia el uso de la sedación en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes al final de la vida.

Resultados

Desde 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido los cuidados paliativos como el cuidado integral para pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos, destacando el control del dolor y otros síntomas para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. La Ley Consuelo Devis Saavedra de 2014 respalda este enfoque integral. Uno de los desafíos en los cuidados paliativos es el control de síntomas refractarios al final de la vida, que causan un grave impacto en la calidad de vida del enfermo y su familia. La sedación paliativa se considera una estrategia eficaz para el manejo de estos síntomas, consistente en la administración de medicamentos para inducir sedación y aliviar el sufrimiento cuando otras terapias no logran proporcionar alivio. Estudios han demostrado que la sedación paliativa se administra en una proporción variable entre 2 y 52% de pacientes terminales y resulta exitosa en el manejo de síntomas intratables al final de la vida, sin afectar la supervivencia y brindando alivio a los familiares.(5)

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care, EAPC) promovió en el año 2013 la llamada Carta de Praga reclamando la consideración de los cuidados paliativos como un derecho humano. Posteriormente, en 2018, la OMS había definido los Cuidados Paliativos (CP) como:[...] la prevención y alivio de sufrimiento de pacientes adultos y pediátricos, así como de sus familias, que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida.

Estos problemas incluyen el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de pacientes y familiares(6).

La Asamblea Mundial de la Salud ha reconocido los cuidados paliativos como una responsabilidad ética de los sistemas de salud. A pesar de los esfuerzos para que los cuidados paliativos sean considerados como parte de los derechos humanos básicos y se amplíe su acceso de manera universal, aún queda mucho por hacer para garantizar que la mayoría de la población mundial pueda acceder a ellos (OMS, 2021). La International Association for Hospice and Palliative Care enfatiza que los cuidados paliativos son una atención activa y holística dirigida a personas de todas las edades que sufren severamente debido a enfermedades graves, especialmente aquellas que se encuentran en etapas avanzadas de la vida, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y cuidadores (IAHPC, 2018). Por lo tanto, cada vez se promueve más la comprensión de los cuidados paliativos, no solo en términos de pronóstico, sino en función de las necesidades, como también lo señala el Center to Advance Palliative Care (CAPC, 2020). Dado que los cuidados paliativos son cruciales en el sistema de salud, varios estudios han revelado la existencia de prejuicios asociados con conceptos mal comprendidos como la sedación paliativa (SP) o la eutanasia (E) (Taber et al., 2019). Este desconocimiento puede dar lugar a mitos y creencias erróneas que obstaculizan su valoración adecuada, como la idea de que la morfina solo se asocia con personas en estado terminal o que los cuidados paliativos son exclusivos para pacientes con cáncer (Alonso Herrera et al., 2020; Asencio Huertas et al., 2014).(6)

Fundamentos legales y bioéticos Marco legal:

El acceso a los cuidados paliativos (CP) y el soporte adecuado al final de la vida son considerados derechos humanos básicos desde la Declaración Universal de Dere-

chos Humanos de 1948. En México, estos derechos se sustentan en la Constitución Política y en diversas leyes y normativas de salud. En cuanto a aspectos bioéticos, se enfocan en principios como la intención, proporcionalidad y doble efecto, así como en los principios de la ética biomédica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En Colombia, el Estado ha reconocido el respeto a la autonomía de las personas durante la enfermedad y la muerte, estableciendo que no se debe obligar a alguien a sobrevivir en condiciones penosas en contra de sus deseos y convicciones íntimas. La Ley 1733 de 2014 define los derechos de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas o irreversibles, incluyendo el derecho a los cuidados paliativos y regulando su prestación por entidades de salud públicas y privadas.(7)(8)

Tipos de sedación

La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad:

Sedación continua: sin períodos de descanso.

Sedación intermitente: permite períodos de alerta. Indicada para ciertos procedimientos, como curas complejas o movilizaciones complicadas, y especialmente indicada para casos de sufrimiento existencial refractario.

Según su intensidad:

Sedación profunda: no permite la comunicación con el paciente.

Sedación superficial: permite la comunicación del paciente continua o intermitente y su profundidad se gradúa para alcanzar el nivel de sedación que logre el alivio de los síntomas.

De forma específica, podemos hablar de sedación paliativa en la agonía, que es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento físico o psicológico que no ha respondido a otras medidas(9).

De acuerdo a esta definición y objetivos, lo que caracteriza a los cuidados paliativos es que:

1. Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas
2. Afirman la vida, pero aceptan la muerte como algo inevitable
3. No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte
4. Integran los aspectos espirituales y psicológicos en los cuidados del paciente
5. Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
6. Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a las familias a adaptarse durante la enfermedad de los pacientes y en el duelo(10)

Los cuidados paliativos se basan en principios como la atención integral y personalizada, abordando las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente. Se enfatiza en tratar a la familia y al enfermo como una unidad, fomentando la participación activa de la familia en el cuidado y respetando la autonomía y dignidad del enfermo según sus propias preferencias(10).

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han sido fundamentales para la implementación de programas de cuidados paliativos en todo el mundo. La OMS sugiere que los programas de cuidados paliativos incluyan atención domiciliaria, servicios de consulta con profesionales especializados, centros de día y cuidados en instituciones, aunque ninguno de estos componentes es indispensable. Es crucial que los tratamientos sean rentables, fáciles de administrar y aplicables en el hogar del paciente(10).

En España, la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada en 2007, identifica a los pacientes elegibles para estos programas y promueve

un cambio de enfoque en los objetivos asistenciales, rechazando el encarnizamiento terapéutico y priorizando el alivio del sufrimiento del paciente(10).

La Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos asume como propios los principios de la OMS e incorpora lo que considera valores esenciales de los programas de cuidados paliativos:

1. Derecho al alivio del sufrimiento
2. Valor intrínseco de cada persona como individuo autónomo y único
3. Calidad de vida definida por cada paciente
4. Expectativas del enfermo y familia sobre la respuesta del sistema sanitario a sus necesidades en el final de la vida
5. Solidaridad ante el sufrimiento
6. Acompañamiento a los pacientes y sus familias basado en sus necesidades
7. Atención integral, accesible y equitativa
8. Continuidad de la atención y coordinación de niveles asistenciales
9. Comunicación abierta y honesta
10. Reflexión ética y participación de los pacientes y sus familiares en la toma de decisiones
11. Competencia y desarrollo profesional continuados para responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes y familiares
12. Trabajo en equipo interdisciplinar
13. Actuaciones terapéuticas basadas en las mejores evidencias disponibles
14. No discriminación en función de la edad, sexo, ni de ninguna otra característica(10).

Actualmente las intervenciones paliativas se basan fundamentalmente en las necesidades de los pacientes y familiares, más

que en un plazo concreto de supervivencia esperada. La Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos establece los siguientes criterios para la definición de los pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva (pacientes con cáncer, pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, pacientes infantiles).
- Pronóstico de vida limitado
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades
- Intenso impacto emocional y familiar
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora
- Alta demanda y uso de recursos (10)

Indicación de la sedación paliativa. Requisitos

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones:

1. Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control.
2. El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal.

3. No hay posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma:
4. Por adecuación del esfuerzo terapéutico determinada por el médico.
5. Por rechazo al tratamiento decidido por el paciente, su tutor o familiar de referencia o en instrucciones previas.
6. Por encontrarse el paciente en situación de agonía.
7. Por falta de disponibilidad de otros tratamientos.
8. La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden.
9. Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.
10. Evaluación interdisciplinar(9) .

Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media. Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente. Este aspecto se desarrollará en el siguiente punto dada su relevancia(9).

Tabla 2. Comparación de aspectos éticos de la sedación paliativa y de la eutanasia

	SEDACIÓN PALIATIVA	EUTANASIA
INTENCIONALIDAD	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar del sufrimiento
PROCESO	Prescripción de fármacos de forma proporcionada	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
RESULTADO	Alivio del sufrimiento	Muerte

Fuente: Tomado de Acedo Claro C, Rodríguez Martín B. (9)

Eutanasia y cuidados paliativos (11)

La medicina paliativa sostiene que morir con dignidad implica vivir con dignidad hasta el último momento, respetando al paciente como ser humano y sus valores. Los cuidados paliativos buscan aliviar el sufrimiento y proporcionar confort al paciente en su proceso de morir, sin tener como objetivo la muerte del enfermo. La eutanasia, en contraste, elimina al paciente sin acompañarlo en su proceso de morir.

Cuando se prevé un tiempo de vida limitado, los pacientes pueden ser referidos a cuidados paliativos, que abordan aspectos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Un enfoque integral requiere la colaboración de equipos multidisciplinarios que incluyen profesionales de la salud, expertos en ética, asesores espirituales, abogados y voluntarios.

El cuidado, esencial en la existencia humana, refleja solidaridad y compromiso. Es crucial especialmente para los seres humanos más vulnerables, y la familia del enfermo tiene un papel fundamental en proporcionar este cuidado.

Los cuidados paliativos son la mejor forma de acompañar al paciente en su proceso de morir, sin acelerar su muerte. Por lo tanto, el derecho a la asistencia sanitaria debe incluir cuidados humanizados para los pacientes terminales, convirtiendo a la medicina paliativa en la solución ética adecuada para esta situación.

Eutanasia y sedación paliativa (11)

La sedación paliativa, en el contexto de la medicina paliativa, ha sido a menudo malinterpretada como una forma encubierta de eutanasia. Sin embargo, es crucial entender la distinción entre ambas prácticas.

La sedación paliativa implica la reducción deliberada del nivel de conciencia del paciente, con el consentimiento previo, para aliviar síntomas refractarios y evitar un sufrimiento intolerable. Aunque la sedación paliativa puede

acelerar la muerte de manera accidental, su objetivo primordial es aliviar el sufrimiento, no provocar la muerte del paciente.

Por otro lado, la eutanasia busca directamente poner fin a la vida del paciente, ya sea por acción o por omisión, con el objetivo de eliminar su sufrimiento. La muerte del paciente es el resultado buscado en la eutanasia, mientras que, en la sedación paliativa, la muerte es una consecuencia no intencionada del curso natural de la enfermedad.

Es esencial que la sedación paliativa se realice de manera ética y con el consentimiento informado del paciente o, en su ausencia, de la familia. Debe ser considerada como un recurso terapéutico legítimo cuando se determina que es la mejor opción para controlar el sufrimiento del paciente en su etapa de muerte inminente.

La práctica de la sedación paliativa debe estar guiada por principios éticos y clínicos sólidos, evitando su uso inapropiado o como un medio para reducir la carga emocional del equipo médico o de la familia. En última instancia, los cuidados paliativos ofrecen una alternativa ética y humanizada para ayudar a los pacientes al final de su vida, sin recurrir a la eutanasia.

Farmacología en la sedación paliativa

Una vez ya se tiene clara la decisión de iniciar sedación paliativa, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones para elegir el mejor fármaco:

1. Considerar los síntomas que agobian al paciente para elegir adecuadamente el fármaco que se va a iniciar como se muestra en la figura 5.
2. Monitorizar el nivel de sedación, de acuerdo con las escalas de sedación.
3. Titular la dosis de los fármacos según el nivel de conciencia del paciente.
4. Administrar dosis de rescate o adicionar terapia dual a esquema de sedación, para lograr el objetivo propuesto.

5. Reevaluación de síntomas a pesar de que el paciente este sedado, para definir ajustes adicionales. (8)

Tabla 3. Fármacos indicados según sintomatología del paciente

Síntomas	Tratamiento farmacológico sintomático	Fármacos en la sedación
Delirium	Neurolepticos y benzodicepinas de forma escalonada hasta conseguir mejorar la sintomatología del paciente. Haloperidol como fármaco de primera elección.	1. Levomepromazina 2. Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Levomepromazina 5. Propofol o fenobarbital
Disnea	Opioides, anticolinérgicos, benzodicepinas y corticoides según las necesidades.	1. Mantener la medicación previa a dosis óptimas. 2. 1.Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Levomepromazina 5. Propofol o fenobarbital
Dolor	Adecuada valoración y evaluación continuada junto con tratamiento farmacológico escalonado (escala analgésica de la OMS) sin olvidar la rotación de opioides.	1. Mantener la medicación previa a dosis óptimas. 2. 1.Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Levomepromazina 5. Propofol o fenobarbital
Sufrimiento psicológico: ansiedad crisis y angustia	En caso en ansiedad persistente debe consultarse a un especialista. Los benzodicepinas son el tratamiento de elección.	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Levomepromazina 4. Propofol o fenobarbital
Hemorragia masiva	Indicación de sedación. Al ser un síntoma previsible en muchas situaciones, dicha indicación debería estar consensuada.	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Propofol o fenobarbital
Convulsiones	Antiepilepticos corticoides y medidas específicas como QT.	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Levomepromazina 4. Propofol o fenobarbital

Fuente: Tomada y modificada con fines académicos, sedación paliativa en el paciente en situación terminal, Npunto, Vol.3, Pág. 38-40. (8)

El fármaco sedante más utilizado es el midazolam como se observa en la figura 6, pero para conseguir un adecuado control sintomático suele ser precisa la asociación de otros fármacos como la morfina (control del dolor y la disnea), la butilescopolamina o la escopolamina (para los estertores), el haloperidol (antiemético o para control del delirium) y la

levomepromazina (agitación psicomotriz no controlada con midazolam y haloperidol).

Las razones más frecuentes para la sedación son: disnea 55%, excitación psicomotriz 36%, dolor 3%, pánico 3%, hemorragias 3%(8).

Los grupos de fármacos más utilizados en la sedación se presentan a continuación:

Tabla 4. Fármacos y dosis orientativas en sedación paliativa

Medicamentos	Dosis subcutánea	Dosis intravenosa
Midazolam (ampolla 15mg/3ml)	Inducción (bolos): 2,5 – 5mg inicial. ICSC*: 0,4 -0,8 mg/hora. ** Rescate (bolos): 2,5 mg – 5mg. Máxima diaria 160 – 200 mg.	Inducción (bolos): 1,5 – 3mg / 5minutos. Inicial ICIV**: Inducción x 6. Rescate (bolos) = inducción.
Levomepromazina (ampolla 25/ml)	Inducción (bolos): 12,5 –25 mg.* Inicial ICSC: 100 mg/día. Rescate (bolos):12,5mg. Máxima diaria: 300 mg.	Habitualmente la mitad de la dosis subcutánea.

*ICSC: Infusión continua subcutánea. **ICIV: Infusión continua intravenosa.

Fuente: Tomado y modificado con fines académicos guía de práctica clínica para la atención de paciente en Cuidado paliativo. Sistema general de seguridad social en salud. 2016, Pág. 215-221(8).

Benzodiacepinas: Son los medicamentos de primera elección en ausencia de delirio, utilizadas para la sedación y amnesia donde ejercen su efecto ansiolítico, anticonvulsivante y su efecto como relajante muscular a través de la interacción de los sitios de unión específicos sobre los receptores (GABA)(8).

Dentro de este grupo el que con mayor frecuencia se utiliza es el midazolam, dado que es el más utilizado en SP (70%), con una eficacia de 83-87%, donde se administra a través de vía intravenosa (IV), subcutánea y vía oral. El midazolam tiene inicio de acción rápido con una vida media (VM) 1-3 horas, la dosis recomendada en SP es bolo IV 2-5 mg y una infusión continua (IC) de 1-5 mg/hora.(8).

Se debe tener cuenta la dosis máxima diaria de Midazolam: 240 mg/día. En caso de no lograr el nivel de sedación adecuado con esta dosis, añadir levomepromazina o cambiar a fenobarbital o propofol(8).

Opioides: Son con frecuencia utilizados en el control del dolor, se presentan con frecuencia en pacientes terminales. Para su elección se tendrá en cuenta la intensidad del dolor referido por el paciente, de los cuales el que más se utiliza es la morfina(8).

La morfina tiene un inicio de acción de aproximadamente 5 a 10 minutos luego de su administración intravenosa, su duración de acción es dependiente de dosis, su efecto máximo se alcanza alrededor de 1-2 horas



y presenta una (VM) de 4 -5 horas. Se puede administrar de manera intermitente intravenosa (IV) en dosis de 2 a 4 mg cada 1 a 2 horas o en una infusión continua de 2 a 15 mg /h ora(8).

Barbitúricos (Fenobarbital): Se puede usar subcutáneamente. Es un sedante potente, usado cuando falla la medicación con benzodiazepinas, especialmente si el paciente no tiene acceso IV. Eficacia 79%. Indicado en hipertensión intracraneal y estado epiléptico, pero no para sedación. El tiempo de efecto puede ser de cinco minutos, aunque una dosis administrada por vía intravenosa puede no alcanzar el EM durante 30 minutos. Además, se acumulará con la administración repetida de dosis, y tiene una VM de hasta 53-120 horas. Lo que dificulta su ajuste de acuerdo con la respuesta clínica, su dosis por vía subcutánea será de 100 mg y por vía intravenosa de 2 mg/ kg con una administración lenta.

Antes de iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolépticos, y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis. (8).

Anestésicos (Propofol): Indicado específicamente para la sedación/anestesia, con el fin de promover el alivio de la agitación y la fatiga refractaria. Las dosis requeridas pueden disminuir un 20-30% en pacientes ancianos, debilitados o hipovolémicos, el tiempo de inicio de acción es de 30 segundos, su vida media plasmática es de 30 a 60 minutos. Su protocolo de sedación consistente en una dosis de inducción: 10-40 mg y si se requiere dosis de rescate: 10 a 20 mg cada 3 a 5 minutos o bien goteo continuo de 25 a 75 µg/kg por minuto con una dosis de mantenimiento: 50 a 70 mg/ hora(8).

Otros

La dexmedetomidina se utiliza en el contexto de cuidados paliativos para lograr analgesia de forma rápida, ahorrar dosis de opiáceos delimitando los efectos intolerables de los

mismos a altas dosis y analgesia cuando otras intervenciones han fracasado. Se administra en dosis 1 µg/kg durante 10 minutos y luego una infusión de 0.2-1 µg/k g/h(8).

Levomepromazina: se utiliza como primera opción cuando existe delirio refractario y como segunda opción cuando fracasa la sedación con midazolam. Puede producir hipotensión, el inicio de acción es de 30 minutos con vida media plasmática de 15- 30 horas. Protocolo de sedación (vía endovenosa o subcutánea): dosis de inducción en bolos: 12.5-25 mg, dosis de rescate: 12.5 mg-25 mg, cada hora si fuera necesario, dosis inicial de la infusión continua (subcutánea o endovenosa): 50-100 mg/24 horas, dosis máxima parenteral: 300 mg/día.(8).

El progreso en la medicina paliativa, junto con una mayor difusión y acceso a cuidados de calidad, ha llevado a un aumento en el número de pacientes atendidos y, como resultado, a una mayor complejidad en los síntomas y patologías tratadas. Hoy en día, existe evidencia suficiente que respalda los beneficios de la sedación paliativa en términos de calidad de vida, supervivencia y manejo de síntomas refractarios en pacientes al final de sus vidas(12)..

La mejora en la capacitación específica de los profesionales que cuidan a estos pacientes ha facilitado la identificación temprana de síntomas refractarios, siendo los síntomas físicos los más comúnmente asociados con la necesidad de sedación paliativa durante la agonía. Sin embargo, la cuestión del sufrimiento emocional o existencial refractario como justificación para la sedación pone de manifiesto la controversia en este ámbito(12)..

La naturaleza subjetiva e intangible de estos síntomas dificulta el consenso entre los expertos en términos de terminología, identificación y, por ende, toma de decisiones. Factores como la dificultad para definir la refractariedad del sufrimiento emocional, la incertidumbre del pronóstico (que no siempre implica una fase final de la vida), o la

presencia de síntomas neurológicos como el delirio (que puede enmascarar o exacerbar la sintomatología psicológica), generan interrogantes médicas, morales y éticas en el abordaje de estos pacientes en relación con la sedación paliativa(12).

El estudio realizado por Sastre et al. (2024) tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos (CP), sedación paliativa (SP) y eutanasia (E) entre los asistentes a unas Jornadas de CP en la Comunidad de Madrid con una muestra de 142 participantes. A pesar de haber asistido a estas jornadas y escuchado conferencias clarificadoras, se encontró que el nivel de conocimiento sobre CP y SP era básico, siendo aún menor respecto a la eutanasia. Esto refleja un alto grado de desconocimiento en un grupo interesado en el tema, corroborando hallazgos previos (Taber et al., 2019; Morita et al., 2003)(6).

Los resultados indican una confusión práctica entre SP y E, lo cual puede potenciar y legitimar mitos que dificultan deliberaciones éticas y sanitarias (Acedo Claro y Rodríguez Martín, 2021; Sharp, 2018). Se sugiere que una mayor formación en CP podría mejorar el conocimiento en SP y E, ya que la puntuación en CP correlaciona con el conocimiento total. Los individuos con estudios de Licenciatura, Grado o Doctorado, y aquellos que trabajan en CP o en el ámbito sanitario y de la psicología, mostraron un mayor conocimiento sobre E(6).

Sin embargo, se observa una falta de claridad en los conceptos entre los profesionales del ámbito social, a pesar de su papel significativo en la toma de decisiones al final de la vida. Aunque el estudio tiene limitaciones, como la fragmentación de la muestra en diferentes categorías sociodemográficas y la falta de validación del cuestionario, las personas con conocimientos avanzados sobre la Ley de Eutanasia y la formación en CP mostraron un mayor conocimiento en todos los campos. Se destaca la necesidad de una mayor formación e información so-

bre CP, SP y E, dada la relevancia de las creencias y mitos en la toma de decisiones relacionadas con el final de la vida. La implementación de iniciativas que promuevan una cultura de atención paliativa como un derecho humano fundamental ayudará a aclarar estos conceptos y garantizar los cuidados adecuados para todas las personas en el final de la vida (Fabre y Hernández Sánchez, 2020)(6).

Conclusiones

El análisis detallado de los cuidados paliativos, la sedación paliativa y la eutanasia revela la importancia de comprender y diferenciar estas prácticas en el contexto de la atención médica al final de la vida. Mientras que los cuidados paliativos se centran en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, la sedación paliativa se reserva para casos de síntomas refractarios, con el objetivo principal de aliviar el sufrimiento, no acelerar la muerte. Por otro lado, la eutanasia implica la acción deliberada de poner fin a la vida del paciente para eliminar el sufrimiento, lo cual es éticamente distinto de los cuidados paliativos y la sedación paliativa.

La implementación de programas de cuidados paliativos a nivel mundial se ha fortalecido gracias a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y estrategias nacionales como la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud en España. Estas iniciativas buscan garantizar el acceso equitativo a los cuidados paliativos y promover una atención integral y humanizada para los pacientes al final de la vida.

Es fundamental que los profesionales de la salud estén capacitados para proporcionar cuidados paliativos de calidad, incluida la sedación paliativa cuando sea necesario. La formación adecuada contribuye a mejorar el conocimiento y la comprensión de estas prácticas, lo cual es crucial para tomar decisiones éticas y clínicamente adecuadas en el manejo del sufrimiento al final de la vida.

En última instancia, el respeto por la dignidad y los valores del paciente debe guiar todas las intervenciones médicas en el final de la vida, asegurando que se brinde una atención compasiva y respetuosa que promueva el bienestar del paciente y su familia.

Bibliografía

de Noriega I, Rigal Andrés M, Martino Alba R. Análisis descriptivo de la sedación paliativa en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. *An Pediatría* [Internet]. 2022;96(5):385–93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403321000096>

Santacruz E JG. La importancia del alivio del sufrimiento: acerca de la sedación paliativa . Vol. 26, *Revista Colombiana de Cancerología* . scieloco ; 2022. p. 1–2.

Leonardo Arce Gálvez, Ramírez ALA, Ossa; Isabel Cristina Londoño. Sedación paliativa en el paciente pediátrico. *Med Lab* [Internet]. 2022;29(1):53–5. Disponible en: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/3517/4/09_CD_Arce.pdf

Samper Ferrería R. Sedación paliativa en la fase final de la vida. Un polémico, actual y necesario tratamiento en cuidados paliativos [Internet]. Universidad Pontificia Comillas; 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11531/81296>

Rey, María; Leal, Fabián; Martínez Y. Sedación paliativa en pacientes con disnea refractaria. *Rev Chil Anest.* 2023;52(8):785–8.

Sastre Moyano P, Villaceros Durbán M, Ruiz Aragoñeses R, Obispo Díaz C, Pérez Miguel E, Bermejo Higuera JC. Hacia una cultura paliativa: nivel de conocimiento y creencias erróneas sobre cuidados paliativos, sedación paliativa y eutanasia. *Rev Iberoam Bioética* [Internet]. el 18 de marzo de 2024;(24 SE-Artículos):1–15. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/20114>

Covarrubias-Castro A, Santillán-Paredes H. Sedación paliativa. *Rev Mex Anesthesiol* [Internet]. 2019;42(1):S8–10. Disponible en: <https://www.medigraphics.com/pdfs/rma/cma-2019/cmas191d.pdf>

Prieto Morales, Cindy Natalia; Pedroza Solarte, Nicolas Alejandro; Gómez Ríos, Esteban; Tavera Muñoz, Tania Fernanda; Hernández Muñoz JC, Sánchez7 M Jesús MMHM moreno. Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo. *Sci Educ Med J.* 2021;3(1):125–34.

Acedo Claro C, Rodríguez Martín B. Sedación paliativa . Vol. 14, *Revista Clínica de Medicina de Familia* . scieloes ; 2021. p. 93–7.

Sacristán Rodea, Antonio; Ferrari Sanjuan M. Tratamientos al final de la vida: cuidados paliativos, sedación terminal, eutanasia y suicidio medicamente asistido (SMA). *RIECS.* 2021;6(1):94–105.

Zurriarán RG. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida . Vol. 23, *Persona y Bioética* . scieloco ; 2019. p. 180–93.

García, Eduardo; Valle, Beatriz; Galindo, Victoria; Sánchez, Chica; Martín, Esther; Pfang, Bernadette; Gándara Á. Sedación paliativa en una unidad de cuidados paliativos de un hospital de tercer nivel: ¿es habitual el sufrimiento emocional o existencial? *Med Paliativa* [Internet]. 2019;26(4):290–9. Disponible en: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/286/2/05.1071-2019_OR_Garci%u00f1a_Sedacio%u00f1_2_-_copia.pdf



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Delgado Rengifo, A. N., García Loor, G. Y., & Solórzano Buenaventura, F. J. (2024). Sedación en cuidados paliativos. *RECIAMUC*, 8(1), 913-926. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.913-926](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.913-926)