







Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo

Cindy Natalia Prieto Morales¹  Nicolas Alejandro Pedroza Solarte²  Esteban Gómez Ríos³  Tania Fernanda Tavera Muñoz⁴  Juan Camilo Hernández Muñoz⁵ 
Miller Jesús Melo Mora⁶  Hollman Mauricio moreno Sánchez⁷ 

1 Cindy Natalia Prieto Morales, Universidad Antonio Nariño, nataprieto06@gmail.com
2 Nicolas Alejandro Pedroza Solarte, Universidad de Manizales, nicoaps95@gmail.com
3 Esteban Gómez Ríos, Universidad Cooperativa de Colombia, esteban.gomezr@hotmail.com
4 Tania Fernanda Tavera Muñoz, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, ttavera05@gmail.com
5 Juan Camilo Hernández Muñoz, Universidad del Cauca, camilo3271992@gmail.com
6 Miller Jesús Melo Mora, Escuela Latinoamericana de Medicina ELAM Cuba, millermelo77@gmail.com
7 Hollman Mauricio moreno Sánchez, Universidad Antonio Nariño, Holmauro_09@hotmail.com

Historia del Artículo:

Recibido el 3 de febrero de 2021

Aceptado el 15 de julio de 2021

On-line el 27 de julio de 2021

Palabras Clave: Sedación paliativa, paciente paliativo, aspectos éticos, opioides y sedación.

Keywords: Palliative sedation, palliative patient, ethical aspects, opioids and sedation.

Resumen

Dentro de los cuidados paliativos al final de la vida, la sedación paliativa cada vez más es una práctica utilizada con el objetivo de tratar síntomas refractarios del paciente sin la intención de causar ni acelerar la muerte, por eso a pesar de su claro objetivo, ha sido discutido desde el punto de vista ético, clínico y médico.

Sin embargo, se hace necesario implementar protocolos que permitan garantizar la mejor calidad de vida posible a paciente con enfermedades terminales, tanto oncológicas como no oncológicas, y más en el contexto de la pandemia actual por infección por SARS-CoV-2, centrándose en el alivio de la disnea y el delirium refractario, los síntomas que con más frecuencia requieren sedación. [1]

Abstract

Within the care for sickness at the end of life, palliative sedation is increasingly use as practice, with the objective to treat refractory symptoms in the patients, without the intention of causing or accelerating death; therefore, although it's clear objective, the palliative care has not escape from being a point of discussion from the ethical, clinical and medical point of view.

For the above reason, protocol implementation is needed, that allows to ensure the best quality life possible to the patient with terminal illness, without distinguishing pathological nature, but with more emphasis in oncology patients and no-oncology; even more, in the current pandemic by SARS-CoV-2 infection, that exarch the assessment in pathologies like dyspnea relief and the refractarium delirium, these symptoms, that with more frequency need sedation. (1)

* Autor para correspondencia:

Cindy Natalia Prieto Morales, Universidad Antonio Nariño, e-mail: nataprieto06@gmail.com

Cómo citar:

Prieto et al. Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo. S&EMJ. Año 2021; Vol. 1: 125-134.

Objetivo

Realizar revisión sistemática de la literatura sobre los aspectos éticos, clínicos y protocolos de sedación paliativa en pacientes con patologías terminales oncológicas y no oncológicas.

Metodología

Para el desarrollo de este artículo, se realizó una búsqueda sistemática bajo las palabras MESH: *palliative sedation, palliative patient, ethical aspects, opioids and sedation*, en base de datos de: *Pubmed, Scopus, Ovid, Sage, Google Scholar, Science*, en un rango de fechas desde 2016 al 2021. Se obtuvieron 250 artículos que cumplen con los criterios de búsqueda, de los cuales fueron preseleccionados 50 artículos los cuales destacan aspectos éticos de la sedación paliativa, prevalencia de síntomas refractarios, protocolos de sedación y sus implicaciones.

Conclusiones

La sedación paliativa brinda al paciente y su familia, la oportunidad de controlar síntomas refractarios, que lo aquejan en la mayoría de las oportunidades de forma incontrolable, logrando disminuir el sufrimiento físico y psicológico del paciente.

Es importante conocer la normatividad que rige la implementación de los cuidados paliativos, para fortalecer protocolos institucionales, con el fin de tener el personal idóneo que garantice al paciente una adecuada atención integral y acceso a los diferentes servicios, en especial la sedación paliativa en pacientes terminales, dejando registro en la historia clínica por medio del consciente informado.

Dentro de los síntomas que con mayor frecuencia requieren manejo se encuentran la disnea, el delirium y el sufrimiento emocional, los cuales deben ser identificados en busca de ofrecer el mejor tratamiento farmacológico de acuerdo con el perfil del paciente.

Una vez iniciado la sedación paliativa, se debe hacer seguimiento, vigilando los signos vitales, nivel del estado de consciencia según las diferentes escalas, control de síntomas, y estado nutricional con el fin de realizar cambios o utilizar fármacos coadyuvantes de ser necesario.

Objective

Make a systemic literary review (SLR), about the ethical aspects, clinical and protocols on palliative sedation in patients with terminal oncology pathologies and no-oncology.

Methodology

To develop this article, a systemic search was done under the Medical Subject Headings (MESH) words:

Palliative sedation, palliative patient, ethical aspects, opioids and sedation in the databases: PubMed, Scopus, OVID, Sage, Google Scholar, Science within a date range from 2016 to 2021. There were 250 articles fulfilling search criteria, from which 50 articles were selected, highlighting palliative sedation ethical aspects, prevalence on refractory symptoms, sedation protocols and its implications.

Conclusions

Palliative sedations offer to the patient and his/her family, the opportunity to control refractory symptoms, that afflict them in most of the cases in uncontrollable way, achieving a reduction in physical and psychological suffering on the patient.

It is important to know the normativity that rules the palliative care implementation, to strengthen institutional protocols, with the purpose of having the ideal personnel that ensures to the patient an integral and proper attention, and access to the different services, especially the palliative sedation in terminal patients, living records on medical history through the awareness and informed patient.

Within the symptoms that require more frequency on handling is the dyspnea, delirium and emotional suffering, which need to be identified in order to offer a better pharmacological treatment in accordance with patient profile.

Once the palliative sedation started, follow up is needed, monitoring vital signs, awareness state according to the different scales, control of symptoms, and nutritional level with a view to make changes or adjuvants drug usage, if needed.

Introducción

La muerte es un elemento ineludible y común a todos los seres vivos, marca el final de un ciclo, sin embargo, es abordado de diferentes maneras, dependiendo de las creencias culturales y espirituales de cada país, grupo social e individuo. [7]

En los pacientes paliativos ya sea por enfermedades huérfanas, oncológicas, o no oncológicas es más difícil el proceso de aceptación de la muerte, en ocasiones conllevan procesos de cronicidad de síntomas refractarios a tratamientos médicos que aumentan el sufrimiento del paciente y su entorno familiar.

En las últimas décadas el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad representa el 21% del total de las muertes por enfermedades no transmisibles y es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares representado en un 48%. [4]

La importancia de hablar de enfermedad terminal radica en que éstas son las condiciones principales

por las cuáles las personas están requiriendo cuidados paliativos al final de su vida al rededor del mundo. [2]

En Colombia, se estimó que para el año 2016 que las enfermedades no transmisibles representan el 71%, condiciones de salud que coinciden con las presentadas en la figura 1 en donde se muestran las enfermedades plausibles de cuidados paliativos a nivel mundial. [2].

Cabe recordar que en el contexto de la pandemia actual por infección por SARS COVD 2, según datos del instituto nacional de salud de Colombia, hasta las semana epidemiológica 19 a 22 que comprometen el periodo 30, mayor al 5 junio de 2021 se notificaron 13.088 muertes por COVID-19 procedentes de 724 municipios, de los cuales por la alta demanda, requerimiento y manejo en la unidad de cuidado intensivo, falta de acceso de ventilación mecánica y limitación de camas, asociado a comportamiento clínico incierto de esta enfermedad y comorbilidades del paciente, muchos llegan a un estado crítico con mal pronóstico a corto plazo, los cuales requirieron control de síntomas, intervenciones médicas y farmacológicas para garantizar la mayor calidad de la atención en sus últimos días de vida por medio de la sedación paliativa, según protocolos institucionales y autorización de familiares. [5][8].

Es por esto que en los últimos años cobra mayor importancia garantizar e implementar una atención integral desde la visión de los cuidados paliativos (CP) el cual tiene como objetivo ofrecer una atención individualizada y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, que tienen síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, evidenciando que de los CP al final de la vida, la sedación paliativa (SP) es una práctica cada vez más utilizada. [5][6].

Para garantizar una adecuada atención al paciente paliativo, se debe consolidar un grupo interdisciplinario conformado por el personal médico especialista (anestesiólogo o paliativista), personal de enfermería, psicología y trabajo social. [41,42].

Personal médico: Son los encargados de identificar de manera temprana los pacientes candidatos a recibir manejo paliativo interdisciplinario, ofreciendo al paciente y familiares información clara dado su experiencia en este campo. [42].

Personal de enfermería: Son los encargados hacer seguimiento al paciente, administrar los diferentes fármacos e identificar de manera temprana efectos adversos y posibles complicaciones.

Personal de psicología: Encargado de realizar acompañamiento al paciente y familiares, interviniendo desde el ámbito psicosocial y emocional.

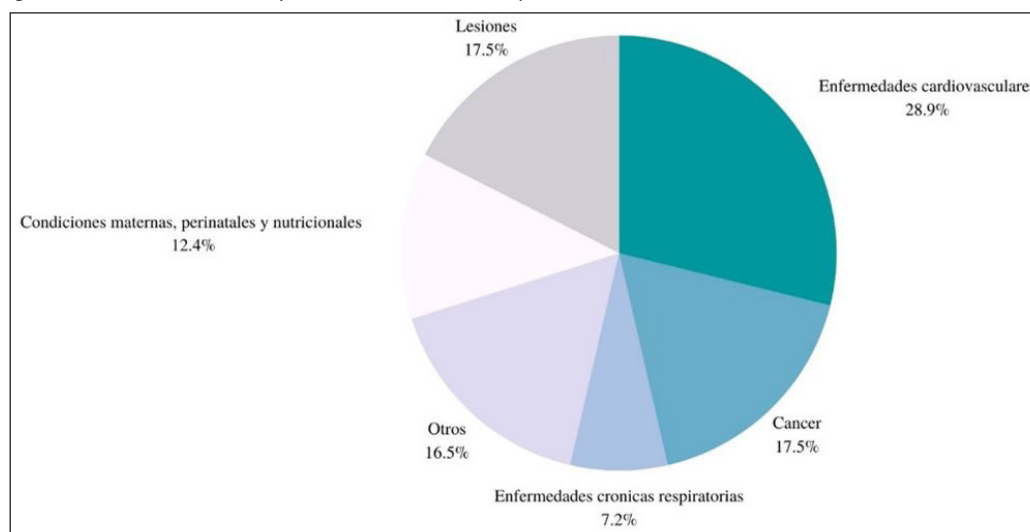
Fundamentos legales y bioéticos

El acceso a los CP y soporte adecuados al final de la vida es un Derecho Humano Básico desde la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1848, Artículos. 22 y 25. [6].

El Estado colombiano ha reconocido que, como sociedad laica, el respeto a la autonomía de la persona ha de mantenerse durante la enfermedad y la muerte. Si bien debe proteger la vida, no se puede imponer a las personas el deber de vivir en condiciones penosas, en contra de sus deseos y convicciones más íntimas. Como lo expresa la Sentencia C-239/97: «Nada tan cruel como obligar a una persona a sobrevivir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas» [40].

Desde el punto de vista ético los profesionales de

Figura No 1: Enfermedades plausibles de cuidados paliativos



Fuente: Tomada y modificado de anuario del observatorio colombiano de cuidados paliativos 2016. PAG 8-10

la salud tienen cuatro obligaciones básicas que les sirven de guía a la hora de tomar las decisiones y que son: principio de no maleficencia, principio de justicia, principio de autonomía y principio de beneficencia. [35]

En el 2014 fue sancionada en el Congreso de la República la Ley 1733 de 2014, cuyas disposiciones tienen como objetivo definir los derechos de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas o irreversibles con alto impacto en la vida, incluido el derecho a los

cuidados paliativos, así como regular la prestación de estos servicios por parte de entidades de salud públicas y privadas. [31].

En Colombia, la sedación paliativa es una práctica ampliamente estudiada, reglamentada y utilizada. Tanto es así que el Ministerio de Salud y Protección Social incluye sus indicaciones y procedimiento a seguir en la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Paciente en Cuidado Paliativo del año 2016. [7].

Cabe resaltar que el principal programa nacional que incluye disposiciones sobre cuidados paliativos es el Plan Decenal de Salud Pública, particularmente en lo que atañe al manejo de enfermedades no transmisibles y las estrategias frente al envejecimiento de la población, que es importante conocer al momento de ofrecer al paciente los cuidados paliativos. [31,33].

Adicionalmente Modelo Integrado de Atención en Salud (MIAS) propuesto por el Ministerio de Salud y la Ley Estatutaria de la Salud pregonen la atención centrada en el paciente, con calidad, equidad, oportunidad, y el respeto por la autonomía del médico, que deben ser garantizadas por todas las entidades prestadoras de salud, que ofrecen sus servicios, aunque muchas veces esto no se cumpla. [42].

Conceptos Fundamentales

Sedación paliativa: Se define como el uso de uno o más fármacos para reducir el nivel de consciencia de un paciente buscando aliviar el sufrimiento debido a uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito, implícito o delegado del paciente en los términos establecidos por la ley con el objetivo de que exista claridad y registro en la historia clínica. [15,18].

Grados de sedación

1. **Sedación continua:** Es aquella que mantiene la disminución de consciencia en forma permanente.
2. **Sedación intermitente:** Es aquella que permite períodos de alerta del paciente.
3. **Sedación superficial:** Es aquella que permite la comunicación del paciente con las personas que están a su alrededor.
4. **Sedación profunda:** Es aquella que mantiene al paciente en situación de inconsciencia. [35].

Síntomas refractarios: Son aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos correctos, disponibles en un período de tiempo razonable sin comprometer el estado de consciencia, a pesar de los esfuerzos terapéuticos ya realizados por el equipo asistencial. [5,6].

Enfermedad terminal: Fase de la enfermedad tanto oncológica como no oncológica, en la cual, a pesar de los esfuerzos terapéuticos, la evolución de la enfermedad compromete el pronóstico del paciente, afectando de manera progresiva sus funciones vitales. [6].

Dosis rescate: Cuando, no se obtiene el control de síntomas, a pesar de los medicamentos administrados por horario, se requiere una dosis adicional llamada dosis rescate. Estas son a demanda y a un porcentaje establecido de la dosis del fármaco usado en 24h, por ejemplo, con analgésicos (10-15% de la dosis/día). [5].

Indicaciones para iniciar sedación paliativa

Es importante tener en cuenta la situación clínica, funcional y pronóstico del paciente al momento de iniciar sedación paliativa.

Dentro de las indicaciones más frecuentes se encuentra el control de síntomas refractarios en los cuales se encuentran: delirium, disnea, agitación, dolor, vómito, convulsiones, incoercibles a manejo médico, cabe resaltar que la mayoría de los pacientes manifestaran dos o más síntomas. [19,20, 37].

La aplicación de sedación paliativa exige por parte del médico desde un concepto ético-profesional, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

- a. Que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios.
- b. Que el enfermo o, en su defecto, la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa.
- c. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.
- d. Informar a la familia de la conducta a seguir en torno a la nutrición e hidratación durante el período de sedación.
- e. Describir el síntoma principal que motiva la indicación de sedación paliativa.

Se considera por lo cual seguir una lista de chequeo previo inicio de sedación en pacientes paliativos, como se aprecia en la figura 2.

Para evaluar y monitorizar el estado clínico del paciente una vez se inicie sedación paliativa, se deben tener en cuenta los signos vitales, el nivel del estado de consciencia por medio de escalas, donde la más utilizada es la escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), por sus siglas en inglés, como se observa en la figura 3 y el nivel de dolor si es posible

Figura No 2: Check list para inicio de sedación paliativa

Puntos para tener en cuenta	
1. Criterios de selección <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad avanzada irreversible. Muerte esperada en horas / días. Confirmación de refractariedad de síntomas: disnea, delirium, dolor, ansiedad, delegación de decisiones. 	2. Medidas que se consideran a limitar <ul style="list-style-type: none"> Antibioticoterapia Trasfusiones Heparina BPM y anticoagulación oral Nutrición enteral / parenteral Hidratación Aereosolterapia Reanimación cardiopulmonar
3. Toma de decisiones <ul style="list-style-type: none"> Consenso equipo responsable. Paciente informado e implicado en la toma de decisiones. Familia informada e implicada en la toma de decisiones. 	4. Selección de fármacos <ul style="list-style-type: none"> Se ha considerado la situación actual Se ha considerado los antecedentes Exposición a drogas, consumo de alcohol, enfermedad o disfunción orgánica
<ul style="list-style-type: none"> 5. Dejar registro en la historia clínica. 	

Fuente: Tomada y modificada con fines académicos de Análisis de la sedación paliativa en pacientes mayores hospitalizados: efectividad de un protocolo, 2016, Vol. 3, pág. 132-139.

Figura 3: Escala de agitación – sedación RASS

Puntos	Termino	Descripción	
4	Agresivo	Abiertamente combativo, violento.	
3	Muy agitado	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	Agitado	Frecuentes movimientos sin propósito.	
1	Intranquilo	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.	
0	Alerta y tranquilo		
-1	Somnoliento	No completamente alerta, pero tiene un despertar a la llamada > 10 segundos.	Estímulo verbal
-2	Sedación ligera	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada < 10 segundos.	
-3	Sedación moderada	Movimiento a apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	Sedación profunda	No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico.	Estímulo físico
-5	No despertable	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.	

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

estratificarlo figura 4, con lo cual se titularán los fármacos administrados para dicho proceso.

Farmacología

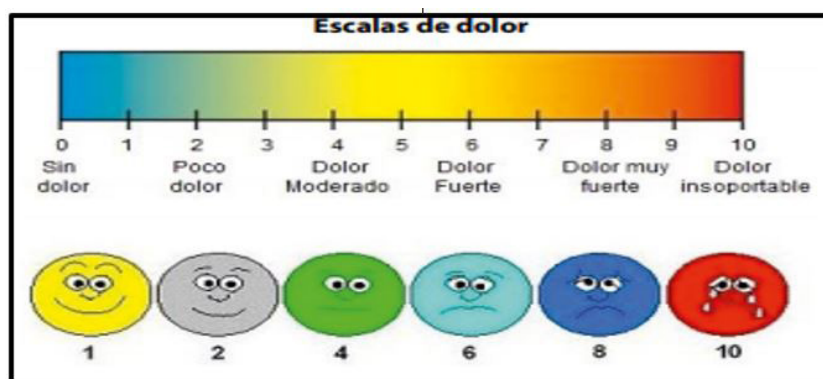
Una vez ya se tiene clara la decisión de iniciar sedación paliativa, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones para elegir el mejor fármaco:

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 consciencia 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.

Figura No 4: Escala del dolor



Fuente: Tomado y modificación con fines académicos, sedación paliativa en el paciente en situación terminal, Npunto, Vol.3, Pág. 38-40

Figura No 5: 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 optimas. 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 optimas. 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	Antiepilépticos 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.

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 butilscopolamina 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). [17,37].

Las razones más frecuentes para la sedación son: disnea 55%, excitación psicomotriz 36%, dolor 3%, pánico 3%, hemorragias 3%. [14,28].

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

Figura No 6: 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 / 5 minutos. 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.

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).[36].

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. [6,22].

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. [36].

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.

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 /hora. [23, 34].

Barbitúricos (Fenobarbital): Se puede usar subcutáneamente. Es un sedante potente, usado cuando falla la medicación con benzodiacepinas, 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. [6,26].

Antes de iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiacepinas y neurolépticos, y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis. [25].

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. [18, 22, 30].

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/kg/h. [6,23,24].

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. [26,27,30].

Seguimiento del paciente sedado

El adecuado control de síntomas durante la sedación dependerá de la vigilancia y el seguimiento de múltiples variables como los son la temperatura y la respuesta a la estimulación. El nivel de sedación se puede evaluar según la escala de Ramsay (Figura 6), las secreciones bronquiales, o los movimientos musculares espontáneos, los cuales indicaran mantener o añadir otros fármacos.

En general, en la sedación paliativa el objetivo clínico es mantener al paciente entre los niveles 5 y 6 de la escala de Ramsay. [39]. Observemos:

- El grado de confort del paciente (el objetivo de la sedación es que el paciente esté tranquilo y asintomático, no necesariamente profundamente dormido).
- La frecuencia respiratoria, para alertarnos en caso de que exista una depresión del centro respiratorio.
- La reacción y estado emocional de la familia. Proporcionar siempre: presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad.

Adicionalmente, se deben vigilar signos clínicos de deshidratación y desnutrición, con el fin de iniciar o mantener hidratación intravenosa y el soporte nutricional debe individualizarse según el deseo del paciente y su familia. Si el estado de conciencia del paciente lo permite, puede continuarse la administración de alimentos y líquidos vía oral. [32].

Duración de la sedación

La duración de la sedación varía, no necesariamente se debe mantener hasta el momento del deceso, en algunas ocasiones los pacientes encuentran el control de sus síntomas.

En promedio del control de los síntomas posterior al inicio de sedación paliativa es de 24 horas.[35].

Se recomienda que los profesionales implicados en la atención del paciente conozcan el proceso de la sedación, por lo cual se propone el siguiente algoritmo en los pacientes candidatos a la sedación paliativa

como observamos en la figura 7.

Responsabilidades morales, éticas y bioéticas

Protección de personas y animales

Los autores declaramos que, para este estudio, no se realizó experimentación en seres humanos ni en animales. Este trabajo de investigación no implica riesgos ni dilemas éticos, por cuanto su desarrollo se hizo con temporalidad retrospectiva. El proyecto fue revisado y aprobado por el comité de investigación del centro hospitalario. En todo momento se cuidó el anonimato y confidencialidad de los datos, así como la integridad de los pacientes.

Confidencialidad de datos

Los autores declaramos que se han seguido los protocolos de los centros de trabajo en salud, sobre la publicación de los datos presentados de los pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaramos que en este escrito académico no aparecen datos privados, personales o de juicio de recato propio de los pacientes.

Financiación

No existió financiación para el desarrollo, sustentación académica y difusión pedagógica.

Potencial Conflicto de Interés (es):

Los autores manifiestan que no existe ningún(os) conflicto(s) de interés(es), en lo expuesto en este escrito estrictamente académico.

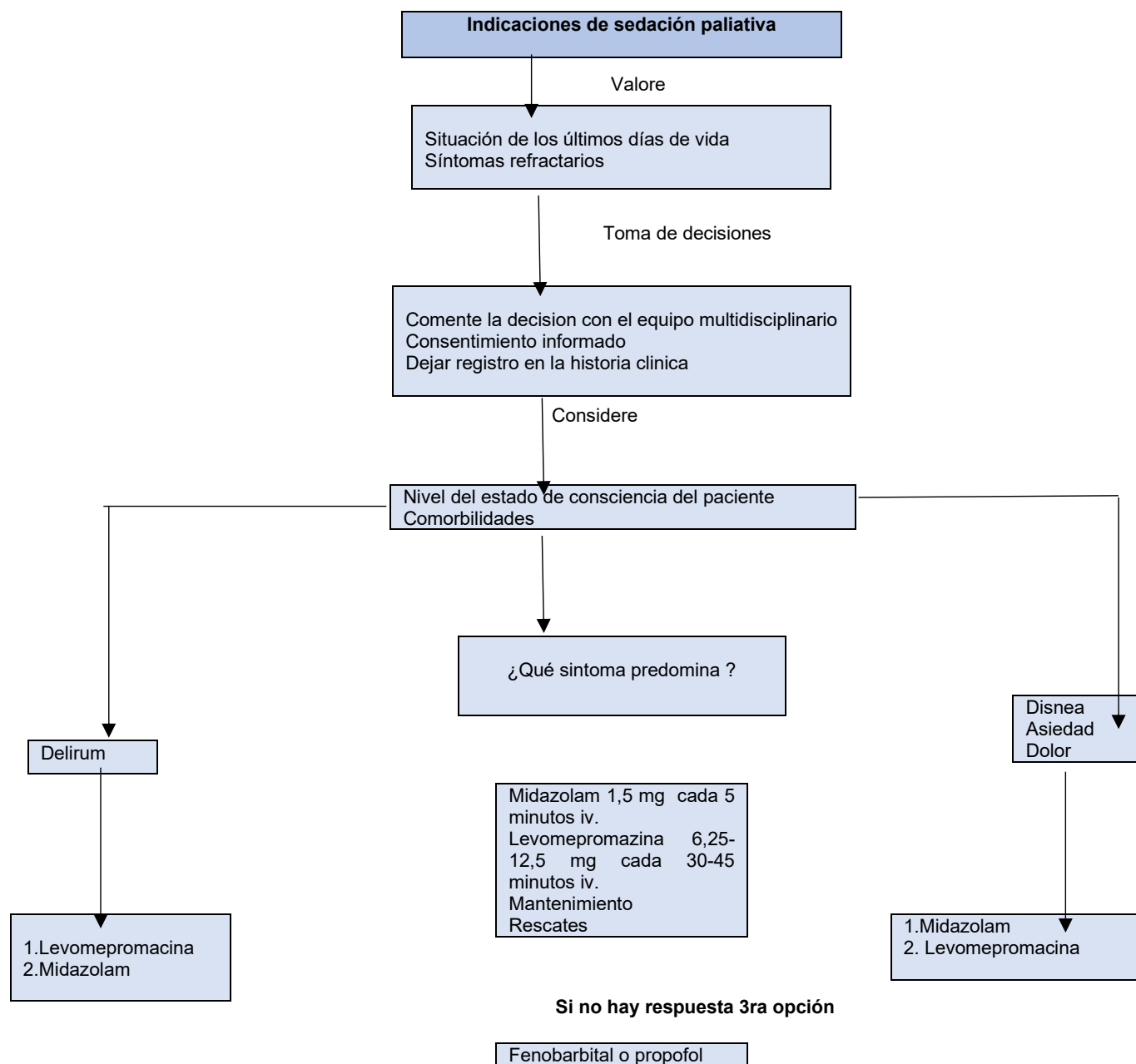
Bibliografía

1. Kremling A, Schildman J. What do you mean by "palliative sedation". BMC Palliative Care.2020:1-19.
2. León Delgado M, Perdomo Núñez K, Posada Villa J, Wiesner Ceballos C, Rodríguez Martínez C, Zambrano Ospina A, Ramírez L, Gama Gonzales A, Mera Gamboa M, Kazok

Figura 6: Escala de Ramsay

Nivel	Características
0	Despierto, alerta
1	Minimamente sedado: Adormilado, pero responde adecuadamente a conversación o sonidos.
2	Moderadamente sedado: Somnoliento/dormida. Se despierta fácilmente con estimulación táctil u ordenes verbales.
3	Profundamente sedado: Sueño profundo. Se despierta solo con estimulación física significativa.
4	No se despierta.

Fuente: Imagen tomada y modificada con fines académicos. Validez y fiabilidad de la escala de sedación para procedimientos del Hospital Niño Jesús bajo sedo analgesia profunda, anales de pediatría, pg. 36-45.

Figura 7: Algoritmo y uso de fármacos en la sedación paliativa.

Fuente: Tomada y modificada de: Documento de consenso y recomendaciones sobre cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca de las Secciones de Insuficiencia Cardíaca y Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología, Rev. Cardiol, pág. 69-77.

- L, Centano C. "Cuidados Paliativos" buscando mejorar la calidad de vida del paciente y la familia. Anuario del observatorio colombiano de cuidados paliativos 2016: 8-10.
- Vilches-Aguirre Y, Fariñas-Balaguer O, Torres-Tenor JL, Molina-Nadal A, Serrano-Bermúdez G. Sedación paliativa: ¿ha cambiado algo durante la pandemia? Med Paliat. 2020;27(3):192-200.
 - Yepez MC, Jurado DM, Bravo LM, Bravo LE. Trends in cancer incidence, mortality and survival in Pasto, Colombia. Colomb Med (Cali). 2018; 49(1): 42-54.
 - Cardillo M, Kramer V, Peralta B, Perez S, Rojas F, Zamora J. Proposal: guidance for care and symptomatic control of severe patients affected by Coronavirus or requiring palliative care in the end life. Revista el dolor, 2019: 22-29.
 - Covarrubias Castro A, Santillan Paredes H. Sedación paliativa. Revista mexicana de Anestesiología. 2019;(2): 8-10.
 - Díaz Guevara A, Mayorca Sanabria E. El final de la vida en Colombia. Revista de salud, ciencias sociales y humanidades, 2021(2):76-94.
 - Ospina Martínez M, Prieto Alvarado F, Walteros D, Quijada Bonilla H. Boletín epidemiológico semanal 22. Instituto nacional de salud. 2021: 22-28.
 - Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos-Galvis FH, Hernández EL, Matabanchoy SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Pers Bioet. 2019; 23(2): 245-262.
 - García Romo E, Valle Borrego B, Galindo Vázquez V, Sánchez Chica P, Martín Molpeceres E, Pfang B y Gándara del castillo A. Sedación paliativa en una unidad de

- cuidados paliativos de un hospital de tercer nivel: ¿es habitual el sufrimiento emocional o existencial? Medicina paliativa. 2019 (4): 290-299.
11. Zurriarain RG. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. Pers Bioet. 2019; 23(2): 180-193.
 12. Sánchez-Cárdenas MA. Cuidados paliativos: una apuesta por la salud y la calidad de vida. Rev.Colomb.2018;(7):1-12.
 14. Casas-Martínez ML, Mora-Magaña I. ¿La sedación paliativa acorta la vida de los pacientes? pers. bioét. 2017; 21(2): 204-218.
 15. Pérez AV, Pinzón Flórez C, Sierra Matamoros F A, Fuentes Pachón JC, Castillo Cañón C, Avellaneda P, Hernández Castro JJ, López Sánchez JR, Moreno Serrano NL, Pardo JM, Bueno Robles LS. Guía de práctica clínica para la atención de paciente en Cuidado paliativo. Sistema general de seguridad social en salud. 2016: 215-221.
 17. Martínez Litago E, et al. Cuidados paliativos y atención al final de la vida en los pacientes pluripatológicos. Rev Clin Esp. 2017: 1-9.
 18. Covarrubias Gomez A, Otero Lamas M, Templos Esteban L, Mutto EM, Mariaca Ramírez M, García J, Rodríguez Núñez A, Gomezese O, Vargas Bermúdez A, Hinojosa M, Riveros M, Garibaldo MJ, Camacho G, Martínez B, Seijas ME. Guía Latinoamericana de Práctica Clínica para el abordaje de la hemorragia masiva en el enfermo paliativo en situación de terminalidad. Revista mexicana de anestesiología.2018 (41):301-311.
 19. Zamora Mur A, et al. Factores condicionantes de sedación en pacientes geriátricos y oncológicos atendidos en el domicilio. Semergen. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.022>
 20. López Fernández M, Lama Suarez L. Sedación paliativa en el paciente en situación terminal, NPunto. 2020(3);35-49.
 21. Celis Rodríguez E, Diaz Cortes J.C, Cárdenas Bolívar Y.R, Carrizosa González J.A, Pinilla D, Ferrer Zaccaro L.E, Birchenall C, Caballero López J, Arguello B.M, Castillo Abrego G, Castorena Arellano G, Dueñas Castell C, Jauregui Solorzano J.M, Leal R, Pardo Oviedo J.M, Arroyo M, Raffan Sanabria F, Raimondi N, Reina R, Rodríguez Lima D.R, Ugarte Ubiergo S, Gomez Escobar L.G, Diaz Aya D.P, Fowler C y Nates J.L. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedo analgesia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo. Medicina intensiva,2020 (3):171-184.
 22. Leite Nogueira F, Kimiko Sakata R. Sedación paliativa del paciente terminal. Rev. Bras Anestesiología, 2016 (62):1-7.
 23. Olmos M, Varela D, Klein F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados intensivos. Rev. Med. Clin. Condes. 2019 (29): 126-129.
 24. Carrillo-Torres O, Medina-Hernández PJ. Entendiendo el concepto de dolor refractario a opioides. Rev Mex Anest. 2017;40(2):90-102.
 25. Sancho-Gómez M, Altiset Cantero J, Casado Blanco M, Ciprés Casanovas L, Gándara del Castillo A, Mota Vargas R, Rocafort Gill J, Rodríguez Sendín J. Observatorio atención medica al final de la vida. Sociedad española de cuidados paliativos. 2021:6-16.
 26. Perez Rodríguez R, Molina Martínez IM, Bonil Chacón MS, Pérez Rodríguez S. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. 7.ª ed. Asunivep; 2017.p.535-539.
 27. García Pinilla JM, Diaz Villanueva P, Bover Freire R, Formiga F, Cobo Marcos M, Bonand C, Crespo Leiro MG, Ruiz García J, Diaz Molina B, Enjuanes Grau C, García L, Rexach L, Martínez Selles AE, Martínez Selles M. Documento de consenso y recomendaciones sobre cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca de las Secciones de Insuficiencia Cardíaca y Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol.2020,73(1):69-77.
 28. Lozano Diaz D, Valdivielso Serna A, Garrido Palomo R, Arias Arias A, Tárraga López P, Martínez Gutiérrez A. Validez y fiabilidad de la escala de sedación para procedimientos del Hospital Niño Jesús bajo sedo analgesia profunda. Anales de pediatría, 2021: 36-45.
 29. Diaz NA, Menocal MF, Espinosa DE, Duca I, Giménez AC, Segovia R, Arcuri J, Zarba JJ. Sedación paliativa terminal en cáncer. Experiencia institucional. Oncología clínica. 2019 (24): 56-59.
 30. Gomez García RM, Chiluita D. Manejo paliativo del paciente con enfermedad pulmonar avanzada. Medicine. 2018 (65): 3822-30.
 31. Pereira Arana I, cuidados paliativos el abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos. Dejusticia. 2016: 42-48.
 32. Gonzales Robledo GG, León J, Buitrago AF, Carvajalino S, Abril D, Gonzales V, Morales D, Parra J, Santacruz JG. Cuidado paliativo en falla cardíaca. Rev Colomb Cardiol. 2017(3): 286-296.
 33. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos-Galvis FH, Hernández EL, Matabanchoy SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Pers Bioet. 2019; 23(2): 245-262.
 34. Ballen Caycedo M.A, Dussan Silva J, Sarmiento Breche G, Barrero Garzón L. Protocolo uso seguro de opioides en clínica universitaria Colombia. Rev. Médica Sanitas.2017;(2):93-102.
 35. Segovia R, Arcuri J, Zarbá J. Sedacion paliativa terminal en cancer experiencia institucional. Asociación colombiana de oncología clínica. 2019;(24): 56-59.
 36. Sánchez Correas MA, Cuervo Pinna MA. Guía de sedación paliativa del PRCPEX. Fundesalud. 2016: 49-58.
 37. Nabal M, Palomar C, Juvero MT, Taberner MT, León M, Salud A. Sedacion paliativa: situación actual y áreas de mejora. Rev calid asist.2014;29 (2):104-111.
 38. Cáceres LHH, Morales MD. Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. Rev Hum Med. 2016;16(1):175-192.
 39. Acevedo Claro C, Rodríguez Martin B. Sedacion paliativa. Rev clínica medicina familia 2021; 14 (2): 93-97.
 40. Mendoza Villa JM, Herrera Morales LA. Reflexión acerca de la eutanasia en Colombia. Rev Colombiana anestesiología.2016; 44(4) 324-329.
 41. Gónima E. Educación sobre el manejo del dolor en Colombia. Revista del dolor, 2019;8(2):67-75.
 42. Hernandez-Galvez GA, Becerra-Gálvez AL, Salazar-Diaz D, Hernandez-Solis P. Medicina conductual: trabajo en la clínica del dolor del Hospital de Juárez de México. Rev Hosp. Jua, MEX.2020;87(1):43-50.