



## ORIGINAL BREVE

# Sedación paliativa en cuidado domiciliario

Liana Magreth Peñaranda-Ospina<sup>1,2</sup>, Álvaro Hernando Castañeda-Hernández<sup>1,3</sup>,  
Raitza Bohorquez<sup>1</sup> y Luz Elena Cáceres-Jerez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. <sup>2</sup>PAINFREE SAS. Bucaramanga, Colombia.

<sup>3</sup>Universidad de Santander. Facultad Ciencias Médicas y de la salud. Instituto MASIRA. Bucaramanga, Colombia.

Recibido el 31 de enero de 2024

Aceptado el 15 de mayo de 2025

### PALABRAS CLAVE

Enfermería de cuidados paliativos al final de la vida, cuidado terminal, cuidados paliativos.

### Resumen

**Introducción:** La sedación paliativa en el domicilio es una alternativa de manejo en el control de los síntomas refractarios de personas en el final de la vida, disminuyendo el sufrimiento del enfermo y de su familia.

**Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo de serie de casos a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes que recibieron terapia con sedación paliativa subcutánea como parte de la atención al final de la vida en un programa de atención domiciliaria de cuidados paliativos en Bucaramanga, Colombia. Se describen las frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas, y medidas de tendencia central para las cuantitativas.

**Resultados:** La mayoría de los pacientes presentaban disnea refractaria en fin de vida, se utilizó una combinación de morfina y midazolam en la mayoría de los casos, y la duración promedio desde el inicio de la sedación hasta el fallecimiento fue de 1,72 días.

**Discusión:** A diferencia de otros estudios, la proporción de pacientes con enfermedades oncológicas y no oncológicas fue equivalente, el síntoma principal sigue siendo la disnea, la muerte del paciente se produjo en un lapso menor a 48 h, lo cual ratifica la indicación de la sedación paliativa.

**Discusión:** Pese a la reconocida prevalencia y relevancia de las necesidades espirituales de los pacientes, el estudio muestra una deficiencia en el registro de estas en los ingresos en cuidados paliativos. Los hallazgos sugieren la necesidad de reforzar la motivación y formación de los profesionales para detectar y registrar las necesidades espirituales junto al resto de dimensiones, de cara a la derivación de pacientes. También podrían sugerir la necesidad de herramientas estandarizadas que faciliten una evaluación integral y temprana de dichas necesidades.

\*Autor para correspondencia:

Liana Magreth Peñaranda-Ospina

Carrera 42 # 49-95. Bloque 8, Calle 50 # 40-74. Bloque A. Medellín, Colombia

Correo electrónico: [lianapenaranda@gmail.com](mailto:lianapenaranda@gmail.com)

Parte de este trabajo fue presentado como póster en las XIV Jornadas SECPAL 2023 en Salamanca.

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2025.1467/2024>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

## Palliative sedation in home care

### KEYWORDS

Hospice and palliative care nursing, end of life, palliative care.

### Abstract

*Introduction:* The palliative sedation at home is a management alternative in the control of refractory symptoms of people in end-of-life, reducing the suffering of the sick person and his/her family.

*Materials and methods:* It's a quantitative, descriptive, number of cases study, based on the review of clinical records of patients who received subcutaneous palliative sedation treatment as part of end-of-life care in a Palliative care home program in Bucaramanga, Colombia. It's shown absolute and relative frequencies for qualitative variables, and measures of central tendency for quantitative variables.

*Results:* Most patients presented dyspnea as only refractory symptom at the end-of-life, a combination of morphine and midazolam was used in most cases, and the average duration from the onset of sedation to death was 1.72 days.

*Discussion:* Unlike other studies, the proportion of patients with oncological and non-oncological diseases was equivalent, the dyspnea continues to be the main at end-of-life, patient death occurred in less than 48 hours, which ratifies the indication for palliative sedation.

Peñaranda-Ospina LM, Castañeda-Hernández AH, Bohorquez R, Cáceres-Jerez LE. Sedación paliativa en cuidado domiciliario. *Med Paliat.* 2024;31:124-128.

## INTRODUCCIÓN

El lugar de atención a personas con necesidades paliativas se ha dinamizado, respondiendo a deseos propios de pacientes y familias, y por eso, la atención paliativa domiciliaria se convierte en un escenario ideal para estas personas. Algunos de los beneficios que se proporciona con este tipo de atención justamente es la disminución del sufrimiento al limitar intervenciones fútiles, mejorar la calidad de vida y disminuir el impacto económico para el sistema de salud y también para la propia familia<sup>1</sup>; sin embargo, este tipo de atención supone un gran reto en razón al acceso a la vivienda, el control de síntomas de manera oportuna, la atención interdisciplinaria requerida y la seguridad en la administración de medicamentos<sup>2</sup>.

Uno de los desafíos que se presentan en el momento de brindar atención paliativa en etapas avanzadas es el control de síntomas refractarios al final de la vida, para lo cual cada vez es más común la utilización de sedación paliativa (SP), definida como la disminución de la consciencia mediante el uso de medicamentos para aliviar el sufrimiento que puede ser intolerable o refractario<sup>3</sup>; los principales síntomas por los que se indica una SP son disnea, dolor, delirium, ansiedad, convulsiones<sup>4</sup>, pudiendo así garantizar una muerte tranquila sin sufrimiento.

La mayoría de las SP se realizan en unidades de cuidados paliativos y pocas veces se llevan a cabo en el domicilio de la persona enferma. Una de las razones encontradas es la dificultad relativa a la disponibilidad tecnológica que permita realizar el seguimiento de la SP<sup>5</sup> en el domicilio. En Polonia, se documentó la experiencia de cuidados de fin de vida en

población pediátrica en la cual utilizó la SP para el control de los síntomas refractarios, resaltándose la cooperación de la familia y el equipo de cuidados paliativos domiciliarios como fundamental<sup>6</sup>.

El objetivo de este estudio fue describir el uso de la SP en el domicilio para el control de síntomas refractarios al final de la vida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de serie de casos a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes que recibieron terapia con SP como parte de la atención en fin de vida en un programa de atención domiciliaria de cuidados paliativos, por parte del equipo interdisciplinario de una institución privada de salud en Bucaramanga, Colombia, entre los meses de enero de 2022 a noviembre de 2023. Para el inicio de la SP, el médico paliativista obtuvo el consentimiento informado firmado por el familiar responsable de la toma de decisiones y este fue incluido en la historia clínica de cada usuario. Para la SP se usaron infusiones por vía subcutánea de combinaciones de opiáceos y benzodiazepinas (la dosis de los opiáceos se expresa en equivalencia a miligramos de morfina). En el análisis estadístico se incluyeron la duración de la terapia hasta el fallecimiento, variables sociodemográficas, clínicas y propias de la terapia.

El análisis estadístico se realizó utilizando medidas descriptivas de variables de interés cualitativas, mostrando las frecuencias absolutas y relativas, y cuantitativas presentando

las medias y desviaciones estándar, siendo la duración desde el inicio de la SP hasta el fallecimiento la variable de respuesta. Para el análisis, se utilizó el paquete estadístico JASP de código abierto. Este estudio se encuentra anidado al proyecto CALIVP, avalado por el comité de Ética del Hospital Universitario de Santander mediante comunicación 1200-ODI-000060-2023 Bucaramanga, 23 de marzo de 2023.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo indicado al nacer, diagnóstico principal, síntomas refractarios, medicamentos y dosis utilizadas para la SP, índice de Karnofsky, dosis de inicio y ajustes de dosis, duración en tiempo de la sedación hasta el fallecimiento.

## RESULTADOS

Se presenta el análisis del uso en 40 casos de personas con terapia de SP dentro de la atención de fin de vida en el domicilio, basado en la combinación de opiáceos más benzodiazepinas por vía subcutánea (Tabla I). El 55 % de los pacientes fueron hombres con una edad promedio de 81,5 años y desviación estándar (DE) de 13,04 años, con un mínimo de 38 años y un máximo de 103 años. Para las actividades básicas de cuidado y la administración de dosis de rescate cuando fue requerido mediante tecnologías de analgesia controlada por el paciente, se contó con técnicos auxiliares de enfermería

en el domicilio desde el inicio de la terapia y hasta después del fallecimiento, y monitorización diaria presencial por enfermera y médico paliativista quienes asistieron al domicilio diariamente y con disponibilidad telefónica 24 h al día; la mayoría de los pacientes se encontraban en el programa de cuidados compasivos y recibieron visitas por medicina paliativa, enfermería, psicología, líder espiritual y trabajador social, logrando una atención integral.

En cuanto al diagnóstico principal, la mitad de los casos analizados correspondieron a enfermedades oncológicas versus enfermedades no oncológicas. Entre los no oncológicos, solamente un paciente presentaba como diagnóstico principal disfunción respiratoria por COVID-19. Respecto de la evaluación del pronóstico por medio del índice de Karnofsky, la mayoría de los pacientes mostraron valores iguales o inferiores al 30 %.

Con relación a los síntomas refractarios por los que se inició la SP, la disnea fue el más frecuente con un 77,5 %, seguido por el dolor con un 42,5 %: mientras que un 45 % de los pacientes tenían por lo menos 2 síntomas refractarios. La dosis de la infusión se aumentó en el 55 % de los casos por persistencia de los síntomas de sufrimiento en el final de la vida. Los pacientes que no requirieron ajustes en la dosis de la infusión tuvieron una duración hasta la muerte de 1,39 días, menor que la de los que requirieron ajustes por persistencia de los síntomas de 1,93 días.

Tabla I. Variables sociodemográficas y de salud.

Variable	N (%)	Promedio de duración. Días (DE)
Total	40 (100)	1,72 (1,27)
<b>Sexo</b>		
Mujer	18 (45)	1,53 (0,84)
Hombre	22 (55)	1,95 (1,64)
<b>Diagnóstico principal</b>		
Oncológico	20 (50)	1,73 (1,35)
No oncológico	20 (50)	1,71 (1,21)
<b>Síntomas refractarios</b>		
Dolor	17 (42,5)	1,99 (1,60)
Disnea	31 (77,5)	1,56 (1,15)
Ansiedad/agitación	8 (20)	1,36 (1,04)
Convulsiones	2 (5)	1,98 (0,05)
Dos o más síntomas	18 (45)	1,68 (1,29)
<b>Ajustes</b>		
Sin ajustes	17 (42,5)	1,39 (1,32)
Reducción de tasa de infusión	1 (2,75)	-
Aumento de tasa de infusión	22 (55)	1,93 (1,22)
<b>Índice de Karnofsky, puntaje</b>	<b>N (%)</b>	<b>Duración en días, mediana</b>
10 %	23 (57,5)	1,36
20 %	3 (7,5)	1,66
30 %	4 (10)	1,34
40 %	4 (10)	1,37

DE: desviación estándar.

La duración en promedio de la terapia con SP entre todos los pacientes fue de 1,72 días (DE 1,27), con rango entre 0,29 y 5,83 días, aunque se observó en hombres una mayor duración de 1,95 (DE 1,64) días, en comparación con el grupo de las mujeres 1,53 (DE 0,84) días. Sin embargo, se observó una duración similar de 1,73 vs. 1,71 días, según el tipo de diagnóstico principal (enfermedades oncológicas vs. no oncológicas).

Respecto de la duración hasta el momento del fallecimiento desde el inicio de la terapia con SP, según el IK, los pacientes con valor pronóstico del 10 % mostraron una mediana de 1,36 días, mientras que para los pacientes con un IK del 20 % la mediana de tiempo al fallecimiento fue de 1,66 días.

La dosis en equivalencia opioide de morfina se inició en un rango entre 0,3-1,5 mg/h según indicación médica (Tabla II); la dosis máxima en los pacientes oncológicos se llevó hasta 2,1 mg/h, mientras que para los no oncológicos se requirió ajustes hasta los 4 mg/h de morfina.

## DISCUSIÓN

La SP en el domicilio en el contexto colombiano es un procedimiento poco frecuente a diferencia de lo que sucede en otros países. En este estudio, la proporción de pacientes con enfermedades oncológicas y no oncológicas fue similar, a diferencia de lo descrito por Caraceni y cols. en 2018, donde los pacientes que presentaban enfermedad oncológica correspondían al 95 %, lo que confirma una ampliación del cuidado paliativo y fin de vida a pacientes no oncológicos.

El síntoma refractario más prevalente por el cual se indicó la SP fue la disnea sola o acompañada con otro síntoma, seguido de dolor, datos semejantes a los encontrados en Italia en un estudio de SP (76,1 % pacientes con disnea)<sup>3</sup>. Con relación al pronóstico determinado por el IK, se observó una menor puntuación en nuestro estudio, en comparación con los hallazgos de Regadas en 2023, con IK de 30 % en la semana previa del fallecimiento<sup>7</sup>; la mediana del tiempo a la muerte posterior al inicio de la SP fue de 1,72 días, mayor que el tiempo descrito por Moreno y cols. en 2022, con una media reportada de 24,3 h con diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de muerte de hombres y mujeres después de iniciada la SP<sup>8</sup>; pero menor a lo descrito por Rey y cols., en 2023, quienes reportaron una duración promedio de la SP hasta el fallecimiento de 4,3 días<sup>9</sup>.

A partir de la implementación del programa de atención en el final de la vida, que incluye la SP en el domicilio, se logró brindar una atención integral mediante la intervención coordinada de diferentes profesionales, logrando soluciones a necesidades físicas y emocionales de las personas enfermas

y cada familia, permitiendo la interdisciplinariedad en el cuidado paliativo basándose en las competencias y experiencias de cada profesional<sup>10</sup>.

## CONCLUSIÓN

En Colombia, la SP en el domicilio es poco frecuente, sin embargo, esta podría convertirse en una estrategia que permita brindar cuidados de fin de vida de manera integral por un equipo interdisciplinar, logrando el control de síntomas y la disminución del sufrimiento y por ende una muerte tranquila, para el paciente y la familia.

La combinación de opioides y benzodiacepinas siguen siendo los medicamentos de elección para la disnea y otros síntomas refractarios que presenta la persona en situación de fin de vida, sin embargo, se debe investigar sobre las dosis de inicio y posteriores ajustes para lograr un adecuado control de los síntomas.

Es importante ampliar la investigación en relación con los familiares responsables de la toma de decisiones durante la SP en el domicilio y el control de síntomas refractarios de fin de vida, dado que no se cuenta con reportes que evidencien las vivencias de los allegados durante el proceso de fin de vida en el domicilio del paciente.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

Propias

## REFERENCIAS

1. Mejia YT, Carlier AY, Vargas Martínez CM, Lopez Posada KJ, Fuentes Bermúdez GP. Evaluación de la calidad de los servicios de cuidados paliativos domiciliarios: revisión de la literatura. *Rev Colomb Enfermería*. 2020;19:e025.
2. César RCV, Monteiro GRSDS, Brito JAD, Morais C AC, Lima CDAD y Oliveira RCD. Cuidados paliativos na assistência domiciliar: Segurança do paciente no uso de medicamentos. *Nursing (São Paulo)*. 2022;25:8000-11.
3. Henry B. A systematic literature review on the ethics of palliative sedation: an update. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10:201-7.

Tabla II. Dosis ajustadas en miligramos de morfina, para el control de síntomas según tipo de diagnóstico principal, en pacientes que requirieron aumento de dosis.

Tipo de diagnóstico principal	Dosis mínima*	Dosis máxima*
Oncológico (11)	0,3-1,5	1,0-2,1
No oncológico (11)	0,5-1,0	0,7-4,0
Todos (22)	0,3-1,5	0,7-4,0

\*Dosis expresadas en equivalencia de miligramos de morfina.

4. Buchhold B, Jülich A, Glöckner F, Neumann T, Schneidewind L, Schmidt C-A, et al. Comparison of inpatient and outpatient palliative sedation practice - A prospective observational study. *Palliat Support Care*. 2022;10:201-7.
5. Caraceni A, Speranza R, Spoldi E, Ambroset CS, Canestrari S, Marinari M, et al. Palliative sedation in terminal cancer patients admitted to hospice or home care programs: Does the setting matter? Results from a national multicenter observational STUDY. *J Pain Symptom Manage*. 2018;56:33-43.
6. Korzeniewska-Eksterowicz A, Przysło Ł, Fendler W, Stolarska M, Młynarski W. Palliative sedation at home for terminally ill children with cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:968-74.
7. Muniz AHR, Rosa KS da C, Resende JMD de, Sampaio SG dos SM, Oliveira LC de. Fatores associados ao karnofsky performance status e sua trajetória no último mês de vida em pacientes com câncer terminal. *Rev Bras Cancerol*. 2023;69.
8. Moreno Moreno MI, Herruzo Cabrera I, Soriano Ruiz SI, Moreno Moreno RE. Sedación paliativa en la agonía realizada por un servicio de urgencias de atención primaria a nivel domiciliario. Estudio observacional transversal descriptivo retrospectivo. 2022;9:19-28.
9. Rey Atehortúa MM, Leal Arenas FA, Martínez Zambrano YA. Sedación paliativa en pacientes con disnea refractaria. *Rev Chil Anest*. 2023;52:785-8.
10. Peñaranda Ospina LM, Iglesias Meza FS, Alvarado García AM. ¿Podemos ver el mundo igual? Interdisciplinariedad en el cuidado paliativo. *Revista Cuidarte*. 2022;13:e2568.