

Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Investigación científica y tecnológica

Estudio de cohorte descriptivo de los pacientes terminales atendidos médicamente en su domicilio en Bogotá. 2008-2012



Liliana M. Támara*

Médica, especialista en Bioética, paliativista, candidata a Magister en Protección social. Médica privada de cuidados paliativos domiciliarios, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de enero de 2013
Aceptado el 24 de enero de 2014
On-line el 12 de marzo de 2014

Palabras clave:

Cuidados paliativos
Atención ambulatoria
Ética clínica
Anciano
Analgesia

R E S U M E N

Introducción: El cuidado médico paliativo en Bogotá para pacientes terminales sigue en proceso de consolidación. Esta atención exige altos estándares técnicos y científicos, así como el apoyo a las decisiones éticas al final de la vida del paciente y sus allegados, especialmente en cuanto a la sedación y al uso de hidratación y alimentación.

Metodología: Se realizó un análisis estadístico descriptivo de una cohorte de 164 pacientes terminales atendidos en práctica médica privada en Bogotá entre 2008 y 2012.

Resultados: De los 90 pacientes atendidos hasta su fallecimiento se encontró un promedio de edad de 77 años; el 63% mujeres, el 30% universitarios/as, el 41% viudos/as, el 84% católicos/as, y 8 pacientes sin afiliación al sistema de seguridad social. El 52% de los pacientes fueron oncológicos, y el 91% se atendieron en sus casas. El promedio de atención fue de 45 días, y la vía más utilizada para la administración de medicamentos fue la vía subcutánea. Los medicamentos más usados fueron el tramadol, la ranitidina y el midazolam. El 73% de los pacientes requirieron sedación superficial. En algunos casos se continuaron y en otros se interrumpieron la alimentación y la hidratación por vías alternas.

Análisis: Se requieren estudios que den cuenta de los factores que condicionan la solicitud de atención médica privada domiciliaria, o para mantenerse en este tipo de atención hasta el final de la vida. La caracterización de esta población permite identificar algunos elementos útiles para la práctica del cuidado paliativo en el país.

© 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Descriptive cohort trial of terminal patients in medical home care in Bogotá – 2008-2012

A B S T R A C T

Introduction: Palliative care for end-of-life patients in Bogotá is still in the process of consolidation. This type of care demands high technical and scientific standards, in addition to supporting the patient and family in making end-of-life ethical decisions, particularly with respect to sedation, hydration and feeding.

Keywords:

Palliative Care
Ambulatory Care
Ethics, Clinical

* Calle 119.^a No. 56 A 83 Ap. 101, Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: drltamara@yahoo.com

Aged
Analgesia

Methodology: Statistical descriptive analysis of a cohort comprised of 164 terminally ill patients treated in private practice in Bogotá between 2008 and 2012.

Results: Out of the 90 patients who received care until their demise, the average age was 77 years old, including 63% women, 30% university students, 41% widowers, and 84% Catholics. 8 patients had no medical insurance. 52% of the patients were cancer patients, 91% received home care, the average number of care days was 45 and the usual route of administration of medicines was subcutaneous. The most commonly used drugs were tramadol, ranitidine and midazolam. 73% of the patients required superficial sedation. In some cases, feeding and hydration were administered through alternate routes and in others were discontinued.

Analysis: There is a need to study the conditioning factors for private medical homecare and for maintaining this type of care until the end of life. Characterizing this population enables the identification of some useful information for the administration of end-of-lifecare in the country.

© 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención médica de los pacientes al final de la vida tiene unos lineamientos definidos internacionalmente. La OMS estableció en 2007, para sus países miembros, recomendaciones de cuidado paliativo como política pública urgente para atender a las personas con cáncer y otras enfermedades crónicas fatales¹.

Existen 3 medidas para desarrollar cuidados paliativos como una aproximación de la salud pública²: la política pública, la política educacional y la política farmacéutica que asegure la disponibilidad de los medicamentos esenciales.

Cuidados paliativos domiciliarios

Los cuidados paliativos domiciliarios exigen disponibilidad permanente, conocimientos científicos adecuados, actualizados y humanizados, y condiciones sociofamiliares y sanitarias propicias para lograr la atención de todas las necesidades del paciente que se acerca al final de su vida. Se basa en proveer alivio del dolor y otros síntomas, afirma la vida y entiende el morir como un proceso normal, y ofrece un sistema de apoyo para ayudar a las familias a manejar la enfermedad del paciente y su propio duelo.

Existen estudios que demuestran la preferencia de los pacientes y las familias de permanecer en su domicilio hasta la muerte^{3,4}, alcanzando buenos niveles de calidad de vida en la atención domiciliaria, aun en nuestro medio⁵.

Según Twycross⁶, el arte de la medicina reside en decidir cuándo el soporte vital es esencialmente inútil y, por tanto, cuándo se debe permitir que sobrevenga la muerte sin mayores impedimentos. Un médico no está obligado ni legal ni éticamente a preservar la vida «a toda costa». La vida debe ser sostenida cuando desde el punto de vista biológico es sostenible.

Los síntomas físicos y psicológicos que rodean el final de la vida exigen un cuidado médico activo y cercano. Actualmente, el arsenal terapéutico permite obtener excelentes niveles de analgesia siguiendo las recomendaciones de la OMS para el alivio de dolor por cáncer desde 1986⁷, con sus ulteriores

revisiones, así como las recomendaciones de la OPS⁸, asociaciones nacionales⁹ y entidades gubernamentales¹⁰. La disponibilidad de medicamentos opiáceos en Bogotá es buena, aunque siguen existiendo barreras de acceso.

Si bien cada vez más unidades y grupos de cuidados paliativos se consolidan en Colombia gracias a los avances legislativos¹⁰, entre otros, aún existen muchas dificultades para lograr una cobertura suficiente de esta población y para posicionarse en un nivel adecuado a los avances alcanzados en el abordaje ético de las decisiones al final de la vida¹¹.

Sedación en cuidados paliativos

La sedación en cuidados paliativos tiene valor en diferentes momentos, bien sea intermitente o permanente de acuerdo a la condición del paciente. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define la sedación como la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, en la profundidad necesaria para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios¹², contando con su consentimiento explícito, implícito o delegado¹³.

En diferentes países se han desarrollado guías para la sedación al final de la vida^{14,15}. En Colombia hay varios reportes de casos^{16,17}, y recientemente se publicó el consenso para sedación por no anestesiólogos¹⁸.

Uso o suspensión de hidratación y alimentación durante la sedación permanente en cuidados paliativos

Una de las intervenciones más complejas al final de la vida es atender los mecanismos fisiopatológicos del proceso del morir. Ante la irreversibilidad y la proximidad de la muerte, iniciar intervenciones para proveer hidratación o soporte nutricional, que impliquen traslados hospitalarios, intervenciones quirúrgicas (venodisecciones, catéteres venosos centrales, gastrostomías), e incluso venopunciones periódicas para obtener un acceso venoso permeable, no atiende la minimización del sufrimiento que necesitan la

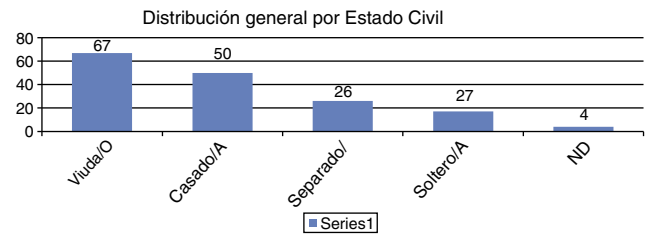
familia, el paciente y/o el equipo de cuidado. Estas medidas tampoco atienden los fenómenos patológicos de tercer espacio que se producen en la mayoría de pacientes con una presión osmótica reducida, que se traducen en síntomas (edemas, estertores, aumento de peso en líquido) que dificultan la provisión de medidas que produzcan bienestar o al menos alivio, y evitar otras molestias al paciente.

Se deberán seguir las directrices dadas por la voluntad de un paciente consciente, informado, acompañado y seguro de no incrementar más el sufrimiento, que es apoyado por una red familiar o social suficiente que permita mantenerlo en niveles de sedación que eviten la percepción de síntomas físicos como la sed o el hambre. En este contexto se atienden las recomendaciones éticas para la toma de decisiones del juicio de proporcionalidad de la intervención médica¹⁹.

En Colombia, y especialmente en Bogotá, no hay estudios que soporten o describan las características de la población que solicita cuidados paliativos; tampoco se conoce la metodología ni los resultados de intervenciones como la sedación en el ámbito domiciliario o el manejo de la hidratación y la alimentación en el paciente terminal. Por lo tanto, este trabajo tiene como objetivo describir una población de pacientes terminales que solicitó atención médica privada de cuidados paliativos durante el período 2008-2011 en la ciudad de Bogotá, la proporción de pacientes que requirieron sedación y el manejo de la alimentación e hidratación en esta fase.

Materiales y métodos

Se realizó un seguimiento a una cohorte de 164 pacientes atendidos médicamente entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de junio de 2012, quienes tenían un diagnóstico de enfermedad en fase terminal y solicitaron atención médica privada en Bogotá, Colombia. La información fue obtenida de las historias clínicas de una prestadora de servicios médicos privada, para lo cual se diseñó un formulario en el que se registró la información. Con la información del formulario se transcribió a una base de datos en Excel. Posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo sobre las variables sociodemográficas, el lugar de atención, los diagnósticos principales, los diagnósticos que ocasionaron la muerte, el manejo de estos pacientes, los tiempos de atención, el uso de sedación terminal y la limitación de



Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio de 2012.

Figura 1 – Distribución general por estado civil.

Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio de 2012.

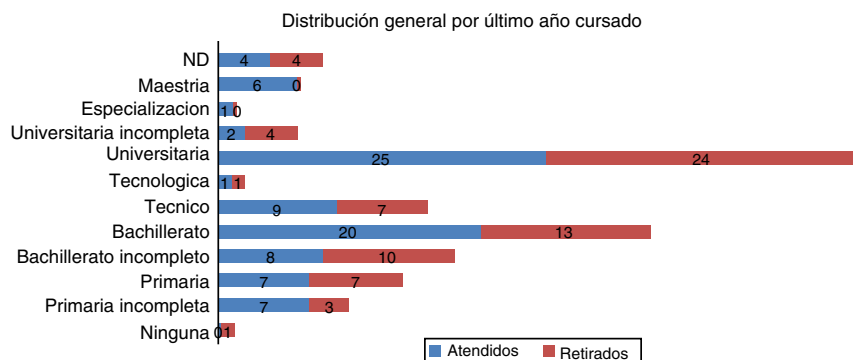
esfuerzo terapéutico. El presente artículo fue avalado por el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB).

Resultados

De los 164 pacientes, el 54% (n=90) se atendieron hasta el fallecimiento, con la subsecuente expedición de certificado de defunción; el resto decidieron seguir su atención por otros medios. El rango de edad de los pacientes atendidos hasta el final de la vida estuvo entre 37 y 94 años, con una media de 77 y una desviación estándar de 3,5. El rango de edad de los retirados estuvo entre 13 y 99 años, con una media de 74 y una desviación estándar de 4,0. La distribución por sexo en ambos grupos fue similar; la mayoría (63%) fueron mujeres (n=103). Con relación a la distribución por estado civil, el 41% (n=67) fueron viudos/as. La distribución total se puede apreciar en la [figura 1](#).

La distribución general por último año cursado se puede apreciar en la [figura 2](#). La mayoría de los casos tuvieron como último año de estudios formación universitaria y bachillerato; el rango estuvo entre ningún año de formación de una persona y el nivel de maestría para 6 personas.

En la profesión de una religión, para 138 pacientes se registró en la historia clínica que eran católicos/as (84%); en 20 historias clínicas no estaba registrada la religión, 3 pacientes no profesaban ninguna religión y otros 3 se declararon judíos (n=1), adventistas (n=1) y menonitas (n=1).



Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio de 2012.

Figura 2 – Distribución general de pacientes por nivel de escolaridad.

Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio de 2012.

Tabla 1 – Categorías diagnósticas no oncológicas generadoras de la fase terminal

| Grupo diagnóstico | Atendidos | Retirados | Total |
|-------------------------------|-----------|-----------|-------|
| Patología oncológica | 48 | 38 | 86 |
| Encefalopatía degenerativa | 9 | 3 | 12 |
| Estado vegetativo persistente | 9 | 3 | 12 |
| Otras neurológicas | 3 | 5 | 8 |
| Insuficiencia cardíaca | 2 | 4 | 6 |
| Diabetes mellitus | 2 | 2 | 4 |
| EPOC | 1 | 3 | 4 |
| IRC | 3 | 3 | 6 |
| Senilidad | 2 | 7 | 9 |
| Artritis reumatoide | 0 | 2 | 2 |
| VIH-sida | 1 | 1 | 2 |
| Otras | 2 | 2 | 4 |
| Total | 90 | 74 | 164 |

Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio de 2012.

La mayoría de los pacientes estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social, solo al régimen contributivo el 49,4% (n=81), a regímenes especiales (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol) el 7,9% (n=13) y al régimen subsidiado el 1% (n=2). Adicionalmente, el 25% (n=41) tenían seguros nacionales, internacionales o planes complementarios o de medicina prepagada. Solo 8 pacientes no estaban afiliados a ningún régimen y sufragaban de su bolsillo toda la atención de servicios de salud.

Diagnósticos

El 52% (n=86) de los pacientes atendidos sufrían patologías oncológicas y el 25% (n=41) patologías neurológicas; el resto, patologías cardíacas, neumológicas, renales y otras, como se aprecia en la [tabla 1](#). Dentro de la población de pacientes oncológicos los tumores más frecuentes fueron de próstata (n=11; 6,7%), de mama (n=9; 5,48%) y cerebrales (n=9; 5,48%).

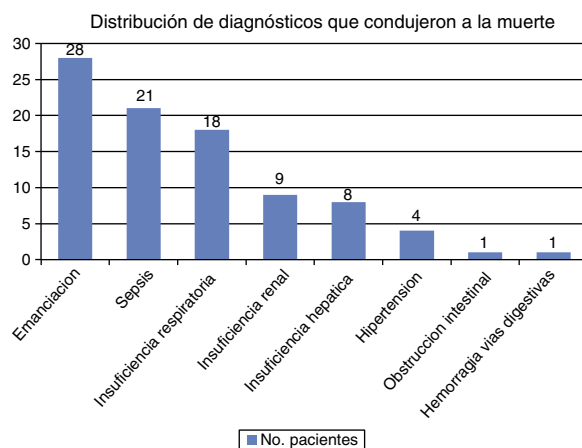
En los pacientes que fueron atendidos hasta el fallecimiento, las principales causas de muerte fueron emaciación, sepsis e insuficiencia respiratoria. En la [figura 3](#) se pueden apreciar los diferentes diagnósticos que condujeron a la muerte.

Características de la atención médica

La atención médica fue realizada en el domicilio de los pacientes en el 91% de los casos (n=150), 11 (7%) pacientes fueron atendidos en hogares geriátricos y 3 (2%) en IPS de tercer nivel, privadas. El número de visitas varió entre 1 a 9 visitas; en la mayoría, en el 52% (n=86), solo se hizo una visita. La distribución discriminada del número de visitas se puede apreciar en la [figura 4](#).

La duración de la atención en los pacientes atendidos hasta el final varió entre 1 y 361 días, con una media de 45,6 días y una desviación estándar de 16,06.

La vía de administración de los medicamentos fue oral, en la medida de su viabilidad, y luego la subcutánea; solo en 10 (11%) casos de sepsis fue necesario el uso de la vía intramuscular. En todos los pacientes con insuficiencia respiratoria (n=18;



Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio 2012.

Figura 3 – Distribución de diagnósticos que condujeron a la muerte.

Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio 2012.

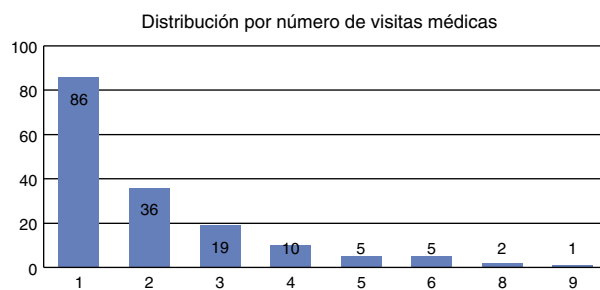
20%) y en 10 (11%) que presentaron estertores de la muerte se utilizó la vía inhalatoria. En ningún caso se utilizó la vía intravenosa ni los catéteres subcutáneos implantables.

Medicamentos

El medicamento usado con mayor frecuencia fue el tramadol, en 74 pacientes (82%). Solo 10 (11%) pacientes no requirieron medicamentos analgésicos. En 2 (2,2%) se utilizó hidromorfona y en 4 (4,44%), morfina. Las dosis de tramadol usadas variaron entre 50 mg/día hasta 1.800 mg/día, con un promedio de 177 mg/día.

El segundo medicamento más usado fue la ranitidina, en 70 pacientes (77%), por vía subcutánea y en dosis de 50 a 100 mg/día.

En igual proporción estuvo el midazolam, en 70 pacientes (77%). En 5 de estos pacientes solo se usaron dosis de rescate de 2 mg a necesidad. En el resto, el rango de dosis usada varió entre 2,5 hasta 90 mg/día. El único paciente que recibió una dosis de 90 mg/día tenía una superficie corporal elevada, había utilizado opiáceos de manera continuada durante más



Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio 2012.

Figura 4 – Número de visitas médicas realizadas.

Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio 2012.

Tabla 2 – Distribución según la duración de la atención en días

| Rango de duración | Número de pacientes |
|-------------------|---------------------|
| 1 a 6 días | 56 |
| 7 a 13 días | 6 |
| > 14 días | 4 |
| Total | 66 |

Fuente: Historias clínicas domiciliarias, Bogotá, enero de 2008 a junio de 2012.

de 2 años y se encontraba en estado vegetativo persistente. La dosis promedio usada fue de 15 mg/día.

Entre los antieméticos, el más usado fue la metoclopramida, en el 73% (n = 66), y la alizaprida, en el 16% (n = 15). En el 10% (n = 9) no se utilizaron antieméticos.

Otros medicamentos menos utilizados fueron la furosemina (n = 3; 3,3%), la vitamina K (n = 5; 5,5%), el bromuro de ipratropio solución para nebulizar (n = 25; 27,7%), la prednisona (n = 6; 6,6%) y la atropina (n = 6; 6,6%). Cabe señalar que hubo pacientes que usaron más de un medicamento.

Sedación paliativa

A 66 pacientes, el 73% de los atendidos hasta el final de la vida, se les administraron medicamentos para obtener una sedación superficial. La duración de la sedación varió en un rango de 1 a 35 días, con un promedio de 4,1 días y una desviación estándar de 1,12. En la [tabla 2](#) se puede apreciar la distribución por rangos de tiempo de sedación; el 85% (n = 56) se mantuvo en sedación menos de una semana. Siete pacientes estuvieron sedados solo un día.

Hidratación y alimentación mediante medios de soporte artificial

En 3 pacientes se mantuvo la alimentación por sonda de gastrostomía, por solicitud del paciente o bien de su familia y allegados. En un paciente se mantuvo la hidratación por sonda nasogástrica. En 7 pacientes se suspendió la hidratación endovenosa previa decisión por parte del paciente-familia-allegados, al ser informados de sus efectos metabólicos en la fase final de la vida. En 8 pacientes se suspendió la alimentación por sonda nasogástrica (n = 6) o por gastrostomía (n = 2).

Discusión

La población proyectada a partir del censo de 2005, para 2010, era de 7.363.782 habitantes²⁰. La tasa de mortalidad implícita estimada para el período 2005-2010 fue de alrededor de 4,4 por 1.000 habitantes²¹. Teniendo en cuenta la mortalidad por otras causas diferentes a violencia, neonatal o maternas, la población atendida domiciliariamente con recursos de bolsillo de las familias bogotanas para el período de 2008-2012 analizada fue del 0,19%, solo por un prestador médico de práctica privada.

Las edades de atención de pacientes terminales se concentran hacia edades mayores a la esperanza de vida al nacer para

la población colombiana, 73 años²². Sin embargo, hay casos desde la adolescencia hasta nonagenarios.

No se han establecido estudios que den cuenta de las causas de preferencia de los pacientes o sus allegados por solicitar atención médica privada domiciliaria, o para mantenerse en este tipo de atención hasta el final de la vida. Los resultados del presente estudio muestran que la mayoría de pacientes fueron mujeres. De otra parte, el antecedente de la muerte del/de la cónyuge se podría decir que afectó la solicitud de atención al/a la paciente, dado que la mayoría de la población fueron viudos/as. Otra condición presente en esta población fue contar con un nivel educativo universitario o al menos de bachillerato. La mayoría de los pacientes fueron católicos. Este es un aspecto fundamental en el abordaje del final de la vida, puesto que el conocimiento de la religiosidad o espiritualidad de los pacientes y allegados permite un mejor manejo y proceso de toma de decisiones²³.

La mayoría de los pacientes de esta cohorte siguen requiriendo atención al final de la vida por patologías oncológicas, dadas la diversidad y la magnitud de síntomas de estas patologías, los cuales requieren intervenciones médicas agresivas para su efectivo manejo, además de la «relativa» facilidad de identificar tanto objetiva como subjetivamente el agotamiento de los recursos terapéuticos disponibles y la necesidad de pasar a una aproximación netamente paliativa, en el marco de una sociedad que en su mayoría no acepta la eutanasia o el suicidio asistido como prácticas para enfrentar la realidad de la fase terminal por cáncer. Esta distribución por diagnósticos es similar a la atención en Hospices en Estados Unidos²⁴.

En segundo lugar, se encuentran las patologías neurológicas, las cuales evidencian dificultades adicionales, por ser pacientes que usualmente pierden su autonomía, incluyendo el juicio crítico para tomar decisiones, y las decisiones quedan sobre los allegados, si previamente no han manifestado su voluntad. Los representantes tienen dificultades para saber qué sería lo que su ser querido/a hubiera deseado, o incluso pueden estar influenciados por intereses particulares (uso de las pensiones de los pacientes, de sus viviendas o incluso de la atención del resto de allegados).

La atención, en la mayoría de los casos, se dio en los domicilios de los pacientes, evitando el manejo en urgencias y centros hospitalarios y permitiendo la atención de las condiciones de los pacientes terminales rápidamente cambiantes para obtener un rápido alivio. Este entorno provee ambiente y tiempo por parte de familias y allegados para realizar los procesos de toma de decisiones acordes con sus realidades, imaginarios pero con información médica profesional suficiente. Sin embargo, es importante anotar que si bien la mayoría de pacientes prefieren morir en casa, hay un grupo de pacientes y/o allegados que no lo prefieren, y se deben atender las diferentes poblaciones asertivamente²⁵.

Así, es deseable y se han hecho recomendaciones sobre las características de los programas de cuidados paliativos, los cuales requieren el manejo médico como eje central de la atención, con apoyo de enfermería, terapias y salud mental, entre otros²⁶. No es deseable que exijan dispendiosos trámites para incluir pacientes en su agenda, de tal forma que se cuente con programas más flexibles y adecuados a las condiciones de fase terminal y no la simple asimilación a programas de pacientes con patologías crónicas. No es cómodo conducir a los

pacientes al final de la vida entre consultorios de especialistas para obtener alivio de cada uno de los múltiples síntomas que se presentan, ni que se tenga que repetir la historia clínica a médicos/as diferentes en cada visita domiciliaria sin poder tener una continuidad del proceso ya de por sí complejo y difícil.

Los resultados sobre el número de visitas es indicador de diferentes condiciones. La primera, la intervención en solo una visita indica la urgencia de atención médica de la agonía. Una segunda observación apunta hacia la atención telefónica 24 h al día, 7 días a la semana, con la anticipación de eventos y uso de la vía subcutánea como una vía rápida y efectiva de alivio de síntomas. En tercer lugar, la presencia de dolor severo o de otros síntomas como fuente de estímulo directo; una vez se utilizan dosis analgésicas y se obtiene un estado de tranquilidad en pacientes agónicos, el desenlace final sobreviene unas horas o pocos días después, sin necesidad de intervenciones adicionales. En último lugar, cuando el tema de los deseos sobre el final de la vida es expuesto por el paciente y allegados en un ambiente receptivo y tranquilizador se convierte en un elemento catártico, pero incluso alivia la tensión y permite que el proceso final se dé sin mayor ansiedad.

En cuanto a los medicamentos usados, la disponibilidad en la mayoría de droguerías de la ciudad de un opiáceo parenteral de potencia moderada, con acción sobre los 3 tipos de dolor, de costo moderado como el tramadol, lo convierte en una opción analgésica suficiente para aliviar el dolor incluso oncológico. Además, su tolerancia cuando se anticipan medidas antieméticas y laxantes es excelente, sin presencia de efectos psicotrópicos tan frecuentes con opiáceos no sintéticos, en pacientes postrados.

El uso de antiulcerosos por vía subcutánea como medida profiláctica ante gastropatías erosivas es fundamental y evita que se presente un síntoma tan alarmante como el sangrado de vías digestivas altas.

En casi tres cuartas partes de los pacientes atendidos hasta el final de la vida se utilizó la sedación superficial. Es una decisión asumida por los pacientes que poseen una red familiar-social de cuidado suficiente, que prefieren el alivio del sufrimiento a estar conscientes hasta el final, que han sido suficientemente informados sobre lo que pueden esperar de este estado, que tienen los recursos económicos y sociales suficientes para conseguir el sedante, que sí tiene un costo elevado y es de difícil consecución.

Las decisiones sobre mantener o retirar el soporte de hidratación o alimentación cuando ya no es posible mantener la vía oral tienen contextos particulares, y así como ninguno decidió instaurar una vía diferente para lograr el propósito, no les fue igual de fácil aceptar el retiro o no uso de la vía ya instalada (gastrostomía, catéter endovenoso). Por lo tanto, estas decisiones requieren la mayor delicadeza para lograr identificar el punto en el cual está cada uno de los/as intervinientes, no forzar hacia ninguna de las 2 opciones pero brindar toda la información sobre la utilidad de su uso, sus efectos negativos y positivos. Esta postura permite a los pacientes y allegados tener opciones en un momento extremadamente difícil de afrontar²⁷.

Finalmente, unas observaciones generales. Actualmente, la medicina facultativa cuenta con poderosas herramientas terapéuticas para el manejo de síntomas físicos, y para ello

se deben dejar de lado al final de la vida los mitos y las prevenciones para usar medicamentos que, como doble efecto, pudieran «acortar la vida». En el mismo sentido, es necesario seguir avanzando en la disponibilidad de medicamentos esenciales para el manejo de los pacientes al final de la vida²⁸, sin olvidar que las benzodiacepinas de vida media ultracorta son seguras y efectivas para el manejo de la sedación superficial en este tipo de pacientes.

Evitar los tratos crueles, inhumanos o degradantes es un imperativo en todos los momentos de la vida, y aún más ante la proximidad de la muerte, aquella incierta que solo nos deja con nuestras decisiones sobre lo que creemos para después. La compasión científica, sin tratar de forzar la naturaleza de la existencia humana de cada paciente que aliviamos y acompañamos, es fundamental como norte orientador de los procesos terapéuticos paliativos²⁹.

Así, existe un marco humanista y científico para el manejo de los cuidados paliativos; sin embargo, es necesario que se adelanten desarrollos legislativos frente a las actuaciones que no están dentro de este marco y que pueden exigir intervenciones legales para su adecuada ejecución.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecimientos al doctor Giancarlo Buitrago por su amable revisión.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. *Cancer control: Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 5: WHO Palliative Care*. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. World Health Organization. *Cancer pain relief with a guide to opioid availability*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
3. Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patients preference for place of death: a prospective study. *Br Med J*. 1990;301:415-7.
4. Spiller J, Alexander D. Domiciliary care: A comparison of views of terminally ill patients and their family caregivers. *Palliat Med*. 1993;7:109-15.
5. Colección Bios y Ethos Támara L. *Medición de la calidad de vida de un grupo de pacientes terminales en una unidad de cuidado paliativo domiciliario en Santafé de Bogotá, Colombia*. Bioética y Calidad de Vida. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque; 2000. Bogotá, Colombia.
6. Twycross R. *Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas*. *Acta Bioethica*. 2000;6:29-46.
7. De Lima L. El uso de medicamentos opioides en alivio del dolor por cáncer en Latinoamérica. *Rev Colomb Anest*. 2000;28:227-30.

8. Acuña Z. Disponibilidad de medicamentos opioides en Latinoamérica y Colombia. *ACED Dolor y cáncer*. 2009;251-6.
9. Wenk R, Bertolino M, De Lima L. Analgésicos opioides en Latinoamérica: la barrera de accesibilidad supera la de disponibilidad. *Med Pal (Madrid)*. 2004;11:148-51.
10. República de Colombia. Ley 1384/2010.
11. Restrepo MH. Cuidado paliativo una aproximación a los aspectos éticos del paciente con cáncer. *Persona y Bioética*. 2005;9:6-45.
12. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Organización médica colegial de España. Guía de sedación paliativa. Madrid, España; 2011. Madrid, España. 11 páginas.
13. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Guía médica. Sedación en Cuidados Paliativos. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2008.
14. Kirk TW, Mahon MM, Palliative Sedation Task Force of the National Hospice and Palliative Care Organization Ethics Committee. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39:914-23.
15. Royal Society of Canada Expert Panel: Report End-of-Life Decision Making 2011 [consultado 16 Jun 2012]. Disponible en: http://www.rsc.ca/documents/RSCEndofLifeReport2011.EN_Formatted_FINAL.pdf. [accessed june 16, 2012].
16. Moyano J, Guerrero C, Zambrano S, Hernández A. Anestesiología y sedación paliativa: pertinencia, aspectos éticos y clínicos. *Rev Colomb Anestesiol*. 2006;34:202-4.
17. Rivera AM. Sedación terminal temprana. *Anamnesis Revista de Bioética PUJ*. 2011:70-4.
18. Ibarra P, Galindo M, Molano A, Niño C, Rubiano A, Echeverry P, et al. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anestesiólogos y odontólogos de pacientes mayores de 12 años. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40:67-74.
19. Taboada P. Desafíos y principios éticos en medicina paliativa. En: Palma C, editor. *Medicina paliativa y cuidados continuos*. Universidad Católica de Chile; 2010. p. 41-51.
20. Alcaldía Mayor de Bogotá. Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá. DC 2011-2023. Abr 2011.
21. DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020 [consultado 16 Jun 2012]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones.poblacion.pdf. [Accessed june 16, 2012].
22. UNDP Indicadores internacionales sobre desarrollo humano. Esperanza de vida al nacer por país 1980-2011 [consultado 16 Jun 2012]. Disponible en: <http://hdrstats.undp.org/es/indicadores/69206.html>
23. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk E, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007;25:555-60, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/>. [Accessed june 16, 2012].
24. National Hospice, Palliative Care Organization. Hospice care in America. Facts and Figures. 2012 [consultado 16 Jun 2012]. Disponible en: http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/Facts_Figures.pdf. [Accessed june 16, 2012].
25. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson LJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013;12:7.
26. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative care: The World Health Organization's Global Perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:91-6.
27. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: The role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Int Med*. 2000;132:408-14.
28. De Lima L, Bruera E, Joranson DE, Vanegas G, Cepeda S, Quesada L, et al. Opioid availability in Latin America: the Santo Domingo report progress since the Declaration of Florianopolis. *J Pain Symptom Manage*. 1997;13:213-9.
29. Gwyther L, Brennan F, Harding R. Advancing palliative care as a human right. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38:767-74.