

La sedación paliativa en pacientes con enfermedades terminales no oncológicas: consideraciones éticas y prácticas en la gestión del sufrimiento*

Palliative sedation in patients with non-oncological terminal illnesses: ethical and practical considerations in the management of suffering

María Fernanda Reyes Martínez**

Bioética para todos, Ciudad de México, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n4.03>

* Se utilizó una herramienta de inteligencia artificial (NotebookLM) como apoyo editorial para mejorar redacción, gramática y claridad del manuscrito. El contenido se revisó, modificó, validó íntegramente y se asume la responsabilidad total del texto por la autora.

** Médico pasante del servicio social. Correo electrónico: fernandareyes@bioetica-paratodos.com ORCID record: 

Recepción:
06.01.2026

Envío a dictamen:
11.02.2026

Aceptación:
28.02.2026

Publicación:
01.10.2026

CÓMO CITAR: Reyes Martínez, M. F. (2026). La sedación paliativa en pacientes con enfermedades terminales no oncológicas: consideraciones éticas y prácticas en la gestión del sufrimiento. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n4.03>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Resumen

La presente investigación analiza la sedación paliativa como una práctica clínica y ética destinada a aliviar el sufrimiento refractario en pacientes con enfermedades terminales no oncológicas. Mediante una revisión bibliográfica interdisciplinaria, se examinan los fundamentos éticos, los desafíos clínicos y los dilemas bioéticos que surgen en su aplicación. El estudio enfatiza que la sedación paliativa, lejos de buscar la aceleración de la muerte, se sustenta en los principios de proporcionalidad terapéutica y autonomía del paciente, garantizando un proceso digno y humanizado al final de la vida. Asimismo, se destaca la importancia de informar a la sociedad sobre esta práctica, frecuentemente asociada erróneamente con la muerte, para fomentar una comprensión ética y compasiva del alivio del sufrimiento. Se concluye que la implementación de protocolos unificados y marcos normativos es esencial para asegurar una práctica transparente, equitativa y centrada en la dignidad humana.

Palabras clave: cuidados paliativos, dignidad, autonomía.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa documental de la literatura con enfoque interdisciplinario en bioética, cuidados paliativos y ciencias de la salud, centrada en la sedación paliativa en pacientes adultos con enfermedades terminales no oncológicas. Se efectuó una búsqueda electrónica en PubMed/MEDLINE, SciELO y Cochrane, complementada con Google Scholar y búsqueda manual en las listas de referencias, para identificar artículos relevantes publicados entre 1998 y 2025 en español, inglés y portugués. Se utilizaron combinaciones de términos como palliative sedation, terminal sedation, non-cancer / non-oncologic, end-of-life care, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, neurodegenerative diseases, chronic liver disease, existential suffering y sus equivalentes en español, inglés y portugués.

Se incluyeron estudios observacionales, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, documentos de consenso y artículos de reflexión bioética que abordaron la sedación paliativa en el contexto de enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas o en población mixta donde fuera posible extraer consideraciones aplicables a este grupo. Se excluyeron trabajos centrados exclusivamente en población oncológica, sedación en pediatría y sedación para procedimientos. Además, se incorporaron de forma dirigida documentos normativos y guías nacionales e internacionales sobre cuidados paliativos y sedación paliativa, por su relevancia para el análisis de marcos éticos y regulatorios.

La información se organizó en torno a seis ejes: definición y fundamentos éticos de la sedación paliativa, características del sufrimiento en la enfermedad crónica avanzada no oncológica, consideraciones éticas, normatividad y guías internacionales sobre cuidados paliativos, aspectos clínicos y psico-sociales, por último retos y propuestas para la estandarización y formación; dada la heterogeneidad de los conceptos, se optó por una síntesis narrativa crítica, sin aplicar escalas estandarizadas de riesgo de sesgo propias de las revisiones sistemáticas.

Introducción

El crecimiento demográfico de la población, junto con el aumento de las enfermedades crónicas progresivas, ha generado una demanda cada vez mayor de Cuidados Paliativos (CP) a nivel global (1-2). Las primeras cinco causas de defunción a nivel nacional en México en el 2024 fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, las enfermedades del hígado y los accidentes (3). Aunque tradicionalmente la práctica paliativa se ha asociado a la oncología, la realidad clínica muestra una prevalencia significativa de pacientes con patologías crónicas no oncológicas —como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias o neurodegenerativas— que

requieren soporte avanzado, en las que el pronóstico es a menudo difícil de predecir con exactitud (1,4).

El concepto de Sedación Paliativa (SP) ha evolucionado en paralelo con el desarrollo de los CP, esta disciplina interdisciplinaria es reconocida por organismos internacionales como un enfoque integral y activo que tiene como objetivo principal la prevención y el alivio del sufrimiento, adecuando un entorno psicosocial de cuidado mejorando la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando se enfrentan a problemas derivados de enfermedades que amenazan la vida. Su aplicación se encuentra centrada en la dignidad del paciente y puede generar dilemas bioéticos para los médicos y la familia (1,5-7,8). Este modelo de atención es indispensable ya que integra los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y se considera una responsabilidad ética de los sistemas de salud, cuyo acceso es un derecho humano fundamental (5-6,9).

Cuando la enfermedad avanza hacia la etapa terminal, pueden surgir síntomas refractarios, definidos como aquellos que persisten y causan un sufrimiento intolerable a pesar de la aplicación exhaustiva de tratamientos específicos por parte de médicos expertos, o cuando la terapia disponible conlleva efectos adversos inaceptables (1-2,5,10). En este escenario, la SP se instituye como un recurso terapéutico. La SP es la administración deliberada e intencional de fármacos para reducir el nivel de conciencia del paciente, en la dosis y combinación necesarias, con el fin de aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios (5-6,10-11).

Es importante notar que, en el grupo de pacientes con enfermedades terminales no oncológicas, la evidencia empírica y el conocimiento disponible son limitados, y persiste una notable heterogeneidad de criterios y una falta de consenso internacional para su aplicación y definición (4,10). La SP representa una herramienta clínica y humana fundamental para garantizar el confort, la calidad de vida y la dignidad del paciente al final de la vida (5,12). Éticamente, su legitimidad se sustenta en la intencionalidad del acto: el objetivo es el alivio del sufrimiento, no la provocación de la muerte o el acortamiento deliberado de la vida, distinción que la separa de

prácticas como la eutanasia (4-5,9,13). La decisión de recurrir a la SP es de gran complejidad y tiene profundas implicaciones antropológicas, psicológicas y emocionales tanto para el paciente como para su núcleo familiar (5). Por ello, su implementación requiere de una cuidadosa reflexión compartida y de una evaluación interdisciplinaria rigurosa, siguiendo protocolos que aseguren la transparencia, la proporcionalidad terapéutica y el respeto absoluto a la autonomía y dignidad del paciente (11).

Ante los diversos desafíos como la complejidad clínica, la creciente prevalencia de las enfermedades terminales no oncológicas (ETNO), la necesidad de asegurar un final digno humano para los pacientes, la escasez de directrices unificadas y las controversias éticas asociadas a la aplicación de la SP en las ETNO, se justifica la necesidad de un análisis riguroso de los fundamentos éticos y las guías clínicas aplicables a estos pacientes. El objetivo general de este artículo es analizar las implicaciones éticas y prácticas de la sedación paliativa en pacientes con enfermedades terminales no oncológicas, evaluando el desafío que implica en su práctica clínica mediante un enfoque integral que incluya sus implicaciones éticas, los aspectos clínicos y los marcos normativos internacionales que guían su uso como último recurso para la gestión del sufrimiento intratable.

1. Definición y fundamentos éticos de la sedación paliativa

La Sedación Paliativa (SP) constituye un recurso terapéutico de última línea en los Cuidados Paliativos (CP), reservado para el manejo de síntomas que se vuelven refractarios al tratamiento convencional, es decir, aquellos que persisten y causan sufrimiento intolerable a pesar de haberse realizado todas las opciones terapéuticas disponibles aplicadas por expertos (5,10).

Históricamente, el procedimiento se conocía como “sedación terminal” (11,14) término que, debido a su potencial ambigüedad y a la errónea insinuación de que el objetivo era “terminar” la vida,

ha evolucionado hacia la denominación preferente de Sedación Paliativa (10,13). La SP se define, por tanto, como la administración intencional de fármacos para disminuir el nivel de conciencia del paciente, en la dosis y combinación necesarias, buscando únicamente aliviar el sufrimiento intratable (6,10-11). Esta intencionalidad marca la diferencia ética fundamental con la eutanasia y el suicidio asistido (5,6,13).

La Guía de Sedación Paliativa del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos acorde a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) señala objetivamente que el uso de la SP es exclusivo para aliviar un sufrimiento intolerable por síntomas refractarios; así mismo concreta con un exhaustivo estudio sobre sus indicaciones y su importancia de considerarse una buena práctica médica ética y deontológicamente obligatoria y necesaria (15).

Mientras que la eutanasia persigue directamente la muerte del paciente para cesar el sufrimiento, la SP busca el alivio sintomático y acepta la muerte como una consecuencia del curso natural de la enfermedad (12-13). Éticamente, la SP se sustenta en el principio de proporcionalidad terapéutica, que exige utilizar la dosis mínima eficaz para alcanzar el nivel de inconsciencia suficiente para el control sintomático (9,11). Mediante el análisis terapéutico se debe ofrecer tratamientos al paciente que tengan una razonable probabilidad de beneficio en términos de preservar y/o recuperar la salud, es decir, no prolongar los tratamientos inadecuados que no generan beneficio (16).

El principio de proporcionalidad terapéutica dictamina que sólo son moralmente obligatorias aquellas intervenciones y tratamientos que mantienen una debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible; cuando esta proporción no se cumple, la medida se considera desproporcionada y no obligatoria, por lo que se requiere siempre un juicio prudencial por parte del equipo de CP, que combine elementos cuantitativos, es decir el pronóstico o probabilidad de beneficio y elementos cualitativos: cargas físicas, psicológicas, espirituales respetando la dignidad del paciente y así poder decidir sobre ello (17).

El término “cuidados paliativos tempranos” se usa de manera heterogénea en la literatura, sin una definición universal. Se propone una clasificación práctica para estandarizar su identificación, medición en investigación y facilitar su implementación clínica en los pacientes para que puedan ser asistidos de forma temprana sin obstáculos y contratiempos (18).

Reymond (19) propone un modelo de cuidados paliativos domiciliarios que los profesionales pueden sistematizar mediante tres procesos clave: identificación temprana de pacientes en riesgo, plan médico de objetivos de cuidado y de atención terminal, apoyados por tres elementos operativos para la alta calidad: un médico práctico compasivo, un equipo coordinado y recursos prácticos. El equipo es responsable del paciente, no sólo los médicos especialistas, el manejo por parte de los profesionales es un deber de cada uno de ellos (20).

2. Características del sufrimiento en la enfermedad terminal no oncológica

La aplicación de la SP cobra especial complejidad en pacientes con enfermedades terminales no oncológicas (ETNO) en enfermedades crónico-degenerativas muy avanzadas como la insuficiencia cardíaca (9), la insuficiencia respiratoria avanzada (EPOC), las enfermedades neurodegenerativas (ELA o demencia) (2,4), o las enfermedades renales o hepáticas (2). A diferencia de la trayectoria neoplásica, que a menudo presenta un pronóstico más predecible, el curso clínico de las ETNO se caracteriza por un carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades que pueden llevar a recuperaciones temporales antes del fallecimiento (1,4). Esta naturaleza dificulta la formulación de un pronóstico temporal preciso de vida limitada a días o pocas semanas (14,4), lo que, a su vez, complica la identificación temprana de los síntomas verdaderamente refractarios y el momento apropiado para la SP (4).

En estas patologías, el dolor total se manifiesta a través de un sufrimiento multidimensional que incluye el dolor físico como la disnea o la fatiga, prevalentes en ETNO (2,14) y el sufrimiento psicológico y existencial (5,7,21). En el contexto no oncológico, particularmente en enfermedades como la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), el paciente puede permanecer consciente, pero con una marcada pérdida de funcionalidad (4), intensificando el sufrimiento existencial (pérdida del sentido de vida, desesperanza o miedo a la muerte) (7,21). Ante esta compleja sintomatología en el marco de una progresión incierta, resulta crucial el acompañamiento integral del paciente y la familia, que debe ser proporcionado por un equipo multidisciplinar (incluyendo psicólogos, asistentes sociales y asesores espirituales) (5,47). Este enfoque holístico es esencial para agotar todas las opciones de alivio que van más allá del manejo farmacológico antes de considerar la SP, garantizando así el respeto a la dignidad y la autonomía del paciente en sus últimas horas de vida (4,11).

La evidencia disponible sugiere que un enfoque de cuidados paliativos integrado puede mejorar la calidad de vida y reducir la carga sintomática de un paciente con enfermedad cardíaca, sin embargo, el campo aún es incipiente, por lo que los autores proponen reforzar las competencias de cuidados paliativos primarios en cardiología y atención primaria e integrar estos cuidados según necesidad del paciente (22).

En cuanto a las enfermedades neurológicas crónicas como Parkinson, existen problemáticas acerca de la dimensión espiritual ya que suele estar sub atendida, pese a su relación con bienestar, síntomas no motores y calidad de vida (23).

En la enfermedad hepática crónica avanzada, los cuidados paliativos siguen siendo insuficientemente incorporados pese a que se trata de una causa importante de muerte a nivel mundial y con impacto relativamente más temprano que otras enfermedades graves (24).

Además, aunque están surgiendo guías de atención, estas con frecuencia no integran de manera suficiente la perspectiva del paciente.

A lo largo del manejo clínico del paciente con enfermedad terminal puede presentarse la desmoralización, se describe como un síndrome psicosocial-existencial caracterizado por desesperanza, impotencia y pérdida de sentido o propósito, que puede aparecer incluso cuando el paciente no cumple criterios de depresión (25). Reforzando la idea de un manejo integral para el paciente que pueda proteger su salud mental.

3.Consideraciones éticas

La aplicación de la Sedación Paliativa (SP) se enmarca en un contexto de alta complejidad clínica y extrema sensibilidad humana, siendo ineludiblemente regulada por los principios fundamentales de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (5). El principio de Beneficencia orienta a proporcionar el máximo confort y el alivio del sufrimiento, mientras que la No Maleficencia prohíbe el daño, exigiendo evitar la prolongación inútil de la vida biológica sin calidad mínima, conocido como encarnizamiento terapéutico (5,9). El respeto a la Autonomía es crucial, demandando que las intervenciones se alineen con los valores y directrices del paciente o, en su defecto, de sus representantes legales (5,9,14). Posteriormente, la Justicia exige que el acceso a los Cuidados Paliativos (CP) y a la SP sea universal y equitativo, considerándolos una responsabilidad ética de los sistemas de salud y un derecho humano básico (5,13). La justificación ética de la SP se cimienta en su estricta intencionalidad terapéutica: el objetivo es el alivio del sufrimiento refractario, y no la abreviación de la vida (5,12-13).

Es fundamental que esta intervención sea el último recurso, indicada únicamente cuando el síntoma ha sido confirmado como refractario por el equipo experto (11). El proceso de decisión debe ser el resultado de una cuidadosa reflexión compartida y debe culminar con la obtención del Consentimiento Informado del paciente competente o de su representante (5). La documentación precisa de

la indicación, los procedimientos agotados, el nivel de sedación buscado y el registro del consentimiento (a menudo verbal, pero siempre registrado en la historia clínica) son esenciales para garantizar la transparencia y la adecuación de la práctica (2,14). El fundamento más profundo del acto paliativo reside en el respeto incondicional de la dignidad del paciente y en el compromiso de mitigar el sufrimiento total (físico, psicológico, social y espiritual) que acompaña a la fase terminal (5,13).

4. Normatividad y guías internacionales sobre cuidados paliativos

En el contexto normativo latinoamericano, países como México reconocen explícitamente el acceso a los CP y el soporte al final de la vida como derechos humanos básicos, respaldados por la Constitución Política y diversas normativas de salud (5). Actualmente en vigencia se encuentra la NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014 que establece los Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, en este apartado se establece que todos los servicios de salud deben proveer cuidados paliativos a pacientes terminales, garantizando un trato digno, calidad de vida, y respetando la autonomía (26).

En México, la GPC IMSS-440-11 sobre cuidados paliativos en adultos define los cuidados paliativos como un enfoque integral (síntomas físicos, psico espirituales y toma de decisiones) además subraya la necesidad del alcance a personas con enfermedades no oncológicas y respalda un modelo de atención orientado al alivio del sufrimiento y a evitar intervenciones desproporcionadas (27).

A nivel global, organizaciones como la European Association for Palliative Care (EAPC) han promovido marcos de referencia para asegurar el rigor de la SP. Sin embargo, la prevalencia de la SP varía enormemente entre centros desde menos del 10% hasta más del 50% de los pacientes terminales, lo que evidencia la falta de uniformidad en los criterios clínicos aplicados a nivel internacional (10).

Las guías estadounidenses de mejores prácticas para cuidados paliativos primarios en urgencias organizan la atención del paciente en cuatro fases: cribado y valoración de necesidades, manejo del paciente con necesidades paliativas en el servicio de urgencias, interconsulta con especialistas en cuidados paliativos y transición segura de pacientes elegibles a cuidados paliativos u hospicio, lo cual ofrece un marco operativo claro desde la llegada del paciente hasta la derivación y continuidad de su acompañamiento (28).

Los cuidados paliativos son un derecho humano fundamental sustentado en salud, dignidad y autodeterminación terapéutica. En Italia, pese a la Ley 38/2010, persisten desigualdades regionales de acceso y barreras de financiamiento y formación, lo que sustenta la necesidad de protocolos y políticas efectivas para garantizar una atención equitativa al final de la vida (29).

Kontro (30) describe la persistencia de desigualdades regionales de acceso en Finlandia y un riesgo de sobredependencia en familiares cuidadores; por ello, las políticas deben priorizar la equidad para personas que viven solas y fortalecer la comunicación y roles profesionales para coordinar mejor la atención.

En la revisión de la Asesoría Técnica Parlamentaria de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile de octubre 2025 se detallan los modelos de cuidados paliativos de Reino Unido, Alemania y Taiwán, destacando que los tres países han integrado los cuidados paliativos y de final de vida como obligación legal del sistema de salud, con marcos sólidos de financiamiento, gobernanza territorial e instrumentos de autonomía anticipada (directrices previas y decisiones anticipadas) (31).

Las recomendaciones suizas actualizadas sobre sedación paliativa no sólo reafirman su legitimidad ética, sino que la convierten en un procedimiento de calidad: insisten en documentar de forma estandarizada la indicación, los objetivos clínicos de confort, la reevaluación periódica y la participación de un equipo interdisciplinario, e incluso proponen que los centros revisen estos casos de forma sistemática para fines de formación y mejora continua (32).

5. Aspectos clínicos y psico-sociales

La Sedación Paliativa (SP) se indica como una intervención terapéutica de última línea, estrictamente reservada para el manejo de síntomas refractarios en pacientes que se encuentran en una enfermedad avanzada en fase terminal (5,10). Un síntoma se define como refractario cuando, a pesar de haberse agotado todos los tratamientos disponibles, proporcionados por expertos, este persiste y causa un sufrimiento que es percibido como intolerable para el paciente, o cuando la terapia disponible conlleva efectos adversos inaceptables que superan el beneficio (6,10,33). Los principales síntomas físicos que conllevan la necesidad de la SP son el delirio agitado (delirium), la disnea y el dolor (5,10). En el contexto de las patologías terminales no oncológicas (ETNO), se ha reportado que la disnea es el síntoma refractario más prevalente que justifica la sedación, seguido por el dolor y el delirium (2).

La evaluación del sufrimiento refractario exige un alto grado de rigor clínico y ética, ya que la intolerabilidad es un criterio en gran medida subjetivo, que debe ser confirmado por el paciente consciente (33). Para definir un síntoma como refractario se exige que:

- 1) Los medios convencionales de tratamiento sintomático fallen.
- 2) El efecto de las terapias habituales no se consigue con suficiente rapidez.
- 3) Los tratamientos habituales se acompañan de efectos adversos inaceptables (10).

La valoración debe ser integral, considerando el sufrimiento total, incluyendo las dimensiones física, psicológica y existencial (5). Aunque la sedación por sufrimiento psico existencial es más controvertida, se reconoce que la pérdida del sentido de vida, la desesperanza, la angustia vital o el miedo a la muerte pueden volverse refractarios, justificando la intervención en casos de enfermedad muy avanzada y cercanía del deceso (7,16). Es vital que el equipo clínico evite etiquetar un síntoma de difícil manejo como refractario simplemente

por desconocimiento o falta de experiencia en terapias alternativas, lo que subraya la necesidad de buscar consultas especializadas antes de proceder a la SP (11).

Los fármacos de primera elección son las benzodiacepinas, siendo el midazolam el más utilizado a nivel global debido a sus propiedades farmacocinéticas, como la rapidez y brevedad de acción y su ductilidad para ser administrado por vía subcutánea (2,5,17). Para el tratamiento del delirium agitado o la agitación, se recomienda frecuentemente la combinación con neurolepticos (como haloperidol o levomepromazina) (2,5,33). Es importante notar que los opioides (p. ej., morfina) se utilizan para tratar la disnea o el dolor, pero no son los sedantes primarios y no se recomienda su uso exclusivo para inducir la sedación (5,10). El monitoreo durante la SP, que debe ser continuo hasta alcanzar el nivel de sedación óptimo (aliviando el síntoma), se limita principalmente a la observación del confort, el alivio de los síntomas y la detección de efectos adversos (12).

Un estudio reciente en 2025 reunió un grupo de profesionales especializados en cuidados paliativos para consensuar dosis e intervalos de corte de 11 fármacos potencialmente sedantes (lorazepam, midazolam, haloperidol, levomepromazina, propofol). A partir de ese consenso, propusieron puntos de corte que son instrumentos para generar dosis razonables para una sedación leve o profunda. Estos umbrales permiten identificar mejor la sedación no intencional, apoyar el juicio clínico sobre la causa de la disminución del estado de conciencia y favorecer el cumplimiento de las guías de sedación paliativa (34). De aquí la importancia de seguir una metodología para la aplicación de la SP.

El rol del equipo de Cuidados Paliativos (CP) es indispensable, ya que la decisión de la SP requiere una deliberación compartida y una evaluación interdisciplinaria rigurosa (5,11). El equipo, que debe incluir profesionales capacitados como médicos, enfermeros, psicólogos y asesores espirituales, juega un papel clave en la comunicación eficaz y transparente con el paciente y su familia (11). Es necesario explicar los objetivos terapéuticos, las modalidades de sedación (continua o intermitente) y las posibles consecuencias, como la “muerte

social” del paciente, para que la familia pueda prepararse (11,20). Un elemento crítico en la práctica, especialmente en la atención domiciliar realizada por personal no especializado, es la falta de seguimiento y acompañamiento adecuado del paciente y el cuidador una vez iniciada la sedación, un área que debe ser mejorada para garantizar el confort continuo y el apoyo emocional a la familia (2,11).

La Guía de Práctica Clínica del IMSS sobre Detección y manejo del colapso del cuidador (IMSS-781-15) reconoce formalmente el riesgo de sobrecarga y deterioro físico-emocional en quienes cuidan a personas con enfermedades crónicas avanzadas y propone un abordaje estructurado que incluye tamizaje sistemático, identificación de factores de riesgo, intervención médica, psicológica y de trabajo social, así como apoyo específico desde enfermería. En el contexto de la sedación paliativa en enfermedades no oncológicas, esta guía señala que la calidad de la decisión y del acompañamiento al final de la vida depende también de la capacidad del sistema para prevenir y tratar el colapso del cuidador, y no sólo de los protocolos farmacológicos (35).

Riaño Zalbidea (36) subraya que, en el contexto de envejecimiento poblacional y aumento de enfermedades crónicas con insuficiencia renal o cardiovascular, los cuidados paliativos en el enfermo no oncológico no sólo son una necesidad sino un deber, apoyado en principios de justicia, igualdad y equidad que exigen ofrecer el mismo estándar de atención paliativa a todas las patologías con necesidades similares.

6. Retos y propuestas

La Sedación Paliativa (SP) se enfrenta a importantes retos de estandarización derivados de la ambigüedad en los criterios clínicos y la necesidad de una delimitación ética constante. La literatura evidencia una gran dispersión en la prevalencia de la SP a nivel internacional, lo cual sugiere una notable falta de uniformidad en los criterios aplicados para su indicación (10).

Un desafío fundamental es la dificultad para establecer con objetividad el sufrimiento refractario, ya que su grado de intolerabilidad es un criterio subjetivo del paciente (33). Además, la falta de experiencia o el conocimiento insuficiente por parte del personal no especializado pueden conducir a etiquetar un síntoma de difícil gestión como refractario de manera inapropiada (10-11). El debate se intensifica en casos de sufrimiento emocional o existencial, cuya evaluación y criterios de aplicación no están universalmente definidos (5). La persistente desinformación en la sociedad y entre algunos profesionales exige un esfuerzo continuo para diferenciar claramente la SP de la eutanasia, práctica con la que se confunde erróneamente (6,13,37).

Estos retos se ven magnificados por la carencia de guías clínicas específicas y la disparidad formativa, especialmente en el manejo de pacientes con enfermedades terminales no oncológicas (ETNO) y en entornos no especializados. Existe una importante laguna de conocimiento acerca de la SP realizada a nivel domiciliario por personal que no pertenece a unidades expertas (2).

En paralelo, revisiones Cochrane sobre modelos de “hospital en casa” al final de la vida indican que aumenta la probabilidad de morir en el domicilio, lo que subraya que las decisiones sobre sedación paliativa deben pensarse también en contextos domiciliarios y no solo hospitalarios, lo cual representa otro nuevo desafío para los profesionales de la salud (38).

Dicha práctica en la población ETNO se ha observado en servicios de urgencias y atención primaria, revela deficiencias como el desconocimiento del nivel de sedación alcanzado y una falta de seguimiento y acompañamiento adecuado del paciente y el cuidador una vez que se inicia la intervención (2). De manera general, la falta de protocolos institucionalizados lleva a que el procedimiento sea gestionado a menudo de forma individual, sin el apoyo de una deliberación colegiada (4). La ausencia de guías unificadas dificulta, además, la correcta documentación de los procesos decisionales y clínicos, comprometiendo la transparencia y la calidad de la atención al final de la vida (14).

Para garantizar la calidad y la rectitud ética de la SP, se proponen diversas líneas de acción. Es fundamental que las instituciones sanitarias desarrollen e implementen caminos decisionales y asistenciales rigurosos para la SP (11). Estos instrumentos deben estandarizar los criterios para confirmar la refractariedad sintomática (incluyendo la evaluación holística del sufrimiento psico existencial) y detallar la farmacología y la proporcionalidad del acto (10). Es vital fortalecer la formación avanzada y continua del personal sanitario no especializado para mejorar la identificación temprana de las necesidades paliativas (2,5). Además, se debe mejorar la documentación en la historia clínica (14), asegurando la transparencia del proceso y el registro del consentimiento informado. Implementar la consulta de ética clínica en los grupos de CP es un recurso valioso para guiar la deliberación en los casos más complejos, promoviendo una toma de decisiones compartida que respete la autonomía y dignidad del paciente hasta el final de su existencia (11).

Conclusión

La Sedación Paliativa (SP) se reafirma como una práctica profundamente ética y compasiva, siendo el último recurso terapéutico para el manejo del sufrimiento refractario y multidimensional en pacientes con enfermedades terminales, incluidas las patologías no oncológicas (5). Su licitud se basa en la intención inquebrantable de aliviar el sufrimiento y garantizar la dignidad, sin que medie la voluntad de acelerar el proceso de la muerte (6,12-13).

La aplicación clínica revela la necesidad urgente de estandarizar criterios para definir la refractariedad sintomática (10), especialmente en la población no oncológica cuya trayectoria de enfermedad es incierta. (11). Es imprescindible fortalecer la formación avanzada y continua del personal de salud en SP y bioética (5,2,4), así como mejorar la documentación clínica del proceso deliberativo y del consentimiento informado para asegurar la transparencia de la práctica (14).

Un aspecto crucial en las ETNOs es la toma de decisiones, el declive cognitivo o la incapacidad para expresar la voluntad en fases terminales exige un proceso deliberativo robusto y multidisciplinario. Este debe garantizar la participación activa del equipo de Cuidados Paliativos, bioeticistas y, de manera fundamental, de la familia y los representantes legales, respetando siempre las voluntades anticipadas del paciente. Es esta colaboración la que permite aplicar los principios de proporcionalidad y autonomía en situaciones donde el pronóstico es incierto y la comunicación, limitada (8-12).

Finalmente, se subraya la importancia de que la sociedad y los gobiernos promuevan una cultura paliativa como un derecho humano fundamental (5,6) superando la desinformación y los mitos que la asocian erróneamente con la eutanasia (37), a fin de que la SP sea comprendida en su utilidad como un medio ético y humanizado para asegurar la calidad de vida y el alivio del sufrimiento total (físico, psicológico y existencial) en el tramo final de la existencia.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Aibar Abad MP. Prescripción farmacológica en la última semana de vida en pacientes ingresados en un hospital [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2018.
2. 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 retrospectivo. *Med Paliat*. 2022; 29(1):19-28. <https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1274/2021>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2024. Comunicado de prensa 142/25; 10 nov 2025 [Internet]. [citado 9 diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024-def_CP.pdf

4. Iannone MT, Fabiano V, Basile R, Caprini C, Cassetta E, Colizza S. Cuidados paliativos al interior de una estructura hospitalaria: ¿una hipótesis concreta o una provocación? Consideraciones de un grupo de trabajo constituido al interior del Hospital Fatebenefratelli de la Isla Tiberina de Roma. *Medicina y Ética*. 2014; 25(1):13-60.
5. Delgado Rengifo AN, García Looz GY, Solórzano Buenaventura FJ. Sedación en cuidados paliativos. *RECIAMUC*. 2024; 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)
6. Riveros-Ríos ME. Sedación paliativa en covid19. Conocimientos y actitudes. *Apuntes de Bioética*. 2021; 4(1):52-65. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.571>
7. Souza AA, Borges GS, Oliveira ERNC, Bretones LAL. Sedación paliativa para controlar el sufrimiento existencial refractario: diagrama de flujo. *Rev Bioét*. 2023; 31:e3605ES. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233605ES>
8. Doyle D, Woodruff R. The IAHPIC Manual of Palliative Care. 3rd ed. Houston (TX): IAHPIC Press; 2013 [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://iahpic.org/resources/publications/manual-of-palliative-care/>
9. Castillo Guzmán AC, Arocha Mariño C, Castillo Arocha I, Cueto Cañabate ME, Armas Rojas NB, González Greck OR. El enfermo cardiovascular, el cardiólogo y la bioética. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc*. 2010; 16(4):509-14.
10. Taboada PR. Sedación paliativa (parte I). Controversias sobre términos, definiciones y aplicaciones clínicas. *Acta Bioeth*. 2012; 18(2):155-162. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2012000200003>
11. Carassiti M, De Benedictis A, Comoretto N, Vincenzi B, Tambone V. Propuesta de un camino decisional y existencial para la sedación paliativa. *Medicina y Ética*. 2014; 25(1):145-163.
12. Menezes MS, Figueiredo M da G M da C de A. The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019; 69(1):72-77. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.03.002>
13. Eich M, Verdi MIM, Finkler M, Martins PPS. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):733-44. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0853>
14. Hernández-Bello E, Gasch-Gallén Á. Cuestiones éticas en los registros clínicos de un grupo de pacientes terminales ingresados en un hospital de tercer nivel. Carencias y mejoras. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94:e202005030.
15. Gómez Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Casado M, Ciprés L, Gándara A. Guía de sedación paliativa. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2021.
16. Molina J. La sedación paliativa ante síntomas refractarios: revisión de datos bibliográficos. *Vida y Ética*. 2008; 9(1) [Internet] [citado 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina.
17. Taboada RP. El principio de proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos. *Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1998; 27(1):17-23.

18. Kircher CE, Hanna TP, Tranmer J, Goldie CE, Ross-White A, Moulton E, et al. Defining "early palliative care" for adults diagnosed with a life-limiting illness: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2025; 24:93. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01712-7>
19. Reymond L, Parker G, Gilles L, Cooper K. Home-based palliative care. *Aust J Gen Pract*. 2018; 47(11):747-752.
20. Rosenblum AM, Chasen MR. Palliative care: who is responsible? *J Natl Compr Canc Netw*. 2018; 16(6):791-792. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.7047>
21. García Romo E, Valle Borrego B, Galindo Vázquez V, Sánchez Chica P, Martín Molpeceres E, Pfang B. Sedación paliativa en una unidad de cuidados paliativos de un hospital de tercer nivel: ¿es habitual el sufrimiento emocional o existencial? *Med Paliat*. 2019; 26(4):290-299. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1071/2019>
22. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ. Palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities. *J Am Coll Cardiol*. 2017; 70(15):1919-1930. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.08.036>
23. Paal P, Lorenzl S. Patients with Parkinson's disease need spiritual care. *Ann Palliat Med*. 2020; 9(2):144-148. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.11.24>
24. Pomej K, Masel EK, Kreye G. Palliative care in terminally ill advanced chronic liver disease patients. *Wien Klin Wochenschr*. 2025; 137:342-350. <https://doi.org/10.1007/s00508-024-02436-z>
25. Townsend K. Demoralisation in palliative care. *Lancet Oncol*. 2018; 19(2):168.
26. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. *Diario Oficial de la Federación*. 2014 dic 9 [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014
27. Cuidados paliativos en pacientes adultos. Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica (GPC IMSS-440-11). México: IMSS; 2017 [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/440GER.pdf>
28. Loffredo AJ, Chan GK, Wang DH, Goett R, Isaacs ED, Pearl R, et al. United States best practice guidelines for primary palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2021; 78(5):658-669. <https://doi.org/10.1016/j.annemerg-med.2021.05.021>
29. Volonnino G, D'Antonio G, Cuomo F, Pellegrini L, Di Fazio N, Ferrara M. Palliative care as a fundamental human right: where are we at in Italy? *Clin Ter*. 2024; 175(4):252-258. <https://doi.org/10.7417/CT.2024.5072>
30. Kontro M. The development of palliative care in Finland and its societal impacts: a scoping review. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2025; 21(1):72-93. <https://doi.org/10.1080/15524256.2025.2468217>
31. Cifuentes Vidal P. Cuidados paliativos y de final de la vida: legislación comparada. Reino Unido, Alemania y Taiwán. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Asesoría Técnica Parlamentaria; 2025.

32. Beauverd M, Mazzoli M, Pralong J, Tomczyk M, Eychmüller S, Gaertner J. Palliative sedation – revised recommendations. *Swiss Med Wkly*. 2024; 154:3590. <https://doi.org/10.57187/s.3590>
33. Sangalli L, Turriziani A. La sedación paliativa: los temas candentes. *Medicina y Ética*. 2014; 25(1):61-104.
34. Krauss SH, Rémi C, Bausewein C, Bazata J, Grebe A, Ostgathe C. “Is this sedation?” – a Group Delphi process to define cut-off doses and dosing intervals for potentially sedating drugs in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2025; 24:159. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01781-8>
35. Instituto Mexicano del Seguro Social. Detección y manejo del colapso del cuidador. Guía de Práctica Clínica IMSS-781-15. México: IMSS; 2015 [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>
36. Riaño Zalbidea V. Cuidados paliativos en el enfermo no oncológico [monografía en Internet]. Paliativos sin Fronteras; 2007 [citado 2 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-RIANO-ZALBIDEA.pdf>
37. Halfeld JC, Caldana J. Sedación paliativa terminal en Brasil: revisión integradora de la literatura. *Rev Bioét*. 2023; 31:e3625ES. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233625ES>
38. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 3:CD009231. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231.pub3>