

2. Sedación paliativa en paciente frágil en urgencias hospitalarias y domiciliarias

PALLIATIVE SEDATION IN FRAGILE PATIENT IN HOSPITAL AND HOME EMERGENCY

Catherine Susan Timana Cruz

Graduada de Médico Cirujana, Adjunta del servicio de Urgencias de Hospital Clínic Seu Plató.

RESUMEN

El entorno sobre el cual se lleva a cabo la sedación paliativa tiene una gran relevancia en el manejo de los pacientes frágiles, tanto en el entorno de atención y cuidados domiciliarios o hospitalarios, debido a que el fin como tal es brindar al paciente el alivio sobre los síntomas refractarios que esta evidencia, tales como: delirium, agitación, ansiedad, déficit respiratorio y dolor crónico. La presente revisión bibliográfica tiene como fin principal el describir el proceso de aplicación de sedación paliativa en pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias, por lo que se compilaron un total de 15 referentes bibliográficas de los últimos 5 años de producción científica, encontrados en las bases de datos de Scopus, PubMed y el buscador de Google académico, mediante el ingreso de las ecuaciones de búsqueda establecidas, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados muestran que La sedación paliativa en pacientes frágiles en entorno hospitalario y domiciliario, se debe fundamentar en los criterios considerados según las características individuales del paciente frágil, tales como: la presencia de la gravedad de los síntomas refractarios, el grado de fragilidad, la presencia de comorbilidades y los recursos disponibles en cada entorno. En ambos entornos se evidencia el manejo adecuado en la mayor parte de reportes sobre la sintomatología refractaria de: delirio, disnea y dolor, así como el requerimiento de brindar alivio a los síntomas que presentan los pacientes en etapas terminales o condiciones de fragilidad severa, donde la mejora sobre la calidad de vida es indispensable para darle un final de vida digno.

Palabras claves: Sedación paliativa, paciente frágil, urgencias hospitalarias, domiciliario.

ABSTRACT

The environment in which palliative sedation is carried out is of great relevance in the management of frail patients, both in the home and hospital care and attention environment, because the purpose as such is to provide the patient with relief from the refractory symptoms that this evidence, stories such as: delirium, agitation, anxiety, respiratory deficit and chronic pain. The main purpose of this bibliographic review is to describe the process of applying palliative sedation in frail patients in hospital and home emergency environments, therefore a total of 15 bibliographic references from the last 5 years of scientific production were compiled, found in the Scopus, PubMed and Google Scholar search databases, by entering the established search equations, which met the inclusion and exclusion criteria. The results show that palliative sedation in frail patients in hospital and home settings should be based on criteria considered according to the individual characteristics of the frail patient, such as: the presence of severity of refractory symptoms, the degree of frailty, the presence of comorbidities and the resources available in each setting. In both settings, adequate management is evident in most reports on refractory symptoms of delirium, dyspnea and pain, as well as the requirement to provide relief to the symptoms presented by patients in terminal stages or conditions of severe frailty, where improving the quality of life is essential to give them a dignified end of life.

Keywords: Palliative sedation, frail patient, hospital emergency, home care.

INTRODUCCIÓN

Sedación paliativa

La *sedación paliativa* es un procedimiento médico que tiene como fin mitigar el sufrimiento intenso que padecen pacientes frágiles o en etapas finales de una enfermedad, el cual consiste en la aplicación proporcional y el monitoreo del suministro de fármacos utilizados para la reducción de la conciencia y mejoramiento de la calidad de vida de pacientes que poseen patologías que restringen la vida (1).

Acedo & Rodríguez, (2021), define la *sedación paliativa*, como una reducción de forma deliberada del grado de conciencia del paciente frágil, el cual una vez dado el consentimiento oportuno, a partir del suministro de medicamentos prescritos y dosificaciones óptimas, con el fin de reducir el sufrimiento que desencadena la enfermedad, indicados por síntomas como: delirium, disnea, agitación y dolor extremo. Sin embargo, los consensos indican que la reducción de la conciencia debe ser del nivel suficiente para obtener el alivio suficiente y no tendrá otros fines que no sean necesariamente estrictos o requeridos.

El "*síntoma refractario*" es definido como un síntoma que no puede controlarse a partir de terapias convencionales disponibles, usados por médicos especializados, en un lapso temporal razonable. Es indispensable la distinción y

consideración entre un síntoma difícil y refractario, debido a que algunos suelen ser similares, y podría estarse comprometiendo la vida del paciente al realizar un mal manejo de *sedación paliativa* (2).

La vía de administración, la cual por lo general es subcutánea e intravenosa, sin embargo, existen otras vías de alternativa utilizadas para el suministro de fármacos como: intramuscular o tras mucosa.

El entorno sobre el cual se aplica la sedación paliativa suele dividirse en hospitalario o domiciliario, el cual se realiza dependiendo de diversos factores, entre los cuales se mencionan:

- Bienestar del paciente
- Calidad de vida
- Disponibilidad de los recursos de la localidad
- Preferencias familiares y del paciente.
- Disponibilidad del apoyo equipo médico las 24 horas.

El entorno sobre el cual se lleva a cabo la sedación paliativa tiene una gran relevancia en el manejo de los pacientes frágiles, tanto en el entorno de atención y cuidados domiciliarios o hospitalarios, debido a que el fin como tal es brindar al paciente el alivio sobre los síntomas refractarios que esta evidencia, tales como: delirium, agitación, ansiedad, déficit respiratorio y dolor crónico.

En el entorno hospitalario los pacientes frágiles ingresan a urgencias médicas ante la presencia de comorbilidades complejas, así como la presencia de síntomas refractarios, donde la sedación paliativa es indispensable para el aseguramiento del confort del paciente, especialmente en casos terminales o críticos (3).

En el caso de la atención domiciliaria este recibe un rol indispensable en pacientes frágiles y familiares que desean por preferencia que el manejo se lleve a cabo en sus hogares, residencias o centros de retiro. En estas situaciones la sedación paliativa impacta sobre el confort y autonomía del pacientes y familiares, evitando que se lleven a cabo desplazamientos innecesarios hacia los centros médicos y permitiendo que se lleve a cabo el manejo de la patología en ambientes cómodos y tranquilos. En ambos entornos, el proceso de sedación paliativa debe ser manejado de forma integral y con dosificaciones de fármacos sedantes específicos de cada paciente (4).

Entre los fármacos de uso frecuente se encuentran: midazolam, levomepromazina, fenobarbital y Propofol (1,5).

Teniendo en cuenta que la aplicación de la sedación paliativa puede ser manejada en entornos domiciliarios y hospitalarios, la presente investigación de revisión bibliográfica tiene como fin principal describir a partir de la evidencia científica, cuáles son las características y desafíos que las diferencian.

Objetivos

Objetivo general

Describir el proceso de aplicación de sedación paliativa en pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias.

Objetivos específicos

Determinar cuáles son los protocolos y estrategias utilizados para aplicación de sedación paliativa en pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias.

Enunciar cuales son las diferencias entre la aplicación de la sedación paliativa de pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias.

Determinar cuáles son los factores que influyen en la decisión entre el manejo de pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias.

Describir cuales son los desafíos y barreras del uso de la sedación paliativa en pacientes frágiles en entorno de urgencias hospitalarias y domiciliaria.

Justificación de la investigación dentro del contexto de la aplicación de la sedación paliativa en pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalaria y domiciliaria

La *Sedación paliativa* en pacientes frágiles posee una gran importancia en el área médica referido a las características específicas que poseen esta población, las cuales tienden a ser más vulnerables al desarrollo de sintomatologías difíciles de manejar e intensas durante la etapa final de la patología. El manejo de pacientes frágiles, especialmente los de múltiples patologías crónicas o de edad avanzada, suelen llegar a padecer de sufrimiento emocional, psicológico y físico, el cual no logra ser aliviado a partir de tratamientos convencionales, por lo que la *sedación paliativa*, le brinda la paciente una alternativa que influyen en el bienestar y mejora de la calidad de vida durante sus últimos días o situaciones críticas de la patología (6,7).

El manejo de pacientes frágiles a partir de la sedación paliativa es importante por diversas razones, dentro de las cuales podemos mencionar:

- El alivio al sufrimiento de síntomas intensos, tal como: delirium, problemas respiratorios, dolores crónicos, agitación, ansiedad, entre otros.
- Mitigación de la carga emocional y física que requiere el soportar síntomas intensos.
- Mejoramiento de la calidad de vida del paciente durante situaciones críticas o en la etapa final de vida.
- Reducción de las tasas de complicaciones, tal como: caídas o procesos infecciosos.
- Dignidad y respeto sobre los deseos y autonomía del paciente, que permite mitigar la agonía que padecen ante síntomas intensos (8).

La aplicación de la sedación paliativa en pacientes frágiles es indispensable para el aseguramiento de un tratamiento compasivo, holístico y ético que permite respetar a su vez los deseos del paciente, el cual alivia el sufrimiento ante síntomas refractarios de patologías que no pueden ser manejados ante tratamientos convencionales, mejorando de esta forma la calidad de vida y bienestar del paciente.

Así mismo establecer ante qué criterios un médico puede llegar a tomar la decisión del manejo del paciente frágil en los diversos entornos, por lo que es indispensable considerar cuales son los factores que influyen en la toma de decisiones, desafíos y barreras que representa la aplicación de la sedación paliativa, sin desestimar las preferencias o deseos de los pacientes y familiares.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El presente estudio es una revisión bibliográfica de tipo descriptiva, que tiene como fin principal la descripción del proceso de aplicación de sedación paliativa en pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias.

Pregunta PICO

A continuación, se describe la pregunta PICO a la cual se da respuesta a partir de los resultados de la investigación de revisión bibliográfica. La pregunta establecida es; ¿Cómo influyen la aplicación de sedación paliativa en pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias? ¿Qué criterios son considerados para la elección del entorno de manejo mediante la sedación paliativa en pacientes frágiles?

Fuentes de datos

Las fuentes de datos científicas utilizadas para recopilación de la información son: Scopus, PubMed y el buscador de

P: paciente	Paciente frágil
I: Intervención	Sedación paliativa
C: Comparador	Sin intervención de la sedación paliativa
O: Resultados	Resultados de intervención mediante sedación paliativa en pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias.

Google académico, mediante el ingreso de las ecuaciones de búsqueda establecidas.

Ecuaciones de búsqueda

Las ecuaciones de búsqueda se establecieron mediante el uso de las palabras claves: sedación paliativa, paciente frágil, urgencias hospitalarias, domiciliario, y sus pertinentes descriptores en ciencias de la salud, así como el uso de los operadores booleanos: AND, OR. En la tabla 1, se evidencian los descriptores en ciencias de la salud.

Las ecuaciones de búsqueda establecidas para el análisis de la línea de investigación fueron:

- (Sedación paliativa) AND (Paciente frágil) AND (fragilidad) AND ((Urgencias hospitalarias) OR (domiciliaria))
- (Palliative sedation) IN (Fragile patient) AND (fragility) IN ((Hospital emergency) OR (home care))
- (Sedación paliativa) AND ((Urgencias hospitalarias) OR (domiciliaria))
- (Palliative sedation) AND ((Hospital emergency) OR (home care))

Criterios de selección

Los principios para decidir la selección fueron establecidos para incluir al análisis de la revisión bibliográfica do-

Tabla 1. Descriptores en ciencias de la salud.

Palabra clave	MeSH	DeCS	Descripción
Sedación paliativa	palliative sedation	Sedación paliativa	"Depresión de la conciencia inducida por fármacos durante la cual los pacientes responden voluntariamente a órdenes verbales, solas o acompañadas de una estimulación táctil leve. No es necesaria ninguna intervención para mantener las vías respiratorias permeables" (9)
Paciente frágil	frail patient	Debilidad Síndrome de la Fragilidad Síndrome del Paciente Frágil	"Estado de mayor vulnerabilidad a factores estresores tras la disminución de la función y las reservas en múltiples sistemas fisiológicos, caracterizado por DEBILIDAD MUSCULAR, FATIGA, bajo rendimiento motriz, baja actividad física y pérdida de peso involuntaria" (10)
Urgencias hospitalarias	hospital emergency	Emergencias	"Situaciones o condiciones que necesitan intervención inmediata para evitar consecuencias riesgosas serias" (11)
Domiciliario	Respite care Home care	Cuidados intermitentes Cuidado de Relevo en el Hogar Relevo en el Hogar	"Atención proporcionada a pacientes en casa o en instituciones, en forma intermitente para proporcionar alivio temporal a la familia" (12)

cumentos que den respuesta a los objetivos de la investigación, dentro de los cuales se encuentran:

Criterios de inclusión

- Artículos científicos de diseño cualitativo, cuantitativo, enfoque mixto, retrospectivo, prospectivo y casos clínicos.
- Artículos científicos publicados entre los años 2019 al 2024.
- Artículos científicos sobre la descripción de los protocolos y estrategias utilizados para aplicación de sedación paliativa en pacientes frágiles en entornos de urgencias hospitalarias y domiciliarias.
- Documentos que incluyan pacientes frágiles, especialmente los de múltiples patologías crónicas o de edad avanzada.
- Artículos de acceso completo.
- Artículos encontrados en las bases de datos de Scopus, PubMed y el buscador de Google académico.

Criterios de exclusión

- Documentos con enfoque teórico, descriptivo o guías clínicas.
- Artículos científicos publicados en años menor al 2019.
- Artículos científicos sobre la aplicación de la sedación durante procedimientos quirúrgicos o manejo de dolor no paliativo. También se excluirán documentos que no evidencien la descripción de estrategias o protocolos de sedación paliativa, o que no se enfoquen en entornos de urgencias o cuidados domiciliarios.
- Artículos de acceso limitado o pago.

Procesamiento de la información

Una vez elegido el material bibliográfico, se procedió al desarrollo del análisis de los documentos reportados en Scopus a partir de la siguiente ecuación de ingreso: TITLE-ABS-KEY (palliative AND sedation) AND PUBYEAR > 2019 AND

PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Sedation") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Palliative Therapy")) AND (LIMIT-TO (OA , "all")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar"))).

El análisis permitió observar los ámbitos: producción científica de los últimos 5 años, subáreas de investigación y distribución geográfica de interés según línea de investigación.

Seguido a esto se procesó la información seleccionada según los criterios de elección. Los documentos elegidos en las 2 bases de datos y documentos encontrados en el buscador de Google académico se procesaron a partir de la tabla de resumen de resultados, para la visualización y análisis de: población muestra, método y aporte relevante.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Análisis de resultados

El análisis según la base de datos de Scopus reportó inicialmente un total de 232 documentos científicos, teniendo en cuenta los filtros: áreas claves (Terapia paliativa; Sedación), tipo de acceso (Acceso abierto), tipo de documento (Artículos), rango de publicación (Años 2020-2024).

En la figura 1 se refleja un total de 232 documentos publicados en los últimos 5 años de producción científica de los cuales el año 2021, cuando se decreta la baja del estado de alarma de la pandemia generada por el COVID.

En la figura 2, se observa la distribución por subáreas del manejo de pacientes frágiles a partir de la sedación paliativa, sobre el cual la subárea de la medicina refleja un porcentaje del 68,1% de interés en la línea de investigación mencionada, seguido de la subárea de enfermería y bioquímica con un porcentaje de 13,4% y 5,1%, respectivamente.

En la figura 3, se refleja la distribución geográfica según línea de investigación, donde se puede observar que Alemania, Estados Unidos y Reino Unido, encabezan la línea de investigación con valores de n: 37, 34 y 27, respectivamente. Y países como España e Italia reportan un total de 15 artículos cada uno.

Tabla 2. Resultado de la investigación.

Autor/año	Tipo de investigación	Muestra	Entorno	Método	Resultado relevante
Veldwijk et al., (2021)	Retrospectivo	13 cuidadores-familiares de pacientes frágiles con sedación paliativa para el manejo de síntomas refractarios neuropsiquiátricos	Hospitalario	Entrevista semiestructurada	La sedación paliativa de tipo continua es percibida como la mejor opción al tratamiento, sin embargo, es indispensable la inclusión de la consulta externa para la toma de decisiones respecto a la sedación intermitente (13)

Autor/año	Tipo de investigación	Muestra	Entorno	Método	Resultado relevante
Yokomichi et al., (2022)	Prospectivo de cohorte, multicéntrico.	1625 pacientes frágiles con cáncer	Hospitalario	Método de ponderación por puntaje de propensión	Los resultados revelan que el uso de la sedación profunda continua en dosis ajustadas no se relaciona estadísticamente con un tiempo de supervivencia más corto en pacientes frágiles con cáncer, así mismo la sedación profunda continua no refleja efectos sobre la supervivencia, pero cumple con la función de aliviar síntomas refractarios neuropsiquiátricos (14)
Schildmann et al., (2021)	Estudio de cohorte, retrospectivo multicéntrico	512 pacientes de residencias alemanas	Domiciliario	Análisis estadístico descriptivo y de regresión logística multivariante	Se aplicó sedación continua a pacientes frágiles de residencias alemanas para el manejo del dolor con: haloperidol, Propofol, levomepromazina y benzodiazepinas. (15)
Park et al., (2021)	Estudio de cohorte retrospectivo	663 pacientes frágiles diagnosticados con cáncer terminal	Hospitalario	modelo de riesgo proporcional de Cox, valoración por regresión múltiple	El uso de sedación profunda continua se relacionó con una tasa de supervivencia más larga, en pacientes frágiles, la cual fue indicada debido a la presencia de síntomas como: disnea, dolor crónico, agitación o delirio (16).
Araujo et al., (2022)	Estudio de cohorte	retrospectivo	906 individuos frágiles con diagnóstico de cáncer avanzado	Análisis estadístico comparativa de la sedación paliativa continua.	La tasa de supervivencia hospitalaria de los pacientes con sedación paliativa fue un promedio de 9,30 días y los pacientes sin sedación fue de 8.2 días con una diferencia estadística de $p = 0.31$ (17).
Díez et al., (2020)	Estudio retrospectivo, transversal, observacional, multicéntrico	1447 pacientes pertenecientes a 145 hospitales de Argentina y España.	Hospitalario	Análisis estadístico	Los resultados muestran que el síntoma evidenciado con mayor frecuencia fue la disnea, y los sedantes con mayor porcentaje de uso fueron: 77% el midazolam y el 89,7% la morfina. En el 25,7% de los pacientes se le suministró una dosis de inducción y en el 70% la dosis es de rescate, donde el 49,5% requirió de hidratación continua (18)
Kim et al., (2019)	Estudio retrospectivo, de cohorte, multicéntrico	8309 pacientes frágiles en estadio de cáncer terminal	Hospitalario	Análisis estadístico	Se indicó sedación paliativa en el 16,1% de los pacientes con cáncer terminal, debida a síntomas refractarios como: disnea (21,9%), dolor crónico (23,1%) y delirio (39,3) (19)
Romo et al., (2019)	Estudio retrospectivo	299 pacientes que asistían al Hospital Fundación Jiménez Díaz	Hospitalario	Test de Fisher y Student.	Se reporta el uso de sedación paliativa en 31% de los pacientes con diferencias estadísticamente significativas entre el requerimiento de sedación de $p < 0,001$, donde los principales síntomas para la prescripción fueron: 37% delirium, 16% sufrimiento de nivel espiritual, 15% multifactorial, siendo los fármacos con mayor indicación el midazolam en el 93% de la población y el midazolam con neuroléptico en un 67% (20)
Morgado et al., (2020)	Estudio retrospectivo	141 pacientes frágiles con diagnóstico de cáncer avanzado con sedación paliativa	Hospitalario	Análisis estadístico porcentual	Dentro de los síntomas refractarios por los cuales se prescribió el uso de sedantes fueron: 22% dolor crónico, 42,5% delirio y dolor. La vía de suministro del fármaco sedante con mayor uso fue la subcutánea con una incidencia del 46,8% (21)

Autor/año	Tipo de investigación	Muestra	Entorno	Método	Resultado relevante
Torres et al., (2020)	Estudio prospectivo	323 pacientes que asistieron a servicios de urgencias catalanes.	Hospitalario	Análisis estadístico porcentual, demográfico, Índice de Charlson (IC)	El 27% de la población muestra considero el tratamiento de sedación paliativa, con un lapso de inicio de 18-28 después de la llegada a urgencia hospitalarias, donde el 74,2% de la población fallecieron durante la asistencia a emergencias hospitalaria de centros médicos catalanes (22)
Moreno et al., (2022)	Estudio retrospectivo, observacional, transversal.	712 casos de pacientes con sedación paliativa que asistieron al servicio de urgencias de Málaga.	Domiciliario	Análisis estadístico porcentual.	El 16,4% de los pacientes recibieron sedación paliativa, el 67,2% de los pacientes padecían de patologías crónicas no oncológicas, con síntomas refractarios del 76,1% de disnea, 21,4% delirium, siendo el fármaco sedante con mayor uso el midazolam en un 94,9% (23)
Ribeiro et al., (2024)	Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal	323 pacientes frágiles	Domiciliario	Análisis estadístico porcentual	Se evidencia un incremento estadísticamente significativo sobre el manejo de sedación paliativa "pro re nata" con los decesos en el entorno hogar, con un valor de $p = 0,021$ (24)
Mota et al., (2021)	Estudio transversal, multicéntrico, descriptivo.	149 pacientes frágiles	Domiciliario	Análisis estadístico, valoración el índice Frail-VIG, el índice de pronóstico paliativo, entre otros.	Los resultados indican que se requiere de que se debe tener a consideración los recursos que se dispongan en las residencias referente a los cuidados paliativos, teniendo en cuenta la complejidad de estos (25)
Tanusepruto et al., (2024)	Estudio retrospectivo de cohorte.	55916 pacientes frágiles	Domiciliario	Análisis estadístico	El 64,7% de los pacientes frágiles fallecidos se les prescribió mínimo 1 fármaco subcutáneo en la última etapa final de vida. El 62,7% de los medicamentos prescritos fueron opioides (26)
Deniau et al., (2024)	Estudio retrospectivo	352 pacientes frágiles	Domiciliario	Análisis estadístico porcentual	Los resultados evidencian que los primordiales síntomas refractarios evidenciados fueron 43% disnea y 17% dolor (27)

DISCUSIONES

La fragilidad en los pacientes, tipos de sedación y su impacto en la sedación

Los resultados presentados por Yokomichi et al., (2022) mediante un estudio prospectivo de cohorte multicéntrico, en una muestra poblacional de 1625 pacientes frágiles diagnosticados con cáncer avanzado, que fueron sometidos a la aplicación de sedación profunda continua debida a la presencia de síntomas refractarios tales como: fatiga y dolor, disnea y delirio o agitación (figura 4), indican que el lapso desde el primer día de PPS20 hasta la prescripción de la "sedación profunda continua fue de 1,4 días", siendo los sedantes más utilizados el: midazolam, fenobarbital, clorpromazina y levomepromazina (figura 5).

Las máximas dosificaciones en promedios de midazolam fue 26,5 miligramos al día, con un "volumen de hidratación" de 200 mililitros al día desde el primer día de iniciación de la sedación paliativa.

Mediante el análisis estadístico Yokomichi et al., (2022), evidencia que el uso de la sedación profunda continua en dosificaciones ajustadas no se relacionada estadísticamente con un tiempo de supervivencia más corto en pacientes frágiles con cáncer, así mismo la sedación profunda continua no refleja efectos sobre la supervivencia, pero cumple con la función de aliviar síntomas refractarios neuropsiquiátricos (14).

Los autores como Schildmann et al., (2021) sugieren que para la dosificación según el tipo de sedación aplicada y los pacientes manejados se deben establecer criterios de prescripción, tal como se evidencia en la tabla 3.

Romo et al., (2019), en su estudio evidencia la necesidad de prescripción de midazolam en el 93% de los casos de pacientes frágiles, e indica que este fármaco posee una eficiencia para la inducción rápida de la sedación y en el control del sufrimiento. Los autores sugieren el uso multimodal de fármacos mediante el empleo de midazolam más neurolépticos en el 67% de los casos, para el manejo de los síntomas físicos, el estado psíquico y el sufrimiento

Tabla 3. Tipo de sedante y dosificación recomendada según Schildmann et al., (2021) en población frágil en entorno domiciliario.

Fármaco sedante	Entorno domiciliario en pacientes frágiles (mg/día)	Entorno hospitalario pacientes en etapa final de vida (mg/día)
Midazolam	7	24
Lorazepam	2	4
Flunitrazepam	2	2
Diazepam	1	5
Clonazepam	1	No se reporta dosificación.
Lormetazepam	3	3
Oxazepam	2	30
Flunitrazepam	2	2
Levomepromazina	1	30
Propofol	No se utiliza	Es considerado para suministro continuo.
Haloperidol >5 mg/día	1	No se reporta dosificación.

Nota: Datos tomados de Schildmann et al., (2021), sobre dosificaciones estimados para el manejo de fragilidad de población adulta mayor y su referencia al manejo de pacientes en entornos hospitalarios.

a nivel emocional, indicando que este tipo de sedación es mas completa y permite el control de sintomatología refractaria y el sufrimiento a nivel espiritual de los pacientes.

Morgado et al., (2020), por otra parte, valoró también el uso del midazolam como método de sedación paliativa en pacientes frágiles con sintomatología refractaria, los autores reflejan también la eficiencia para el alivio rápido y eficaz de los síntomas de delirio y dolor, los cuales se evidenciaron con mayor frecuencia en los pacientes frágiles. La sedación paliativa propuesta por los autores se llevó a cabo vía subcutánea en el 46,8% de los casos, sin embargo, la vía de suministro que permitió lograr el efecto con mayor eficacia fue la intravenosa, con un lapso aproximado de 6,6 horas. Los autores inferen que el midazolam es un fármaco relevante en la sedación paliativa para el manejo de sintomatología refractaria, el cual cumple un papel crucial dentro del entorno hospitalario, dado que en el 73% de los casos se evidenció este tipo de sedación dentro de este ámbito.

Entorno Hospitalario: Protocolos y estrategias para la sedación paliativa en urgencias

Veldwijk et al., (2021) mediante un estudio retrospectivo, donde analiza la percepción de 13 cuidadores-familiares de pacientes frágiles con sedación paliativa para el manejo de síntomas refractarios neuropsiquiátricos, en el entorno hospitalario, reporta que la sedación paliativa de tipo continua es percibida como la mejor opción al tratamiento, sin embargo, es indispensable la inclusión de la consulta externa para la toma de decisiones respecto a la sedación intermitente.

Los autores presentan la evidencia de las estrategias utilizadas en el manejo de sedación paliativa continua de 3 casos de pacientes frágiles, dentro de las cuales se recomendaron (13):

- Caso 1: aplicación de sedación paliativa a mujer de 78 años, con una duración hospitalaria de 18 meses, con prescripción de 30 mg de midazolam y, 15 mg de morfina en la etapa inicial, para el suministro de 165 miligramos por día de midazolam, en bomba de infusión, 60 mg al día de morfina, 2,5 mg/d de haloperidol, 25 mg/d de Levopromazina y Levopromazina con dosis máxima de 100 mg/d.
- Caso 2: aplicación de sedación paliativa a mujer de 80 años, con una duración hospitalaria de 30 meses, con prescripción para el suministro de 24 mg por día de Midazolam, 150 mg por día de levopromazina, 600 µg por día, suministrado via transdérmico de fentanilo.
- Caso 3: aplicación de sedación paliativa a hombre de 82 años, con una duración hospitalaria de 4 meses, con suministro de 60 mg por día de midazolam y 60 mg por día de morfina (13).

Park et al., (2021), en un estudio de cohorte retrospectivo, valoró el protocolo de aplicación de sedación continua profunda en 663 pacientes frágiles diagnosticados con cáncer terminal y su relación con el lapso de supervivencia a partir del tratamiento. La metodología aplicada consistió en la valoración a partir del "modelo de riesgo proporcional de Cox y el análisis de regresión múltiple", mediante el uso del inicio de la sedación continua profunda como punto de partida para la medición del lapso de supervivencia. Los resultados reportaron que el 58,2% de la muestra de población presento síntomas refractarios de agitación o delirio, el 28,9% dolor crónico y el 10,6% disnea. La metodología reportó un lapso mayor de supervivencia en comparación al grupo al cual no se le suministro la sedación paliativa, con un valor estadísticamente significativo de $P < 0,001$ (16).

Araujo et al., (2022), aborda el análisis del uso de sedación paliativa en pacientes frágiles en el entorno hospitalario mediante una investigación retrospectiva de corte, donde comparó la tasa de supervivencia de los casos de pacientes frágiles que habría recibido tratamiento con sedación paliativa vs los pacientes que no fueron tratados, indicando que el 10,2% de los casos fueron sedados en los pacientes con tasas elevadas de disnea, sufrimiento, dolor y delirio. Los resultados evidencian que no existe una diferencia estadísticamente significativa respecto al lapso de supervivencia hospitalaria entre los pacientes que recibieron tratamientos con sedantes y los que no, donde los valores medios fueron de 9,30 días vs 8,2 días, respectivamente, con un valor de $p=0,31$. Por lo que los autores sugieren que la sedación paliativa no impacta positiva, ni negativamente sobre la supervivencia hospitalaria, lo que refuerza la afirmación de que su enfoque es solo para el alivio de los síntomas refractarios.

Díez et al., (2020), indica que dentro de la sintomatología refractaria que sugiere el uso de la sedación paliativa en el entorno hospitalario son: 23,1% delirio, 24% sufrimiento

a nivel psicológico, 30,9% dolor y 74,3% disnea, siendo este último síntoma, el cual se reporta con mayor frecuencia en más del 70% de los pacientes frágiles. El manejo de la sedación paliativa es más propenso a desarrollarse en la población frágil con cáncer referentes a la dosificación de rescate en un porcentaje del 77,8%, que en pacientes frágiles sin cáncer con un porcentaje del 67,7%, con una diferencia estadísticamente significativa de $p = 0,015$, lo que indica que el tratamiento es más intensivo en este tipo de población.

Díez et al., (2020), refiere que el lapso de inicio de la sedación paliativa fue de 8,6 días en pacientes frágiles con cáncer versus a 6,3 días en pacientes frágiles sin cáncer, con una diferencia estadísticamente significativa de $p = 0,043$. El estudio propuesto por los autores refuerza la idea de que el manejo mediante la sedación paliativa es crucial para la reducción de los síntomas refractarios.

Kim et al., (2019), indica que la sedación paliativa fue motivada por la presencia de síntomas refractarios, tales como: disnea en el 21,9% de los casos, 23,1% por dolor intolerable y 39,3% por presencia de delirio. El lapso medio de sedación paliativa fue de 3 días, con reportes de alivios de síntomas agudos y no controlables. Los autores sugieren que la sedación paliativa puede ser considerada una herramienta indispensable en el manejo de la sintomatología refractaria, pero que, sin embargo, esta indicación depende a su vez del grado de especialidad médica, así como los años de experiencia de los profesionales.

Entorno domiciliario: Protocolos y estrategias para la sedación paliativa en paciente frágil

Así mismos autores como Schildmann et al., (2021) mediante una investigación retrospectiva de cohorte, multicéntrica llevada a cabo en el domicilio de población mayor en residencias alemanas, analizaron el tipo de sedantes y sedación aplicada en el entorno domiciliario, donde evidenciaron que los fármacos de uso más frecuente fueron: haloperidol, Propofol, levomepromazina y benzodiazepinas. El tipo de sedación aplicada fue continua mediante *"infusión parenteral continua durante $\geq 0,5$ horas o aplicación repetida que se espere que produzca sedación durante ≥ 24 horas"*.

Dentro de la estrategia de manejo de paciente, los autores reportan que el 21% de los residentes se les suministro mínimo 1 dosis de sedante en "la última semana de vida", así mismo se evidenció que durante los últimos 3 años el fármaco con mayor frecuencia de uso fue el Lorazepam con un porcentaje del 19%, seguido del lormetazepam en un 1%, el haloperidol y oxazepam con un 0,8% y la levomepromazina, midazolam y diazepam con un 0,2%.

Los síntomas refractarios que generaron la prescripción de sedación paliativa fueron: 32% ansiedad y 53% agitación. Por lo que los autores sugieren el establecimiento de criterios para el uso de sedantes de única dosis o de efecto continuo (figura 6).

El suministro se realizó vía oral para los fármacos: levomepromazina, oxazepam, lormetazepam, lorazepam, vía subcutánea para el suministro de midazolam, vía subcutánea, intravenosa y oral para la administración de haloperidol y vía rectal para el uso de diazepam (15).

Ribeiro et al., (2024) en un estudio retrospectivo y observacional en el entorno domiciliario, evidenció un cambio sobre los fármacos prescritos durante la primera consulta con el equipo multidisciplinar, desde la sedación fija hasta en la sedación "pro re nata" (cuando sea necesaria), con una variación media de 3,78 cambios versus 3,01 cambios, con rangos de cambio de 0-13 y de 0-8, respectivamente.

Así mismo los autores evidenciaron un incremento en la sedación "pro re nata", la cual presento una correlación estadísticamente significativa con los decesos en el entorno hogar, con un valor de $p = 0,021$, lo que indicaría que los fármacos son esenciales en el manejo de los síntomas refractarios en el entorno domiciliario. El estudio evidencia que la gran mayoría de pacientes frágiles pudieron ser manejados adecuadamente en el entorno hogar, especialmente los de sedación continua. Otro dato importante que la investigación resalta es que el manejo en el entorno domiciliar es una opción viable y deseable en la gran mayoría de los casos, el cual le permite al paciente estar en un entorno de confort y familiar, especialmente en aquellos que se encuentran en sus últimas etapas de vida. Un desafío que enfrenta este entorno es el retraso en la asignación de sedación paliativa y cuidados que puedan ser asignados por especialistas médicos o equipos multidisciplinarios.

Mota et al., (2021) en un estudio transversal, multicéntrico y descriptivo, llevado a cabo en 149 pacientes frágiles, sobre la sedación paliativa aplicada en el entorno domiciliario evidencio la presencia de síntomas refractarios, tales como: 22,1% de casos de pacientes con delirio y 6,1% de casos de pacientes con disnea, con difícil manejo de tratamientos convencionales. Por lo que la sedación paliativa es indicada como una probable solución para el alivio de los síntomas, un análisis relevante de la importancia del tratamiento paliativo en el alivio del sufrimiento extremo en pacientes geriátricos frágiles.

Dentro de la prescripción de psicofármacos se indicaron en un 81,2% de los casos del tipo de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos, para el control y manejo especial del delirium, entre otros síntomas. Sin embargo, se evidencio que el suministro excesivo de este tipo de medicamentos sin una supervisión adecuada puede generar un aumento sobre el grado de fragilidad del paciente y provocar el aumento al riesgo de deceso. Los autores indican que la sedación paliativa controlada en un entorno domiciliario puede ser una herramienta eficaz y segura, la cual proporciona un alivio a la sintomatología refractaria reduciendo los riesgos relacionados con el uso de psicofármacos.

Mota et al., (2021) reporta que la disnea es un síntoma refractario que se evidencia con mayor frecuencia en los pacientes frágiles geriátricos, generalmente en la población diagnosticada con demencia en estado avanzado. La investigación indica que el 6,1% de las situaciones de evidencia de síntomas refractarios como la disnea fueron manejados y controlados adecuadamente. Por lo que sugieren que, en los casos graves, la sedación paliativa sea una herramienta requerida para el alivio de este tipo de síntoma donde la aplicación de tratamientos convencionales no logra ser suficiente.

Lo que indica que se requiere de que tenga a consideración los recursos que se dispongan en las residencias referente a los cuidados paliativos, teniendo en cuenta la complejidad de estos, donde la formación de los profesionales, así como la disposición de herramientas para el diagnóstico especializado es indispensable para el manejo de síntomas complejos, como es el caso de la disnea y el delirium. Ya que para el manejo adecuado de la sedación paliativa se requiere que los profesionales cuenten con los conocimientos especializados en esta área y con el acceso a los recursos médicos indispensables, tales como equipos y fármacos (25).

Tanusepruto et al., (2024) evidenció que en el entorno domiciliario (hogares de residencias), el 64,7% de los pacientes frágiles fueron indicados por al menos un fármaco de suministro vía subcutánea para el control de los síntomas refractarios evidenciados en los últimos 14 días de vida, lo que destaca la relevancia en el uso de estrategias sobre lo que respecta al tratamiento de sedación paliativa, como herramienta eficaz para el alivio del sufrimiento de pacientes frágiles. En entornos domiciliarios, los datos reportados por los autores indican que el suministro de una tasa similar de prescripción de fármacos paliativos puede ser crucial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes dentro del entorno hogar.

Así mismo, los autores reportan que el 62,7% de los casos de pacientes frágiles, se les prescribió el tratamiento con opioides, con un porcentaje del 52,1% de suministro de hidromorfona del total de los casos, para el manejo de sintomatología refractaria, tal como: dolor severo. Se evidenció a su vez una variabilidad notable en lo que respecta a la tasa de prescripción de fármacos en los entornos domiciliarios con porcentajes entre los 37,3% al 82,5%, lo que puede indicar que el acceso a fármacos paliativos y el grado de formación del profesional son factores indispensables para el manejo de los síntomas refractarios.

Otros de los fármacos paliativos que fueron suministrados en el entorno hogar, fueron: en un 19,3% de los casos antipsicóticos, un 20,4% benzodiazepinas y un 31,2% de anticolinérgicos, prescritos para el manejo de los síntomas como: disnea, agitación y delirium. Tanusepruto et al., (2024) evidenció que dentro de la población muestra los síntomas presentados con mayor frecuencia fueron la agitación y el delirium, especialmente en pacientes con fragilidad severa, por lo que el manejo de sedación paliativa le permitió al paciente mejorar el grado de confort percibido.

Tanusepruto et al., (2024), sugiere que el entorno hogar y el manejo adecuado de los pacientes frágiles a partir de la sedación paliativa es una opción viable que permite mitigar los traslados hospitalarios innecesarios, incrementa la mejoría respecto al bienestar del y reduce los problemas de estrés para los cuidadores.

Deniau et al., (2024) en un estudio retrospectivo a un total de 352 pacientes frágiles sobre el uso de la sedación paliativa en el entorno domiciliario reportó que dentro de los principales síntomas refractarios evidenciados fueron 43% disnea y 17% dolor, por lo que se prescribió el manejo a partir de sedación continua y profunda en el 5% de los casos y se usó en el 46% de los pacientes el suministro de midazolam para la ansiólisis.

Autores como Moreno et al., (2022), ponen en evidencia los desafíos que enfrenta el uso de la sedación paliativa en el entorno domiciliario y las áreas de mejora que deben ser considerada en este entorno. El autor indica que el 16,4% de los pacientes frágiles recibieron tratamiento con sedación paliativa, de los cuales el 67,2% de estos padecían de enfermedades crónicas de tipo no oncológicas, donde la sintomatología refractaria por lo que se prescribió el tratamiento fue: 76,1% por casos de disnea y 21,4% por casos de delirium. Como desafío evidencian la falta de seguimiento continuo, donde el 72% de los casos no recibieron atención paliativa continua desde el inicio del proceso de sedación hasta el tiempo de deceso del paciente.

El fármaco con mayor prescripción en el entorno domiciliario fue el midazolam con un 94,9% de los casos, pero así mismo se evidenció el uso de levomepromazina para el manejo de síntomas refractarios como el delirium. Los resultados colocan en evidencia que se requiere de profesionales especializados para el manejo de la sedación paliativa en el entorno hogar y que es necesaria la mejora sobre la gestión y seguimiento tanto a la sintomatología como al tratamiento de sedación paliativa prescrita (23).

Diferencias en el manejo entre urgencias hospitalarias y entorno domiciliario

Respecto a las diferencias entre el entorno en el que se maneja la sedación paliativa a pacientes frágiles, autores como Deniau et al., (2024) y Romo et al., (2019) enuncian aspectos relevantes sobre el entorno domiciliario y hospitalario, a continuación, evidenciaremos ciertas diferencias entre ambos:

1. El manejo del modelo de atención en casos de urgencias en el entorno domiciliario, logra combinar los cuidados paliativos y críticos las 24 horas del día, o que permite la intervención inmediata en situaciones críticas, con un ambiente similar al evidenciado en el entorno hospitalario, donde se lleva a cabo el seguimiento continuo a los pacientes frágiles con sedación paliativa, sin embargo, el entorno domiciliario evidencia falencias en ciertas investigaciones en el seguimiento, control y disposición de recursos materiales y humanos para su manejo.
2. El proceso de toma de decisiones compartidas es un punto a favor en el entorno hogar, el cual en derivadas situaciones no puede realizarse en el entorno hospitalario, donde intervienen las decisiones de médico-paciente-familia. Por lo que el entorno hogar gira sobre la preferencia de pacientes y familiares.
3. Reducción de los casos de hospitalización no deseada, debida a que el 72% de los pacientes durante la fase de estudio reportada por Deniau et al., (2024) decidieron morir en su domicilio, por lo que se dio cumplimiento a sus deseos o preferencias.
4. Dentro del entorno hogar se puede establecer el protocolo de suministro de midazolam para el manejo de síntomas refractarios, donde se evidencia que este puede tratar de forma efectiva el alivio de los síntomas en el entorno hogar. Así mismo el entorno hospitala-

rio reporta resultados sobre el manejo de los principales síntomas como delirium y sufrimiento de nivel espiritual, siendo los fármacos con mayor indicación el midazolam en el 93% de la población y el midazolam con neuroléptico en un 67% (20).

Desafíos y barreras del uso de la sedación paliativa en el paciente frágil en entorno de urgencias y el domiciliario

Deniau et al., (2024) reporta que en entorno hogar se evidencias desafíos y barreras que deben ser considerados al momento de establecer el entorno sobre el cual se aplica la sedación paliativa, dentro de las cuales se encuentran:

1. La respuesta rápida y el acceso a recursos materiales y humanos (profesionales especializados en el manejo de pacientes). Deniau et al., (2024) evidencia que el tiempo medio de respuesta fue de 140 minutos, el cual en ocasiones puede ser insuficiente para el manejo de síntomas refractarios.
2. Aunque la toma de decisiones compartidas en derivados casos se evidencia como un punto a favor del entorno domiciliario, en otro puede convertirse en una situación de tensión o complicaciones si no se evidencia la claridad respecto a los deseos que presente el paciente.
3. La diversidad sobre los casos clínicos: la evidencia de pacientes con fragilidad crónica, la presencia de sintomatología refractarios y la gravedad aguda en ciertos casos puede requerir del enfoque de un equipo multidisciplinar, especialmente cuando se trata del suministro de sedación paliativa.
4. Los desafíos a nivel psicológico y emocional: los familiares y pacientes pueden experimentar problemas de

ansiedad, estrés y angustia sobre el proceso y toma de decisiones en el entorno domiciliario, principalmente cuando se requiere del manejo de sintomatología refractaria en las etapas finales de vida.

El entorno hospitalario por su parte evidencia desafíos y barreras que deben ser considerados al momento de establecer el entorno sobre el cual se aplica la sedación paliativa, dentro de las cuales se encuentran:

1. Déficits sobre el establecimiento de protocolos estandarizados y claros
2. Déficits sobre la presencia de profesionales especializados, especialmente cuando se trata de la sedación paliativa de tipo continua, la cual necesita de un enfoque de un equipo multidisciplinar.
3. Déficit para la toma de decisiones de tipo compartida, en ciertas ocasiones la preferencia sobre el tipo de sedación utilizada, especialmente la intermitente, no puede ser compartida completamente con la familia y el paciente, por lo que autores como Veldwijk et al., (2021) sugieren de a inclusión de la consulta externa para la toma de decisiones respecto a lo que se refiere a la sedación de tipo intermitente.
4. Autores como Torres et al., (2020), indican que la sedación paliativa en el manejo hospitalario reporta desafíos significativos, especialmente en lo que respecta en el lapso de inicio del tratamiento, que en algunos casos no es manejado a tiempo, la cual puede deberse a la tendencia de iniciar con tratamientos convencionales, antes de tomar la opción paliativa, donde el 70% de los casos reportados por autores como Torres et al., (2020), recibieron la atención paliativa con un inicio del tratamiento convencional.

Tabla 4. Factores y criterios que influyen en la toma de decisiones del manejo de sedación paliativa según el entorno.

Entorno	Factores-Criterios a considerar
Hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad y gravedad de los síntomas refractarios: presencia de grados severos de síntomas refractarios como; disnea grave, delirium agudo o dolor intenso, debido a que este entorno cuenta con equipo multidisciplinarios y recursos especializados. • Si el tipo de sedación requiere del monitoreo constante, indispensable para las prevenciones de complicaciones, manejo de eventos adversos y ajuste sobre las dosificaciones. • Condiciones medicas críticas del paciente, tales como: insuficiencia renal o problemas cardiacos, así como la evidencia de comorbilidades de tipo severas, que requieren de control y vigilancia constante del paciente. • Riesgo de complicaciones o crisis, que requieren de la intervención rápida, derivadas de problemas respiratorios. • Si el paciente requiere el monitoreo continuo de los signos vitales o si el entorno le proporciona seguridad al estado clínico del paciente.
Domiciliario	<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad y gravedad de los síntomas refractarios: ausencia de grados severos de síntomas refractarios como; disnea grave, delirium agudo o dolor intenso. • Preferencia de los pacientes y familiares sobre el deseo de fallecer en el entorno hogar. • Apoyo emocional, psicológico por parte de los familiares. • Disponibilidad del manejo de cuidados paliativos a domicilios, donde el paciente puede ser intervenido por los profesionales de forma remota y este puede ser asistido por el suministro de sedación vía oral o subcutánea por un cuidador entrenado del entorno hogar. • Expectativa de vida y grado de la fragilidad, especialmente en pacientes con condiciones de fragilidad extrema, donde el traslado hacia un entorno hospitalario no es deseado o se hace imposible, por lo que el entorno hogar se convierte en una opción viable (pacientes con patología terminales avanzadas). • Incremento del bienestar, confort y calma del paciente, que mitigue la ansiedad debida a la condición del mismo.

Factores que influyen en la decisión entre hospital y domicilio

En la tabla 4 se integra toda la información analizada de los 15 referentes bibliográficos seleccionados, para la enunciación de factores que influyen en la toma de decisiones del manejo de la sedación paliativa en el entorno hospitalario y el entorno domiciliario.

CONCLUSIONES

- La sedación paliativa en pacientes frágiles en entorno hospitalario y domiciliario se debe fundamentar en los criterios considerados según las características individuales del paciente frágil, tales como: la presencia de la gravedad de los síntomas refractarios, el grado de fragilidad, la presencia de comorbilidades y los recursos disponibles en cada entorno. En ambos entornos se evidencia el manejo adecuado en la mayor parte de reportes sobre la sintomatología refractaria de: delirio, disnea y dolor, así como el requerimiento de brindar alivio a los síntomas que presentan los pacientes en etapas terminales o condiciones de fragilidad severa, donde la mejora sobre la calidad de vida es indispensable para darle un final de vida digno.
- En el manejo de pacientes frágiles mediante sedación paliativa continua en el entorno hospitalario, refleja resultados efectivos para el control de síntomas especialmente en los casos de patologías neurodegenerativas y neoplasias terminales. Sin embargo, se hace necesario el establecimiento de protocolos óptimos para llevar a cabo el seguimiento y control a partir de un equipo multidisciplinar, así como la disposición de recursos cruciales para una intervención exitosa. En casos de prescripción de sedación de tipo intermitente, se requiere de un enfoque integral que permita que mediante consulta externa se valore la toma de decisiones en los casos complejos.
- El entorno domiciliario por su parte permite el manejo de pacientes con bajo grado de fragilidad o en casos donde la expectativa de vida y grado de la fragilidad es severa y donde el traslado hacia un entorno hospitalario no es deseado o se hace imposible, por lo que el entorno hogar se convierte en una opción viable (pacientes con patología terminales avanzadas).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Noriega Echevarría I, Navarro Marchena L. Sedación Paliativa. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2024.
2. Acedo Claro C, Rodríguez Martín B. Sedación paliativa. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2021; 14(2).
3. Morales CNP, Solarte NAP, Ríos EG, Muñoz TFT, Muñoz JCH, moreno Sánchez HM. Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo. Scientific and Educational Medical Journal. 2021; 3(1).
4. Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. Revista Colombiana de Cancerología. 2022; 26(1).
5. Calvo RC, Rero SN, Escura BF, Laborda BV, Marco CS, Elena CA. La sedación paliativa en pacientes con enfermedad terminal. Revista Sanitaria de Investigación. 2023; 4(12).
6. Pérez-Moreno DP, López-Ramírez JH, Torres-Espinosa C. Palliative care for patients with SARS-CoV-2/COVID-19 infection; proposal for a model of care. Revista mexicana de anestesiología. 2020; 43(4).
7. Hernández Gil Á, Fernández-Crehuet Navajas J, Castellanos Arroyo M. Eutanasia y cuidados paliativos. Comisión de Deontología y Ética médica de Andalucía. 2021.
8. Martínez AR. Asistencia sanitaria en el final de la vida; derecho o acción caritativa?: necesidad de una ley estatal de cuidados paliativos. Estudios Latinoamericanos de Relaciones Laborales y Protección Social. 2020; 10.
9. Bireme. Descriptores en ciencias de la salud. [Online].; 2024 [cited 2024 noviembre 10. Available from: HYPERLINK https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28846&filter=ths_termall&q=sedaci%C3%B3n. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28846&filter=ths_termall&q=sedaci%C3%B3n.
10. Bireme. Descriptores en ciencias de la salud. [Online].; 2024 [cited 2024 noviembre 10. Available from: HYPERLINK https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=56963&filter=ths_termall&q=paciente%20fr%C3%A1gil. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=56963&filter=ths_termall&q=paciente%20fr%C3%A1gil.
11. Bireme. Descriptores en ciencias de la salud. [Online].; 2024 [cited 2024 noviembre 10. Available from: HYPERLINK ["https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=4705&filter=ths_termall&q=urgencias"](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=4705&filter=ths_termall&q=urgencias). https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=4705&filter=ths_termall&q=urgencias.
12. Bireme. Descriptores en ciencias de la salud. [Online].; 2024 [cited 2024 noviembre 10. Available from: HYPERLINK https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=12564&filter=ths_termall&q=domiciliario. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=12564&filter=ths_termall&q=domiciliario.
13. Veldwijk-Rouwenhorst AE, Smalbrugge M, Zuidema SU, Hanssen SA, Koopmans RT, Gerritsen DL. Continuous palliative sedation in nursing home residents with dementia and refractory neuropsychiatric symptoms. Journal of the American Medical Directors Association. 2021; 22(2).
14. Yokomichi N, Yamaguchi T, Maeda I, Mori M, Imai K, Shirado Naito A, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in the last days of life of cancer patients: a multicenter prospective cohort study. Palliative Medicine. 2022; 36(1).
15. Schildmann E, Meesters S, Grüne B, Bolzani A, Habboub B, Hermann A, et al. Sedatives and sedation at

- the end of life in nursing homes: a retrospective multicenter cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2021; 22(1).
16. Park SJ, Ahn HK, Ahn HY, Han KT, Hwang IC. Association between continuous deep sedation and survival time in terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2021; 29.
 17. de Araujo CZS, de Araújo LZS, Junior APN. Palliative sedation in patients with advanced cancer in a specialized unit in a middle-income country: a retrospective cohort study. *Palliative & Supportive Care*. 2022; 20(4).
 18. Díez-Manglano J, dIPSI, FRG, SLÁ, FF, GVG, Izue+I JMP. Palliative sedation in patients hospitalized in internal medicine departments. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; 59(2).
 19. Kim YS, Song HN, Ahn JS, Koh SJ, Ji JH, Hwang IG, et al. Sedation for terminally ill cancer patients: a multicenter retrospective cohort study in South Korea. *Medicine*. 2019; 98(5).
 20. Romo EG, Borrego BV, Vázquez VG, Sánchez P, Chica EMM, Pfang B, et al. Sedación paliativa en una unidad de cuidados paliativos de un hospital de tercer nivel; es habitual el sufrimiento emocional o existencial? *Medicina paliativa*. 2019; 26(4).
 21. Morgado DM, Concepción IR, García JLS, Pérez ML, Albuerno NB, Calvo VF, et al. Midazolam en la sedación paliativa de pacientes con cáncer al final de la vida. *Revista Cubana de Oncología*. 2020; 18(3).
 22. Torres OY, Casanova MJL, Cortés E, Boqué C, Llorens MN, Hernández SJ. Registro MORCAT: descripción de la sedación paliativa y la mortalidad en los servicios de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2020; 32(2).
 23. Moreno MIM, Cabrera IH, Ruiz ISS, Moreno REM. Sedación paliativa en la agonía realizada por un servicio de urgencias de atención primaria a nivel domiciliario: Estudio observacional transversal descriptivo retrospectivo. *Medicina paliativa*. 2022; 29(1).
 24. Ribeiro H, Rocha-Neves J, Dourado M, Andrade JP. Evaluating the Benefits of Transition to Home Palliative Care: Pharmacological Prescriptions, Social, and Psychological Support Post-Referral. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2024; 15.
 25. Mota-Romero E, Tallón-Martín B, García-Ruiz MP, Puente-Fernandez D, García-Caro MP, Montoya-Juarez R. Frailty, complexity, and priorities in the use of advanced palliative care resources in nursing homes. *Medicina*. 2021; 57(1).
 26. Tanuseputro P, Roberts RL, Milani C, Clarke AE, Webber C, Isenberg SR, et al. Palliative end-of-life medication prescribing rates in long-term care: a retrospective cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2024; 25(3).
 27. Deniau N, Shojaei T, Georges A, Danis J, Czapiuk G, Mercier S, et al. Home emergency response team for the seriously ill palliative care patient: feasibility and effectiveness. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2024; 14(2).
 28. Pérez SRA, Monreal EA, Carrillo ALSR, Avilés ELV. Sedación paliativa en pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas.. *Cuidados paliativos y de soporte*. ; 10.
 29. Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2022; 26(1).
 30. Ziegler S, Schmid M, Bopp M, Bosshard G, Puhan MA. Using sedative substances until death: a mortality follow-back study on the role of healthcare settings. *Palliative medicine*. 2019; 33(2).

ANEXOS

Documents by year

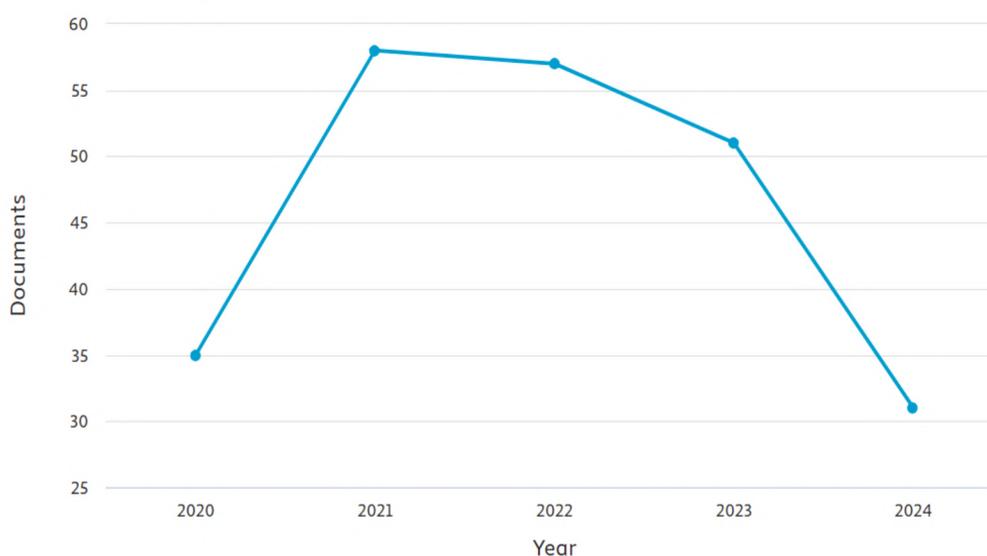


Figura 1. Producción científica desde el 2020 hasta el 2024.

Documents by subject area

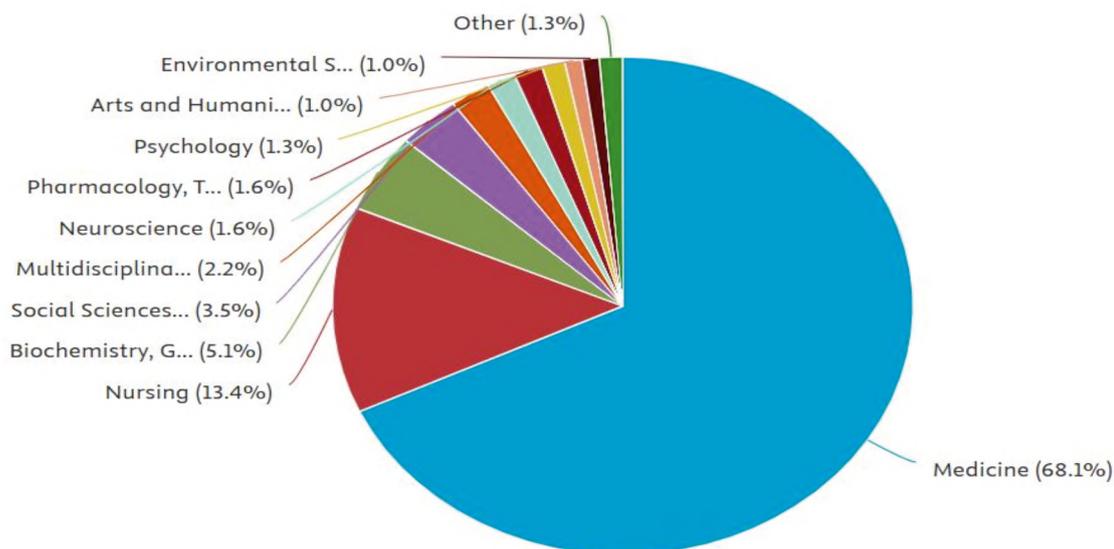


Figura 2. Distribución por subáreas del manejo de pacientes frágiles.

Documents by country or territory

Compare the document counts for up to 15 countries/territories.

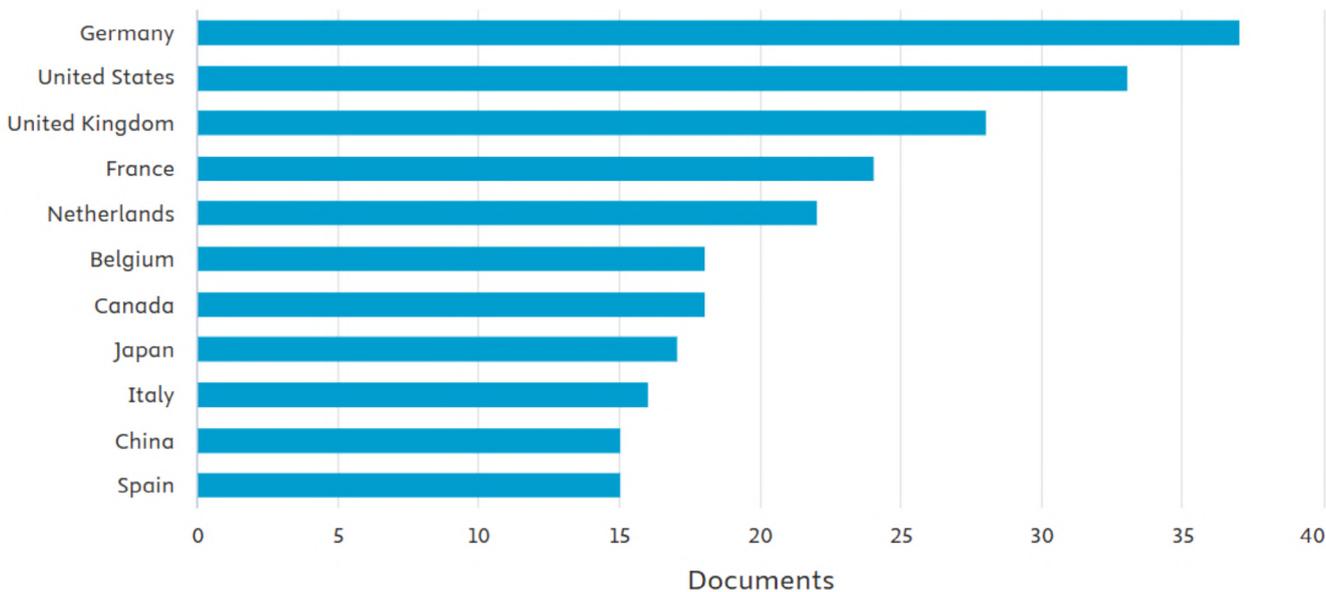


Figura 3. Distribución geográfica según línea de investigación.



Figura 4. Indicaciones para la sedación profunda continua en pacientes con cáncer avanzado según Yokomichi et al., (2022). Nota: Gráfica elaborada a partir de los datos reportados en la tabla 2 por Yokomichi et al., (2022), sobre las indicaciones por las que se prescribió sedación profunda en pacientes frágiles.

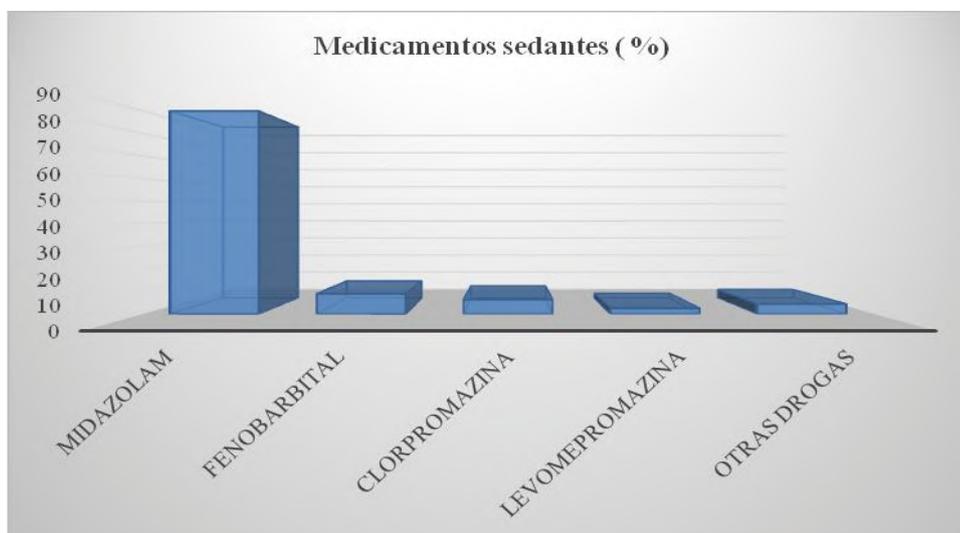


Figura 5. Medicamentos sedantes prescritos en el estudio prospectivo de cohorte multicéntrico reportado por Yokomichi et al., (2022). Nota: Gráfica elaborada a partir de los datos reportados en la tabla 2 por Yokomichi et al., (2022), sobre las indicaciones por las que se prescribió sedación profunda en pacientes frágiles.

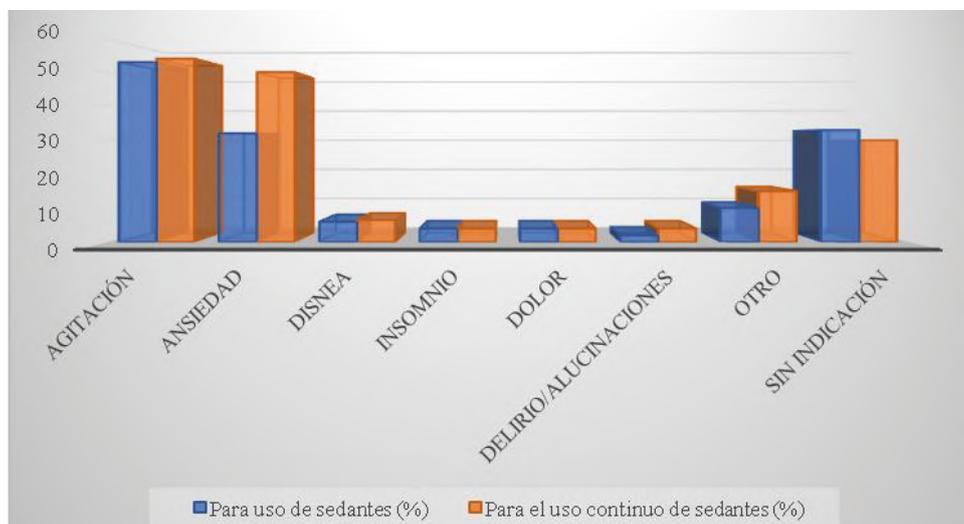


Figura 6. Síntomas refractarios e indicación del tipo de estrategia de sedación. Nota: Gráfica elaborada a partir de los datos reportados Schildmann et al., (2021), sobre las indicaciones por las que se prescribió el tipo de sedación en pacientes frágiles de entorno domiciliario. La sintomatología referente a: gemidos, gritos, tos, lamentos, sensación de adormecimiento de las piernas y llanto.