

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**EFICACIA DE LA SEDACIÓN PALIATIVA  
PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS  
REFRACTARIOS EN PACIENTES CON  
ENFERMEDADES TERMINALES, SEGÚN  
LITERATURA MÉDICA PUBLICADA ENTRE  
2016 Y 2024**

**MAUREEN JEANETH AGÜERO MORALES**

**TUTOR: DR ANDRÉS ROMERO POLINI**

2025

## TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	4
INDICE DE FIGURAS .....	6
DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO .....	8
RESUMEN.....	9
SUMMARY .....	10
CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1.1 Antecedentes del problema.....	12
1.1.2 Delimitación del problema .....	16
1.1.3 Justificación.....	17
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos .....	20
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES .....	21
1.4.1 Alcances de la investigación.....	21
1.4.2 Limitaciones de la investigación .....	21
CAPITULO II MARCO TEÓRICO .....	22
2.1 ENFERMEDAD TERMINAL.....	23
2.1.1 Cuidado paliativo .....	23
2.1.2 Síntomas difíciles.....	27
2.2 SEDACIÓN PALIATIVA .....	28
2.2.1 Eutanasia.....	30
2.2.2 Tipos de sedación .....	30
2.2.3 Fármacos utilizados en sedación paliativa .....	31
2.2.4 Evaluación de la sedación .....	33
2.2.5 Indicaciones para la administración de sedación paliativa.....	34
CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	40

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	40
3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....	41
3.3.1 Población .....	41
3.3.2 Muestra .....	41
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	42
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN .....	43
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	44
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	46
3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	47
3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	50
3.9 ANALISIS DE DATOS .....	51
CAPITULO IV PRESENCIÓN DE RESULTADOS .....	59
4.1 GENERALIDADES.....	60
4.2 ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA INVESTIGACIÓN .....	60
CAPITULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	83
5.1 USO DE ESCALAS OBSERVACIONALES PARA VALORAR LA SP .....	84
5.2 FACTORES DE RIESGO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SP .....	85
5.3 INCIDENCIA DE SÍNTOMAS REFRACTARIOS .....	86
5.4 EFICACIA DE LA SEDACIÓN .....	88
CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	92
6.1 CONCLUSIONES .....	93
6.2 RECOMENDACIONES .....	94
BIBLIOGRAFIA .....	95
ABREVIATURAS.....	104
DECLARACIÓN JURADA.....	105
CARTA DEL TUTOR.....	106
CARTA DEL LECTOR.....	105
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	106

## INDICE DE TABLAS

Tabla N.1 .....	24
Escala de rendimiento paliativo .....	24
Tabla N.2.....	26
Escala de Menten .....	26
Tabla N.3.....	32
Fármacos utilizados en el control de síntomas refractarios. ....	32
Tabla N.4.....	34
Escala de Ramsay.....	34
Tabla N.5.....	42
Criterios de inclusión y exclusión aplicados en la revisión sistemática .....	42
Tabla N.6.....	44
Representación de la pregunta PICO .....	44
Tabla N.7 .....	45
Estrategia de búsqueda .....	45
Tabla N.8.....	45
Relaciones entre conceptos.....	45
Tabla N.9.....	46
Algoritmo de búsqueda con “AND” .....	46
Tabla N.10.....	46
Algoritmo de búsqueda con “OR” .....	46
Tabla N.11 .....	46
Algoritmo de búsqueda con “NOT” .....	46
Tabla N.12.....	47
Procedimiento de identificación de la población de estudio .....	47
Tabla N.13.....	47
Compilación y filtración según la temporalidad 2016-2024 .....	48
Tabla N.14.....	48
Compilación y filtración según criterios de inclusión y exclusión .....	48

Tabla N.15.....	51
Representación del diseño de la tabla de Excel empleada para organizar los datos .....	51
Tabla N.16.....	52
Contenido del programa “Fichas de Lectura Critica” utilizado para definir el nivel de evidencia de los artículos seleccionados.....	52
Tabla N.17 .....	54
Información de los artículos científicos elegibles para la revisión sistemática .....	54
Tabla N.18.....	60
Representación de Escala Jadad .....	61
Tabla N.19.....	63
Artículos científicos seleccionados del año 2016.....	63
Tabla N.20.....	66
Artículos científicos seleccionados del año 2018.....	66
Tabla N.21 .....	68
Artículos científicos seleccionados del año 2019.....	68
Tabla N.22 .....	71
Artículos científicos seleccionados del año 2020.....	71
Tabla N.23.....	75
Artículos científicos seleccionados del año 2021.....	75
Tabla N.24.....	78
Artículos científicos seleccionados del año 2022.....	78
Tabla N.25.....	80
Artículos científicos seleccionados del año 2023.....	80
Tabla N.26.....	82
Artículos científicos seleccionados del año 2024.....	82

## INDICE DE FIGURAS

Figura N.1 .....	49
Flujograma PRISMA según recopilación de datos .....	49

## **DEDICATORIA**

A Dios por sus gratas bendiciones y sabiduría, gracias por guiar mis pasos en los momentos de incertidumbre y darme la fortaleza de continuar.

A mis papás pilares fundamentales en mi vida por ser mi fuerza, motivación y valentía. Su esfuerzo y sacrificio me han enseñado a ser determinada con mis metas, sino fuera por ellos no sería quien soy hoy. Gracias por siempre creer en mí y acompañarme en cada etapa.

A mis hermanos y a mi padrastro por alentarme día a día, sacando muchas veces de su tiempo para poder dedicarme a este proyecto.

A mi pareja, gracias por escucharme, apoyarme y ser paciente en este proceso, tu apoyo ha sido fundamental para mí.

A mi abuelita paterna por tenerme en sus oraciones cada noche, por sus bendiciones que siempre me resguardan y me enfocan en lo importante.

A todas aquellas personas que me ayudaron de una u otra forma a sobrellevar de mejor manera estos años de carrera, con consejos y apoyo desinteresado, porque hicieron más ameno el camino.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi más sincero agradecimiento a aquellos docentes apasionados a la enseñanza, profesionales respetuosos que contribuyeron en el proceso de mi formación, que me hicieron amar aún más la medicina.

A mi tutor de tesis el Doctor Andrés Romero Polini, por su acompañamiento, recomendaciones y guía, quien fue un profesional muy dedicado en mi proceso para concluir con éxito este proyecto.

Se la dedico a todos los pacientes de los que me rodee en el transcurso de mi carrera como estudiante, que me enseñaron el valor de la vida y la importancia de la empatía y dedicación al prójimo de forma desinteresada a ustedes mi eterno agradecimiento y la promesa de seguir esforzándome cada día.

## RESUMEN

**Introducción:** La SP en pacientes en fase terminal es una práctica muy utilizada que requiere de actualización y educación continua. **Objetivo:** Identificar la eficacia de la SP para el control de síntomas refractarios, en pacientes con enfermedades terminales. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática con un enfoque cuantitativo, de 18 artículos científicos seleccionados de páginas como Google Académico, Scielo, Pubmed y Sciencedirect, con base en los estándares establecidos por la guía PRISMA para asegurar la confiabilidad y calidad de la investigación. **Discusión:** La aplicación de la terapia debe ser individual y ampararse en una evaluación objetiva, centrada en brindar calidad de vida y dignidad al paciente. **Resultados:** La eficacia de la SP, depende de la aplicación de herramientas observacionales, monitorización continua y aplicación de la medicación adaptada a los síntomas refractarios y características especiales de cada paciente. **Conclusión:** Se requiere de la actualización de las guías de práctica clínica y validación de las herramientas o métodos, que funcionan evaluando la necesidad de SP y su eficacia en la analgesia de síntomas refractarios.

**Palabras clave:** SP, eficacia, síntomas refractarios, fase terminal.

## SUMMARY

**Introduction:** Palliative sedation in terminal patients is a frequent practice, making it a field that requires actualization and continuing education for healthcare providers. **Objective:** To identify the efficacy of palliative sedation in terminal patients with refractory symptoms.

**Methodology:** A systematic review of 18 scientific articles, with primary focus on quantitative information, from cites such as Google Scholar, Scielo, Pubmed and ScienceDirect, utilizing PRISMA standards to ensure a quality investigation. **Discussion:** The utilization of the therapy should be individualized and base on an objective evaluation and centered on providing quality of life while maintaining the patient's dignity. **Results:** The efficacy of palliative sedation depends on the proper implementation of observational assessments, continued monitoring and the application of adaptive treatments to combat refractive symptoms of each patient. **Conclusion:** There is a need for actualization of guidelines, as well as validation of the methods or assessments, that exist to evaluate the need for palliative sedation and the efficacy of analgesia for refractory symptoms.

**Key words:** SP, efficacy, refractory symptoms, terminal phase.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

Pérez et al. investigan “Sedación paliativa en pacientes al final de la vida” en España. Los objetivos del estudio se basan en definir el concepto de sedación paliativa, en qué momento se indica durante el proceso patológico y la manera idónea de utilizarse en pacientes terminales. El resultado es una clasificación de la sedación según la finalidad, temporalidad e intensidad. Se concluye que es imprescindible elegir de forma adecuada los fármacos para mitigar los síntomas refractarios de forma adecuada. (Molero et al, s. f. 2015, p.535-538).

Calderón et al. investiga “Sedación al final de la vida” en Colombia. El objetivo es extender los conocimientos sobre el cuidado terapéutico paliativo y la aplicación adecuada de diversas escalas para aplicar la sedación paliativa, mitigando de forma certera los síntomas refractarios, el resultado es una disminución del nivel de conciencia de pacientes con enfermedades de terminales con síntomas refractarios. Se concluye que es indispensable el diseño de guías de sedación debido al creciente aumento de personas en etapa terminal que requiere de estos programas, que no hay en Colombia. (Calderón Flórez et al, 2016).

Martínez et al. investigan “La sedación paliativa acorta la vida de los pacientes” en México. La finalidad de la investigación es verificar la sobrevida de los pacientes con sedación paliativa, respecto a aquellos que no la reciben en una revisión sistemática del 2000 al 2016. Se demuestra una mayor sobrevida en los pacientes sedados en los estudios recopilados, pero la diferencia no es estadísticamente significativa. Se deduce que la sedación paliativa, no reduce la sobrevida, pero como efecto no deseado hay pérdida de conciencia en los últimos momentos de vida y no hay suficientes pruebas de su eficacia en términos de calidad de vida. (Casas-Martínez et al, 2017).

Zamora et al. investigan “Factores condicionantes de sedación en pacientes geriátricos y oncológicos atendidos en el domicilio” en España. El propósito es analizar las diferentes características de los pacientes atendidos en sus hogares, que requieren sedación paliativa de los que no la requieren. Se revela que los pacientes en los que se administra la medicación son más jóvenes, tienen una enfermedad oncológica y síntomas de difícil manejo. En conclusión, la necesidad de la terapéutica farmacológica está determinada por la sintomatología y factores de comorbilidad en específico del paciente. (Zamora-Mur et al, 2017).

Chaves et al. investigan “Rol de los cuidados paliativos en el servicio de emergencias” en Costa Rica. El objetivo es discutir la relevancia de los cuidados paliativos en el servicio de emergencias. Como resultado se denotan pasos necesarios para la integración de los cuidados paliativos en el servicio de emergencia, como la conformación de un equipo de trabajo, asesoramientos, disponer de recursos y diseñar un plan de acción. Se concluye que es necesario hacer un tamizaje para divisar los recursos de cada centro de salud y la población que puede ser beneficiada, además de diseñar protocolos formales para accionar en tales situaciones de forma capacitada. (Sánchez Rivera et al, 2017).

Zurriarán (2019). investiga “Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida” en España. El objetivo es diferenciar la eutanasia de los cuidados paliativos. El resultado se basa en comprobar que la sedación paliativa no es una forma de eutanasia, sino un deterioro del nivel de conciencia, que no provoca la muerte, en cambio brinda alivio. Se concluye que los cuidados paliativos debe ser un derecho para todos los pacientes que lo necesiten y es importante educar sobre las diferencias de las diferentes terminologías relacionadas, ya que los pacientes o sus familiares pueden tergiversar la información que tienen a su disposición. (Zurriarán, 2019).

De los santos et al. investigan “Toma de decisiones frente a dolor refractario en paciente oncológico joven” en Uruguay. El objetivo es presentar el caso de una paciente de 33 años quien sufre de melanoma maligno, con dolor refractario y analgésicos sin efecto alguno, por lo que se brinda sedación paliativa, la paciente muere a las 72 horas de iniciado. Como resultado se determina que un 10 a 20% de los pacientes oncológicos, no sienten alivio de sus síntomas refractarios, ya que la absorción, administración y fisiopatología varia. Se concluye que la sedación paliativa no es sinónimo de acortar la vida, solo es una medida a considerar para disminuir el dolor que no puede ser aliviado. (de los Santos et al., 2019).

Acedo et al. investiga “Sedación paliativa” en España. El objetivo es ampliar el tema de sedación paliativa, los requisitos que debe de cumplir los pacientes, la forma adecuada de utilizar la escala analgésica en el proceso patológico y el método de elección. Como resultado se determina que la escala de Ramsay es relevante para evaluar el tipo de sedación y la intensidad con la que se debe de aplicar. Se concluye que la sedación paliativa es eficaz en el alivio del sufrimiento del paciente, al generar inconciencia en sus últimos momentos de vida. (Acedo Claro et al, 2021).

Picado-ovares et al. investigan “Necesidades de atención en cuidado paliativo en Costa Rica según provincia” en Costa Rica. El objetivo es determinar la necesidad de cuidados paliativos según la provincia, para hacer uso adecuado de los recursos establecidos. Se recopila datos de 19502 personas en el 2018 de cuidados paliativos, en donde predomina en primer lugar las enfermedades oncológicas, segundo lugar enfermedades cerebrovasculares y HIV. Se concluye que la mayoría de los casos encontrados se ubican en las provincias de San José, Alajuela y Heredia, no obstante, la mayoría de las necesidades de cuidados paliativos es para enfermedades no oncológicas. (Picado-Ovares et al, 2021).

Quintero Carreño et al. investigan “Sedación paliativa en enfermedad terminal” en Colombia. El objetivo es recopilar información sobre la sedación paliativa, definiciones, indicaciones, abordaje, comunicación y los fármacos que se utilizan, con la finalidad de que el personal de salud no vinculado al área de cuidados paliativos, amplie conocimientos en el área y utilice más la sedación paliativa en pacientes terminales. Se concluye que el personal de salud debe conocer bien las pautas para indicar la medicación ya que, debido a sus efectos secundarios, debe utilizarse con pericia y su abuso puede ocasionar consecuencias médicas y éticas desfavorables. (Quintero Carreño et al, 2022).

Santacruz E (2022). investiga “La importancia del alivio del sufrimiento: acerca de la sedación paliativa” en Colombia. Su objetivo es apreciar la finalidad de la sedación paliativa en el alivio de los síntomas refractarios. Como resultado se determina que el medicamento más utilizado es el midazolam y a nivel país no hay medicamentos de primera línea en presentación parenteral, por lo que limita a utilizar solo medicamentos de segunda línea. Se concluye que los opioides no corresponden a fármacos sedativos, sino que su efecto es analgésico, información importante para hacer consciencia en el cumplimiento de los cuidados paliativos de forma integral. (Santacruz E, 2022).

### **1.1.2 Delimitación del problema**

El trabajo de investigación corresponde a una revisión sistemática de diversos artículos encontrados en Google Académico, Scielo, Pubmed y Sciencedirect, sobre la eficacia de la sedación paliativa en pacientes con enfermedades terminales, relacionado con el control de síntomas refractarios, sin exclusión étnica ni demográfica, durante el periodo comprendido del 2016-2024.

### **1.1.3 Justificación**

Los pacientes con enfermedades terminales conforman una población la cual está sujeta a una importante afectación psicológica y fisiológica, debido al proceso patológico y su diagnóstico. Los síntomas refractarios son una gran afectación del día a día de estos pacientes, por lo que amerita de un manejo especial. Siendo un área en la que se debe conocer ampliamente al paciente, la respuesta medicamentosa y sus efectos de forma individual, no englobar las diferentes reacciones como un común u habitual.

La sedación paliativa hace referencia a una serie de medicamentos administrados con la finalidad de aminorar los síntomas causados por las distintas enfermedades de fondo de carácter terminal, dando alivio y manejo de síntomas que no responden a otras terapias paliativas. Para su administración es necesario que la persona enferma o representante legal de su consentimiento, ya que genera efectos secundarios como la disminución del nivel de conciencia, provocando que el paciente se encuentre adormilado en muchas ocasiones la gran parte del día.

La investigación se dirige a revisar la eficacia de la sedación paliativa, si es realmente una medida eficaz en el control de los síntomas que sufren los pacientes terminales, o si por lo contrario son causantes de más efectos secundarios de los descritos, además de hondar en los síntomas más usuales y así tener una visión de que tan necesarios son muchos de los medicamentos que se recetan, cuestionando el panorama hasta ahora empleado, en cuanto a terapéutica y su objetivo el cual es proveer calidad de vida.

La información recopilada, es una herramienta para el personal de salud y otras personas que se interesen en las implicaciones de la eficacia terapéutica del manejo de pacientes terminales, como un

apoyo para comprender más el hecho de brindar calidad de vida, motivada en la humanización de la aplicación de tratamientos de forma adecuada en respuesta a las condiciones fisiológicas idóneas.

La empatía hacia el paciente debe ser la motivación que dirija la atención médica y no solo en estos casos en específico, no obstante, de manera especial se debe tomar conciencia a nivel de atención paliativa, para brindar la importancia necesaria y recetar los medicamentos requeridos, de acuerdo con la respuesta individual de cada paciente. Los médicos deben de impregnarse más de la eficacia de lo que se está recetando y así tomar decisiones mucho más asertivas.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la eficacia de la sedación paliativa para el control de síntomas refractarios en pacientes con enfermedades terminales?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar la eficacia de la sedación paliativa para el control de síntomas refractarios en pacientes con enfermedades terminales, según literatura médica publicada entre 2016 y 2024

### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Definir la eficacia de la sedación paliativa en los pacientes con enfermedades terminales.
2. Especificar los síntomas refractarios más usuales en las personas con enfermedades terminales.
3. Relacionar la eficacia de la sedación paliativa en los pacientes con enfermedades terminales con el control de síntomas refractarios.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

Se identificaron herramientas observacionales para evaluar el nivel de eficacia de la sedación paliativa, estudios que evidencian la falta de vinculación de mortalidad respecto a la terapia y factores de riesgo correlacionados con una mayor tendencia a la aplicación de la sedación paliativa, abordando debates éticos y evaluaciones inexactas en cuanto a controversias sintomáticas no fisiológicas.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

1. Se excluyeron artículos en idiomas distintos del inglés o español en esta revisión sistemática, lo cual descarta estudios actualizados y concernientes con el tema de estudio.
2. La información recopilada son estudios generalmente del continente europeo y asiático, limitando la extrapolación de datos al contexto nacional, debido a guías de práctica clínica específicas de cada país.
3. Se requiere de investigación a nivel nacional sobre este tema, que contextualice el uso de terapia de sedación paliativa y problemáticas anexas si es que las hay.
4. Se encuentra poca información con un nivel de evidencia alto de libre acceso, por lo que las investigaciones disponibles por lo general corresponden a revisiones sistemáticas y estudios retrospectivos.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## **2.1 ENFERMEDAD TERMINAL**

Rengifo et al, (2024) menciona razonamientos importantes de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos de España al definir enfermedad terminal como aquel padecimiento incurable, avanzado, progresivo y con una pérdida de la autonomía de forma continua, con una esperanza de vida limitada a semanas o meses y presencia de múltiples síntomas donde la respuesta a la terapéutica farmacológica no es alentadora, que con el tiempo evoluciona a terapia paliativa.

El deterioro físico intenso, alteración cognitiva, de conciencia y fallo multiorgánico secuencial, enmarca el estado agónico. Todo este proceso repercute de forma intensa a nivel emocional, económica y familiar.

### **2.1.1 Cuidado paliativo**

Harman & Walling, (2024) lo define como el acto de cuidar a una persona con una enfermedad terminal, por medio de un abordaje interdisciplinario para tratar y aminorar los síntomas físicos, psicológicos, sociales, religiosos, que pueden surgir en el transcurso del proceso de morir. Es importante saber identificar y evaluar de forma consistente las diferentes necesidades, para mejorar las condiciones de la persona y enfatizar su bienestar dentro de las medidas idóneas.

La toma de decisiones basadas en el cuidado responsable, es importante ya que dictamina mermar las dolencias del paciente, como la administración de medicamentos al decidir si son o no esenciales, el estado de la enfermedad, desconexión de dispositivos médicos, florecimiento de síntomas y patologías oportunistas o concomitantes, además de dar educación al respecto al núcleo familiar que se disponga de red de apoyo, para que se encuentren preparados para los

cambios fisiológicos y tengan herramientas de afrontamiento. (Approach to symptom assessment in palliative care - UpToDate, s. f.).

El proceso de cuidado puede durar mucho tiempo o solo durar un corto periodo, pero es muy cambiante, por lo que la comunicación es relevante para mantener lo más actualizado posible las prioridades del paciente y hacerlo participe, para que el mismo se sienta cómodo. Además, desde un inicio se debe preguntar al paciente y sus familiares que esperan o consideran importante de la asistencia a procurar. (Approach to symptom assessment in palliative care - UpToDate, s. f.).

Rengifo et al, (2024) connota que el acceso a los cuidados paliativos al final de la vida es un derecho básico que todas las personas poseen, instaurado desde la última declaración de derechos humanos de 1948. Es una meta el trascender su impacto y aplicación de forma universal y lograr mejorar la calidad de vida de quienes lo requieran.

La escala de rendimiento paliativo (PPS) es una herramienta que se puede aplicar para detectar la condición general y evaluar en dos categorías de forma descendente desde el 100% que traduce un estado de salud normal a un 0% que significa muerte. Puntuaciones más bajas dan una estimación de una supervivencia más limitada a corto plazo. (Baik et al, 2018).

### ***Tabla N.1***

#### ***Escala de rendimiento paliativo***

Nivel PPS	Deambulaci3n	Actividad/evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
--------------	--------------	--------------------------------------	-------------	---------	---------------------------

100%	Normal	Normal/no evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Alerta
90%	Normal	Normal/alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Alerta
80%	Normal	Normal con esfuerzo/alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Alerta
70%	Reducida	Imposible trabajar/alguna evidencia de enfermedad significativa	Completo	Normal o reducida	Alerta
60%	Reducida	Incapaz para pasatiempos/trabajos/enfermedad extensa	Asistencia ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusión mental
50%	Sillón/cama	Incapaz para cualquier trabajo/enfermedad extensa	Asistencia considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión mental
40%	Fundamentalmente en cama	Incapaz para cualquier trabajo/enfermedad extensa	Fundamentalmente asistido	Normal o reducida	Normal/somnolencia/confusión mental

30%	Encamado 100%	Incapaz para cualquier trabajo/enfermedad extensa	Completamente dependiente	Reducid a	Normal/somnole ncia/confusión mental
20%	Encamado 100%	Incapaz para cualquier trabajo/enfermedad extensa	Completamente dependiente	Sorbos	Normal/somnole ncia /confusión mental
10%	Encamado 100%	Incapaz para cualquier trabajo/enfermedad extensa	Completamente dependiente	Solo cuidados de boca	Somnolencia/co matoso /confusión mental
0%	Muerto				

*Fuente. Elaboración propia a partir de (Baik et al, 2018).*

Otra herramienta que se puede utilizar en la toma de decisiones es la escala de Menten, la cual proporciona un pronóstico de horas, días o meses, según la funcionalidad orgánica e insuficiencia respiratoria del paciente. Un estado agónico se representa si hay cuatro o más criterios, lo que indica que en un 90% de casos, la persona podría morir en los siguientes 4 días y en una situación preagónica se pueden encontrar de uno a tres criterios de los especificados en la tabla N.2. La finalidad de estas escalas es aportar información del estado clínico para contextualizar las necesidades y cuidados respectivos. (Bonilla, 2016).

### ***Tabla N.2***

#### ***Escala de Menten***

---

Nariz fría y blanca

---

---

Extremidades frías
Livideces
Labios cianóticos
Estertores pre mortem
Apneas mayores de 15 segundos en un minuto
Oliguria menos de trescientos centímetros cúbicos por día
Somnolencia por más de quince horas por día

---

*Fuente. Elaboración propia a partir de (Bonilla, 2016).*

### **2.1.2 Síntomas difíciles**

Los síntomas de difícil manejo pueden llegar a confundirse con síntomas refractarios (SR), ya que son complicados, con respuesta medicamentosa disminuida a la terapia convencional y aplicación de escala analgesia. Por su poca susceptibilidad en muchas ocasiones discernirlos puede ser complicado, de aquellos SR que en últimas instancias y bajo condiciones específicas se debe implementar la sedación paliativa (SP). (Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care - UpToDate, s. f.).

La persona puede tener una gran gama de dolencias por su agravada condición de salud, por lo que la intervención se brinda, agotando el manejo de las diferentes disciplinas, con fármacos que no alteran el nivel de conciencia. Los síntomas que se pueden encontrar suelen ser muy variados algunos de los que se mencionan son:

- Lesiones dérmicas por encamamiento
- Xerostomía
- Disfagia

- Insomnio
- Debilidad
- Cefalea
- Mareo
- Edema
- Indiferencia hacia los alimentos o inanición
- Estreñimiento

Los factores que pueden complicar el manejo de estos síntomas son muy variados y deben de conocerse para anticipar la interferencia en dicho proceso. Dentro de estos factores se cita la desnutrición, niveles disminuidos de albumina sérica, alteración de la función renal que pueden ocasionar alteraciones en la farmacocinética de los fármacos. La insuficiencia del sistema nervioso autónomo y la polifarmacia genera más efecto secundario adverso complejo, con el consumo de algunos fármacos. (*Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care - UpToDate, s. f.*)

## **2.2 SEDACIÓN PALIATIVA**

Según Calderón Flórez et al, (2016) la SP data sus inicios a principios de los años noventa, en ese entonces no se contaba con información concisa, con el transcurso de tiempo se ha ido desarrollando e investigando. En el advenimiento se concibe como una disminución del estado de conciencia, que se aplica en pacientes en fase terminal de su enfermedad, a horas o días de morir, cuando los síntomas no pueden ser tratados con los fármacos analgésicos convencionales, con la finalidad de proporcionar alivio.

El objetivo no es acelerar ni demorar el proceso de muerte, por lo que no corresponde al término eutanasia, la distinción es trascendente para mitigar la confusión y el mal empleo que propicia juicios equívocos. La administración de SP está sujeta a requisitos específicos y se puede recibir en el hospital o en los domicilios dependiendo del panorama eventual y este debe ser administrado por personal médico capacitado. (Calderón Flórez et al, 2016).

La SP no debe de suministrarse con la intención de disminuir la carga familiar, para atenuar su angustia, se debe tener como meta principal tratar el sufrimiento intenso de la persona enferma terminal causado por los SR y dando a entender a la vez, el trasfondo significativo al paciente de renunciar a la experiencia consciente de su muerte, por lo que la decisión debe ser tomada de forma reflexiva. (Calderón Flórez et al, 2016).

Rengifo et al, (2024) se refiere a la aplicación de SP como un área de controversia y discusión en el campo médico legal, ya que se compone de aspectos recalables, tales como el momento oportuno en el que se debe aplicar, medicamento elegible según el estado del paciente, dosis ideal, red de apoyo y lugar correcto. Además, de dar seguimiento al monitorizar y documentar consecuentemente cada dosis según el caso correspondiente, para asegurar el uso apropiado.

La aplicación de SP conlleva aspectos de controversia ética que se deben de tomar en cuenta y se deben de respetar durante el proceso. Todos los pacientes se encuentran en el derecho legal de tomar la decisión anticipada de no resucitar, que condiciona a no realizar maniobras en paro cardio respiratorio (RCP), esta debe de documentarse de manera formal y revisarse con frecuencia ya que debe reflejar los deseos actuales del paciente. De mismo modo es relevante enfatizar que las demás intervenciones ajenas a la realización de maniobras de RCP se deben de

realizar como las medidas paliativas y terapéuticas correspondientes, siempre dirigidas hacia el confort. (Salas et al, 2017).

### **2.2.1 Eutanasia**

Navarro Floria, (2023) divide el termino según sus palabras de origen griego, *thanatos* que significa muerte y *eu* buena o dulce, llevando a la composición de “muerte dulce” o “buena muerte”. Se pueden reconocer dos tipos, la eutanasia activa la cual se basa en la administración de un fármaco, a una dosis en específico con la finalidad de causar la muerte inmediata y la eutanasia pasiva que es la omisión de ofrecer las medidas necesarias para mantener la vida en lo que respecta al suministro de fármacos.

La finalidad es ofrecer alivio de afecciones que privaticen a la persona de tener calidad de vida y se efectúa bajo consentimiento del paciente o de la persona tutora en cuestión, si el paciente no se encuentra en condición. La aplicación de este método está delimitada, ya que es un área de controversia ética y moral por lo que no es aprobado en muchos países. (Navarro Floria, 2023).

### **2.2.2 Tipos de sedación**

Acedo Claro et al, (2021) establece que la SP puede ser suministrada según la intensidad de síntomas o condición del paciente, se modifica o gradúa buscando el nivel mínimo propicio para dar alivio al sufrimiento intenso clasificándose de acuerdo con la temporalidad:

- Sedación intermitente: alterna periodos de alerta e inconciencia.
- sedación continua: permanece el estado de inconciencia.

De acuerdo con la intensidad:

- Sedación profunda: estado de inconsciencia, no comunicación.
- Sedación moderada: periodos de alerta, permite la comunicación.

La administración de la sedación según el objetivo de intensidad y temporalidad, requieren que se garantice un acceso que permita la disponibilidad farmacológica cuando esta se necesite, por lo que las formas de administración más empleadas son la vía intravenosa y subcutánea. (Acedo Claro et al, 2021).

### **2.2.3 Fármacos utilizados en sedación paliativa**

Rengifo et al, (2024) señala que los fármacos sedantes corresponden a medicamentos que tienen un efecto tranquilizante, disminuyen el nivel de conciencia y causan depresión respiratoria a dosis específicas, con el objetivo de disminuir SR.

El midazolam vía subcutánea, oral o intravenosa, es el fármaco de elección en la terapia de SP por su eficacia, ya que posee un tiempo de acción rápido, puede ser de uso domiciliario y ayuda en el control de todos los SR a excepción del delirio, siendo la levomepromazina la elección en este caso en específico. (Rengifo et al., 2024).

Cuando el midazolam falla se recurre a la segunda opción, los neurolepticos sedativos (clorpromazina intravenosa o la levomepromazina subcutánea), en caso de no ser eficaces, la tercera opción son los anticonvulsivantes (fenobarbital intramuscular o subcutánea) y los anestésicos (Propofol intravenoso), al iniciarlos se deben suspender las benzodicepinas, neurolepticos y reducir los opioides, cabe recalcar que solo se utiliza en el medio hospitalario. (Rengifo et al., 2024).

Los medicamentos de base o habituales del paciente, deben ser evaluados según el caso y la sedación a implementar, en el panorama de SP hay que omitir o retirar aquellos que no sean prescindibles su uso, en caso de sedación en momentos agónicos hay que considerar adjuntar a la terapia, fármacos como los anticolinérgicos para manejo de secreciones bronquiales como la escopolamina según sea necesario y opioides preferentemente la morfina a dosis más bajas que va a favorecer el efecto sedante y manejo del dolor. (Rengifo et al, 2024).

**Tabla N.3**

***Fármacos utilizados en el control de síntomas refractarios.***

Síntomas refractarios	Tratamiento sintomático	Fármacos sedantes
Delirio	Neurolépticos y benzodiacepinas de forma escalonada hasta mejoría sintomática, de primera elección considerar el Haloperidol.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Levomepromazina</li> <li>2. Midazolam</li> <li>3. Flunitrazepam</li> <li>4. Levomepromazina</li> <li>5. Propofol o Fenobarbital</li> </ol>
Disnea	Opioides, anticolinérgicos, benzodiacepinas y corticoides según se requiera.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sostener el tratamiento previo a dosis optimas</li> <li>2. Midazolam</li> <li>3. Flunitrazepam</li> <li>4. Levomepromazina</li> <li>5. Propofol o Fenobarbital</li> </ol>

Dolor	Opioides, anticolinérgicos, benzodiacepinas y corticoides según se requiera.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sostener el tratamiento previo a dosis optimas</li> <li>2. Midazolam</li> <li>3. Flunitrazepam</li> <li>4. Levomepromazina</li> <li>5. Propofol o Fenobarbital</li> </ol>
Ansiedad y angustia	Benzodiacepinas en ansiedad persistente, remitir al especialista correspondiente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Midazolam</li> <li>2. Flunitrazepam</li> <li>3. Levomepromazina</li> <li>4. Propofol o Fenobarbital</li> </ol>
Hemorragia masiva	Indicación de sedación ya que es previsible.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Midazolam</li> <li>2. Flunitrazepam</li> <li>3. Propofol o Fenobarbital</li> </ol>
Convulsiones	Antiepilépticos corticoides y medidas según causa específica.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Midazolam</li> <li>2. Flunitrazepam</li> <li>3. Levomepromazina</li> <li>4. Propofol o Fenobarbital</li> </ol>

*Fuente. Elaboración propia a partir de (Rengifo et al, 2024).*

#### **2.2.4 Evaluación de la sedación**

Las escalas de sedación son una herramienta de gran utilidad, que se emplean con la finalidad de monitorizar el nivel sedación y titular las dosis de los fármacos según el nivel de conciencia, de esta forma se toman las disposiciones correspondientes, adicionando fármacos, dosis de rescate, modificando durante el proceso la terapia de SP según los síntomas, haciendo el uso adecuado. (Acedo Claro et al, 2021).

La escala de Ramsay es el instrumento más utilizado para verificar el nivel de sedación, consiste en seis puntos, siendo uno ansiedad y seis, ausencia de respuesta, a partir del nivel cuatro el paciente se encuentra dormido. En términos de SP lo que se busca es mantener el nivel de sedación adecuado, ubicándose entre el nivel cinco y seis según cada caso en específico, siendo este margen los que marcan el estado de pérdida de conciencia.

El objetivo no es precisamente mantener dormido a la persona, es asegurar en la medida de lo posible en un estado de calma y tranquilidad, donde no aqueje sufrimiento. Durante la sedación se debe mantener constante vigilancia en los signos vitales para evitar un paro cardio respiratorio por dosis excesivas, por lo que mantener el balance y la observación continua, durante el que tiempo que se aplique la terapia es esencial. (Acedo Claro et al, 2021).

**Tabla N.4**

**Escala de Ramsay**

Nivel I	Ansioso, agitado, angustiado
Nivel II	Ojos abiertos, tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Ojos cerrados, respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Dormido, con respuesta rápida a estímulos ligeros
Nivel V	Respuesta perezosa a estímulos dolorosos
Nivel VI	No respuesta a estímulos

*Fuente. Elaboración propia a partir de (Procedural sedation in adults in the emergency department: General considerations, preparation, monitoring, and mitigating complications - UpToDate, s. f.).*

**2.2.5 Indicaciones para la administración de sedación paliativa**

### **2.2.5.1 Consentimiento informado**

Es un derecho de la o el paciente en pleno uso de sus facultades de tener toda la información disponible sobre su condición y expectativas en procedimientos o medidas a realizar, la recepción de la información está delimitada, si la persona implicada no desea ser informado de su estado de salud, por lo que radica la responsabilidad en el familiar destinado como tutor, para responsabilizarse de la toma de decisiones y firma de los documentos destinados. (Acedo Claro et al, 2021).

Los aspectos u objetivos que toma en cuenta la aplicación del consentimiento informado recaen en que debe ser completamente voluntario, la persona en cuestión debe de tomar las decisiones con completo uso de razón de las implicaciones respectivas, sin ser manipulado o persuadido. (Acedo Claro et al, 2021).

Se tiene que brindar la información de carácter claro y conciso, tanto de los beneficios como de las complicaciones esperadas o efectos secundarios previsibles, siempre dejando en claro que puede revocar su decisión en cualquier momento, mientras el procedimiento o estudio aún no se haya iniciado. Por último, la comprensión conforma otro principio que se debe reunir, este se refiere a la capacidad del paciente de entender lo transmitido. (Acedo Claro et al, 2021).

El consentimiento informado en términos de SP, se puede disponer de tres maneras, la primera cuando el paciente se encuentre en un estado o situación crítica como una hemorragia, paro cardiorrespiratorio entre otros, que se debe de abordar a la brevedad, en este momento la toma de decisiones debe ser rápida debido a la eventualidad, se brinda información básica para no generar más angustia al paciente, si está en las condiciones para comprender el caso y se procede si es posible con la obtención del consentimiento explícito o en todo caso el consentimiento implícito. (Acedo Claro et al, 2021).

La segunda alternativa se da cuando se monitorea de forma continua la sintomatología y se da el manejo correspondiente, a pesar de ello, hay falla farmacológica convencional y se presentan SR, en estos casos con tiempo se puede ir discutiendo las medidas terapéuticas a implementar eventualmente, para que el paciente acepte de forma anticipada y entienda las opciones disponibles, aceptando por medio de un consentimiento explícito. (Acedo Claro et al., 2021).

La tercera aplicación frecuente es la conjunción de cualquiera de las dos situaciones antes descritas, no obstante, esta tiene la particularidad, de que el paciente no es apto para comprender su situación porque es menor de edad o su juicio no es apropiado, en su defecto se recurre a la persona responsable o tutor legal para dar la información concerniente y se obtiene su consentimiento. (Acedo Claro et al, 2021).

#### **2.2.5.2 Síntomas refractarios**

Calderón Flórez et al, (2018) Refiere la definición como aquellos síntomas, que se presentan en la fase final de la vida, que no responden a los medicamentos disponibles aplicados en un lapso importante de tiempo, por médicos capacitados. Son síntomas que generan mucho sufrimiento físico o psicológico, causando detrimento en la calidad de vida, llegando a límites extremos donde se recurre a medicamentos para disminuir el estado de conciencia.

Los síntomas refractarios son:

- Disnea
- Dolor
- Náuseas y vomito
- Hemorragias
- Convulsiones

- Delirio hiperactivo
- Angustia psicológica

La evaluación de la intensidad de los síntomas por medio de escalas, que permitan una noción de severidad o cambio, son de gran utilidad, se aplica por medio de escalas numéricas o verbales, estas aportan beneficios ya que muchas veces la subjetividad de los síntomas y los diferentes umbrales de dolor, pueden evitar que se brinde de forma correcta la atención que amerita, como de igual forma hay que estar pendientes de aquellos pacientes que obvian decir cómo se sienten o mienten sobre ello, ya que conciben que eso traduce progresión de la enfermedad y que el final de su vida está más próximo. (Calderón Flórez et al, 2018).

La sensación de alivio también debe de ser tomada en cuenta ya que determina que el plan terapéutico es ideal, para ofrecer la calidad de vida que merece le paciente en fase terminal. En los últimos momentos de vida se ha observado que los síntomas predominantes son delirio, ansiedad y disnea, los cuales corresponden a la aplicación de SP con más frecuencia, no obstante Calderón Flórez et al, (2018) menciona que estudios realizados refieren que se ha visto más administración de SP en pacientes con síntomas psico existenciales que en síntomas de carácter orgánico.

La aplicación de SP para síntomas no fisiológicos, es un área de debate entre la comunidad médica ya que son síntomas que por su naturaleza son subjetivos tales como: la sensación de falta de sentido, inutilidad, la incapacidad de cuidar de ellos mismos, ansiedad frente a la muerte, miedo y el deseo de controlar el momento de su propia muerte entre otros. Por lo que se concibe como un campo complejo, que deja a decisión del médico como abordarlos. Se ha propuesto definirlo como un dolor causado por la extinción del ser y del significado del yo, haciendo

referencia posteriormente a un sufrimiento espiritual, no obstante, sigue sin tener un marco teórico exacto. (Rodrigues et al, 2018).

Los aspectos antes descritos no deben dictaminar la aplicación de SP ya que se sugiere primero recurrir a otras áreas de ayuda como la atención religiosa, psicológica y médica antes de acudir a la SP, ya que también se debe tomar en cuenta que la afectación psicológica puede o no aparecer en los últimos días de vida, por lo que no es un referente claro. (Calderón Flórez et al, 2016).

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

La eficacia de la SP en pacientes con enfermedades terminales tiene una importancia recalable, debido a su aplicación constante en los centros de salud, por lo que es necesario priorizar el adecuado manejo y conocimientos correlacionados de la eficacia del tratamiento empleado.

La presente revisión sistemática tiene un enfoque cuantitativo de investigación, ya que presentan diversos fenómenos que se pueden medir tales como datos estadísticos preexistentes en otras investigaciones científicas, porcentajes que representen variables importantes respecto al tema en estudio. Esta recolección y descripción de datos numéricos permite identificar patrones, expresar conclusiones, generaliza resultados, da objetividad y precisión en el proceso investigativo ya que utiliza instrumentos como encuestas, pruebas estandarizadas, cuestionarios entre otros métodos similares. (Flores & Anselmo, 2019).

La presente investigación no plantea la experimentación, por lo que la utilización de este enfoque se concibe en la expresión de datos cuantitativos ya analizados en otros estudios y de esta manera tener una visión más integral de las variables planteadas.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

El siguiente trabajo constituye una revisión sistemática literaria o no meta analítica, se basa en recopilar, analizar y evaluar datos de forma rigurosa, guiados de la pregunta de investigación respectiva. Se aplica por medio de la identificación de artículos y fuentes de información seleccionados de acuerdo con las variables de investigación, la calidad y resultados planteados. (Moreno et al, 2018).

El estudio explicativo examina la información para validar o rechazar suposiciones, cuestionando las variables y en qué condiciones ocurren, con el objetivo de dar respuesta a fenómenos en particular. Esto permite aumentar los conocimientos sobre un tema que ya se conocía, pero carece de profundidad. (Moreno et al, 2018).

El cuestionamiento de la eficacia de la SP corresponde a un estudio explicativo ya que busca recopilar la información de las relaciones de causa y efecto, de garantía terapéutica en respuesta a SR, mejora de calidad de vida aun en estado de inconsciencia, además de analizar factores asociados, con la finalidad de optimizar conclusiones que ayuden a la aplicación y prescripción adecuada de la SP.

### **3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

La presente investigación se basa en la recopilación de datos de fuentes primarias confiables, objetivas, actualizadas y documentadas por autores experimentados, como: Google Académico, Scielo, Pubmed y Sciencedirect en una temporalidad delimitada que comprende del 2016-2024 a nivel mundial, en el primer cuatrimestre 2025.

#### **3.3.1 Población**

La población total está conformada por 87282 artículos los cuales son concordantes a las variables de la investigación.

#### **3.3.2 Muestra**

Se realiza la búsqueda por medio de los algoritmos diseñados, se aplican los filtros de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión en cada una de las bases de datos, recopilando 18 artículos

científicos de calidad media a alta determinada por medio de la herramienta “Fichas de Lectura Crítica”, para la elaboración de esta investigación.

### 3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Se diseñan criterios de inclusión y exclusión como se puede observar en la tabla N.5, donde se incluyen solo las variables de interés investigativo de esta tesis. Los criterios de inclusión hacen referencia a aquellas características específicas que deben contener los artículos seleccionados para el trabajo conforme al tema en estudio y los criterios de exclusión, aquellos aspectos en los que no se desea incursionar e incluir en la investigación.

**Tabla N.5**

#### *Criterios de inclusión y exclusión aplicados en la revisión sistemática*

Criterio de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos en inglés o español	Artículos que no argumenten alguna de las variables PICO
Artículos del 2016 al 2024	Artículos que incluya población pediátrica
Artículos científicos en las bases de datos de Google Académico, Scielo, Pubmed y Scencedirect	Artículos científicos con pacientes con sedación paliativa y posteriormente eutanasia
Artículos científicos que incluyan el uso de sedación paliativa en pacientes en fase terminal	Artículos que integre la sedación paliativa en pacientes que se les retira soporte ventilatorio
Artículos que implique pacientes con síntomas refractarios	

---

Artículos que involucre cualquier grupo étnico y

demográfico

---

Artículos científicos de libre acceso

---

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

### **3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Los instrumentos de recolección de información corresponden a una serie de medidas de apoyo, diseñadas en diferentes formatos para aplicarlas a conveniencia del proyecto en curso y así sea más fácil organizar el desarrollo de la investigación de forma objetiva. La herramienta empleada debe ser consistente con el tipo de investigación ya que las diversas técnicas difieren en cuanto a recopilación de información, algunos ejemplos son: encuestas, observación, entrevistas, pruebas, evaluaciones fisiológicas. (Mendoza & Avila, 2020).

Los instrumentos deben contar con características imprescindibles como la confiabilidad ya que evidencia que los resultados derivados pueden ser replicados al aplicarse nuevamente la medición y debe de tener validez el cual es un componente fundamental para garantizar el nivel de seguridad de los resultados obtenidos; ambas características son equivalentes, ya que, si un instrumento de investigación no es confiable, tampoco va a tener validez. (Saras Zapata, 2023).

El desarrollo de esta investigación cuenta con validez y confiabilidad, ya que la metodología empleada se basa en los estándares establecidos por la guía PRISMA, donde únicamente se recopila información de alta calidad por medio de una revisión exhaustiva de la literatura disponible del tema en estudio.

La revisión sistemática se realiza con artículos de calidad media a alta, seleccionados de forma cuidadosa, mediante la herramienta “Ficha de Lectura Crítica”, la cual contiene variables rigurosas

que ayudan a examinar cada artículo al verificar su nivel de evidencia y correlación con los criterios establecidos, garantizando la homogeneidad de la población de estudio, por lo que la interpretación de la información se realiza con transparencia y garantiza la interpretación objetiva con la adecuada inclusión de evidencia científica actualizada.

### 3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación corresponde a no experimental transversal ya que no se manipulan variables en su contexto habitual y se trabaja con datos recopilados en un único espacio temporal, con evidencia actualizada, lo cual facilita analizar la eficacia de la SP en pacientes terminales correlacionado a los SR.

La investigación se realiza mediante el método PRISMA (preferred reporting items for reviews and meta-analyses) la cual una guía o conjunto de ítems, que ofrece transparencia en la presentación de revisiones sistemáticas y metaanálisis, para que autores puedan plasmar de manera confiable, información de otros autores recalando los hallazgos y facilitando la actualización de las revisiones. Se aplica por medio de la confección de una pregunta de investigación (véase la tabla N.6) y a partir de ahí se desarrolla una búsqueda exhaustiva, seleccionando estudios con una calidad afin al tema en estudio. (Page et al, 2021).

**Tabla N.6**

#### **Representación de la pregunta PICO**

Sigla	Variable
P	Pacientes con enfermedades terminales
I	Sedación paliativa

C	No aplica
O	Síntomas refractarios

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

La estrategia de búsqueda se basa en la aplicación de las variables de investigación, por medio de descriptores afines, en idioma inglés, español según se ejemplifica en la tabla N.7 y la correlación entre las mismas como se plasma en la tabla N.8, para realizar una exploración coherente con los conceptos concernientes.

**Tabla N.7**

***Estrategia de búsqueda***

<b>Descriptores</b>	<b>Español</b>	<b>Ingles</b>
Sedación paliativa	X	X
Enfermedad terminal	X	X
Síntomas refractarios	X	X

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

**Tabla N.8**

***Relaciones entre conceptos***

<b>Concepto</b>	<b>Relación</b>	<b>Concepto</b>
Eficacia	De la	Sedación paliativa
Síntomas refractarios	En la	Enfermedad terminal
Sedación paliativa	En los	Síntomas refractarios
Sedación paliativa	En la	Enfermedad terminal

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

El algoritmo de búsqueda se realiza a partir de operadores booleanos “AND, OR y NOT” para circunscribir la búsqueda a las variables definidas y ejecutar un proceso investigativo más eficiente, de acuerdo con los algoritmos planteados en las tablas N.9, N.10 y N.11.

**Tabla N.9**

**Algoritmo de búsqueda con “AND”**

Sedación paliativa	AND	Síntomas refractarios
Sedación paliativa	AND	Eficacia
Enfermedad terminal	AND	Sedación paliativa
Enfermedad terminal	AND	Síntomas refractarios

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

**Tabla N.10**

**Algoritmo de búsqueda con “OR”**

Sedación paliativa	OR	Síntomas refractarios
Enfermedad terminal	OR	Sedación paliativa

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

**Tabla N.11**

**Algoritmo de búsqueda con “NOT”**

Sedación paliativa	NOT	Síntomas refractarios
Enfermedad terminal	NOT	Sedación paliativa

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

### **3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Esta investigación no aplica este aspecto.

### 3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Según los algoritmos diseñados se inicia la búsqueda en las bases de datos de Google Académico, Scielo, Pubmed y Sciencedirect. La recolección de datos se realiza únicamente con los algoritmos, no se hace sesgo de acuerdo con criterios de inclusión, exclusión, ni temporalidad, ubicando la población de estudio concerniente, como se detalla en la tabla N.12.

**Tabla N.12**

***Procedimiento de identificación de la población de estudio***

Algoritmo	Hallazgos
Sedación paliativa AND síntomas refractarios	2613
Sedación paliativa AND eficacia	2769
Enfermedad terminal AND sedación paliativa	5426
Enfermedad terminal AND síntomas refractarios	8164
Sedación paliativa OR síntomas refractarios	9799
Enfermedad terminal OR sedación paliativa	36197
Sedación paliativa NOT síntomas refractarios	4419
Enfermedad terminal NOT sedación paliativa	17895
Total	87282

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

Los datos recopilados se filtran según la línea temporal de la investigación, tomando en cuenta solo los artículos científicos del 2016-2024, como se demuestra en la tabla N.13.

**Tabla N.13**

**Compilación y filtración según la temporalidad 2016-2024**

Algoritmo	Hallazgos
Sedación paliativa AND síntomas refractarios	1446
Sedación paliativa AND eficacia	1700
Enfermedad terminal AND sedación paliativa	3147
Enfermedad terminal AND síntomas refractarios	4223
Sedación paliativa OR síntomas refractarios	4813
Enfermedad terminal OR sedación paliativa	21449
Sedación paliativa NOT síntomas refractarios	2249
Enfermedad terminal NOT sedación paliativa	7696
Total	46723

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

El compendio de artículos que se adaptan a la temporalidad de estudio es de 46723, se ingresa nuevamente a cada base de datos los algoritmos ahora tomando en cuenta además de la temporalidad, los criterios de inclusión y exclusión diseñados para la revisión sistemática de la investigación, como se observa en la tabla N.14.

**Tabla N.14**

**Compilación y filtración según criterios de inclusión y exclusión**

Algoritmo	Hallazgos
Sedación paliativa AND síntomas refractarios	14
Sedación paliativa AND eficacia	12
Enfermedad terminal AND sedación paliativa	6

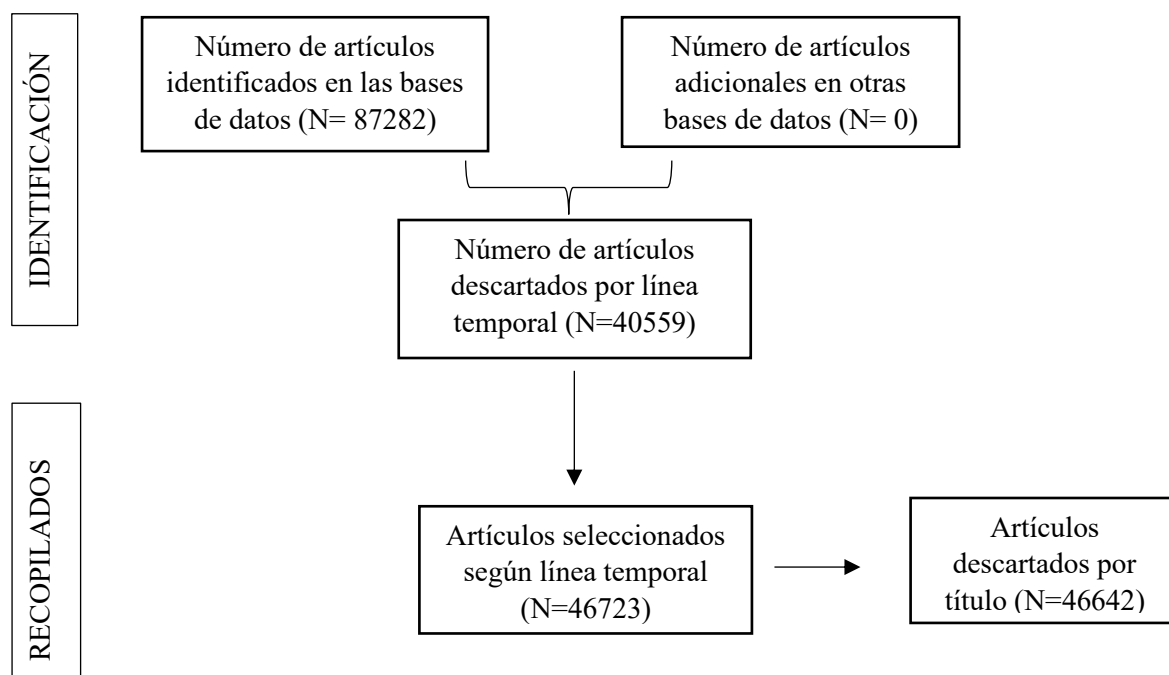
Enfermedad terminal AND síntomas refractarios	7
Sedación paliativa OR síntomas refractarios	7
Enfermedad terminal OR sedación paliativa	14
Sedación paliativa NOT síntomas refractarios	13
Enfermedad terminal NOT sedación paliativa	8
Total	81

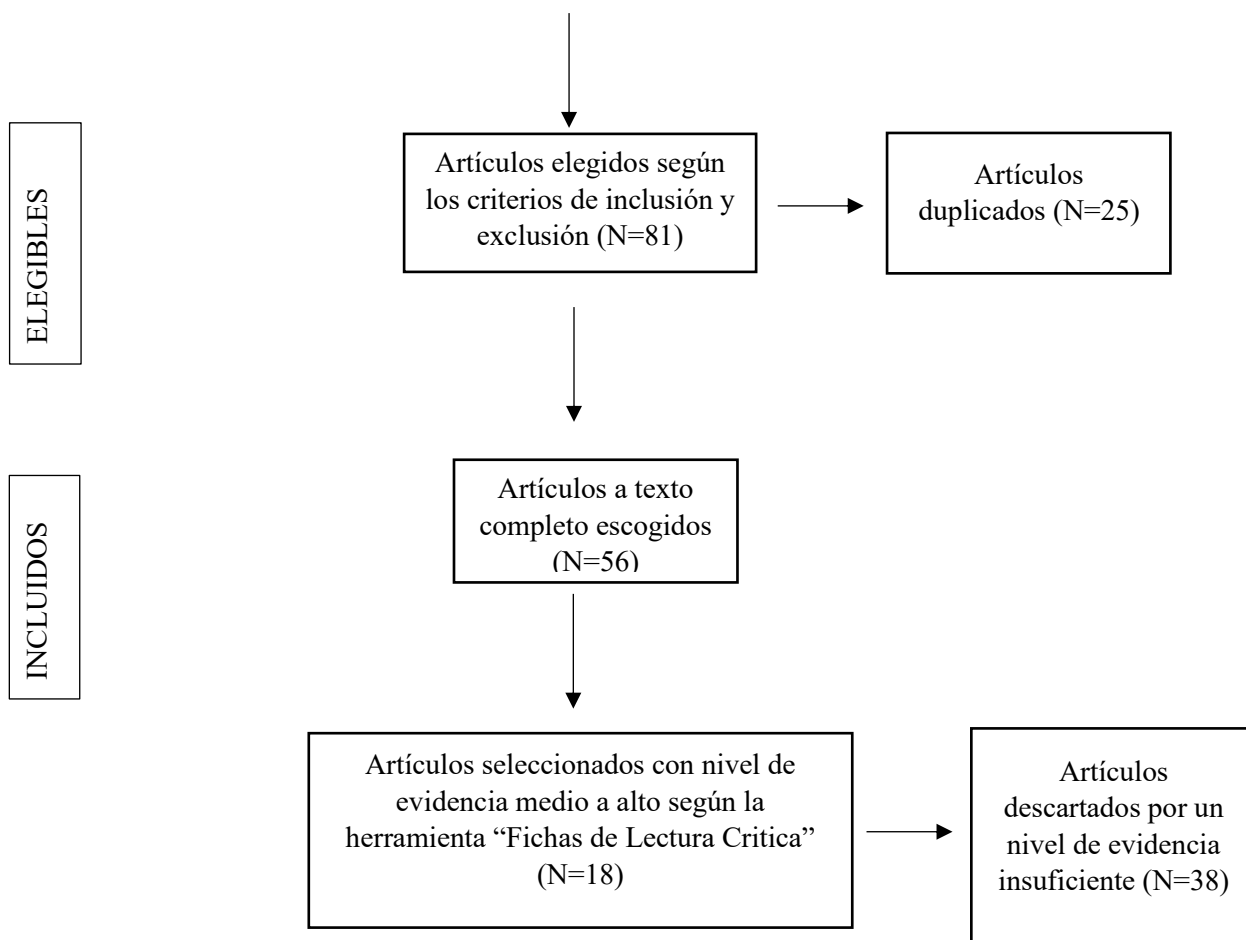
Fuente. Elaboración propia, 2025.

El sesgo de datos posterior a la aplicación de los filtros, según los criterios de inclusión y exclusión descritos es de 81 artículos científicos, tomando en cuenta artículos duplicados, en texto incompleto y sin evaluar el nivel de evidencia de cada uno respectivamente. En la figura N.1 se detallan los datos encontrados.

**Figura N.1**

**Flujograma PRISMA según recopilación de datos**





*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

### 3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Se realiza una tabla de Excel donde se transcribe el título de cada artículo sesgado según los criterios de inclusión y exclusión escogidos detenidamente. Se coloca en una columna la siguiente información: Nombre del artículo, base de datos, autor, año de publicación, duplicidad y texto completo, posteriormente se lee cada documento para verificar si son consistentes con las características deseadas y rellenar los espacios descritos en la columna diseñada, en este apartado se

recopilan 81 artículos y se descartan 25 artículos duplicados, por lo que permanecen al final 56 artículos sin tomar en cuenta el nivel de evidencia de cada uno.

**Tabla N.15**

**Representación del diseño de la tabla de Excel empleada para organizar los datos**

Nombre del artículo	
Base de datos	
Autor	
Año de publicación	
Duplicado	
Texto completo	
Cumple con los criterios de inclusión y exclusión	

*Fuente. Elaboración propia, 2025*

Los artículos elegibles son agregados a la plataforma de “Fichas de Lectura Crítica” para definir el nivel de evidencia y realizar la selección idónea de información para la investigación.

### **3.9 ANALISIS DE DATOS**

El análisis de datos se realiza por medio de la plataforma “Fichas de Lectura Crítica”, donde se agrega información según características específicas como: referencia, descripción del estudio, pregunta de investigación, método, resultados, conclusiones, conflicto de intereses, validez externa y evaluación de la calidad de estudio, cada uno de estos apartados se desglosan en preguntas específicas que desintegra el estudio para definir de nivel de evidencia científica, como se ejemplifica en la tabla N.16.

La metodología que utiliza dicha herramienta se basa en el sistema GRADE (grading of recommendations assessment, development and evaluation), el cual evalúa el nivel de evidencia mediante criterios que permiten transparencia y certeza en el grado de confianza de las recomendaciones del nivel de evidencia de los distintos estudios, clasificándolos en cuatro categorías alta, moderada, baja y muy baja. (Matías et al, 2021).

Se agrega de forma cuidadosa 56 artículos científicos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, a la plataforma con la finalidad de recopilar solo aquellos artículos científicos que tengan un nivel de evidencia media a alta.

**Tabla N.16**

**Contenido del programa “Fichas de Lectura Crítica” utilizado para definir el nivel de evidencia de los artículos seleccionados**

Contenido	Parámetros
Referencia	Cita bibliográfica completa y abreviada
Descripción del estudio	¿Se especifica el diseño del estudio? ¿Se describe los objetivos del estudio? ¿Se describe la localización y periodo de realización del estudio?
Pregunta de investigación	¿Se describe adecuadamente la población objeto de estudio? ¿Se describe adecuadamente la intervención objeto de estudio? ¿Se describe adecuadamente la intervención con que se compara? ¿Se describe adecuadamente las medidas de resultado?

	¿La revisión sistemática se basa en una pregunta de investigación claramente definida?
Método	Indica el tipo de diseño de los estudios incluidos en la revisión ¿Son los criterios de inclusión y exclusión adecuados para responder a la pregunta planteada? ¿La búsqueda bibliográfica es suficientemente exhaustiva y rigurosa? ¿La calidad de los estudios se evalúa de forma apropiada? ¿La extracción de datos se realiza de forma rigurosa? ¿La metodología de la revisión ha permitido minimizar los sesgos?
Resultados	¿Se indica el número de estudios y de participantes incluidos en la revisión sistemática evaluada? ¿Se especifican los resultados principales? ¿Los resultados obtenidos en la revisión son precisos? ¿Los resultados están correctamente sintetizados descritos?
Conclusiones	¿Cuáles son las conclusiones del estudio? ¿Las conclusiones del estudio están justificadas?
Conflicto de intereses	¿Está bien descrita la existencia o ausencia de conflicto de intereses?
Validez externa	¿Los resultados del estudio son generalizables a la población y contexto que interesan?
Evaluación de la calidad del estudio	Calidad alta, media u baja.

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

Al concluir con la integración de los 56 artículos a la plataforma, se obtienen 18 artículos científicos con un nivel de evidencia media a alta. Se compilan los datos obtenidos según título del artículo, autor, año de publicación y el nivel de evidencia, como se observa en la tabla N.17.

**Tabla N.17**

***Información de los artículos científicos elegibles para la revisión sistemática***

Título del artículo	Autor	Año	Nivel de evidencia
Level of discomfort decreases after the administration of continuous palliative sedation: a prospective multicenter study in hospices and palliative care units.	Rogier H.P.D, Van Deijck, Jeroen G. J. Hasselaar, Stans C.A.H.H.V.M, Verhagen, Kris C.P. Vissers, Raymond T.C.M. Koopmans.	2016	Media
Patient-related determinants of the administration of continuous palliative sedation in hospices and palliative care units: a prospective, multicenter, observational study.	Van Deijck Rogier H.P.D, Hasselaar Jeroen G.J, Verhagen Stans, Vissers Kris C.P, Koopmans Raymond T.C.M.	2016	Media
Palliative sedation for existential suffering: a systematic review of	Rodrigues Paulo, Crokaert Jasper, Gastmans Chris.	2018	Alta

argument-based ethics literature.			
Palliative sedation in terminal cancer patients admitted to hospice or home care programs: does the setting matter? results from a national multicenter observational study.	Caraceni Augusto, Speranza Raffaella, Spoldi Elio, Ambroset Cristina Sonia.	2018	Media
Palliative sedation? A retrospective cohort study on the use and labelling of continuously administered sedatives on a palliative care unit.	Schildmann Eva, Pörnbacher Sebastian, Kalies Helen, Bausewein Claudia.	2018	Alta
Sedation for terminally ill cancer patients: A multicenter retrospective cohort study in South Korea	Kim Young, Song Haa-Na, Ahn Jin Seok, Koh Su-Jin, Ji Jun Ho.	2019	Alta
Midazolam: safety of use in palliative care.	Zaporowska-Stachowiak Iwona, Szymański Krzysztof, Oduah Mary-Tiffany, Stachowiak-Szymczak Katarzyna, Łuczak Jacek, Sopata Maciej.	2019	Alta

<p>Changing practices in the use of continuous sedation at the end of life: a systematic review of the literature.</p>	<p>Heijltjes Madelon T, Thiel Ghislaine J. M. W. van, Rietjens Judith A. C, Heide Agnes van der, Graeff Alexander, Delden Johannes J. M. van.</p>	<p>2020</p>	<p>Alta</p>
<p>Identification and evaluation of observational measures for the assessment and/or monitoring of level of consciousness in adult palliative care patients: a systematic review for i can care.</p>	<p>Krooupa Anna Maria, Vivat Bella, Mckeever Stephen, Marcus Elena, Sawyer Joseph, Stone Paddy.</p>	<p>2020</p>	<p>Alta</p>
<p>Palliative sedation in COVID-19 end-of-life care. retrospective cohort study</p>	<p>Ramos Jose, Moreno-Perez Oscar, Gomez Nazaret, Priego Manuel, Climent Eduardo.</p>	<p>2021</p>	<p>Media</p>
<p>Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies. a systematic review.</p>	<p>Arantzamendi Maria, Belar Alazne, Payne Sheila, Rijpstra Maaike, Preston Nancy, Menten Johan, Elst Michael Van der, Radbruch Lukas, Hasselaar Jeroen, Centeno Carlos.</p>	<p>2021</p>	<p>Alta</p>

Personalized sedation goal for agitated delirium in patients with cancer: balancing comfort and communication.	Hui David, De La Rosa Allison, Urbauer Diana L, Nguyen Thuc, Bruera Eduar.	2021	Alta
Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo.	Prieto Morales Cindy Natalia, Pedroza Solarte Nicolas Alejandro, Gómez Ríos Esteban, Tavera Muñoz Tania Fernanda, Hernández Muñoz Juan Camilo, Melo Mora Miller Jesús, Moreno Sánchez Hollman Mauricio.	2021	Alta
Sedatives and sedation at the end of life: a nursing home retrospective cohort study.	Schildmann EvaEva, Bolzani Anna, Meesters Sophie, Grüne Bettina, Marheineke Alina.	2022	Media
The decision-making process for palliative sedation for patients with advanced cancer—Analysis from a systematic review of prospective studies.	Belar Alazne, Arantzamendi Maria, Menten Johan, Payne Sheila, Hasselaar Jeroen, Centeno Carlos.	2022	Alta
Continuous palliative sedation in terminally ill	Tan Fang, Chen Shan, Huang Lan, Chen Yang, Wu Yan.	2023	Media

patients with cancer: a retrospective observational cohort study from a Chinese palliative care unit,			
Palliative sedation determinants: systematic review and meta-analysis in palliative medicine.	Tan Fang, Li Na, Wu Yan, Zhang Chuan.	2023	Alta
Clinical practice guidelines on palliative sedation around the world: a systematic review.	Tomczyk Martyna, Jaques Cécile, Jox Ralf J.	2024	Alta

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

Al final del análisis de datos y las metodologías empleadas, se concluye con 18 artículos científicos seleccionados que cumplen con los estándares requeridos para la investigación, se descartan 38 que se encuentran por debajo del nivel de evidencia necesario.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 4.1 GENERALIDADES

La sección de resultados de esta investigación está conformada mediante los 18 artículos seleccionados con pericia por medio una revisión sistémica, utilizando el método PRISMA, buscadores booleanos y la determinación del nivel de evidencia por medio de la herramienta “Fichas de Lectura Critica”, recopilando únicamente solo aquellos artículos con un nivel de evidencia alto y medio.

El propósito es señalar la información correlacionada con la eficacia de la SP en pacientes terminales y demás datos que aporten claridad respecto al tema de estudio, abarcando del mismo modo los objetivos propuestos.

## 4.2 ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se muestran los estudios seleccionados para la revisión sistemática, los cuales se organizan de forma estructurada, para su mayor comprensión en cuadros con los siguientes subtítulos; título, autores, país, idioma, tipo de estudio, tamaño de muestra y la puntuación según la Escala Jadad. Además de un previo análisis de cada estudio correspondiente, sobre los datos hallados concernientes a la eficacia de la SP en el control de SR.

La Escala de Jadad corresponde a un cuestionario de calidad para evaluar los estudios incluidos, consiste en 5 criterios (ver tabla N.18), donde se puntúa de 0 a 5, menos de 3 puntos se considera de baja calidad, lo cual permite de forma rápida seleccionar estudios según su calidad y brindar una noción clara por año de cada publicación encontrada respecto a su nivel de evidencia. (De Cassai et al, 2023).

*Tabla N.18*

### ***Representación de Escala Jadad***

Criterios	Puntuación
¿Se describe el estudio como aleatorizado?	
¿Se describe el estudio como doble ciego?	
¿Se describen las pérdidas y retiradas del estudio?	
¿Es adecuado el método de aleatorización?	
¿Es adecuado el método de doble ciego?	

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

#### **4.2.1 Generalidades de los estudios recopilados**

Los factores concluyentes en la comunidad médica que practica los cuidados paliativos son los determinantes para la aplicación de la SP y el tipo que se va a proporcionar al paciente, estos comprenden la supervivencia esperada, los SR y los deseos del paciente, dichos aspectos se toman en cuenta para elegir la sedación profunda continua (SPC).

La SPC puede ser utilizada de dos maneras, como SP proporcional la cual corresponde a un aumento progresivo de la sedación según la respuesta sintomática y otra forma es la SP hasta la inconsciencia la cual consiste en el aumento rápido de las dosis durante un lapso de minutos a horas, hasta que el paciente no responda, logrado esto se mantiene dicha dosis hasta que el paciente fallezca.

En el primer estudio (ver tabla N.19) realizado en el año 2016, se evaluó la SP y su efecto en pacientes con demencia de forma minuciosa por medio de la escala de incomodidad DS-DAT (escala de malestar y demencia tipo Alzheimer), esta herramienta traduce puntuaciones de 0 (ninguna molestia) a 27 (alto nivel de molestia).

La investigación se realiza fundamentada principalmente en la valoración objetiva del paciente, específicamente en este tipo de enfermedades crónicas que dificultan la monitorización debido a la pérdida cognitiva y de comunicación verbal, ya que la mayoría de las 9 pautas recomendadas por la Asociación Europea para el Cuidado Paliativo, en la evaluación de la SP solo miden el nivel de consciencia de la persona sedada, obviando el nivel de malestar del paciente.

Se seleccionan 130 pacientes en fase final de su enfermedad, con una esperanza de vida de tres meses y con SR, en quienes se inicia sedación paliativa continua (SPC), con una mediana de duración de la sedación de 25.5 horas monitorizados con escala DS-DAT durante la aplicación de SP hasta la muerte del paciente, en la evolución se encuentra una medición de malestar inicial en un 12.16%, posteriormente de un 8% y una última aproximadamente en un 7% en las últimas horas de vida.

Los resultados traducen una eficacia considerable en un lapso aceptable, al alcanzar la titulación de la sedación. Aproximadamente a las ocho horas de iniciada la SP disminuye el sufrimiento de la persona de forma importante. La terapia de SPC brinda una disminución en el malestar de los SR, esta debe de administrarse sin someter a los pacientes a escalonadas innecesarias de dosificación.

El segundo artículo documentado en el año 2016 (ver tabla N.19), se realiza un estudio en 130 pacientes oncológicos con SR sometidos a SPC, durante dicha terapia se evalúa las características en los pacientes sedados y el uso previo de opioides (utilizados el 50.2% de los casos). Los últimos 7 días de vida se encuentra que SR como el dolor y la disnea fueron el indicador para iniciar SPC en consecuencia de la falta efecto de los opioides.

Encontrar los determinantes particulares en cada caso ayuda a mejorar la atención y dar calidad de vida en el control de los SR, además de ayudar al médico a reconocer y responder de forma oportuna para aplicar la SP cuando corresponde.

La utilización de opioides en el manejo sintomático contribuye a tener una mayor probabilidad de utilizar SPC, para el control de SR desarrollados en ausencia de un plan preventivo dirigido de forma integral y personalizado.

**Tabla N.19**

**Artículos científicos seleccionados del año 2016**

Titulo	Autores	País	Idioma	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Puntuación
Level of discomfort decreases after the administration of continuous palliative sedation: a prospective observational study in hospices and palliative care units.	Rogier H.P.D, Van Deijck, Jeroen G. J. Hasselaar, Stans C.A.H.H.V.M, Verhagen, Kris C.P. Vissers, Raymond T.C.M. Koopmans.	Países bajos	Ingles	Estudio prospectivo multicéntrico	130 pacientes	3
Patient-related determinants of the administration of continuous	Van Deijck Rogier H.P.D, Hasselaar Jeroen G.J,	Países bajos	Ingles	Estudio prospectivo multicéntrico	130 pacientes	3

palliative sedation in hospices and palliative care units: prospective, sstudy.	Verhagen Stans, Vissers Kris C.P, Koopmans Raymond T.C.M.					
--	--	--	--	--	--	--

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

Los estudios recopilados mediante una revisión sistemática del 2018 (ver tabla N.20), infieren que los SR tanto físicos (dolor, náuseas, vómitos) como psicológicos (ansiedad, depresión, angustia, delirio) y de carácter existencial (sensación de falta de sentido, inutilidad), deben ser tratados con SP para aminorar la afectación en la medida posible.

Existe un área gris de incertidumbre y falta de investigación para la ejecución dentro de lineamientos específicos, que se puedan generalizar entre profesionales a la hora de lidiar con el manejo de SR no fisiológicos ya que, aunque las guías de práctica clínica recomiendan la SP en estos casos, no se cuenta con bases sólidas, lo cual crea dualidad de criterios y renuencia en aplicar la terapia en ocasiones no contempladas necesarias desde el punto de vista crítico del profesional, esto debido a la subjetividad al evaluar esta sintomatología.

En los países bajos dos estudios encontraron que los SR de carácter psicológico fue la indicación para el 16-26.4% de los casos de aplicación de SP como una medida efectiva en el control sintomático. Se incluyeron dolencias como la angustia por ser incapaces de cuidar de sí mismos, la falta de apoyo y el deseo de controlar la propia muerte entre otros. Lo cual indica que existe una amplia gama de dolencias de carácter psicológico que requieren de aplicación de SP.

Aunque la información obtenida encuentra unanimidad en la relevancia del uso de SP en SR psicológicos y existenciales para el control del sufrimiento, su uso es discutible y controvertido por la ambigüedad e imprecisión de la información hasta el momento disponible.

La segunda investigación encontrada en el 2018 (ver tabla N.20), realiza una comparación sobre la eficacia de los cuidados paliativos en el domicilio, respecto a un centro destinado para ello, este se conformó por 4276 pacientes segregados en los diferentes lugares de análisis, dichos pacientes con un diagnóstico oncológico con un seguimiento clínico y terapéutico hasta su fallecimiento.

Se determina que al menos un 15% de los pacientes con seguimiento domiciliario y un 21% de los que se encontraban en centros de cuidados paliativos, requirieron de SP como medida ante los SR, además de resaltar que la mayoría de los pacientes presentaban solo un SR, solo en el 38% de los casos se presentaban dos.

Al finalizar se establece no encontrar diferencias significativas en ambos entornos y asienta una viabilidad de atención factible y de calidad, no obstante, sí se encuentran diferencias en la práctica clínica, lo cual se asocia a una discrepancia en cuanto a condición del paciente, aspectos organizativos y técnicos del lugar.

La tercera revisión científica (ver tabla N.20) data del seguimiento de 192 pacientes de los cuales 149 recibieron SPC, previa al internamiento en una unidad de cuidados paliativos en la última semana de vida, debido a SR dentro los cuales la agitación, ansiedad y el delirio en orden de mención fueron las causas principales de la terapia. Estos pacientes mostraron una prevalencia mayor de delirio y agitación en los últimos días de vida que aquellos pacientes que no necesitaron de la sedación continua, en respuesta a la refractariedad de la terapia.

Otro de los hallazgos relevantes es que no se encontró una asociación de los sedantes con una supervivencia disminuida, ya que aquellos sometidos a SPC tuvieron una supervivencia significativamente más larga.

**Tabla N.20**

**Artículos científicos seleccionados del año 2018**

Titulo	Autores	País	Idioma	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Puntuación Jadad
Palliative sedation for existential suffering: a systematic review of argument-based ethics literature.	Rodrigues Paulo, Crokaert Jasper, Gastmans Chris.	Bélgica	Ingles	Revisión sistemática	18 artículos	1
Palliative sedation in terminal cancer patients admitted to hospice or home care programs: does the setting	Caraceni Augusto, Speranza Raffaella, Spoldi Elio, Ambroset Cristina Sonia.	Italia	Ingles	Estudio observacional multicéntrico nacional	4276 pacientes	3

matter? results from a national multicenter observational study.						
Palliative sedation'? A retrospective cohort study on the use and labelling of continuously administered sedatives on a palliative care unit.	Schildmann Eva, Pörnbacher Sebastian, Kalies Helen, Bausewein Claudia.	Alemania	Ingles	Estudio de cohorte retrospectivo	192 pacientes	3

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

Uno de los fármacos más utilizados en SP en la fase final de su enfermedad, es el midazolam como se determinó en una investigación realizada en el 2019 (ver tabla N.21). Se ha visto que al menos el 58% de los pacientes en una unidad de cuidados paliativos necesitó de este fármaco para el control de SR al momento de morir. Su eficacia en el control sintomático se relaciona con la rapidez de inicio de acción de 1.5-15 minutos después de administrada una dosis.

No obstante, la poli terapia es muy desafiante por las interacciones farmacológicas del midazolam, causando un desafío en el tratamiento seguro, lo cual requiere que para asegurar un nivel de eficacia sea necesario ajustar la dosis.

En SR tales como: ansiedad, disnea, convulsiones, para obtener un resultado satisfactorio se recomienda comenzar con dosis inicial de midazolam e ir aumentando de forma gradual para ir monitorizando el nivel de aceptación y sedación farmacológico.

El segundo artículo (ver tabla N.21), estudió la SP en el manejo de SR en pacientes oncológicos en tres centros médicos de Corea del Sur, dentro de la farmacoterapia utilizada se encontró en primer lugar las benzodiazepinas, los barbitúricos y el Propofol para el control substancialmente de delirio 39.3%, dolor 23.1% y disnea 21.9% de forma eficaz. La sedación más utilizada fue la intermitente respecto a la continua en un 61.8% de los casos.

Al finalizar el análisis de los datos obtenidos establecen que la SP varía en su práctica según el entorno de atención, pero su uso en la investigación no se asoció con un acortamiento de la esperanza de vida en pacientes terminales y su aplicación para el tratamiento de SR es antagónico a la eutanasia.

***Tabla N.21***

***Artículos científicos seleccionados del año 2019***

Titulo	Autores	País	Idioma	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Puntuación Jadad
Midazolam: safety of use in palliative care.	Zaporowska-Stachowiak Iwona,	Polonia	Ingles	Revisión sistemática	50	2

	Szymański Krzysztof, Oduah Mary- Tiffany, Stachowiak- Szymczak Katarzyna, Łuczak Jacek, Sopata Maciej.					
Sedation for terminally ill cancer patients: A multicenter retrospective cohort study in South Korea	Kim Young, Song Haa-Na, Ahn Jin Seok, Koh Su-Jin, Ji Jun Ho.	Corea del Sur	Ingles	Estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico	8309 pacientes	3

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

Una revisión sistémica seleccionada en el año 2020 (ver tabla N.22), analiza los cambios en la práctica de la sedación continua en distintos países y subpoblaciones tales como: Bélgica, Dinamarca, Italia, Países Bajos, Suiza, Suecia y Reino Unido, determinan que se encuentran muchas irregularidades o inconsistencias en cuanto a términos idóneos de sedación e indicaciones de aplicación.

Se observó en estos estudios que la utilización de sedación continua para SR (disnea, agitación, delirio, dolor) es de un 32% de los casos y los síntomas psico existenciales determinados como refractarios fue de un 27%, denotando un aumento considerable a través de los años en la utilización de sedación en síntomas no físicos al final de la vida. La eficacia se consiguió por medio de fármacos coadyuvantes y potenciadores del efecto sedante, como las benzodiazepinas, opioides, brindando calidad de vida en las últimas horas de vida.

La evaluación adecuada de los SR debe contemplar la valoración física, mediante el uso de las herramientas estandarizadas de las cuales se dispone en la práctica de los cuidados paliativos, para valorar la eficacia de la terapia administrada ya que los pacientes pueden presentar más de un síntoma refractario de forma simultánea en muchas ocasiones.

La segunda publicación encontrada en el año 2020 informa que la aplicación de la SP varía mucho en los diferentes países y el entorno particular de cada caso. No obstante, la mayoría de las guías de práctica clínica coinciden en que la administración de SP debe corresponder simultánea y proporcionadamente con los SR en cuestión. Esta premisa está fundamentada bajo varios estudios donde en uno de los mismo se denotó un 40% de pacientes con un efecto de sedación subóptimo y en otro un índice de al menos 11 de 27 pacientes en terapia de SP con dosis poco efectivas.

La asociación Europea de Cuidados Paliativos infieren de igual manera que la eficacia de la terapia está amparada en la evaluación del nivel de conciencia por medio de herramientas observacionales, como parte de la monitorización periódica antes y después del inicio de sedación, como medida eficaz en evitar una dosis inferior o en su defecto una sobredosificación.

Esta investigación encontró 8 artículos con evidencia que valida la relevancia de herramientas observacionales, que evalúan el nivel de conciencia, dentro de las cuales destacó la Escala de

Agitación y Sedación de Richmond (RASS) en su versión original o modificada, esto concluye que aunque muchas herramientas observacionales se han empezado a usar, con mayor frecuencia para medir el nivel de sedación y la eficacia de la misma, pero muy pocas son respaldadas científicamente con aprobación, debido a su rendimiento psicométrico en el ámbito del manejo del paciente en fase terminal.

**Tabla N.22**

**Artículos científicos seleccionados del año 2020**

Titulo	Autores	País	Idioma	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Puntuación Jadad
Changing practices in the use of continuous sedation at the end of life: a systematic review of the literature.	Heijltjes Madelon T, Thiel Ghislaine J. M. W. van, Rietjens Judith A. C, Heide Agnes van der, Graeff Alexander, Delden Johannes J. M. van.	Países bajos	Ingles	Revisión sistemática y metaanálisis	61 artículos	2

Identification and evaluation of observational measures for the assessment and/or monitoring of level of consciousness in adult palliative care patients: a systematic review for i can care.	Krooupa Anna Maria, Vivat Bella, Mckeever Stephen, Marcus Elena, Sawyer Joseph, Stone Paddy.	Reino Unido	Ingles	Revisión sistemática	65 artículos	3
---	--	-------------	--------	----------------------	--------------	---

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

La exploración de los aspectos clínicos de la SP fue el campo de análisis en un estudio que data del año 2021 (ver tabla N.23) en el que involucraron a pacientes oncológicos con SR y la frecuencia de incidencia, entre estos se encuentra: el delirio 41%-83%, dolor 25%-65%, disnea 16%-59%, convulsiones 25%, vómitos 5%-22%, sangrado masivo 3%-5%, angustia psicológica y existencial 16%-59%. En 3 de los artículos estudiados se denota la presencia de más de un síntoma refractario a la vez.

La mayoría de los estudios analizados no evidencian algún método o herramientas específicas utilizadas para la evaluación de los SR o el nivel de sedación de los pacientes con terapia de SP, solo se inicia de forma empírica según la clínica y objetividad del profesional, relatando un control mediante la SP del sufrimiento sintomático. Cabe recalcar que uno de los diez estudios expuso la ambigüedad de aplicar métodos de monitorización ya que principalmente las afecciones psicológicas tienen un encuadre subjetivo.

La Unión Europea de Cuidados Paliativos, expuso la necesidad del desarrollo de directrices con el objetivo de instaurar la práctica clínica de la SP de forma apropiada y éticamente idónea, ya que este ente solo tiene directrices principalmente formuladas por la opinión de expertos y en directrices preexistentes. No cuenta con evidencia científica contundente en los estudios clínicos.

Tres de los artículos realizaron sus investigaciones con sus propios protocolos y directrices nacionales de manejo de SP ya establecidos, los cuales determinan el tipo, vía de administración y criterios considerados de aplicación, en los cuales también se infiere la utilización de sedación profunda continúa autorizada en aquellos pacientes con una esperanza de vida limitada a dos semanas o menos.

Referente a la eficacia un estudio Japonés analizó la sedación proporcional y profunda, con una valoración a las 4 horas de instaurada la SP, se utilizó midazolam en una dosis inicial 5-10mg por hora hasta alcanzar la sedación profunda, disminuyendo posteriormente a 0.5-3mg, en la sedación proporcional se obtuvieron buenos resultados ya que hubo alivio de los SR en el 68.8%, con un 31.3 de los pacientes que necesitó de sedación profunda y la sedación profunda se obtuvo en un 83.3% de los pacientes.

Datos de otro estudio aplicó el uso de midazolam de forma intermitente y continua para acentuar la capacidad en cada una de las terapias sedativas y la facultad de brindar analgesia a los SR que

causaban sufrimiento de forma significativa, se encontró que con el ajuste adecuado del medicamento ya fuese de forma intermitente o continua se conseguía la eficacia de forma exitosa.

El segundo artículo examinado en el 2021 (ver tabla N.23), analiza el uso de sedantes como clorpromazina en combinación con haloperidol en pacientes oncológicos que presentan delirio, para evaluar la sedación personalizada, tomando en cuenta aspectos como el nivel de agitación, capacidad de comunicación y la supervivencia. Estos aspectos representan un lábil equilibrio que puede variar según cada escenario y paciente, lo que traduce una falta de investigación referente a la evaluación personalizada.

Se expone que los SR más frecuentes en los últimos días de vida son el delirio y la angustia. Por lo general la titulación activa de los sedantes en la práctica clínica se hace a petición de los familiares, debido a la fluctuación sintomática que ocasiona pacientes menos alerta, menos lucidos y dormidos en la mayoría de los casos, por lo que la sedación implementada en los casos que logró un efecto satisfactorio fue la sedación profunda.

La tercera revisión que data del año 2021 (ver tabla N.23), refiere que las enfermedades oncológicas han aumentado de forma importante a través de los años, lo cual ha ocasionado que se requiera con mayor frecuencia la SP para tratar los SR. Un pilar importante para conseguir un efecto positivo dependiente de la vigilancia, seguimiento de signos vitales y la respuesta a la dosificación administrada.

La última investigación ubicada en el 2021 (ver tabla N.23), estudió el uso de la SP para aminorar los SR antes del fallecimiento de pacientes con COVID-19, en un 38.5% se utilizó la terapia, principalmente en adultos mayores de 85 años, aquellos con contagio nosocomial necesitaron más sedación un 81.8%, que los infectados en la comunidad un 36.8% correlacionado con tiempos de

internamiento más prolongados y la estancia hasta su fallecimiento en pacientes con SP fue de 9 días y 5 días en aquellos sin sedación.

**Tabla N.23**

**Artículos científicos seleccionados del año 2021**

Titulo	Autores	País	Idioma	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Puntuación Jadad
Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies. a systematic review.	Arantzamendi Maria, Belar Alazne, Payne Sheila, Rijpstra Maaike, Preston Nancy, Menten Johan, Elst Michael Van der, Radbruch Lukas, Hasselaar Jeroen,	España	Ingles	Revisión sistemática	10 artículos	3

	Centeno Carlos.					
Personalized sedation goal for agitated delirium in patients with cancer: balancing comfort and communication.	Hui David, De La Rosa Allison, Urbauer Diana L, Nguyen Thuc, Bruera Eduar.	Estados Unidos	Ingles	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego	45 pacientes	4
Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo.	Prieto Morales Cindy Natalia, Pedroza Solarte Nicolas Alejandro, Gómez Ríos Esteban, Tavera Muñoz Tania Fernanda, Hernández Muñoz Juan Camilo, Melo	Colombia	Español	Revisión sistemática	50 artículos	1

	Mora Miller Jesús, Moreno Sánchez Hollman Mauricio.					
Palliative sedation in COVID-19 end- of-life care. retrospective cohort study	Ramos Jose, Moreno-Perez Oscar, Gomez Nazaret, Priego Manuel, Climent Eduardo.	España	Ingles	Estudio de cohorte retrospectivo	747 pacientes	3

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

La revisión sistemática encontrada dentro de la temporalidad 2022 (ver tabla N.24), se refiere a la SP para el control de SR como una decisión que debe de tomar el paciente antes de ser iniciada, ya que parte de la eficacia de la terapia esta correlacionada con la limitación de mantener interacciones significativas en los últimos momentos de vida, concordantes con factores específicos de cada caso en particular, como la acentuación del o los síntomas en sí, ya que establecen que la eficacia de la SP es proporcional a los síntomas.

Además, se expresa la necesidad de iniciar el proceso de toma de decisiones en etapas tempranas de la enfermedad, para mejorar el proceso de aceptación y explicar de forma apropiada el deterioro cínico y la aplicación de la SP cuando corresponda.

La segunda investigación corresponde a un estudio de cohorte que data del año 2022 (ver tabla N.24), el cual evaluó el uso de sedantes de forma general y de uso continuo, en pacientes fallecidos por comorbilidades crónicas en una residencia de adultos mayores. Dentro de los hallazgos se denotó que los medicamentos más utilizados eran el Lorazepam y el Midazolam, para tratar principalmente la ansiedad, agitación y la disnea.

La eficacia de la terapia en las diferentes ocasiones ya sea por petición del paciente, SR o indicación del profesional a cargo fue adecuada, sin embargo, se constata que al individualizar la práctica esta debe ser regida con las guías contemporáneas, no obstante, la práctica desviada a las indicaciones de las guías en casos como: pautas más actualizadas, estado paliativo y SR psico existenciales no se encuentran dentro de las indicaciones, pero la SP mostró beneficio.

**Tabla N.24**

**Artículos científicos seleccionados del año 2022**

Titulo	Autores	País	Idioma	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Puntuación Jadad
The decision making process for palliative sedation for patients with advanced cancer—Analysis from	Belar Alazne, Arantzamendi Maria, Menten Johan, Payne Sheila, Hasselaar Jeroen,	Reino Unido	Ingles	Revisión sistemática	10 artículos	1

systematic review of prospective studies.	Centeno Carlos.					
Sedatives and sedation at the end of life: a nursing home retrospective cohort study.	Schildmann EvaEva, Bolzani Anna, Meesters Sophie, Grüne Bettina, Marheineke Alina.	Alemania	Ingles	Estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico	165 pacientes	3

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

Un estudio recopilado del año 2023 (ver tabla N.25), indica que existe mucha incertidumbre en los determinantes necesarios para aplicar SP, pese a que es una práctica realizada en todo el mundo, aún hay muchas controversias circundantes desde la ética médica, efectos duales, protocolos de inicio, profundidad y eficacia de la SP.

La práctica, aunque desprovista de indicaciones asertivas, contine variedad de casos que permiten identificar elementos característicos, que facilita divisar de forma temprana a los pacientes con tendencia a desarrollar SR y este abordaje anticipado guía a un manejo idóneo de los mismos.

El metaanálisis refiere que 7 estudios de los 21 estudios encontraron mayor utilización de SP en pacientes más jóvenes (menores de 60-65 años), de género masculino, oncológicos, con SR siendo la disnea la presentación más repetida, posteriormente delirio, dolor y sufrimiento existencial.

El segundo artículo documentado en el año 2023 (ver tabla N.25), investiga la práctica de 4 años en un servicio de medicina paliativa, en pacientes oncológicos con SPC respecto a los que no recibieron dicha terapia, esto con la finalidad de determinar diferencias en cuanto la supervivencia y otros factores que se pudieran correlacionar con la sedación.

En los 505 pacientes estudiados un 51.5% eran mujeres y un 63.8% hombres, se encontró una prevalencia de la SPC de un 39.7%, documentado para tratar el delirio, la disnea, dolor y sufrimiento psico existencial. La esperanza de vida documentada fue de 2 a 9.5 días, según la heterogeneidad de los datos no se encontró diferencias significativas.

**Tabla N.25**

**Artículos científicos seleccionados del año 2023**

Titulo	Autores	País	Idioma	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Puntuación Jadad
Palliative sedation determinants: systematic review and meta-analysis in palliative medicine.	Tan Fang, Li Na, Wu Yan, Zhang Chuan.	China occidental	Ingles	Revisión sistemática y metaanálisis	21 artículos	3
Continuous palliative sedation in	Tan Fang, Chen Shan,	China	Ingles	Estudio de cohorte	505 pacientes	2

terminally ill patients with cancer: a retrospective observational cohort study from a Chinese palliative care unit,	Huang Lan, Chen Yang, Wu Yan.			observacional retrospectivo		
--	-------------------------------	--	--	-----------------------------	--	--

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

La información más reciente encontrada en el año 2024 (ver tabla N.26), encuentra que no hay una SP que se pueda aplicar en todos los entornos o casos como respuesta a los SR, ya que existen varias formas de sedación y esta debe ser individualizada, caracterizada según el umbral y respuesta a dosis efectiva.

El análisis de las guías de práctica clínica o directrices señala que están dirigidas a la SP sin especificar la forma de sedación y cabe indicar que cada país a nivel mundial cuenta con una como mínimo, lo cual significa que hay congruencia con el contexto cultural, normativo y sanitario respectivo, a su vez permite que los profesionales tomen decisiones bien fundamentadas, reducir la variabilidad de la atención y proporcionar alivio eficaz. No obstante, la mayoría de estas guías de práctica clínica no son versiones confirmadas.

Referente a lo anterior, aunque no se cuente con convalidación objetiva de la práctica de la SP mediante las guías necesarias, es importante como médicos involucrados, la investigación y actualización constante.

**Tabla N.26****Artículos científicos seleccionados del año 2024**

Titulo	Autores	País	Idioma	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Puntuación Jadad
Clinical practice guidelines on palliative sedation around the world: a systematic review.	Tomczyk Martyna, Jaques Cécile, Jox Ralf J.	Suiza	Ingles	Revisión sistemática	36 artículos	3

*Fuente. Elaboración propia, 2025.*

## **CAPITULO V**

# **DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## 5.1 USO DE ESCALAS OBSERVACIONALES PARA VALORAR LA SP

Rogier H.P.D. et al, (2016) menciona que el estudio ofrece un análisis profundo sobre el uso de la SP en las últimas horas de vida, basando los resultados y la terapia en la aplicación de la escala DS-DAT en una media de tiempo de 251 minutos en 130 pacientes donde se encontró efectiva la SP durante el tiempo de aplicación de la terapia demostrando una reducción significativa de los síntomas ( $P < 0.001$ , IC: 95%:4.90-9.94).

La escala DS-DAT es herramienta que puede ayudar a guiar el proceso, no obstante, las limitaciones y resultados del estudio deben de interpretarse dentro de las limitaciones establecidas, además de investigar más ampliamente las propiedades psicométricas de esta herramienta, antes de poder aplicarla en la práctica clínica. No obstante, se denota la eficacia de la SP en el control de los SR, aunque no se especifica los fármacos empleados durante la investigación.

La Escala de Agitación y Sedación de Richmond (RASS) encontrada en 35 estudios como método de carácter observacional utilizado para medir el nivel de consciencia, demostró resultados aceptables, en la valoración psicométrica de los SR y el beneficio de aplicar SP.

La validación y perfección de estas herramientas es un área que aún no recibe la atención necesaria, para poder disponer oficialmente dentro de la práctica clínica muchas medidas observacionales. (Anna-Maria Krooupa et al, 2020).

La adaptación de las guías de práctica clínica según cada país permite una atención más contextualizada y reduce la variabilidad en la práctica clínica, lo cual permite disminuir la tergiversación de aplicación de la SP facultando una toma de decisiones más clara. La convalidación

formal sustentada con más investigación debe ser la prioridad con el fin de garantizar una práctica segura coherente y centrada. (Tomczyk et al, 2024).

Se requiere una valoración exhaustiva de estos métodos de evaluación de la eficacia de la SP, las escalas ya existentes deben de ser sometidas a investigaciones para validarlas y perfeccionarlas sin desarrollar otras nuevas que generen más dudas. En conjunción no se le restan relevancia de su uso en la práctica clínica.

## **5.2 FACTORES DE RIESGO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SP**

Van Deijck et al, (2016) evidencia la diferencia en el proceso de su estudio entre los pacientes que necesitaron SP y los que no la recibieron. Las personas con terapia eran menores de 65 años más jóvenes, su diagnóstico era más maligno y presentaban un uso previo de opioides, el análisis de los datos determinó que el uso previo de opioides se asoció de forma considerable con la administración de SP (OR 1.90, P = 0.008, IC 95%: 1.18-3.05).

Tan et al, (2023) analizó una relación significativa entre personas jóvenes con enfermedades crónicas y el uso de SP (OR -3.57, P < 0.00001, IC 95%: 6.56-0.58), con una heterogeneidad sustancial e incidencia más marcada en el género masculino (OR 1.17, P = 0.004; IC 95%: 1.05-1.31) comparación realizada del continente asiático, europeo y América del Sur. Posteriormente se realizó una comparación del uso de SP y pacientes oncológicos, apreciando una asociación marcada (OR 1.39, P < 0.00001, IC 95%: 1.20-1.61).

Estos hallazgos refuerzan que el consumo de opioides, los pacientes jóvenes, el género masculino y un diagnóstico oncológico, son factores de riesgo de recibir SPC en los últimos días de vida.

El diseño de un plan con base en determinantes característicos en función de una atención integral y personalizada en merced de los pacientes puede ayudar a aminorar el riesgo de desarrollar SR y la necesidad de SP para control sintomático, sin embargo, esta asociación debe de ser sometida a más revisiones, según los datos extraídos.

(Kim et al., 2019) determina que la aplicación de la terapia difiere respecto a especialistas, tipo de Cáncer, instituciones, genero (más frecuente la SP en varones) y predilección farmacológica, la cual tiende a estar inclinada hacia las benzodiazepinas por las ventajas que aporta en cuanto al inicio de acción, semivida de eliminación y la titulación sencilla.

La variabilidad de los factores que se pueden encontrar en los diversos casos y entornos de aplicación de la terapia son muy vastos e inferir que, desde la experiencia del profesional hasta el tipo de cáncer en términos de enfermedades terminales oncológicas, son un gatillo que puede modificar el manejo y la respuesta, es concordante con los aspectos particulares encontrados en las investigaciones previamente mencionadas. Se concluye, que hay limitación en la investigación, en términos de precipitantes de riesgo.

### **5.3 INCIDENCIA DE SÍNTOMAS REFRACTARIOS**

Se debe de definir de forma más clara los SR no fisiológicos como el sufrimiento existencial, ya que se presenta con mucha frecuencia entre los pacientes en condición terminal, esta imprecisión de terminología fundamenta un debate a nivel ético, que puede sustentar una oposición sobre la necesidad de emplear terapia de SP para controlar estos síntomas de carácter psicológico.

Los SR no deben de considerarse solamente en función de lo físico, sino como un conjunto de factores que afectan la calidad de vida en la fase final, ya que se excluirían pacientes con síntomas mal

controlados que requieren escalar a SP, para lograr analgesia solo por el hecho de que recae dentro de lo subjetivo. (Rodrigues et al, 2018).

Schildmann et al, (2022) menciona que la sedación en sus diferentes aplicaciones y dosis, en el manejo de SR no fisiológicos en los pacientes es esencial y necesario, por lo que plasmar en las guías como indicación de terapia en caso de ser necesario, la terapia de SP para los SR psico existenciales mejora la calidad de vida, que se le puede ofrecer a los pacientes, ya que, aunque se ha visto la mejoría hay escasas investigaciones al respecto.

Se evidencia la necesidad de insistir en una definición estricta y más amplia de las indicaciones de SP, respecto a los SR psicológicos, expresa una problemática real de la medicina paliativa y revela una limitación en la manera en la que se comprende el sufrimiento en pacientes en fase terminal y la ausencia de investigación científica.

EL delirio y la angustia son síntomas muy prevalentes en los pacientes en condición terminal según un ECA doble ciego diseñado a partir de 116 pacientes oncológicos en fase terminal. Los pacientes con un mayor nivel de angustia relacionada con delirio preferían un nivel de sedación más profunda (OR = 2.5, P <0.0001, IC 95%:1.8-3.6), para aminorar el sufrimiento de los SR con eficacia de la terapia de SP personalizada, solo un 33% presentó una sedación insuficiente y un 15% excesiva. (Hui et al, 2021).

En contraste datos recopilados de un metaanálisis reveló los SR más usuales en los estudios revisados y su asociación con la sedación en los que se enumeran la disnea (OR 1.77, P =0.51, IC 95%:1.61-1-94), delirio (OR 3.0, P <0.001, IC 95%:1.73-5.21) y dolor (OR 2.66, P = 0.002, IC 95%:1.38-5.14), esta representación expresa de forma contundente la incidencia de los síntomas físicos y la necesidad de la terapia de SP para su control. (Tan et al, 2023).

Ramos-Rincon et al, (2021) concluye que la SP en el manejo de SR en pacientes con COVID-19 demostró ser eficaz para el abordaje de la disnea en reposo, dolor, delirio y los vómitos que presentaban estos pacientes en sus últimos días de vida. El inicio temprano de la terapia y reconocer los SR con anticipación es esencial para brindar un control idóneo, además de considerar la SP como un componente importante en el manejo multidisciplinario en pacientes con COVID-19.

#### **5.4 EFICACIA DE LA SEDACIÓN**

Prieto Morales et al, (2021) menciona que la SP brinda al paciente y a su familia la oportunidad de controlar los SR que lo aquejan, en muchas ocasiones de forma incontrolable, logrando mermar el sufrimiento físico y psicológico del paciente.

La autonomía del paciente en la toma de decisiones en el contexto de SP, resalta que la aplicación de la terapia debe ser una informada y de forma voluntaria. No debe considerarse únicamente en el marco sintomatológico de difícil manejo, sino también como una manera de permitirle al paciente decidir respecto a sus últimos momentos de vida. La correlación de los SR y la eficacia de la SP resalta la intervención proporcional a la intensidad del malestar, donde los síntomas deben guiar la necesidad de su aplicación. (Belar et al., 2022).

Al medicar a los pacientes con midazolam se debe recordar las interacciones farmacológicas, el nivel de disfunción orgánica y la sensibilidad de los pacientes a dicha molécula, ya que eso determina la eficacia analgésica en pacientes con SR. Al ser un fármaco que se administra con mucha frecuencia en cuidados paliativos se debe de tener claro las indicaciones pertinentes. (Zaporowska-Stachowiak et al, 2019).

Si bien la revisión sistemática señala la frecuencia de uso de midazolam en el control de SR y la frecuencia de aparición de estos, tomando en cuenta los aspectos de interacción farmacológica entre otras características, al final la obligación recae en el personal a cargo del paciente de hacer con pericia una buena historia clínica para evitar un efecto ineficaz del tratamiento.

Los SR deben de ser reconocidos y acompañados de un examen físico por medio de herramientas estandarizadas, además de brindar un manejo multidisciplinario con profesionales de otros campos que trabajen en conjunto en brindar una evaluación objetiva. Pese a que las guías de práctica clínica pueden diferir entre países, con metodologías de abordaje específicas se ha visto resultados positivos en la eficacia del midazolam para tratar SR especialmente el dolor que se presenta con más frecuencia entre los pacientes en fase terminal. (Arantzamendi et al, 2021).

El uso de midazolam como método efectivo para el tratamiento de SR ha mostrado beneficios consistentes pese a las diferencias en las guías o protocolos estandarizados entre países, esto puede sugerir que la línea de trabajo es apropiada independientemente del contexto geográfico, sin embargo, no se pueden generalizar datos basados en la eficacia resultante, ya que el estudio no excluye la necesidad de un juicio clínico bien informado apoyado en evidencia científica, la cual es insuficiente y se requiere mayor experimentación e investigación.

(Caraceni et al., 2018) menciona los resultados obtenidos en su investigación, correlacionados a la farmacoterapia suministrada, para el control de SR en pacientes oncológicos con seguimiento domiciliario ( $P < 0.0001$ , IC 95%:13-17) o en centros especializados de cuidados paliativos ( $P < 0.0001$ , IC 95%:19-13) no difiere. El midazolam constituyó la elección en la mayoría de los casos en un 88%, secundariamente la morfina en un 20.9% siempre como coadyuvante y otros de los

medicamentos utilizado fue la clorpromazina y haloperidol en un 12%, obteniendo adecuada respuesta ante los SR.

Los resultados obtenidos de la implementación de SP en el tratamiento de SR, independientemente del lugar de permanencia y seguimiento del paciente, denota una práctica apropiada, recalcando consecuentemente factores inherentes al ámbito, como las diferentes formas de administración medicamentosa según el entorno y sus adaptaciones, medidas a evaluar en el seguimiento consciente y humano del paciente.

Heijltjes et al, (2021) menciona los hallazgos de un estudio que comparó la supervivencia de los pacientes con SP y no sedados, determinando que la media de supervivencia fue de 27 días en las personas con SP y no sedados 26 días, exponiendo no encontrar diferencias significativas en la supervivencia por la administración de SP ( $P = 0.20$ , IC: 95%: 0.81-1.05). Se determina que no hay una disminución de la esperanza de vida de los pacientes en condición terminal, que requieran de la aplicación de SP, excluyendo la controversia ética y las mal interpretaciones con el termino de eutanasia, esclareciendo las disyuntivas correlacionadas.

Tan, Chen et al, (2023) indica que la investigación realizada en 505 pacientes oncológicos de una unidad de cuidados paliativos en China, para evidenciar diferencias significativas entre el uso de SPC y la no aplicación de sedación, concluye que la supervivencia de ambos grupos no tenía diferencia alguna ( $p = 0.003$ , IC 95%:0.64-0.84) lo cual se expresa con 10 días en el grupo con SPC y 9 días el grupo sin sedación.

Es primordial señalar que la SP cumple una función recalable en dar confort al paciente en etapa terminal y dirigir los objetivos con base en, una esperanza de vida más larga de lo esperado según el estado paliativo, es desajustado con la evidencia y objetividad de su funcionamiento, por lo que

vislumbrarla como una medida para alargar o inclusive acortar la vida en cuanto a SP se refiere, corresponde a una mal interpretación que puede presentarse con frecuencia, por lo que la actualización y la investigación deben ser primordiales.

La SP como potenciador para el florecimiento de más SR es inconsistente, la etiología en estos casos se instaaura en la refractariedad a la terapia de sedación implementada, expresada con la persistencia de los SR, los cuales se tienden a acentuar en los últimos días de vida. La eficacia de la sedación puede limitarse en ausencia de estrategias de evaluación y ajuste adecuado del tratamiento. (Schildmann et al, 2018).

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

- La eficacia de la SP está determinada por múltiples factores como la aplicación de herramientas observacionales, la evaluación previa de factores de riesgo, la administración de la medicación de forma adecuada y la monitorización constante, todas estas variables y su aplicación idónea, proporciona el alivio sintomático en los pacientes en condición terminal.
- La eficacia de la SP no es una variable que se puede valorar de forma aislada, sesgando las facultades medicamentosas y la valoración adecuada de los pacientes, bajo la manipulación objetiva e informada de la terapia y sus fundamentos de forma actualizada.
- Los SR más frecuentes inicialmente son los fisiológicos, siendo la disnea y el delirio los más prevalentes dentro de las revisiones examinadas, de igual manera se expresa una incidencia importante de síntomas no fisiológicos, que carecen de definición precisa en las guías de práctica clínica, lo cual genera subestimación medicamentosa por su subjetividad. La actualización constante de los profesionales en cuidados paliativos puede mejorar la desinformación de la importancia de la terapia en estos pacientes.
- La implementación de la SP como método para tratar los SR, es una práctica muy utilizada a nivel mundial, que pese a diferir en algunas guías de práctica clínica, su aplicabilidad persiste y ha aumentado, demostrando que es funcional y necesaria en el manejo de pacientes terminales.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Establecer protocolos estandarizados y actualizados para mejorar la aplicación de la terapia de SP y evitar su práctica de forma empírica sin sustentación válida e informada.
- Investigar las escalas o herramientas observacionales existentes, para valorar su relevancia como método eficaz en la valoración de la SP y estandarizarlas para que sean usadas por la población médica involucrada.
- Promover la investigación respecto a la SP y sus determinantes para crear cimientos más sólidos que ayuden en el día a día, identificando de forma asertiva factores de riesgo de desarrollar SR o su establecimiento y así poder ofrecer calidad de vida.
- Desarrollar de forma más clara y actualizada las indicaciones necesarias, para la consideración de la aplicación de SP en pacientes terminales.
- Individualizar el tratamiento, evaluando factores como el tipo de síntomas, nivel de conciencia, estadio de la enfermedad y las expectativas del paciente o encargado legal.
- Impulsar la creación de programas de actualización constante para toda la comunidad médica, que busque esclarecer conceptos, dudas y otras mal interpretaciones concebidas, además de formar criterios reajustados y actuales.

## BIBLIOGRAFIA

Acedo Claro, C., Rodríguez Martín, B., Acedo Claro, C., & Rodríguez Martín, B. (2021). Sedación paliativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 93-97. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1699-695X2021000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2021000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Anna-Maria Krooupa, Bella, V., McKeever, S., Marcus, E., Sawyer, J., & Stone, P. (2020). *Identification and evaluation of observational measures for the assessment and/or monitoring of level of consciousness in adult palliative care patients: A systematic review for I-CAN-CARE*. 34(1). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6952953/>

*Approach to symptom assessment in palliative care—UpToDate*. (s. f.). Recuperado 23 de febrero de 2025, de [https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care?search=escala%20de%20rendimiento%20paliativo%20PPS&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E8&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care?search=escala%20de%20rendimiento%20paliativo%20PPS&source=search_result&selectedTitle=1%7E8&usage_type=default&display_rank=1)

Arantzamendi, M., Belar, A., Payne, S., Rijpstra, M., Preston, N., Menten, J., Elst, M. V. der, Radbruch, L., Hasselaar, J., & Centeno, C. (2021). Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4), 831-844.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022>

Baik, D., Russell, D., Jordan, L., Dooley, F., Bowles, K. H., & Masterson Creber, R. M. (2018). Using the Palliative Performance Scale to Estimate Survival for Patients at the End of Life: A

Systematic Review of the Literature. *Journal of Palliative Medicine*, 21(11).

<https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0141>

Belar, A., Arantzamendi, M., Menten, J., Payne, S., Hasselaar, J., & Centeno, C. (2022). The Decision-Making Process for Palliative Sedation for Patients with Advanced Cancer—Analysis from a Systematic Review of Prospective Studies. *Cancers*, 14(2), 301.

<https://doi.org/10.3390/cancers14020301>

Bonilla, P. (2016). Terapia De Sedación Paliativa ¿Cuándo Y Cómo? *Revista Venezolana de Oncología*, 28(1), 31-36. <https://www.redalyc.org/journal/3756/375643222005/html/>

Calderón Flórez, V., Machado-Duque, M. E., & Machado-Alba, J. E. (2016). Sedation at the end of life. *CES Medicina*, 30(1), 46-54.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-87052016000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

[87052016000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-87052016000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Caraceni, A., Speranza, R., Spoldi, E., Ambroset, C. S., Canestrari, S., Marinari, M., Marzi, A. M., Orsi, L., Piva, L., Rocchi, M., Valenti, D., Zeppetella, G., Zucco, F., Raimondi, A., Matos, L. V., Brunelli, C., Caraceni, A., Cinzia, M., Speranza, R., ... Damini, M. (2018). Palliative Sedation in Terminal Cancer Patients Admitted to Hospice or Home Care Programs: Does the Setting Matter? Results From a National Multicenter Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(1), 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.008>

Casas-Martínez, M. de la L., Mora-Magaña, I., Casas-Martínez, M. de la L., & Mora-Magaña, I. (2017). ¿La sedación paliativa acorta la vida de los pacientes? *Persona y Bioética*, 21(2), 204-218. <https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.2>

De Cassai, A., Boscolo, A., Zarantonello, F., Pettenuzzo, T., Sella, N., Geraldini, F., Munari, M., & Navalesi, P. (2023). Enhancing study quality assessment: An in-depth review of risk of bias tools for meta-analysis—a comprehensive guide for anesthesiologists. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, 3(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s44158-023-00129-z>

de los Santos, H., Frugoni, B., Guedes, A., Redin, A., de los Santos, H., Frugoni, B., Guedes, A., & Redin, A. (2019). Toma de decisiones frente a dolor refractario en paciente oncológica joven. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 48-58. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1796>

Flores, S., & Anselmo, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>

Harman, S. M., & Walling, A. M. (2024). *Cuidados paliativos: Las últimas horas y días de vida*. [https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life?search=cuidado%20paliativo&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H109678377](https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life?search=cuidado%20paliativo&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H109678377)

Heijltjes, M. T., Thiel, G. J. M. W. van, Rietjens, J. A. C., Heide, A. van der, Graeff, A. de, & Delden, J. J. M. van. (2020). Changing Practices in the Use of Continuous Sedation at the End of Life: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 828-846.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.019>

Hui, D., De La Rosa, A., Urbauer, D. L., Nguyen, T., & Bruera, E. (2021). Personalized Sedation Goal for Agitated Delirium in Patients with Cancer: Balancing Comfort and Communication. *Cancer*, *127*(24), 4694-4701. <https://doi.org/10.1002/cncr.33876>

Kim, Y. S., Song, H.-N., Ahn, J. S., Koh, S.-J., Ji, J. H., Hwang, I. G., Yun, J., Kwon, J. H., & Kang, J. H. (2019). Sedation for terminally ill cancer patients: A multicenter retrospective cohort study in South Korea. *Medicine*, *98*(5), e14278. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014278>

Matías, K., Quilodrán, C., Valente, B., Loezar, C., Garegnani, L., & Franco, J. V. (s. f.). Metodología GRADE, parte 1: Cómo evaluar la certeza de la evidencia. *2021*, *21*(02). <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositoriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/848ebd25-f98b-4ce9-8065-94cf0e33e823/content>

Mendoza, S. H., & Avila, D. D. (2020). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA*, *9*(17), Article 17. <https://doi.org/10.29057/icea.v9i17.6019>

Molero, M. del M., Pérez Fuentes, M. del C., & et al. (s. f.). *Cuidados, aspectos psicologicos y actividad física en relación con la salud* (Vol. 3). ASUNIVEP. <https://www.formacionasunivep.com/files/publicaciones/LIBRO%207%20FINAL.pdf#page=535>

Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., Villanueva, J., Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., & Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: Definición y nociones básicas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, *11*(3), 184-186. <https://doi.org/10.4067/S0719-01072018000300184>

Navarro Floria, J. G. (2023). COLABORACIÓN CON EL SUICIDIO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. *Prudentia Iuris*, 95, 123-143.

[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2524-95252023000100123&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2524-95252023000100123&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

*Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care—UpToDate.* (s. f.).

Recuperado 24 de febrero de 2024, de [https://www.uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/overview-of-managing-common-non-pain-symptoms-in-palliative-care?search=sintomas%20refractarios&source=search\\_result&selectedTitle=3%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/overview-of-managing-common-non-pain-symptoms-in-palliative-care?search=sintomas%20refractarios&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3)

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ...

Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Picado-Ovares, J. E., Solórzano-Morera, F., Picado-Ovares, J. E., & Solórzano-Morera, F. (2021). Necesidades de atención en cuidado paliativo de Costa Rica según provincia. *Acta Médica Costarricense*, 63(2), 113-121.

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0001-60022021000200113&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022021000200113&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Prieto Morales, C. N., Pedroza Solarte, N. A., Gómez Ríos, E., Tavera Muñoz, Tania Fernanda, & et all. (2021). *Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo*. 3(1). <https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/view/61>

*Procedural sedation in adults in the emergency department: General considerations, preparation, monitoring, and mitigating complications—UpToDate*. (s. f.). Recuperado 24 de febrero de 2024, de [https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/procedural-sedation-in-adults-in-the-emergency-department-general-considerations-preparation-monitoring-and-mitigating-complications?search=escala%20de%20ramsay&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E45&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H34](https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/procedural-sedation-in-adults-in-the-emergency-department-general-considerations-preparation-monitoring-and-mitigating-complications?search=escala%20de%20ramsay&source=search_result&selectedTitle=2%7E45&usage_type=default&display_rank=2#H34)

Quintero Carreño, V., Martínez Vásquez, C., Agámez Insignares, C., Quintero Carreño, V., Martínez Vásquez, C., & Agámez Insignares, C. (2022). Sedación paliativa en enfermedad terminal. *Revista Colombiana de Cancerología*, 26(1), 3-13. <https://doi.org/10.35509/01239015.702>

Ramos-Rincon, J.-M., Moreno-Perez, O., Gomez-Martinez, N., Priego-Valladares, M., Climent-Grana, E., Marti-Pastor, A., Portilla-Sogorb, J., Sanchez-Martinez, R., & Merino, E. (2021). Palliative Sedation in COVID-19 End-of-Life Care. Retrospective Cohort Study. *Medicina*, 57(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/medicina57090873>

Rengifo, A. N. D., Loor, G. Y. G., & Buenaventura, F. J. S. (2024). Sedación en cuidados paliativos. *RECIAMUC*, 8(1), Article 1. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.913-926](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.913-926)

Rodrigues, P., Crokaert, J., & Gastmans, C. (2018a). Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1577-1590. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.013>

Rodrigues, P., Crokaert, J., & Gastmans, C. (2018b). Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1577-1590. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.013>

Rogier H.P.D., V. D., Hasselaar, J. G. J., Verhagen, S. C. A. H. H. V. M., Vissers, K. C. P., & Koopmans, R. T. C. M. (2016). Level of Discomfort Decreases After the Administration of Continuous Palliative Sedation: A Prospective Multicenter Study in Hospices and Palliative Care Units. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(3), 361-369. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.008>

Salas, D., Rojí, R., Noguera, A., Centeno, C., Salas, D., Rojí, R., Noguera, A., & Centeno, C. (2017). Más allá de la orden de no resucitar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(2), 315-317. <https://doi.org/10.23938/assn.0024>

Sánchez Rivera, M. del P., Chaves Rodriguez, C., Sánchez Rivera, M. del P., & Chaves Rodriguez, C. (2017). Rol de los cuidados paliativos en el servicio de emergencias. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 165-174. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152017000100165&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152017000100165&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Santacruz E, J. G. (2022). La importancia del alivio del sufrimiento: Acerca de la sedación paliativa. *Revista Colombiana de Cancerología*, 26(1), 1-2. <https://doi.org/10.35509/01239015.871>

Saras Zapata, E. (2023). Técnicas e instrumentos de investigación en la actividad investigativa.

*Revista Educación*, 21(21), 8-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9141207>

Schildmann, E., Bolzani, A., Meesters, S., Grüne, B., Marheineke, A., Remi, C., & Bausewein,

C. (2022). Sedatives and sedation at the end of life: A nursing home retrospective cohort study.

*BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(e6), e744-e747. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001984>

Schildmann, E., Pörnbacher, S., Kalies, H., & Bausewein, C. (2018). ‘Palliative sedation’? A

retrospective cohort study on the use and labelling of continuously administered sedatives on a

palliative care unit. *Palliative Medicine*, 32(7), 1189-1197.

<https://doi.org/10.1177/0269216318764095>

Tan, F., Chen, S., Huang, L., Chen, Y., & Wu, Y. (2023). *Continuous palliative sedation in*

*terminally ill patients with cancer: A retrospective observational cohort study from a Chinese*

*palliative care unit*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071859>

Tan, F., Li, N., Wu, Y., & Zhang, C. (2023). Palliative sedation determinants: Systematic review

and meta-analysis in palliative medicine. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(e3), e664-e675.

<https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004085>

Tomczyk, M., Jaques, C., & Jox, R. J. (2025). Clinical Practice Guidelines on Palliative

Sedation Around the World: A Systematic Review. *Journal of Palliative Care*, 40(1), 58-71.

<https://doi.org/10.1177/08258597221138674>

Van Deijck, R. H. P. D., Hasselaar, J. G. J., Verhagen, S. C. A. H. H. V. M., Vissers, K. C. P., &

Koopmans, R. T. C. M. (2016). Patient-Related Determinants of the Administration of

Continuous Palliative Sedation in Hospices and Palliative Care Units: A Prospective, Multicenter, Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(5), 882-889. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.327>

Zamora-Mur, A., García-Foncillas, R., Zamora-Catevilla, A., Nabal-Vicuña, M., Calderero-Aragón, V., & Lostalé-Latorre, F. (2017). Factores condicionantes de sedación en pacientes geriátricos y oncológicos atendidos en el domicilio. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 43(3), 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.022>

Zaporowska-Stachowiak, I., Szymański, K., Oduah, M.-T., Stachowiak-Szymczak, K., Łuczak, J., & Sopata, M. (2019). Midazolam: Safety of use in palliative care. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 114, 108838. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2019.108838>

Zurriarain, R. G. (2019). Cuidados paliativos: Solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Persona y Bioética*, 23(2), 180-193. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>

## **ABREVIATURAS**

SP: Sedación paliativa

SPC: Sedación paliativa continua

SR: Síntomas refractarios

RR: Riesgo relativo

OR: Odds ratio

IC: intervalo de confianza

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Maureen Jeaneth Agüero Morales, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 11717-0116 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercibido y atendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el código penal el delito de perjuicio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciada en Medicina y cirugía, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado EFICACIA DE LA SEDACIÓN PALIATIVA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS REFRACTARIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES, SEGÚN LITERATURA MÉDICA PUBLICADA ENTRE 2016 Y 2024, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicado en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advierto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, Costa Rica, el día 26 del mes de mayo del año



CÉDULA: 11717-0116

MAUREEN AGÜERO MORALES

## CARTA DEL TUTOR

San José, junio del 2025

Señores

Departamento de registro

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Maureen Agüero Morales, cedula de identidad número 11717-0116, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación del trabajo de EFICACIA DE LA SEDACIÓN PALIATIVA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS REFRACTARIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES, SEGÚN LITERATURA MÉDICA PUBLICADA ENTRE 2016 Y 2024, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se ha incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por la postulante implican la siguiente calificación:

A.	ORIGINALIDAD DEL TEMA	10%	10%
B.	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	10%
C.	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	25%
D.	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
E.	CALIDAD DE DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	20%
F.	TOTAL		95%

Por consiguiente, se evalúa el traslado de la tesis al proceso de lectura

Atentamente:

**ANDRES  
SALVADOR  
ROMERO  
POLINI (FIRMA)**

Firmado digitalmente por ANDRES |  
SALVADOR ROMERO POLINI (FIRMA)  
DN: SERIALNUMBER=CPF-01-1101-0263,  
SN=ROMERO POLINI, G=ANDRES  
SALVADOR, C=CR, O=PERSONA FISICA,  
OU=CIUDADANO, CN=ANDRES SALVADOR  
ROMERO POLINI (FIRMA)  
Razón: Mi firma en este documento representa  
mi aceptación de los términos definidos  
Ubicación:  
Fecha: 2025.06.23 14:16:08-0600'  
PDF Reader Versión: 2025.1.0

Dr. Andrés Salvador Romero Polini

111010263

Cód.MED 7769

## CARTA DEL LECTOR

San José, 30 de julio 2025

Departamento de Servicios Estudiantiles

Universidad Hispanoamericana

Presente

Estimados señores:

El estudiante Maureen Agüero Morales, cédula de identidad número 11717-0116, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: “EFICACIA DE LA SEDACIÓN PALIATIVA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS REFRACTARIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES, SEGÚN LITERATURA MÉDICA PUBLICADA ENTRE 2016 Y 2024”. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,

**KAREN PATRICIA  
JARA ZUÑIGA  
(FIRMA)** Firmado digitalmente por  
KAREN PATRICIA JARA  
ZUÑIGA (FIRMA)  
Fecha: 2025.07.30 18:20:52  
-06'00'

---

DRA KAREN JARA

Céd. 113680471

Cód. 13226

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**  
**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**  
**CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT)**  
**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA**  
**REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA**  
**DE LOS TRABAJOS DE GRADUACIÓN**

San José, Aranjuez

Señores:

Universidad Hispanoamericana

Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados señores:

El suscrito (a) Maureen Agüero Morales con número de identificación 11717-0116 autor (a) del trabajo de graduación titulado: **“EFICACIA DE LA SEDACIÓN PALIATIVA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS REFRACTARIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES, SEGÚN LITERATURA MÉDICA PUBLICADA ENTRE 2016 Y 2024”** como requisito para optar el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía (SÍ / NO) autorizo al centro de Información Tecnológico (CENIT) para que, con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de autor y Derechos conexos N°6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



CÉDULA: 11717-0116

MAUREEN AGÜERO MORALES