



ORIGINAL

Sedación paliativa en la agonía realizada por un servicio de urgencias de Atención Primaria a nivel domiciliario. Estudio observacional retrospectivo

M.^a Isabel Moreno Moreno^{1*}, Ismael Herruzo Cabrera², Salvador Ignacio Soriano Ruiz¹ y Rocío Emilia Moreno Moreno³

¹Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. España. ²Hospital Regional Universitario de Málaga. España. ³Centro de Salud Palma-Palmilla. Distrito Sanitario Málaga. España

Recibido el 12 de julio de 2021

Aceptado el 8 de noviembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, sedación paliativa, sedación, atención primaria, muerte en casa, últimos días de vida.

Resumen

Objetivos: El objetivo de este estudio fue conocer las características de la sedación paliativa en la agonía a nivel domiciliario realizada por personal no especializado en cuidados paliativos y detectar áreas de mejora.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes fallecidos en domicilio entre septiembre de 2020 y febrero de 2021, que precisaron sedación indicada por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) Málaga.

Resultados: El porcentaje de sedación paliativa fue del 16,4 % [9,8-23,2 %]. Solo el 36 % [27-45 %] de los pacientes se encontraba incluido en el proceso de cuidados paliativos. En el 67,2 % [59-76 %] de los casos, eran crónicos no oncológicos. La disnea fue el síntoma más prevalente (76,1 % [68-83 %]). El delirium estuvo presente en el 21,4 % [13-28 %] de los pacientes. El fármaco más utilizado fue el midazolam (94,9 % [91-99 %]). La media de tiempo que pasa desde el inicio de la sedación hasta el fallecimiento es de 24,3 h [19,3-29,2h]. Las diferencias en las medias de supervivencia entre hombres (20,765 [13,7-27,7]) y mujeres (29,2 [22,1-33,3]) fueron estadísticamente significativas. El 72 % [64 %-80 %] de los pacientes no recibió ningún tipo de seguimiento desde el inicio de la sedación hasta el fallecimiento.

El trabajo forma parte del Trabajo Fin de Máster, presentado el 25-6-2021. II Máster Propio Interdisciplinar en Cuidados Paliativos (2020-2021).

*Autor para correspondencia:

M.^a Isabel Moreno Moreno

Calle Zurbarán n.º 2, Rincón de la Victoria, 29720 Málaga, España

Correo electrónico: mamomo002@hotmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2021.1274/2021](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1274/2021)

1134-248X/© 2022 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Existe concordancia entre los resultados obtenidos en este trabajo y los encontrados en la bibliografía consultada, en cuanto a la proporción de pacientes con sedación paliativa en la agonía, tiempo de duración de la misma y principales fármacos empleados. La edad media de los pacientes fue mayor en este estudio, así como la prevalencia de patología crónica no oncológica y de disnea como principal síntoma refractario. Llama la atención el desconocimiento del nivel de sedación de nuestros pacientes, la falta de seguimiento y la infrutilización de levomepromazina en delirium.

KEYWORDS

Palliative care, palliative sedation, sedation, primary care, death at home, last days of life.

Abstract

Objectives: The objective of this study was to assess the characteristics of at-home palliative sedation in agony as carried out by care providers who are not specialists in palliative care, and to detect areas for improvement.

Material and method: A retrospective, observational study. All patients who died at home between September 2020 and February 2021, who required sedation as indicated by the Primary Care Emergency Service (SUAP) in Malaga, were included.

Results: The percentage of palliative sedation was 16.4 % [9.8 %-23.2 %]. Only 36 % [27 %-45 %] of the patients were included in the palliative care process. In 67.2 % [59 %-76 %] of cases, they had non-cancer chronic conditions. Dyspnea was the most prevalent symptom (76.1 % [68 %-83 %]). Delirium was present in 21.4 % [13 %-28 %] of patients. The most widely used drug was midazolam (94.9 % [91 %-99 %]). Mean time from start of sedation to death is 24.3h [19.3h-29.2h]. The differences in mean survival rate between men 20.765 [13.7-27.7] and women 29.2 [22.1-33.3] were statistically significant; 72 % [64 %-80 %] of the patients did not undergo any follow-up from start of sedation to death.

Conclusions: There is agreement between the results obtained in this study and those found in the consulted bibliography regarding the proportion of patients with palliative sedation in agony, its duration, and the main drugs used. The mean age of the patients was higher in this study, as well as the prevalence of non-oncological chronic disease, with dyspnea as the main refractory symptom. The perceived lack of knowledge regarding sedation levels in our patients, as well as lack of follow-up and underuse of levomepromazine in delirium, are striking.

Moreno Moreno MI, Herruzo Cabrera I, Soriano Ruiz SI, Moreno Moreno RE. Sedación paliativa en la agonía realizada por un servicio de urgencias de Atención Primaria a nivel domiciliario. Estudio observacional retrospectivo. *Med Paliat.* 2022;29:19-28.

INTRODUCCIÓN

Con el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, el número de pacientes que precisan cuidados paliativos se incrementa progresivamente. Los cuidados paliativos se convierten en imprescindibles, ya que han demostrado que mejoran la calidad de vida y reducen el sufrimiento tanto de los pacientes como de sus familias. A pesar de unos cuidados paliativos de calidad, el avance de la enfermedad prosigue y el fallecimiento resulta inevitable. Algunos pacientes tienen una muerte apacible, que no precisa de actuaciones adicionales, pero en otros, la agonía prolongada con intenso sufrimiento y la aparición de síntomas refractarios hace necesario el uso de fármacos con el fin de reducir la conciencia para disminuir la percepción de los mismos¹⁻⁶.

En esta última etapa cada vez son más los pacientes que deciden morir en su domicilio⁷⁻⁹, rodeado de sus seres

queridos. La pandemia de la COVID-19 profundiza en esta tendencia, ya que morir en un centro hospitalario supone serias dificultades para el acompañamiento en situación de últimos días.

El fallecimiento en el hogar, respetando la voluntad del paciente, ha de ser confortable. Para ello es necesario que los pacientes tengan acceso a los recursos adecuados y asegurarles, por tanto, que podrán recibir sedación paliativa en el domicilio, si así lo precisan. Este acto médico no solo compete a las unidades de cuidados paliativos, ya que la necesidad de la misma puede surgir en cualquier momento. En el área donde se realiza el estudio, las unidades de cuidados paliativos prestan asistencia domiciliaria hasta las 15:00 y telefónica hasta las 20:00, en días laborables. Por tanto, los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) tienen un papel central, ya que son indispensables para ofrecer la continuidad asistencial que la situación precisa, pues realizan atención en domicilio 24 h al día, los 365 días del año¹⁰⁻¹².

Son escasos los estudios acerca de la sedación paliativa y estos habitualmente han sido realizados a nivel hospitalario¹³⁻¹⁶. Existe una gran laguna de conocimiento acerca del uso y características de la sedación paliativa domiciliaria, más aún cuando esta es realizada por personal no especializado en cuidados paliativos¹³⁻¹⁶. Es imprescindible conocer cómo se lleva a cabo la sedación paliativa en domicilio, para detectar áreas de mejora y desarrollar estrategias para una adecuada atención al paciente terminal en situación de últimos días.

OBJETIVOS

Nos planteamos varios objetivos principales: conocer el porcentaje de sedación paliativa en la agonía a nivel domiciliario, conocer el porcentaje de registro de la situación de últimos días, conocer el porcentaje de cumplimentación del consentimiento informado, conocer la prevalencia de los distintos síntomas refractarios, conocer el porcentaje de registro del nivel de sedación alcanzado y conocer la prevalencia de los principales fármacos empleados y sus dosis.

Objetivos secundarios: datos antropométricos, tiempo desde la sedación al fallecimiento, conocer la patología de base del paciente, el seguimiento (número de visitas llevadas a cabo, servicio que las realiza), el nivel de registro de adiestramiento al cuidador principal y la inclusión en proceso de cuidados paliativos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo.

Para ello se estudiaron las historias clínicas digitalizadas de los pacientes que fallecieron en su domicilio desde septiembre de 2020 a febrero de 2021 en Málaga capital. Se incluyeron todos los pacientes crónicos, usuarios del sistema sanitario público, mayores de 18 años, fallecidos en domicilio y que recibieron sedación paliativa indicada por el SUAP. Se excluyeron los pacientes que recibieron sedación paliativa en residencias de ancianos, los pacientes que recibieron sedación paliativa iniciada por otros servicios como Unidades de Cuidados Paliativos o Equipos Básicos de Atención Primaria y las historias de pacientes sin patología crónica.

No se realizó muestreo, y la razón fue el profundo desconocimiento sobre la proporción de pacientes con sedación paliativa domiciliaria realizada por unidades no especializadas en cuidados paliativos.

El porcentaje de sedación paliativa en la agonía se calculó con respecto al total de pacientes fallecidos en domicilio que cumplían criterios de inclusión y exclusión. Como variables principales se estudiaron el registro en historia clínica del consentimiento informado, de la situación de últimos días, del nivel de sedación y de la presencia de síntomas refractarios. Se analizó la prevalencia de los principales síntomas refractarios, los fármacos más frecuentemente empleados (dosis, pautas y adecuación a las guías) y los mililitros infundidos en cada bolo. Como variables secundarias se analizó el tiempo (medido en horas) que transcurre desde la sedación hasta el fallecimiento, el tipo de patología de base que presentaba cada paciente, la inclusión en el proce-

so de cuidados paliativos, el adiestramiento en el manejo de la vía subcutánea y el seguimiento de los pacientes sedados en domicilio.

El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. En el análisis bivalente se empleó la Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher. En la variable tiempo desde la sedación hasta el fallecimiento se empleó el estimador de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se confirmaron 857 óbitos en domicilio. Entre ellos se seleccionaron 712 historias, descartándose 145 pacientes, que habían fallecido en residencias de ancianos, no presentaban patología crónica, eran menores de edad, habían precisado sedación indicada por otros servicios o no eran usuarios del sistema sanitario público. Tras la revisión de estas 712 historias, encontramos que 117 pacientes precisaron sedación paliativa en la agonía. Por tanto, el porcentaje de pacientes con sedación paliativa en la agonía a nivel domiciliario con respecto al total de las historias clínicas estudiadas fue del 16,4 % [23,2-9,8 %].

De los 117 pacientes estudiados, el 53 % [44-62 %] eran varones, frente al 47 % [38-56 %] que fueron mujeres. La edad media fue de 83,9 años [82,18-85,81 %]. La media de edad de las mujeres fue de 86 años [84,6-87,4 años] y la de los hombres de 82 años [80-84 años].

Solo el 36 % [27-45 %] de los pacientes se encontraban incluidos en el proceso de cuidados paliativos.

El 67,2 % [59-76 %] de los pacientes de este estudio presentaban patología crónica no oncológica, siendo las enfermedades neurológicas las de mayor prevalencia (57,7 % [48,8-66,6 %]), seguidos de pacientes con insuficiencia respiratoria y cardiaca (12,8 % [5-20 %]) (Figura 1 y Tabla I). Dentro de las enfermedades neurológicas se incluyeron pacientes con demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia asociada a Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy, así como pacientes con ACV invalidantes. La esclerosis lateral amiotrófica fue clasificada de forma independiente y diferenciada del resto de enfermedades neurológicas, pero entre las historias consultadas no hubo ningún paciente con esta patológica que precisara sedación paliativa en la agonía iniciada por nuestro servicio.

El 32,8 % [24,3-41,3 %] eran oncológicos. Entre estos, los pacientes con cáncer de pulmón representaron el 27 % [12-42 %] de los casos, seguidos por el cáncer de próstata con un 13,5 % [2-25 %] y por el de mama, páncreas y colon con un 10,8 % [1-21 %] (Figura 2 y Tabla I).

En el 88 % [82-94 %] de las historias quedó registrado el consentimiento informado. En todos los casos de demencia o de incapacidad del paciente, dicho consentimiento fue realizado por el familiar o tutor legal. El consentimiento fue obtenido directamente del paciente en el 14,5 % de los casos. En tan solo 2 historias aparecía el Registro de Voluntades Anticipadas.

En el 75 % [67-83 %] de las historias se recogió la situación de últimos días y en el 96,6 % [93-100 %] al menos un síntoma refractario.

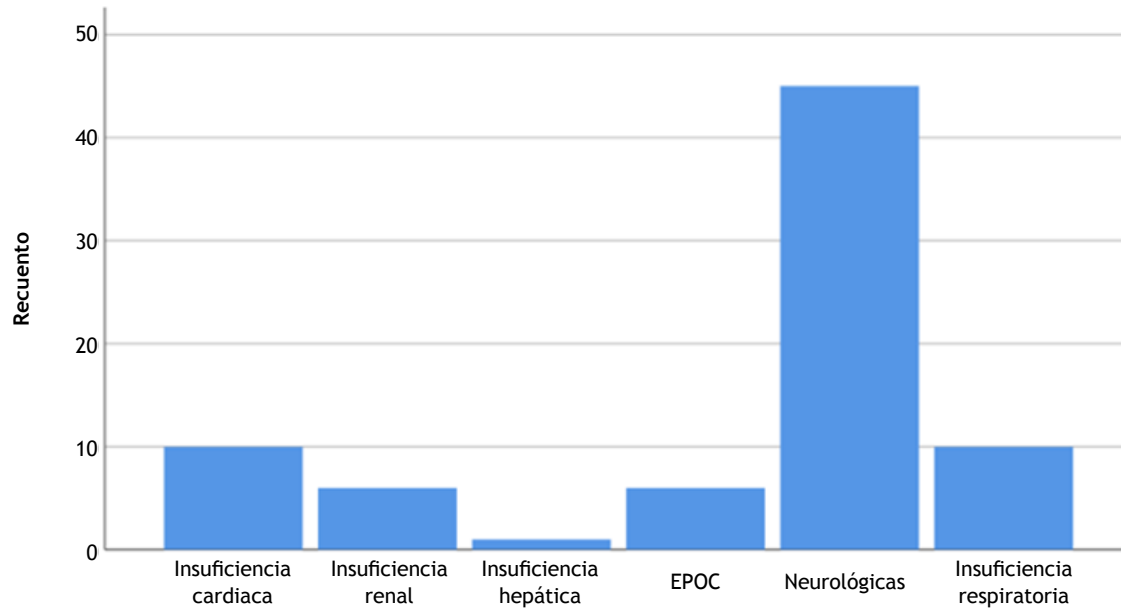


Figura 1. Patología no oncológica.

Tabla I. Tipo de patología crónica de los pacientes del estudio.

Patología no oncológica	Frecuencia	Porcentaje sobre el total de pacientes	Porcentaje sobre el total de no oncológicos	Porcentaje acumulado no oncológicos
Insuficiencia cardiaca	10	8,5 %	12,8 %	12,8 %
Insuficiencia renal	6	5,1 %	7,7 %	20,5 %
Insuficiencia hepática	1	0,9 %	1,3 %	21,8 %
Enfermedades neurológicas	45	38,5 %	57,7 %	79,5 %
Insuficiencia respiratoria	16	13,7 %	20,5 %	100 %
Patología oncológica	Frecuencia	Porcentaje sobre el total de pacientes	Porcentaje sobre el total de oncológicos	Porcentaje acumulado oncológicos
Cáncer de pulmón	10	8,5 %	27,0 %	27,0 %
Cáncer de mama	4	3,4 %	10,8 %	37,8 %
Cáncer de colon	4	3,4 %	10,8 %	48,6 %
Cáncer de próstata	5	4,3 %	13,5 %	62,2 %
Cáncer de estómago	1	0,9 %	2,7 %	64,9 %
Cáncer de páncreas	4	3,4 %	10,8 %	75,7 %
Cáncer de vejiga	3	2,6 %	8,1 %	83,8 %
Leucemia/linfoma	3	2,6 %	8,1 %	91,9 %
Cáncer ginecológico	1	0,9 %	2,7 %	94,6 %
Otros	2	1,7 %	5,4 %	100 %
Tipo de patología	Frecuencia	Porcentaje total	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No oncológica	78	66,7 %	66,7 %	66,7 %
Oncológica	37	31,6 %	31,6 %	98,3 %
Patología desconocida	2	1,7 %	1,7 %	100 %

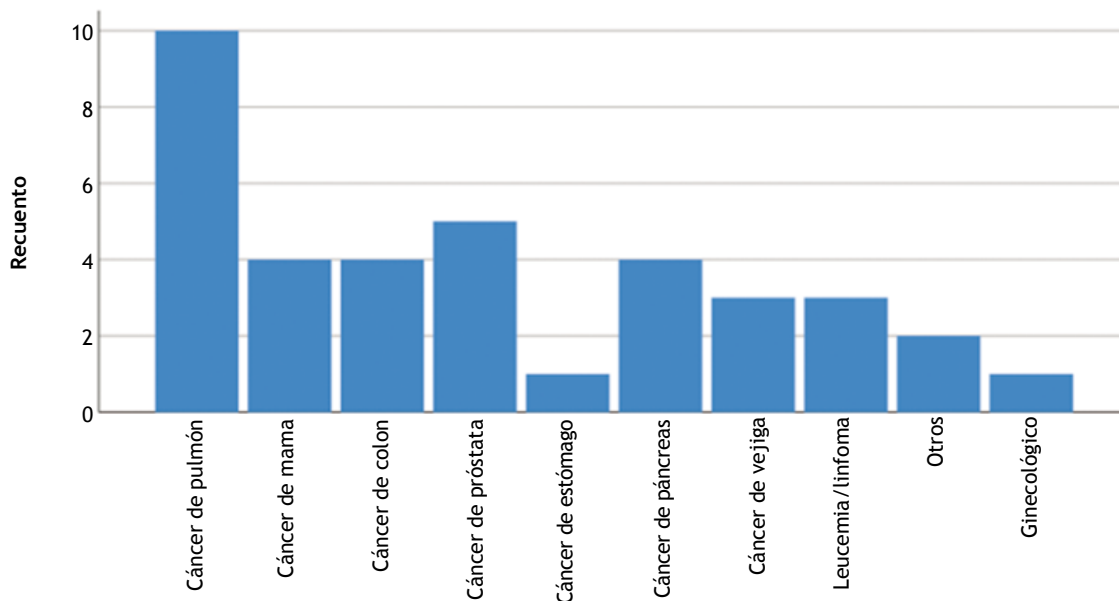


Figura 2. Patología oncológica.

En cuanto a la prevalencia de los síntomas refractarios que desencadenan la sedación paliativa en domicilio, la disnea fue el síntoma más frecuente en este estudio, estando presente en el 76,1 % [68-83 %] de los pacientes, seguida por el dolor (23,1 % [15-30 %]) y el delirium (21,4 % [13-28 %]) (Figura 3).

El fármaco más frecuentemente utilizado fue el midazolam, que se empleó en el 94,9 % [91-99 %] de los pacientes, mientras que la levomepromazina se usó en un 4,3 % [1-8 %]. Como coadyuvantes, el más empleado fue la morfina (94 % [90-98 %]) seguida de la hioscina (52 % [43-61 %]).

La media de dosis de inducción con midazolam fue de 6,6 mg y la mediana 5 mg, presentándose escasa variabilidad entre las historias consultadas; mientras que la mediana de levomepromazina fue de 18,7 mg. Las dosis de inducción de los distintos fármacos quedan recogidas en la Tabla II. La dosis total diaria no pudo ser calculada por falta de registro.

De los 117 pacientes que recibieron sedación paliativa en la agonía, 105 fueron tratados con midazolam y morfina, y 57 recibieron una combinación de 3 fármacos, midazolam, morfina e hioscina (Tabla III).

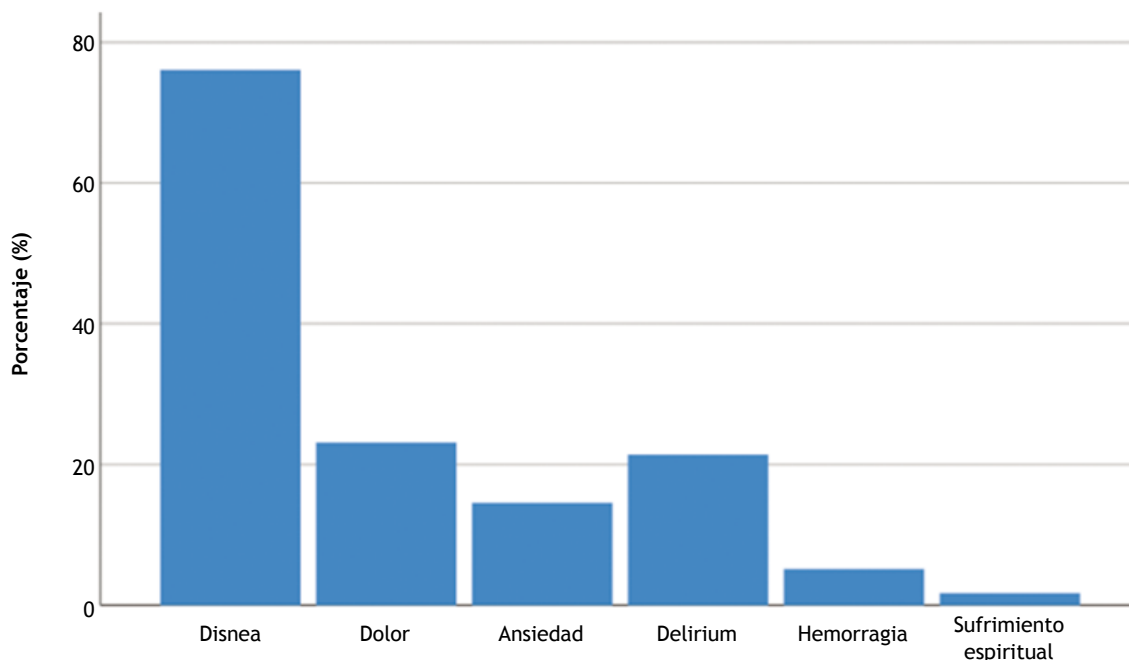


Figura 3. Síntomas refractarios.

Tabla II. Principales fármacos y sus dosis en mg, empleados en sedación paliativa en la agonía.

Sedantes y coadyuvantes	Midazolam	Levomepromazina	Morfina	Hioscina	Haloperidol
Número pacientes tratados con	108	4	108	58	3
Dosis media (mg)	6,60	18,75	6,35	22,76	4,00
Mediana (mg)	5,00	18,75	5,00	20,00	5,00
Moda (mg)	5,00	12,50	5,00	20,00	5,00
Desviación	3,50	7,22	3,37	6,96	1,73
Varianza	12,28	52,08	11,37	48,39	3,00
Dosis mínima (mg)	2,50	12,50	2,00	20,00	2,00
Dosis máxima (mg)	20,00	25,00	20,00	40,00	5,00

Tabla III. Combinaciones de fármacos. Tabla cruzada Morfina*N-butilbromuro de hioscina*Midazolam.

		Midazolam		N-butilbromuro de hioscina		Total
				No	Sí	
No	Morfina	No	Recuento	1	0	1
			% dentro de morfina	100,0 %	0,0 %	100,0 %
		Sí	Recuento	3	2	5
			% dentro de morfina	60,0 %	40,0 %	100,0 %
	Total	Recuento	4	2	6	
		% dentro de morfina	66,7 %	33,3 %	100,0 %	
Sí	Morfina	No	Recuento	4	2	6
			% dentro de morfina	66,7 %	33,3 %	100,0 %
		Sí	Recuento	48	57	105 (95,5 %)
			% dentro de morfina	45,7 %	54,3 %	100,0 %
	Total	Recuento	52	59	111	
		% dentro de morfina	46,8 %	53,2 %	100,0 %	
Total	Morfina	No	Recuento	5	2	7
			% dentro de morfina	71,4 %	28,6 %	100,0 %
		Sí	Recuento	51	59	110
			% dentro de morfina	46,4 %	53,6 %	100,0 %
	Total	Recuento	56	61	117	
		% dentro de morfina	47,9 %	52,1 %	100,0 %	

Uso de levomepromazina en delirium: 25 pacientes presentaron delirium como síntoma refractario, pero solo en 5 de ellos se empleó levomepromazina, que sería el fármaco de elección según indican las guías generales de sedación^{2,4-6}. En el 80 % de los pacientes con delirium no se empleó la levomepromazina, frente al 20 % en los que si se usó (Chi cuadrado: 19,22; $p < 0,001$) (Tabla IV).

Uso de morfina: de los 89 pacientes que presentaron disnea como síntoma refractario 85 fueron tratados con morfina subcutánea, pero 4 de ellos no recibieron este tratamiento.

La media de volumen, medida en mililitros, infundida en cada bolo por vía subcutánea, fue de 2,4 y la mediana de 2,3 (Figura 4).

Solo el 5,1 % [1-9 %] de las historias tenían registrado el nivel de sedación alcanzado.

La media de tiempo que pasa desde el inicio de la sedación hasta el fallecimiento es de 24,3 h [19,3-29,2 h] (Figura 5).

Se detectaron diferencias en las medias y medianas de supervivencia entre hombres y mujeres, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Log Rank (Mantel-Cox) chi cuadrado 4,226; $p = 0,04$) (Tabla V y Figura 6).

El 72 % [64-80 %] de los pacientes que fueron sedados en domicilio por el SUAP no recibieron ningún tipo de seguimiento hasta que se produjo el fallecimiento. El 28 % [20-36 %] restante fue atendido principalmente por el SUAP que realizó el 63,6 % de las visitas posteriores a la sedación.

Tabla IV. Adecuación a guías de sedación paliativa. Análisis bivalente delirium-levomepromazina. Tabla cruzada Delirium*Levomepromazina.

		Levomepromazina		Total	
		No	Sí		
Delirium	No	Recuento	92	0	92
		% dentro de delirium	100,0 %	0,0 %	100,0 %
	Sí	Recuento	20	5	25
		% dentro de delirium	80,0 %	20,0 %	100,0 %
Total		Recuento	112	5	117
		% dentro de delirium	95,7 %	4,3 %	100,0 %

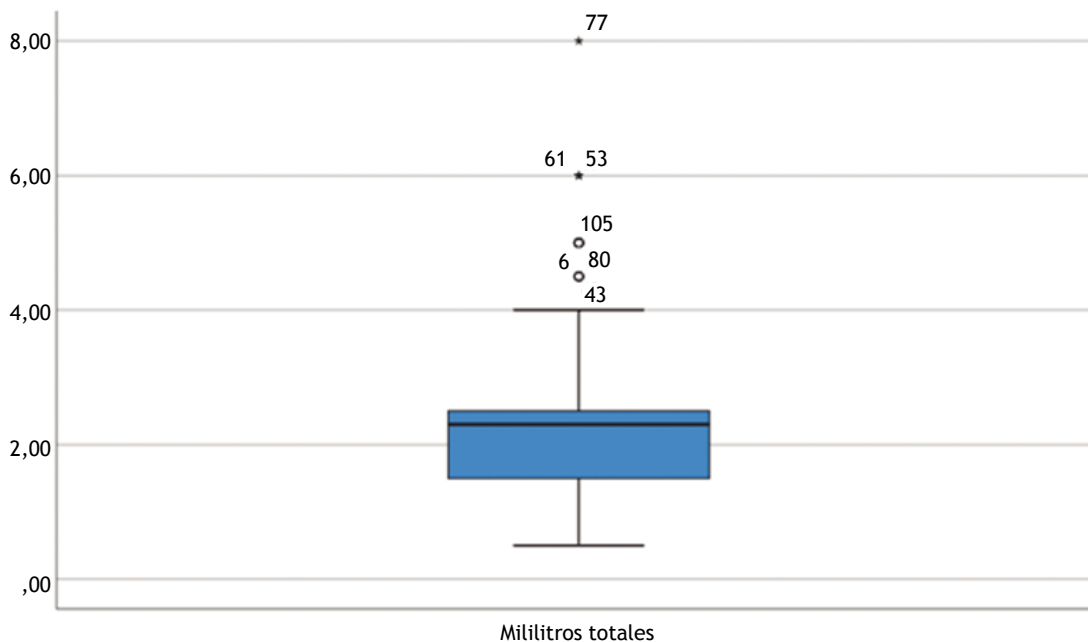


Figura 4. Volumen infundido vía subcutánea.

En el 59 % [50-68 %] de las historias clínicas quedó registrado el adiestramiento, al cuidador principal, en el manejo de la vía subcutánea.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con respecto a la prevalencia de la sedación paliativa en la agonía a nivel domiciliario son concordantes con los datos de la revisión sistemática de Cochrane "La proporción de personas en cada estudio que recibieron sedación paliativa osciló entre el 12 % y el 67 %"¹³ y con otros estudios consultados¹⁴⁻¹⁶.

En nuestro estudio el 67,2 % de los pacientes presentaba patología crónica no oncológica, frente a los datos de Cochrane: "en todos los estudios, la proporción de personas con diagnóstico de cáncer fue superior al 95 %"¹³.

La edad media de los pacientes en este estudio (83,9 años [82,18-85,81 %]) fue superior a las descritas en los artículos consultados: "La edad media fue de 70 años"¹⁴. Estas dife-

rencias pueden deberse al ámbito de realización del estudio y a la presencia mayoritaria de patología crónica no oncológica. De los 17 estudios incluidos en la revisión sistemática de Cochrane, solo 2 fueron realizados a nivel domiciliario¹³.

En todos los estudios revisados, incluida la revisión sistemática de Cochrane, el midazolam fue el fármaco más utilizado¹³⁻¹⁹. En cuanto a las dosis utilizadas de midazolam, llama la atención la homogeneidad de las mismas, lo que hace pensar en una falta de individualización de dosis. Muy pocos pacientes fueron sedados con levomepromazina, a pesar de presentar delirium en la agonía. En este sentido el haloperidol fue un fármaco de escaso uso como coadyuvante. La sedación paliativa en la agonía es frecuentemente continua, y en nuestro ámbito se lleva a cabo mediante bolos subcutáneos administrados por el cuidador principal. Detectamos que los mililitros infundidos por vía subcutánea se adecuaban a las guías de práctica clínica²⁻⁶. Sin embargo, en muy pocas historias quedó registrada la pauta indicada, lo que impidió conocer la dosis total diaria de los distintos fármacos. Entre las historias en las que sí constaba este dato

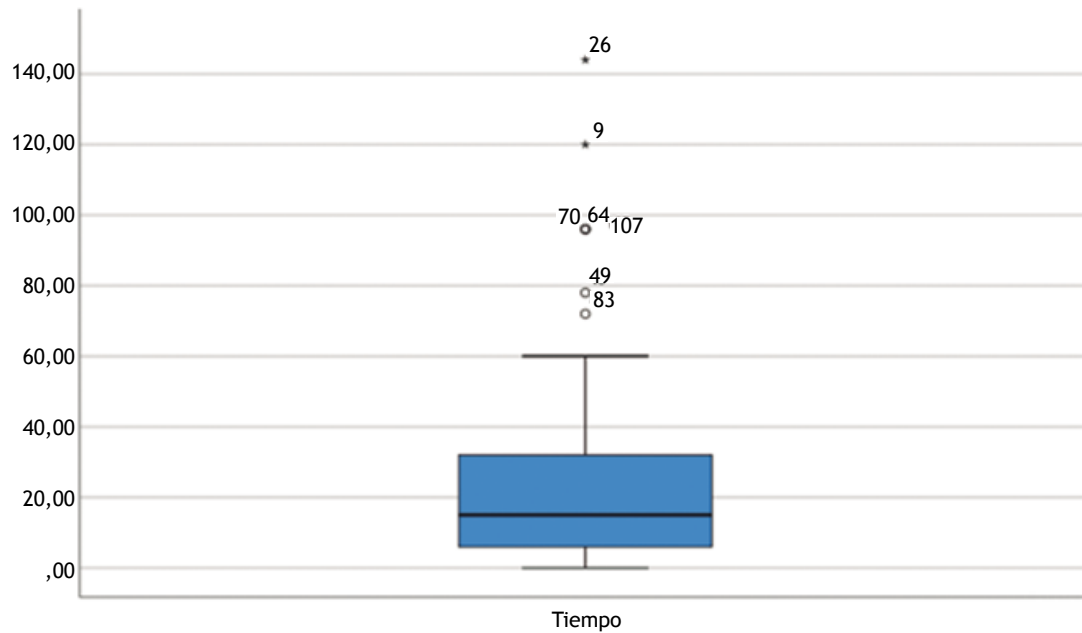


Figura 5. Tiempo (medido en horas) desde la sedación al fallecimiento.

Tabla V. Diferencias entre medias y medianas de supervivencia en función del sexo.

Sexo	Media				Mediana			
	Tiempo medio en horas	Desviación	IC de 95 %		Mediana de tiempo en horas	Desviación	IC de 95 %	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Hombre	20,8	3,6	13,7	27,8	11,0	2,2	6,7	15,3
Mujer	29,2	3,6	22,1	36,4	24,0	3,6	16,9	31,0
Global	24,8	2,5	19,8	29,8	15,0	3,4	8,2	21,7

sorprende la indicación de midazolam cada 8 horas, ya que la vida media del fármaco es de 4 h.

En cuanto a la media de tiempo que transcurre desde el inicio de sedación hasta el fallecimiento (24,3 h [19,3-29,2 h]), es similar a la reportada en Cochrane "La duración media de la sedación desde el inicio hasta la muerte osciló entre 19 h²⁰ y 3,4 días^{13,21}.

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las medias y medianas de supervivencia en función del sexo. No se ha encontrado ningún estudio que relacione el tiempo de supervivencia tras la sedación y el sexo de los pacientes, lo que supone una aportación novedosa de este estudio.

El delirium es el síntoma refractario reportado con mayor frecuencia en la mayoría de los estudios consultados¹³⁻¹⁵, sin embargo en nuestro estudio la disnea fue el síntoma más prevalente.

En cuanto a la identificación del síntoma refractario, la cumplimentación es adecuada, aunque en pocas historias se justifican los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para considerarlos como tal.

El consentimiento informado quedó registrado en el 88 % de las historias. Habitualmente el consentimiento informado se obtiene verbalmente, pero debe constar siempre en la historia clínica del paciente. Probablemente nos encontremos ante un problema de infraregistro.

CONCLUSIONES

La sedación paliativa en la agonía realizada por el SUAP Málaga presenta características específicas a las descritas en la bibliografía consultada, probablemente por el entorno donde es realizada.

En la mayoría de las historias no quedó registrado el nivel de sedación alcanzado. Con la sedación paliativa en situación de últimos días buscamos la confortabilidad del paciente, por lo que es indispensable mejorar en este aspecto²¹.

El precario seguimiento de estos pacientes hace imprescindible generar herramientas que faciliten una comunicación fluida y directa entre el Servicio de Urgencias, la Atención Primaria y las Unidades de Cuidados paliativos.

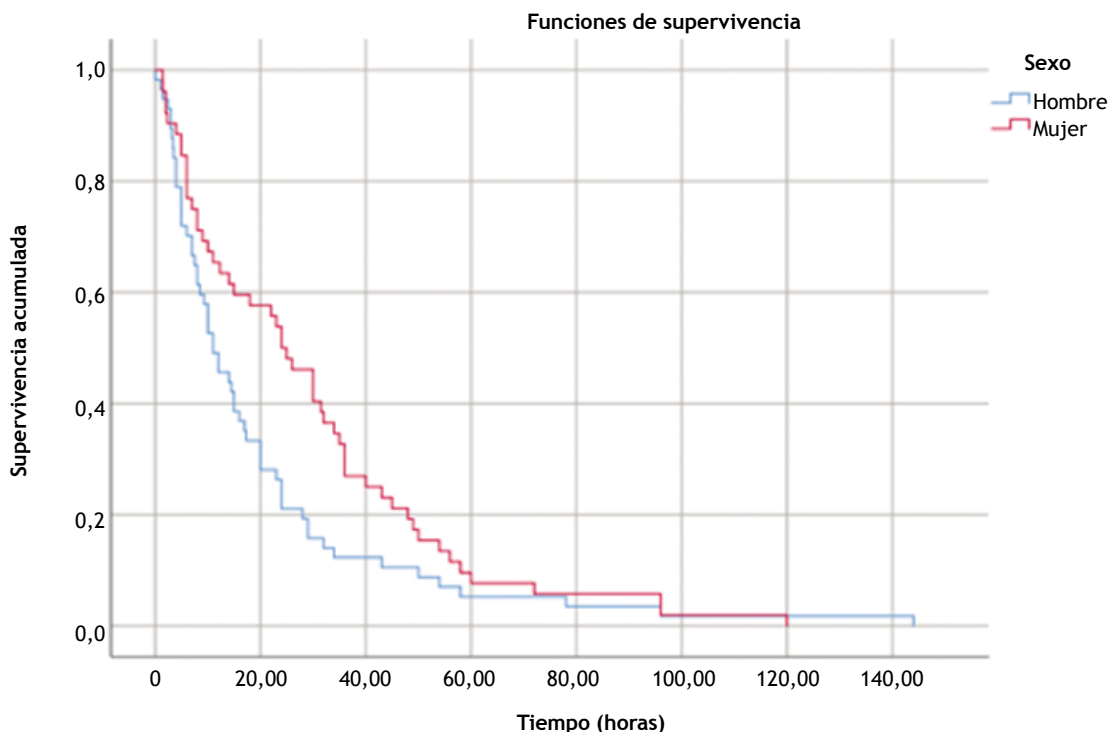


Figura 6. Estimador de Kaplan-Meier. Curvas de supervivencia en función del sexo.

Gracias a este estudio se han detectado deficiencias en la actuación de los profesionales sanitarios del SUAP Málaga. Está prevista la realización de una intervención formativa destinada a mejorar la calidad de la atención a los pacientes que precisan sedación paliativa en la agonía.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se realizó siguiendo las directrices de las Normas de Buena Práctica Clínica y de la Declaración de Helsinki (Fortaleza, octubre 2013). Los datos de carácter personal se tratarán según la Ley Orgánica de Protección de Datos²².

Se pidieron los permisos necesarios al Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga, solicitando la exención del consentimiento informado, dado que los pacientes habían fallecido, considerándolo ética y metodológicamente correcto (código TFM-SPDSUAP-2021).

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores/investigadores declaran que no existen conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

A Ana Isabel Martínez García, directora del Servicio de Urgencias de Atención Primaria Málaga, que ha facilitado la realización de este estudio ofreciendo ayuda material y técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porta-Sales J, Núñez-Olarte JM, Altisent R, Gisbert A, Loncan P, Muñoz D, et al. Aspectos éticos de la-sedación en Cuidados Paliativos. *Med Paliat.* 2002;9:41-6.
2. Sánchez Correas MA, Cuervo Pina MA, Sánchez Posada R, Varillas López MP, Hernández García P, Ruiz Márquez MP, et al. Guía de Sedación Paliativa del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia-de-sedacion.pdf
3. Boceta Osuna J, Cía Ramos R, Cuello Contreras JA, Duarte Rodríguez M, Fernández López A, Sanz Amores R, et al. Junta de Andalucía-Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos. Documento de Apoyo al Proceso Asistencial. Sedación paliativa y sedación terminal. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956ee2fe7_cpali_sedacion.pdf
4. Camacho Pizarro T, de la Ossa Sendra MJ, Duarte Rodríguez M, Fernández López A, Fernández Romero R, Luna Cano JJ, et al. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado en sedación paliativa. Revisión 2.ª edición. Consejería de Salud y Familia; 2019.
5. Organización Médica Colegial. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de sedación paliativa. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa_online.pdf
6. Guía de sedación paliativa: recomendaciones para los profesionales de la salud de las Islas Baleares. Programa de cuidados paliativos Islas Baleares; 2019-2023.
7. Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada. Junta de Andalucía.
8. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

9. Cai J, Zhang L, Guerriere D, Fan H, Coyte PC. Where do cancer patients in receipt of home-based palliative care prefer to die and what are the determinants of a preference for a home death? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;18:235.
10. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza JM, Limón E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Med Clin*. 2010;135:470-5.
11. López Alonso SR, Martínez Ríos I, Martín Caravante S, Soriano Ruiz IS, Moreno Moreno MI, Martínez García AI. Recursos sanitarios empleados por pacientes paliativos fallecidos en domicilio. *Med Paliat*. 2020;27:157-65.
12. Martínez Ríos I, López Alonso SR, Martín Caravante S, Morales Infante L, Soriano Ruiz SI, Martínez García AI. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio según sexo. *An Sist Sanit Navar*. 2018;41:321-813.
13. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1.
14. Caraceni A, Speranza R, Spoldi E, Ambroset CS, Canestrari S, Marinari M, et al. Palliative sedation in terminal cancer patients admitted to hospice or home care programs: does the setting matter? Results from a national multicenter observational study. *J Pain Symptom Manage*. 2018;56:33-43.
15. Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodríguez-Barrientos R, Bruera E. At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. *Palliat Med*. 2010;24:486-92.
16. Zamora-Mur A, García-Foncillas R, Zamora-Catevilla A, Nabal-Vicuña M, Calderero-Aragón V, Lostalé-Latorre F. Factores condicionantes de sedación en pacientes geriátricos y oncológicos atendidos en el domicilio. *Semergen*. 2017;43:182-8.
17. Heijltjes MT, van Thiel GJM, Rietjens JAC, van der Heide A, de Graeff A, van Delden JJM. Changing practices in the use of continuous at the end of life: a systematic review of the literature. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:828-46.
18. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Adile C, et al; Home Care- Italy Group (HOCAI). Palliative sedation in advanced cancer patients followed at home: a retrospective analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43:1126-30.
19. Rietjens JAC, Zuylen L, Veluw H, Wijk L, Heide A, Rijn CCD. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36:228-34.
20. Kohara H, Ueoka H, Takeyama H, Murakami T, Morita T. Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. *J Palliat Med*. 2005;8:20-5.
21. Pype P, Teuwen I, Mertens F, Sercu M, de Sutter A. Suboptimal palliative sedation in primary care: an exploration. *Acta Clin Belg*. 2018;73:21-8.
22. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.