



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

TEMA:

**Sedación paliativa en síntomas refractarios de pacientes con cáncer
avanzado atendidos en programa domiciliario SOLCA Guayaquil.**

AUTOR:

Gómez Panta Gabriela Mishelle

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TUTOR:

Estrella Lima Adriana Elizabeth

Guayaquil, Ecuador

14 de Julio del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **GÓMEZ PANTA GABRIELA MISHELLE**, como requerimiento para la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TUTOR (A)

f. _____
ESTRELLA LIMA ADRIANA ELIZABETH

DIRECTOR DEL PROGRAMA

f. _____
VALLEJO MARTÍNEZ MARIANA CONCEPCIÓN

Guayaquil, a los 14 del mes de Julio del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Gómez Panta Gabriela Mishelle**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Sedación paliativa en síntomas refractarios de pacientes con cáncer avanzado atendidos en programa domiciliario SOLCA Guayaquil** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 del mes de Julio del año 2026

EL AUTOR (A)

f. _____
GÓMEZ PANTA GABRIELA MISHELLE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gómez Panta Gabriela Mishelle**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Sedación paliativa en síntomas refractarios de pacientes con cáncer avanzado atendidos en programa domiciliario SOLCA Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 del mes de Julio del año 2026

LA AUTORA:

f. _____
GÓMEZ PANTA GABRIELA MISHELLE



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Trabajo de Titulación. pdf_Gomez_Panta

ID : 298b0599ace64fc16a186cb97b7e67030fff060d



9%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Trabajo de Titulación. pdf_Gomez_Panta.txt

Tamaño del archivo original : 929,01 kB

Número de palabras : 11.815

Depositante : Mariana Concepción Vallejo Martínez

Fecha de depósito : 16 de julio de 2026

Tipo de carga : interface

fecha de fin de análisis : 16 de julio de 2026

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi compañía constante, mi pilar fundamental, mi guía y mi fortaleza en todo este tiempo recorrido, creyendo lo que dice su palabra en Isaías 43:19b: “...*otra vez abriré camino en el desierto y ríos en la soledad*”.

A la Dra. Mariana Vallejo Martínez, por su visión de innovación y servicio para el paciente oncológico y también para la comunidad.

A mis tutores, Dr. Fabricio Pazmiño y Dra. Andrea Villao por sus enseñanzas, apoyo incondicional y amistad que trasciende los años de posgrado.

A la Dra. Adriana Estrella, por su guía y dirección en este proyecto y por su acompañamiento, enseñanzas y amistad durante mis años de aprendizaje y formación.

A SOLCA, a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, y a todos mis maestros, compañeros de guardia, médicos tratantes de guardia, gracias por abrirnos las puertas de una especialidad que está en sus inicios, reconociendo la gran necesidad de especialistas en Cuidados Paliativos en nuestro país.

Infinitas gracias a todos ustedes por haber sido parte de este proceso.

DEDICATORIA

A mi familia, quienes junto conmigo vivieron cada minuto de posgrado, cada vivencia, cada desánimo, cada ausencia y sin embargo estuvieron para sostenerme, para cuidarme, orar por mí y sobre todo para amarme. Sin su apoyo incondicional, no habría llegado a la meta.

A mi amiga Paola Punín, ya que sin su apoyo no habría podido continuar este posgrado y llegar a mi meta. Gracias por la confianza, la amistad y el apoyo económico en este camino. Gracias por creer que puedo llegar lejos.

A mi amiga Gabriela Bajaña, quien desde el primer momento celebró mi alegría, soportó mi cansancio y se quedó para ser una de las personas que más me ha animado. Las frases de buenos deseos que envía, los planes, las “*vision boards*” anuales y demás son detalles que guardo en lo más profundo de mi corazón.

A mis compañeros posgradistas, su compañerismo, sus ocurrencias, su amistad y su alegría allanaron el camino, muchas veces pedregoso, para llegar a cumplir un objetivo conjunto. No cambien su forma de ser.

A todos ustedes, gracias por hacer posible este sueño.

ÍNDICE

RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	2
OBJETIVOS	2
MARCO TEÓRICO	3
1. Antecedentes de la investigación	3
1.1. Antecedentes internacionales	3
1.2 Antecedentes nacionales	4
2. Epidemiología	4
3. Sedación paliativa	5
3.1 Tipos de sedación:	5
3.1.1 Según el ambiente donde sea aplicada	6
3.1.2 Según el tiempo de administración	6
3.1.3 Según su intensidad	7
3.2 Sedación paliativa domiciliaria (SPD).....	7
3.3. Planificación anticipada de cuidados (PAC)	8
3.4 Indicaciones	8
3.5 Medicamentos utilizados para sedación paliativa	11
3.5.1 Midazolam	11
4. Consideraciones éticas	12

METODOLOGÍA.....	13
RESULTADOS	19
1. Características demográficas y clínicas de la población.....	19
2. Frecuencia de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en domicilio.....	22
3. Factores clínicos asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria.	23
4. Variables obtenidas en los pacientes que recibieron sedación paliativa.	25
4.1 Control sintomático	25
4.2 Fármaco utilizado y dosis total administrada.....	26
4.3 Nivel de sedación alcanzado	26
4.4 Modalidad de sedación utilizada	27
4.5 Frecuencia de síntomas refractarios	28
4.6 Factores clínicos y familiares	28
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS	38
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	46

Índice de Tablas

Tabla 1. Escala de Menten	9
Tabla 2. Escala de Ramsay	10
Tabla 3. Escala de RASS	10
Tabla 4. Variables de estudio	15
Tabla 5. Características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil (n = 649)	21
Tabla 6. Análisis bivariado de factores asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria.....	23
Tabla 7. Regresión logística multivariada de factores asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria	25
Tabla 8. Control sintomático de los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria (n = 49)	25
Tabla 9. Fármaco utilizado y dosis total administrada en los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria (n = 49).....	26
Tabla 10. Nivel de sedación alcanzado los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria (n = 49)	27
Tabla 11. Modalidad de sedación utilizada en los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria (n = 49)	27
Tabla 12. Factores clínicos y familiares asociados a sedación paliativa domiciliaria (n = 49)	29

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución de edad de pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil, período 2024–2025.....	19
Figura 2. Distribución de diagnósticos oncológicos en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil.....	20
Figura 3. Frecuencia de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en domicilio.	22
Figura 4. Distribución de síntomas refractarios asociados al inicio de sedación paliativa domiciliaria.....	28

RESUMEN

La enfermedad oncológica avanzada se caracteriza por una alta carga de síntomas físicos y psicológicos. Cuando estos síntomas se tornan refractarios, la sedación paliativa (SP) surge como el último recurso terapéutico para garantizar el confort del paciente. En el ámbito domiciliario, este procedimiento presenta desafíos logísticos y éticos particulares. Este estudio tiene como objetivo identificar las características clínicas y los factores asociados al uso de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en el programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil durante el periodo 2024–2025. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal basado en la revisión de 49 historias clínicas. Se busca determinar la prevalencia de la SP en domicilio, identificar los síntomas refractarios más frecuentes (disnea, dolor, delirium) y describir los protocolos farmacológicos empleados, principalmente basados en midazolam. La caracterización de la sedación paliativa domiciliaria permitirá optimizar los protocolos de atención, asegurando una muerte digna en el entorno familiar del paciente oncológico.

Palabras clave: Sedación paliativa, Enfermedad oncológica avanzada, Cuidados paliativos domiciliarios, Síntomas refractarios, Escala de Ramsay, Domiciliario.

ABSTRACT

Advanced oncological disease is characterized by a high burden of physical and psychological symptoms. When these symptoms become refractory, palliative sedation (PS) emerges as the last therapeutic resource to ensure patient comfort. In the home setting, this procedure presents particular logistical and ethical challenges. This study aims to identify the clinical characteristics and factors associated with the use of palliative sedation in patients with advanced oncological disease attended in the home palliative care program of SOLCA Guayaquil during the 2024–2025 period. An observational, descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted based on the review of 49 clinical records. The objective is to determine the prevalence of PS at home, identify the most frequent refractory symptoms (dyspnea, pain, delirium), and describe the pharmacological protocols used, mainly based on midazolam. The characterization of home palliative sedation will allow optimizing care protocols, ensuring a dignified death in the family environment of the oncological patient.

Keywords: Palliative sedation, Advanced oncological disease, Home palliative care, Refractory symptoms, Ramsay Scale, Home-based.

INTRODUCCIÓN

El cáncer, en la actualidad, se mantiene como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), se calcula que millones de personas requieren cuidados paliativos cada año, aunque solo un escaso número tiene acceso a ellos. En el Ecuador existe una extensa población de pacientes oncológicos, quienes acuden en búsqueda de atención médica cuando las opciones terapéuticas con perspectiva curativa son limitadas, debido a que el inicio de la atención se da en etapas tardías de la enfermedad. Es entonces que el enfoque principal del tratamiento se direcciona hacia el control de síntomas y la mejora de la calidad de vida (2).

En estas etapas, los síntomas físicos y psicológicos son predominantes (3). Los síntomas refractarios son aquellos que no pueden ser controlados a pesar de recibir el tratamiento adecuado y protocolario, por lo que persiste (4). Estudios indican que síntomas como el dolor severo, la disnea, el delirium y la agitación psicomotriz pueden presentarse de forma refractaria en un porcentaje significativo de pacientes. Dicha refractariedad implica una progresión de la enfermedad que supera el efecto de los tratamientos convencionales y no una falla en el cuidado. En algunos casos, es necesario utilizar sedación paliativa (SP). La sedación es considerada como el último recurso para el tratamiento en pacientes con enfermedad avanzada oncológica o no oncológica en situación de últimos días (5).

En el ambiente hospitalario, el manejo suele estar protocolizado; sin embargo, muchos pacientes deciden manejo en domicilio, donde el equipo de cuidados paliativos enfrenta otros desafíos, como la limitación de recursos inmediatos y la carga emocional y operativa que recae sobre los cuidadores/familiares. Dentro de este contexto, es primordial el enfoque de un equipo paliativo multidisciplinario domiciliario para el cuidado, alivio y control de síntomas, velando el cumplimiento de protocolos médicos en SP, siguiendo consenso ético, manteniendo los procedimientos dentro del marco legal y aclarando

todas las dudas pertinentes para mantener el respeto por los derechos del paciente y su familia (6,7).

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínicas y los factores asociados al uso de sedación paliativa en pacientes con cáncer avanzado atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil durante el período 2024–2025?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar las características clínicas y los factores asociados al uso de sedación paliativa en pacientes con cáncer avanzado atendidos en un programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil durante el período 2024–2025.

Objetivos específicos:

1. Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos.
2. Determinar la frecuencia de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en domicilio.
3. Identificar los factores clínicos asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria.
4. Describir el control sintomático alcanzado, el nivel de sedación según la Escala de Ramsay y fármacos utilizados en los pacientes que recibieron sedación paliativa.

MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes de la investigación

1.1. Antecedentes internacionales

Históricamente, en la década de 1960, el movimiento de los hospicios, liderado por Cicely Saunders, fundó las bases de lo que en la actualidad se conoce como medicina paliativa. Saunders introdujo el concepto de "dolor total", que abarca el componente físico, emocional, social y espiritual (8). Es una visión holística que da el enfoque de la atención paliativa, y aún más en la atención domiciliaria actual, donde el paciente es visto como un ser integral dentro de un sistema familiar y cuya intervención ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9).

Diferentes organizaciones a nivel mundial, como la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) y la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), han conceptualizado y protocolizado a la sedación paliativa como un procedimiento médico que busca el alivio de síntomas refractarios, sin acelerar el proceso de fallecimiento (10,11,12).

Otras instituciones como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), ha definido la SP como la administración de medicamentos para disminuir el estado de conciencia en un paciente con enfermedad avanzada o terminal, con la finalidad de aliviar de forma efectiva uno o más síntomas refractarios (13).

En el contexto latinoamericano, la mayoría de los países han elaborado guías de práctica clínica de cuidados paliativos en las cuales se proporciona información y directrices sobre SP de acuerdo con las normativas y leyes de cada país (14,15). Dentro de este marco, cabe recalcar que el 70% de los profesionales en cuidados paliativos, se encuentran concentrados en Uruguay, Costa Rica y Chile (16).

1.2 Antecedentes nacionales

A nivel nacional, se cuenta con escasa información sobre SP, sobre todo en pacientes en domicilio. En el año 2025, se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal en el área de cuidados paliativos del Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) Guayaquil, entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Se analizó 121 pacientes que recibieron sedación paliativa de los cuales el 65% fueron femeninos y el 35% masculino, encontrando una edad media de 57 años y cuyo síntoma refractario más frecuente fue la disnea con un 55%, seguido de delirium (36%) (17).

2. Epidemiología

El cáncer es el mayor problema de orden social, económico y de salud pública del siglo XXI, provocando 1 de cada 6 muertes totales a nivel mundial (16.8%). Es la tercera causa de muerte en el rango etario de 30 a 69 años en casi todos los países del mundo. Para ambos sexos, se estimó que se presentaron 20 millones de nuevos casos y 9.7 millones de muertes por cáncer alrededor del mundo solo en el 2022. En el futuro, se estima que para el año 2050 existirán más de 35 millones de nuevos casos, lo que representa un aumento del 77% con respecto al año 2022, de acuerdo con los cambios proyectados en el crecimiento poblacional y el envejecimiento, y, asumiendo que la estadística con respecto al cáncer se mantenga (18,19).

El cáncer avanzado se define como la patología oncológica que ya no es susceptible de tratamientos curativos debido a su progresión y extensión (metástasis) y que se caracteriza por un pronóstico de vida limitado. También existe un deterioro funcional progresivo y un aumento de los síntomas. La valoración del cáncer avanzado es un proceso clínico complejo en el cual es esencial utilizar criterios diagnósticos claros para evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono del paciente. Existen herramientas para medir

la capacidad funcional y predecir la supervivencia como el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y el índice de Karnofsky respectivamente (20). La situación de últimos días es un periodo en el cual los síntomas suelen intensificarse y aparecer otros nuevos relacionados con el fallo multiorgánico. Es en este momento donde existe una alta probabilidad de que un síntoma se vuelva refractario, exigiendo una intervención rápida y eficaz por parte del equipo de cuidados paliativos (21,22).

3. Sedación paliativa

La SP se define como el uso controlado de medicación con la intención de inducir disminución o ausencia del estado de conciencia con la finalidad de aliviar los síntomas de forma éticamente aceptable para el paciente, su familia y el personal sanitario (23), procedimiento que se administra en caso de síntomas refractarios. Los síntomas refractarios son aquellos que no mejoran con tratamientos habituales, con dosis protocolarias, como la disnea, el dolor, la agitación o delirium, el sufrimiento existencial, convulsiones, entre otros, causando sufrimiento y angustia (24).

La SP varía de acuerdo con la duración y profundidad. Se clasifica en sedación continua, intermitente, superficial o profunda y puede realizarse de forma hospitalaria o domiciliaria. El término sedación abarca todas sus formas, aunque la más común es aquella que se aplica de forma continua, tanto en ambiente hospitalario como domiciliario, a un paciente desde la detección del síntoma refractario hasta el fallecimiento (25).

3.1 Tipos de sedación:

La sedación paliativa puede clasificarse (26,27):

- Según el ambiente donde sea aplicada
- Según el tiempo de administración
- Según su intensidad

3.1.1 Según el ambiente donde sea aplicada

Hospitalaria: La sedación hospitalaria se realiza dentro de una institución de salud y en un ambiente médico controlado. Los pacientes son monitoreados por profesionales de salud, siguiendo protocolos internacionales para su aplicación y cuya administración se ajusta según sea necesario (28).

Domiciliaria: es una alternativa para aquellos pacientes que deciden conscientemente permanecer en su domicilio y en un entorno familiar y conocido. Debe contar con la intervención del equipo de profesionales de la salud, quienes deben estar capacitados y deben realizar monitoreo y supervisión durante el tiempo que se utilice la sedación SP, es decir, hasta el fallecimiento del paciente (29,30).

3.1.2 Según el tiempo de administración

Intermitente: se considera intermitente cuando se administra de forma temporal (con horario) o por razones necesarias en pacientes que presentan síntomas refractarios de forma discontinua pero persistente y que no se disminuye o cede con otro tipo de intervenciones y medicación, como el delirium. Puede aplicarse en estadios tempranos de la enfermedad para dar alivio temporal hasta que otros tratamientos logren el efecto deseado, y, en muchos casos, puede discontinuarse (31).

Continua: Es la forma más utilizada en el ámbito paliativo. Implica la administración de un medicamento sedante de forma sostenida generalmente hasta el final de la vida del paciente. Se emplea en casos de síntomas incontrolables, intratables y de sufrimiento extremo para asegurar el confort y el alivio continuo del paciente. Debe considerarse este tipo de sedación cuando el paciente se encuentra con un sufrimiento grave y una expectativa de vida de pocas horas o días (32, 33).

3.1.3 Según su intensidad

Parcial: El paciente permanece despierto y consciente, y a su vez percibe alivio del síntoma refractario. En este tipo de sedación, el paciente puede conectar y comunicarse con su entorno (27, 34).

Profunda: En este tipo de sedación, el paciente experimenta la disminución o pérdida del estado de conciencia. Esta intervención se considera en casos en los que los síntomas son muy severos y refractarios, y no pueden ser controlados con sedación parcial o con mediación habitual. Se utiliza en casos en los que el pronóstico de vida sea corto (35,36).

La aplicación de los cuidados paliativos domiciliarios, debe contar con una evaluación rigurosa para prevenir episodios de crisis que requieran intervención médica emergente. La literatura señala que aproximadamente un tercio de pacientes con enfermedades en etapa avanzada, prefieren manejo y fallecimiento en casa, no obstante, en muchos casos, no se cumple con la voluntad anticipada de los mismos (37).

3.2 Sedación paliativa domiciliaria (SPD)

La sedación paliativa domiciliar surge como una intervención necesaria para controlar los síntomas refractarios en el domicilio del paciente, respetando sus decisiones, reduciendo hospitalizaciones y disminuyendo los costos para las instituciones públicas (37,38).

En el caso de que el paciente cumpla con los criterios para administrar sedación paliativa, el personal sanitario debe evaluar que el entorno cuenta con condiciones de higiene, seguridad y un cuidador principal capaz de seguir instrucciones médicas. Además, el equipo debe realizar visitas programadas, mantener seguimiento y disponer de una línea de contacto para emergencias las 24 horas (38).

Para la administración de SPD, se recomienda el uso de infusores elastoméricos o bombas de infusión continua (en caso de contar con cuidador profesional) para garantizar una administración estable de los fármacos. Es fundamental proporcionar educación sobre los cambios esperados en el paciente (respiración ruidosa, cambios de coloración) para reducir la ansiedad familiar (38,39).

3.3. Planificación anticipada de cuidados (PAC)

La planificación anticipada tiene como principal propósito, que la población con enfermedades avanzadas reciba atención médica oportuna y cuidados de acuerdo a sus necesidades y preferencias personales. Además de la disminución de ingresos hospitalarios mencionado anteriormente, la PAC tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida y un mejor proceso de adaptación de los cuidadores o familiares a la partida de un ser querido (40).

La PAC, cuando es implementada de forma efectiva y en etapas tempranas, respeta la autonomía del paciente, reduce conflictos éticos, despeja dudas y se alinea con las preferencias, creencias, valores y deseos del paciente. En estos casos, una comunicación efectiva, clara y empática entre el equipo de cuidados paliativos, el paciente y la familia, adquiere un papel clave, tomando en cuenta las necesidades emocionales de todos integrantes y favoreciendo la toma de decisiones informadas al final de vida (41).

3.4 Indicaciones

La SP está indicada tanto para adultos como para niños con enfermedades avanzadas, ya sean oncológicas o no oncológicas, para aliviar los síntomas refractarios al final de la vida (42,43). La intención principal de la sedación paliativa debe ser el alivio del sufrimiento del paciente y no el acortamiento de su vida, por lo que la intervención debe ser proporcional (43).

Existe la Escala de Menten, que tiene como propósito la evaluación de un paciente en fase de agonía. Para la aplicación de SP, el paciente deberá tener por lo menos uno de estos criterios además del síntoma refractario a controlar o 4 o más criterios, con alto riesgo de fallecimiento en los siguientes 4 días (44).

Tabla 1. Escala de Menten

1	Nariz fría o pálida
2	Extremidades frías
3	Livideces
4	Labios cianóticos
5	Estertores de agonía
6	Apneas (> 15 segundos en 1 minuto)
7	Anuria (< 300cc en 24 horas)
8	Somnolencia (> 15 horas de sueño al día)

Las guías de sedación paliativa recomiendan que la misma sea proporcional al síntoma, asegurando que el paciente pueda tolerarlo, no adelantando el proceso de fallecimiento (45).

Los pacientes en fase terminal pueden presentar diversos tipos de síntomas no controlables como dolor, delirium, hemorragias, convulsiones, etc., por lo que se debe valorar continuamente el confort mediante sonidos o gestos. En muchos casos, será necesaria la administración de otros medicamentos, como los opioides, de forma individualizada según la necesidad para lograr el efecto deseado (13,46,47,48).

Para valoración del paciente se utiliza la escala de Ramsay para evaluar el nivel de sedación en pacientes paliativos. De esta manera se puede observar si se ha logrado el objetivo clínico de mantener al paciente entre los niveles 5 y 6 de dicha escala (Tabla 2), asegurando que el nivel de sedación sea el mínimo necesario para que el paciente pueda tolerar el sufrimiento causado por los síntomas (49). Si el paciente está en un estado de muerte inminente o

agonía, se realiza un monitoreo rutinario junto con la observación de parámetros críticos relacionados con su comodidad y bienestar, en cuyo caso podrá usarse también la escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). Esta escala valora el nivel de agitación y sedación en pacientes críticos. Puntúa de -5 (sin respuesta) a +4 (combativo), con 0 en paciente alerta y calmado (Tabla 3)(50).

Tabla 2. Escala de Ramsay

<i>I</i>	Agitado, angustiado
<i>II</i>	Tranquilo, orientado, colaborador
<i>III</i>	Respuesta estímulos verbales
<i>IV</i>	Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos
<i>V</i>	Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos
<i>VI</i>	No respuesta

Tabla 3. Escala de RASS

+4	Combativo	Combativo, violento
+3	Muy agitado	Se tracciona o retira el equipo
+2	Agitado	Movimientos frecuentes, lucha con el ventilador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos
0	Alerta y calmado	
-1	Somnoliento	Despierta con la voz, se mantiene despierto >10 segundos
-2	Sedación leve	Despierta brevemente al llamado <10 segundos
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular al llamado verbal (sin contacto visual)

-4	Sedación profunda	Sin respuesta al llamado verbal, pero hay movimiento ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta	Sin respuesta al llamado verbal ni al estímulo físico

3.5 Medicamentos utilizados para sedación paliativa

Para la implementación de la SP, los medicamentos más utilizados son las benzodiacepinas (Midazolam, Lorazepam), antipsicóticos (Levomepromazina, Clorpromazina), barbitúricos (Fenobarbital) y en pocas ocasiones, anestésicos (Propofol). Las benzodiacepinas son, generalmente, los fármacos más comunes en este contexto, siendo el Midazolam el más empleado (11,13,51,52).

3.5.1 Midazolam

El Midazolam se mantiene como el fármaco de elección debido a su perfil farmacocinético, hidrosolubilidad y seguridad. Es una benzodiazepina que, por su rápido inicio de acción, puede administrarse por vía intravenosa o subcutánea, siendo esta última la más utilizada en el ámbito domiciliar. Además, posee la capacidad de ser fácilmente revertido, siendo adecuado para la sedación de relevo y la sedación paliativa a corto plazo (52,53).

La dosis recomendada en cuidados paliativos es un bolo IV de 2-5 mg y una perfusión continua de 1-5 mg/h, con la sugerencia de cambiar o añadir otro fármaco si se alcanzan los 20 mg/h. Para la administración subcutánea, se recomienda una concentración de hasta 5 mg/mL para asegurar una absorción adecuada, con un límite máximo de 15 mg/h. La dosis se individualizará, dentro de ese rango, en función del estado de conciencia inicial y de la fragilidad del paciente (13,27,53,54).

4. Consideraciones éticas

Es importante tener en cuenta que la SP no se utiliza como una forma de poner fin a la vida de manera intencional, no obstante, es necesario tomar en cuenta el principio de doble efecto, el cual busca lograr el efecto deseado, pero no tanto como para provocar efectos secundarios adversos significativos. El objetivo principal es proporcionar un alivio adecuado del dolor y el malestar, respetando los principios éticos de beneficencia, autonomía y proporcionalidad (24,55).

El consentimiento informado para la sedación paliativa es un proceso mediante el cual un paciente o su representante legal reciben información detallada sobre los beneficios, riesgos, alternativas y limitaciones de la SP antes de otorgar su consentimiento para recibir este tipo de cuidados. Este consentimiento puede ser explícito o implícito, dependiendo de la situación clínica del paciente (27,56).

Su aplicación requiere valoración interdisciplinaria, acompañamiento continuo y permanente del paciente y familiares por parte del equipo de salud, asegurando la correcta administración de la medicación, el control del o los síntomas refractarios y del sufrimiento. Esta atención puede brindarse cuando está indicada, dentro de un marco ético, legal y compasivo que permita al paciente mantener su dignidad sin acelerar ni posponer su desenlace (57,58,59).

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes pertenecientes al programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil. El período de estudio estuvo comprendido entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2025.

Población de estudio

El universo estuvo constituido por todos los pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos por el programa de visita domiciliar de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil durante el período de estudio. Posteriormente, se identificó el subgrupo de pacientes que requirieron sedación paliativa domiciliar para el análisis específico de las características y control sintomático asociado a esta intervención.

Lugar de estudio

El trabajo tuvo lugar en el lugar de residencia de los pacientes pertenecientes al servicio de Cuidados Paliativos incluidos en el proceso de visitas domiciliarias del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA – Guayaquil (Ecuador).

Criterios de elegibilidad

La identificación del subgrupo de pacientes para el análisis específico se llevó a cabo considerando los siguientes criterios:

Inclusión:

1. Diagnóstico confirmado de enfermedad oncológica avanzada.
2. Presencia de uno o más síntomas refractarios.
3. Haber recibido sedación paliativa domiciliaria por un equipo de cuidados paliativos.
4. Consentimiento informado del paciente o representante en el cual se autorizó administrar la sedación paliativa en casa.
5. Edad ≥ 18 años.
6. Residencia dentro del área de cobertura del programa de visita domiciliaria.

Exclusión:

1. Sedación paliativa realizada en entorno hospitalario.
2. Voluntad anticipada de manejo intrahospitalario.
3. Datos incompletos en la historia clínica.
4. Pacientes con tratamiento oncológico activo al momento del estudio.

Recolección y manejo de datos

La información clínica fue solicitada de manera formal vía correo electrónico institucional al Departamento de Estadística de SOLCA – Guayaquil, el cual facilitó el listado de historias electrónicas correspondientes a pacientes valorados en visita domiciliar desde enero de 2024 a diciembre 2025. Una vez identificado el universo, se procedió a revisar las historias clínicas individuales con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, los expedientes seleccionados se revisaron en detalle y sus variables se registraron en una base de datos estructurada.

Finalizada la recolección, la base resultante en formato Excel, se anonimizó y se envió nuevamente al Departamento de Estadística para la autorización institucional del uso de datos con fines de investigación.

Operacionalización de las variables

Tabla 4. Variables de estudio

Objetivo específico	Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valores posibles	Instrumento / Fuente de datos
1. Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos	Edad	Años cumplidos al momento de la intervención paliativa.	Cuantitativa continua	Numérica	—	Historia clínica
	Sexo	Clasificación biológica del paciente.	Cualitativa nominal	Nominal	Masculino / Femenino	Historia clínica
	Diagnóstico oncológico	Tipo de cáncer principal documentado.	Cualitativa nominal	Nominal	Cáncer de mama, pulmón, colon, próstata, otros	Historia clínica
2. Determinar la frecuencia de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en domicilio.	Uso de sedación	Ejecución del protocolo de sedación en el domicilio.	Cualitativa nominal	Nominal	Recibió sedación (Sí / No)	Historia clínica
3. Identificar los factores clínicos asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria.	Estado funcional	Nivel de independencia medido mediante la escala ECOG.	Cuantitativa ordinal	Ordinal	0 = Asintomático; 1 = Sintomático, ambulatorio; 2 = En cama <50% del día; 3 = En cama >50% del día; 4 = Postrado; 5 = Fallecido	Historia clínica
	Síntoma refractario principal	Síntoma que no responde al tratamiento convencional.	Cualitativa nominal	Nominal	Dolor / Disnea / Delirium / Náuseas / Agitación / Ansiedad	Historia clínica

4. Describir el control sintomático alcanzado, el nivel de sedación según la Escala de Ramsay y los fármacos utilizados en los pacientes que recibieron sedación paliativa.	Nivel de sedación	Grado de sedación obtenido según la Escala de Ramsay.	Cuantitativa ordinal	Ordinal	1 = Ansioso, agitado; 2 = Cooperador, orientado; 3 = Responde a órdenes; 4 = Respuesta rápida a estímulo glabellar; 5 = Respuesta lenta; 6 = Sin respuesta	Escala de Ramsay
	Control sintomático	Logro del alivio del síntoma refractario tras la sedación.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí / No	Registro clínico
	Fármaco utilizado	Medicamento empleado para la sedación.	Cualitativa nominal	Nominal	Midazolam / Levomepromazina / Haloperidol / Otro	Historia clínica
	Dosis total administrada	Dosis total del fármaco empleado durante la sedación (mg o ml).	Cuantitativa continua	Numérica	—	Registro de medicación
	Factores clínicos	Variables relacionadas con la gravedad del síntoma y pronóstico.	Cualitativa categórica	Nominal	Leve / Moderado / Severo	Historia clínica
	Factores familiares	Participación y aceptación del entorno familiar en la decisión.	Cualitativa categórica	Nominal	Aceptación total / Aceptación parcial / Rechazo	Consentimiento informado

FUENTE: Investigación directa (2026)

ELABORACIÓN: La autora

Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron ingresados en una base de datos estructurada y analizados mediante el programa Stata® versión 19.0.

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de toda la cohorte de pacientes atendidos en el programa domiciliario de cuidados paliativos. Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión. La normalidad de su distribución fue evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables con distribución normal se expresaron como media $\pm$ desviación estándar, mientras que aquellas con distribución no normal se describieron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis bivariado se compararon las características demográficas y clínicas entre los pacientes que requirieron sedación paliativa y aquellos que no la requirieron. Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba t de Student o la prueba de Mann-Whitney U, de acuerdo con la distribución de los datos.

Posteriormente, se construyó un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria. Se incluyeron en el modelo las variables de relevancia clínica y aquellas que mostraron asociación en el análisis bivariado. Los resultados se expresaron mediante odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Finalmente, se realizó un subanálisis descriptivo de los pacientes que recibieron sedación paliativa, evaluando el control sintomático alcanzado, el nivel de sedación según la Escala de Ramsay, el tipo de sedación, los fármacos utilizados, las dosis administradas, los síntomas refractarios y los factores clínicos y familiares relacionados con la indicación de sedación paliativa.

Previo al análisis estadístico se evaluó la integridad de la base de datos. Los datos faltantes fueron escasos (<1% para las principales variables demográficas y clínicas) y no se realizó imputación de valores perdidos. En cada análisis se incluyeron únicamente los registros con información disponible para las variables de interés (análisis por casos completos), por lo que el número de observaciones pudo variar ligeramente entre las diferentes tablas y análisis.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

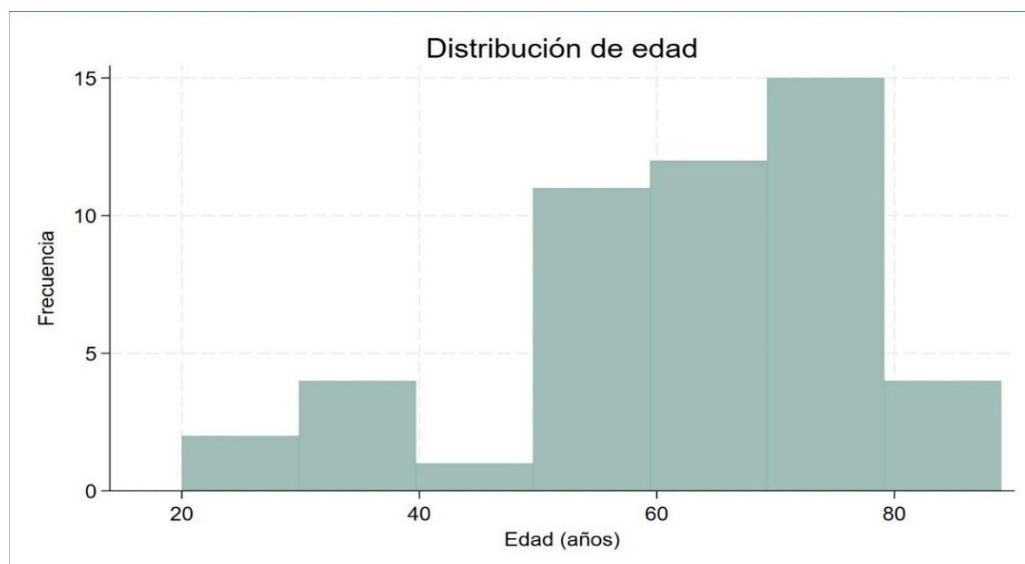
RESULTADOS

1. Características demográficas y clínicas de la población

La cohorte estuvo conformada por 649 pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos.

La mediana de edad fue de 70 años (rango intercuartílico: 60–80 años), con edades comprendidas entre 18 y 105 años. (Fig 1) (Tabla 5).

Figura 1. Distribución de edad de pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil, período 2024–2025.



FUENTE: Investigación directa (2026)
ELABORACIÓN: La autora

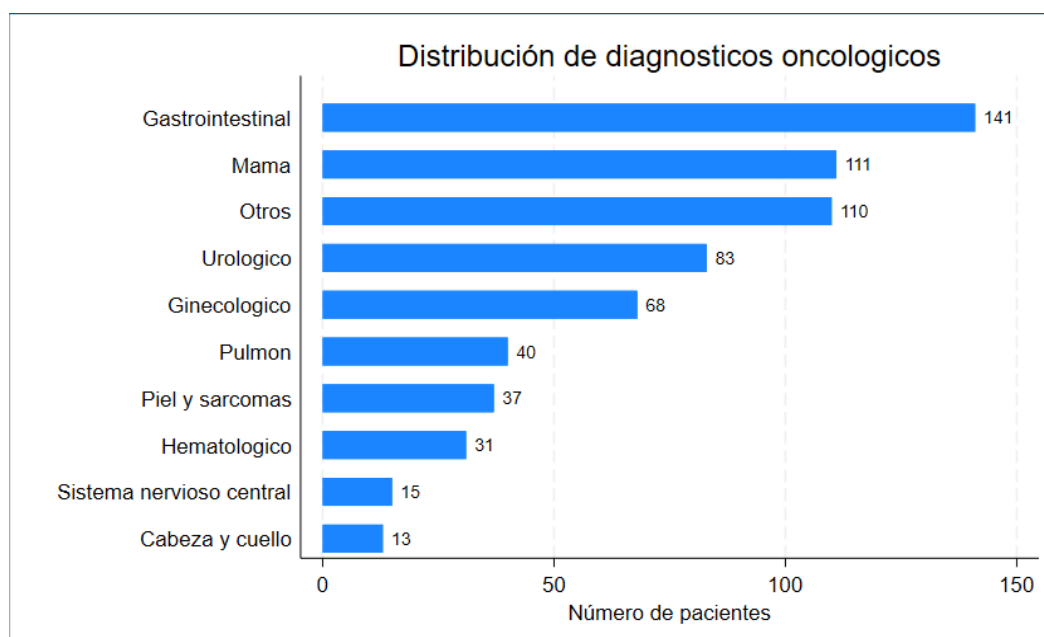
La distribución etaria mostró una mayor concentración de pacientes entre la sexta y octava década de vida, con una media de 68.3 ± 16.2 años y una mediana de 70 años. Se observó un rango amplio de edades, comprendido entre 18 y 105 años.

En relación con el sexo, predominó el sexo femenino con 404 pacientes (62.5%), mientras que 242 pacientes (37.5%) correspondieron al sexo masculino. Se identificaron 3 registros con datos incompletos para esta variable. (Tabla 5).

Respecto al estado funcional, la mayoría de los pacientes presentó un ECOG 4, correspondiente a pacientes postrados o completamente dependientes, con 485 casos (75.1%). El ECOG 3 se observó en 98 pacientes (15.2%), mientras que 55 pacientes (8.5%) presentaron ECOG 2 y únicamente 8 pacientes (1.2%) ECOG 1. Se registraron 3 casos con datos faltantes (Tabla 5).

En relación con el tipo de neoplasia, los tumores gastrointestinales fueron los más frecuentes con 141 pacientes (21.7%), seguidos por cáncer de mama con 111 casos (17.1%) y otros tumores malignos con 110 pacientes (17.0%). Los tumores urológicos representaron 83 casos (12.8%), mientras que las neoplasias ginecológicas correspondieron a 68 pacientes (10.5%). Los tumores pulmonares representaron el 6.2% de la cohorte, los tumores de piel y sarcomas el 5.7%, las neoplasias hematológicas el 4.8%, los tumores del sistema nervioso central el 2.3% y los tumores de cabeza y cuello el 2.0%. (Fig. 2) (Tabla 5).

Figura 2. Distribución de diagnósticos oncológicos en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil.



FUENTE: Investigación directa (2026)
ELABORACIÓN: La autora

Tabla 5. Características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil (n = 649)

<i>Variable</i>	<i>Resultado</i>
<i>Edad, media ± DE (años)</i>	68.3 ± 16.2
<i>Edad, mediana (RIC)</i>	70 (60–80)
<i>Sexo</i>	
<i>Masculino</i>	242 (37.5%)
<i>Femenino</i>	404 (62.5%)
<i>Estado funcional (ECOG)</i>	
<i>ECOG 1</i>	8 (1.2%)
<i>ECOG 2</i>	55 (8.5%)
<i>ECOG 3</i>	98 (15.2%)
<i>ECOG 4</i>	485 (75.1%)
<i>Grupo de neoplasia</i>	
<i>Gastrointestinal</i>	141 (21.7%)
<i>Mama</i>	111 (17.1%)
<i>Otros</i>	110 (17.0%)
<i>Urológico</i>	83 (12.8%)
<i>Ginecológico</i>	68 (10.5%)
<i>Pulmón</i>	40 (6.2%)
<i>Piel y sarcomas</i>	37 (5.7%)
<i>Hematológico</i>	31 (4.8%)

<i>Sistema nervioso central</i>	15 (2.3%)
<i>Cabeza y cuello</i>	13 (2.0%)

FUENTE: Investigación directa (2026)
ELABORACIÓN: La autora

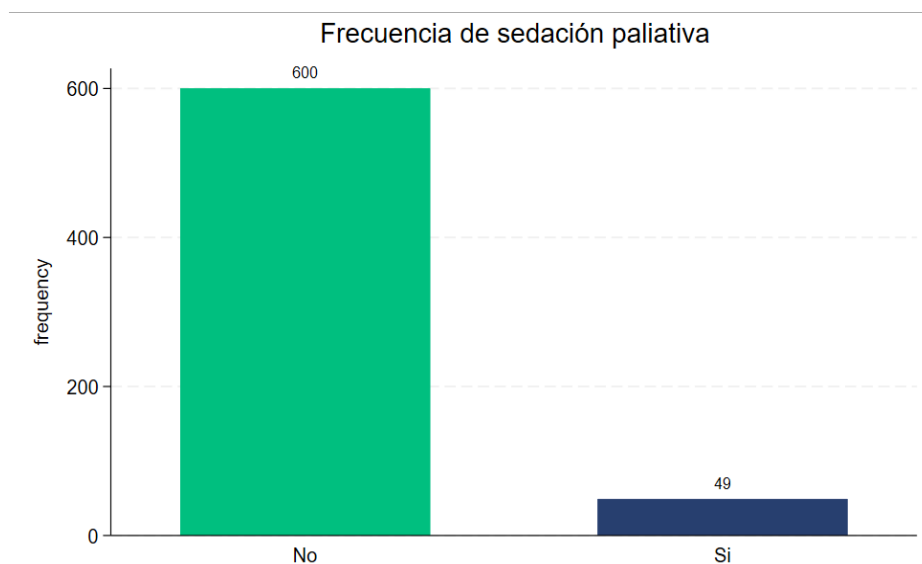
DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico; ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. Se identificaron 3 registros con datos faltantes para sexo y 3 registros con datos faltantes para ECOG.

Nota: Los porcentajes se calcularon utilizando los casos con información disponible para cada variable. Se identificaron tres registros con datos faltantes en las variables sexo y ECOG.

2. Frecuencia de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en domicilio.

De los 649 pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en el programa domiciliario de cuidados paliativos, 49 pacientes requirieron sedación paliativa, lo que correspondió a una frecuencia del 7.6% (IC95%: 5.6%–9.9%) (Fig. 3).

Figura 3. Frecuencia de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en domicilio.



FUENTE: Investigación directa (2026)
ELABORACIÓN: La autora

3. Factores clínicos asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria.

En el análisis bivariado, se observó una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el requerimiento de sedación paliativa domiciliaria (Mann-Whitney U; $p = 0.007$), evidenciándose diferencias en la distribución de edades entre los pacientes que requirieron sedación paliativa y aquellos que no la requirieron (Tabla 6).

No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el requerimiento de sedación paliativa domiciliaria (Chi cuadrado de Pearson; $p = 0.913$).

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el estado funcional medido mediante la escala ECOG y el requerimiento de sedación paliativa domiciliaria (prueba exacta de Fisher; $p < 0.001$). La mayoría de los pacientes que requirieron sedación paliativa presentaron ECOG 4 (Tabla 6).

No se observó asociación estadísticamente significativa entre el grupo tumoral y el requerimiento de sedación paliativa domiciliaria (Chi cuadrado de Pearson; $p = 0.118$). Sin embargo, descriptivamente se observaron mayores proporciones de sedación paliativa en pacientes con neoplasias ginecológicas, pulmonares y gastrointestinales (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis bivariado de factores asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria

<i>Variable</i>	<i>Sedación paliativa No n (%)</i>	<i>Sedación paliativa Sí n (%)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>p</i>
<i>Edad, mediana (RIC)</i>	70 (60–81)	65 (57–74)	Mann-Whitney U	0.007
<i>Sexo masculino</i>	224 (37.5%)	18 (36.7%)	Chi cuadrado	0.913

<i>Sexo femenino</i>	373 (62.5%)	31 (63.3%)		
<i>ECOG 1–3</i>	163 (27.2%)	1 (2.0%)	Fisher exacta	<0.001
<i>ECOG 4</i>	437 (72.8%)	48 (98.0%)		
<i>Grupo tumoral</i>			Chi cuadrado	0.118
<i>Mama</i>	108 (18.0%)	3 (6.1%)		
<i>Gastrointestinal</i>	131 (21.8%)	10 (20.4%)		
<i>Pulmón</i>	35 (5.8%)	5 (10.2%)		
<i>Ginecológico</i>	57 (9.5%)	11 (22.4%)		
<i>Urológico</i>	77 (12.8%)	6 (12.2%)		
<i>Hematológico</i>	28 (4.7%)	3 (6.1%)		
<i>Sistema nervioso central</i>	15 (2.5%)	0 (0%)		
<i>Cabeza y cuello</i>	12 (2.0%)	1 (2.0%)		
<i>Otros</i>	103 (17.2%)	7 (14.3%)		
<i>Piel y sarcomas</i>	34 (5.7%)	3 (6.1%)		

FUENTE: Investigación directa (2026)

ELABORACIÓN: La autora

RIC: rango intercuartílico; ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group.

En el modelo de regresión logística multivariada, la presencia de ECOG 4 se asoció de manera independiente con un mayor requerimiento de sedación paliativa domiciliaria (OR: 16.9; IC95%: 2.31–123.77; $p = 0.005$). Asimismo, la edad mostró asociación significativa, evidenciándose una ligera disminución

en la probabilidad de requerir sedación paliativa conforme aumentaba la edad (OR: 0.98; IC95%: 0.96–0.99; $p = 0.017$) (Tabla 7).

Tabla 7. Regresión logística multivariada de factores asociados al requerimiento de sedación paliativa domiciliaria

<i>Variable</i>	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>	<i>p</i>
<i>Edad</i>	0.98	0.96–0.99	0.017
<i>ECOG 4</i>	16.92	2.31–123.77	0.005

FUENTE: Investigación directa (2026)

ELABORACIÓN: La autora

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza al 95%; ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group.

4. Variables obtenidas en los pacientes que recibieron sedación paliativa.

4.1 Control sintomático

En los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria, se evidenció adecuado control sintomático en 46 pacientes (95.8%), mientras que únicamente 2 pacientes (4.2%) no alcanzaron control adecuado de los síntomas refractarios (Tabla 8).

Tabla 8. Control sintomático de los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria (n = 49)

<i>Variable</i>	<i>Resultado</i>
<i>Control sintomático</i>	
<i>Adecuado</i>	46 (95.8%)
<i>No adecuado</i>	2 (4.2%)

FUENTE: Investigación directa (2026)

ELABORACIÓN: La autora

4.2 Fármaco utilizado y dosis total administrada

El fármaco utilizado para sedación paliativa domiciliaria fue midazolam en la totalidad de los pacientes estudiados (100%). La dosis total administrada de midazolam presentó una mediana de 15 mg (RIC: 6–30 mg), con un rango entre 0.5 y 90 mg (Tabla 9).

Tabla 9. Fármaco utilizado y dosis total administrada en los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria (n = 49)

<i>Variable</i>	<i>Resultado</i>
<i>Fármaco utilizado</i>	
<i>Midazolam</i>	49 (100%)
<i>Dosis total de midazolam</i>	
<i>Mediana (RIC)</i>	15 mg (6–30 mg)
<i>Rango</i>	0.5–90 mg

FUENTE: Investigación directa (2026)
ELABORACIÓN: La autora

4.3 Nivel de sedación alcanzado

Respecto al nivel de sedación alcanzado según la Escala de Ramsay, el nivel más frecuente fue Ramsay 6, observado en 30 pacientes (61.2%), seguido de Ramsay 5 en 13 pacientes (26.5%). Los niveles Ramsay 4 y Ramsay 1 se presentaron en 5 (10.2%) y 1 paciente (2.0%), respectivamente (Tabla 10).

Tabla 10. Nivel de sedación alcanzado los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria (n = 49)

<i>Variable</i>	<i>Resultado</i>
<i>Nivel de sedación Ramsay</i>	
<i>Ramsay 1</i>	1 (2.0%)
<i>Ramsay 4</i>	5 (10.2%)
<i>Ramsay 5</i>	13 (26.5%)
<i>Ramsay 6</i>	30 (61.2%)

FUENTE: Investigación directa (2026)

ELABORACIÓN: La autora

RIC: rango intercuartílico; Ramsay: escala de profundidad de sedación de Ramsay.

4.4 Modalidad de sedación utilizada

La modalidad de sedación más utilizada fue la sedación continua, aplicada en 38 pacientes (77.6%), mientras que la sedación intermitente se utilizó en 11 pacientes (22.4%) (Tabla 11).

Tabla 11. Modalidad de sedación utilizada en los pacientes que recibieron sedación paliativa domiciliaria (n = 49)

<i>Variable</i>	<i>Resultado</i>
<i>Tipo de sedación</i>	
<i>Continua</i>	38 (77.6%)
<i>Intermitente</i>	11 (22.4%)

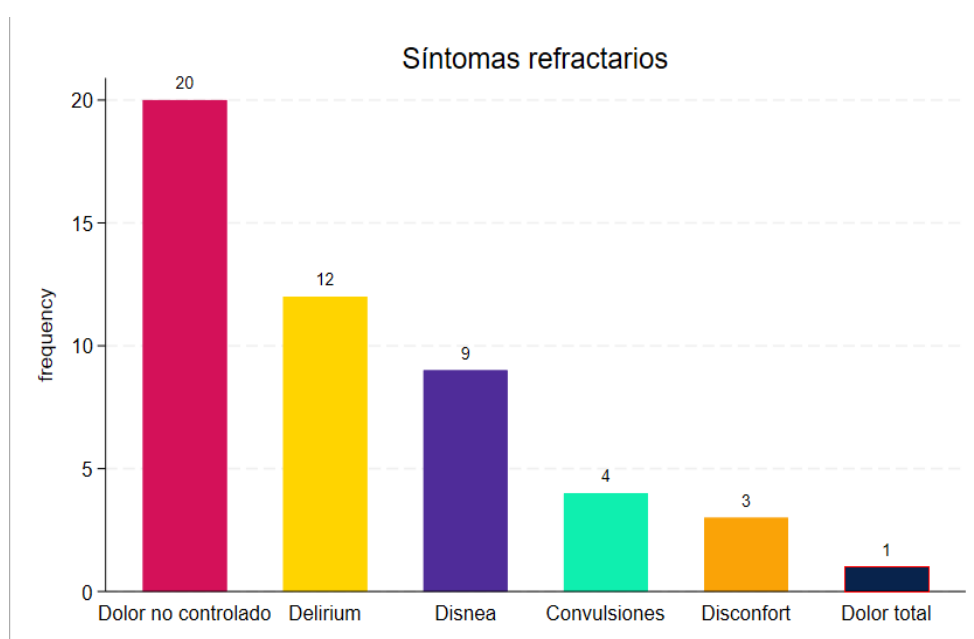
FUENTE: Investigación directa (2026)

ELABORACIÓN: La autora

4.5 Frecuencia de síntomas refractarios

El síntoma refractario más frecuente que motivó la sedación paliativa domiciliaria fue el dolor no controlado, observado en 20 pacientes (40.8%), seguido de delirium en 12 pacientes (24.5%) y disnea en 9 pacientes (18.4%). Otros síntomas identificados fueron convulsiones en 4 pacientes (8.2%), disconfort en 3 pacientes (6.1%) y dolor total en 1 paciente (2.0%) (Fig. 4).

Figura 4. Distribución de síntomas refractarios asociados al inicio de sedación paliativa domiciliaria



FUENTE: Investigación directa (2026)
ELABORACIÓN: La autora

El dolor no controlado constituyó el principal síntoma refractario asociado al inicio de sedación paliativa domiciliaria, seguido de delirium y disnea.

4.6 Factores clínicos y familiares

En relación con los factores clínicos asociados al inicio de sedación paliativa, predominó el compromiso clínico severo en 33 pacientes (67.4%), seguido de compromiso moderado en 15 pacientes (30.6%) y leve en 1 paciente (2.0%).

Respecto a los factores familiares, se evidenció aceptación total de la sedación paliativa en 40 pacientes (83.3%), mientras que 8 pacientes (16.7%) presentaron aceptación parcial. No se documentaron casos de rechazo familiar (Tabla 12).

Tabla 12. Factores clínicos y familiares asociados a sedación paliativa domiciliaria (n = 49)

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Factores clínicos</i>		
<i>Leve</i>	1	2.0
<i>Moderado</i>	15	30.6
<i>Severo</i>	33	67.4
<i>Factores familiares</i>		
<i>Aceptación total</i>	40	81.63
<i>Aceptación parcial</i>	9	18.36
<i>Rechazo</i>	0	0

FUENTE: Investigación directa (2026)
ELABORACIÓN: La autora.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las características clínicas y los factores asociados al uso de sedación paliativa en el contexto domiciliario. Los hallazgos obtenidos permiten realizar un análisis detallado sobre la realidad de la atención al final de la vida, comparando los resultados locales con la evidencia internacional y las normativas vigentes en el ámbito de los cuidados paliativos domiciliarios.

En relación a la frecuencia de sedación paliativa observada en este estudio se alinea con los rangos reportados en la literatura internacional. Mientras que Arantzamendi et al. sitúa el uso de la sedación paliativa entre el 2.5% y el 18% de los casos atendidos en el hogar (10), los resultados obtenidos en SOLCA Guayaquil demuestran que esta intervención es una herramienta consolidada y necesaria para el manejo de la refractariedad y sufrimiento en el domicilio. Esta frecuencia destaca la importancia de contar con equipos multidisciplinarios capacitados que puedan transferir la complejidad del manejo hospitalario al hogar del paciente, garantizando un fallecimiento digno y con síntomas controlados (6, 29).

La variabilidad de la sedación a nivel mundial se atribuye a las diferentes definiciones culturales de síntoma refractario, a la cosmovisión y a la disponibilidad de recurso humano, insumos médicos y medicamentos en los sistemas de salud de cada país. En el caso de esta investigación, la implementación de un programa domiciliario organizado y equipado ha permitido que la presencia síntomas incontrolables no sea un evento de crisis que obligue a la hospitalización, sino que la administración de SP sea un procedimiento planificado que respeta la voluntad del paciente y de su familia de permanecer en su entorno familiar (37). Al realizar una comparación de estos datos con estudios europeos, se observó que la sedación domiciliaria en nuestra región es aceptada en la mayoría de los casos, ganando terreno

como una alternativa éticamente superior a la obstinación terapéutica en el entorno hospitalario (25).

Este estudio, además, ha logrado un hallazgo clave: la identificación del dolor no controlado como el principal síntoma refractario que indujo al inicio de la sedación paliativa, seguido del delirium y la disnea. Este resultado es de interés, ya que, en muchos estudios internacionales, la disnea ocupa el primer lugar debido a la angustia respiratoria que genera en las fases finales sobre todo en el cáncer de pulmón o metástasis pulmonares (10, 24). No obstante, en la muestra analizada, el dolor persistente a pesar de dosis optimizadas de opioides fue la causa principal.

Este resultado presenta similitudes parciales con antecedentes nacionales previos, donde la disnea (55%) y el delirium (36%) predominaban en el ámbito hospitalario (17). La primacía del dolor en el entorno domiciliario sugiere desafíos específicos relacionados con el manejo farmacológico ambulatorio, como la dificultad de ajustar bombas de infusión complejas o una mayor percepción de sufrimiento físico por parte de los familiares y cuidadores (29,39). Como señala la literatura, la refractariedad no implica el fracaso del cuidado, sino la progresión natural de la enfermedad oncológica que supera los tratamientos convencionales (4). La respuesta efectiva ante estos síntomas mediante el uso de medicamentos sedantes como el Midazolam (55) confirma que la sedación paliativa es el último recurso ético y clínico para aliviar el sufrimiento extremo (5, 23).

En el caso del delirium, identificado como el segundo síntoma más frecuente, es primordial destacar que representa un mayor desafío diagnóstico y terapéutico en el hogar. Además, el delirium terminal puede asociarse con agitación psicomotriz, los cuales generan mayor preocupación y angustia en la familia, quienes a menudo interpretan estos movimientos o gesticulaciones como dolor (29). La intervención rápida y eficaz del equipo de cuidados paliativos para iniciar una sedación proporcional o profunda permite convertir

un escenario de confusión y caos en uno de alivio y calma, validando la eficacia de los protocolos de sedación continua (32, 47).

En cuanto a los factores clínicos, Barathi et al. y Frasca et al. señalan que existe predominio de pacientes con un compromiso clínico severo al momento de iniciar la sedación que se reserva estrictamente para la fase de agonía o situación de últimos días (21, 22). El uso de escalas como la de Menten (44) y la valoración funcional mediante ECOG (20), resultan fundamentales para evitar la obstinación terapéutica. En esta investigación, la mayoría de los pacientes presentaban un deterioro funcional evidente, lo que justifica ética y proporcionalmente la disminución del estado de conciencia para evitar el sufrimiento innecesario.

La modalidad de sedación más empleada fue la sedación profunda y continua, ya que esta brinda y asegura total confort en pacientes con un pronóstico de vida de pocas horas o días (32, 35). A diferencia de la sedación intermitente, que puede usarse en fases más tempranas para dar alivio temporal (31), la sedación continua en el paciente oncológico avanzado en SOLCA responde a la irreversibilidad de los síntomas presentados. De acuerdo a lo señalado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), cuando el síntoma es insoportable y el fallecimiento es inminente, está indicada la administración de SP (23).

Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y basado en la revisión de historias clínicas. Los datos dependen del registro clínico, por lo que la calidad y completitud de los mismos dependen de ello. Esto pudo haber introducido sesgos de información.

Otro obstáculo es la ausencia de datos sobre la duración de la sedación, la evolución de los síntomas antes y después de la intervención y el tiempo para el control del síntoma. Además, no se registró valoración con escalas

estandarizadas más allá del control dicotómico (adecuado/no adecuado), y la perspectiva de los cuidadores sobre la experiencia de la sedación.

Al ser un estudio de un solo centro, los resultados pueden no ser generalizables a otras poblaciones o programas de cuidados paliativos, los cuales son escasos en el Ecuador.

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió identificar las características clínicas y los factores asociados al uso de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en el programa domiciliario. Estos resultados obtenidos confirman que la sedación paliativa domiciliaria constituye un procedimiento poco frecuente, pero indispensable para un grupo de pacientes cuya patología oncológica compleja presenta síntomas refractarios y alto deterioro funcional.

En este contexto, la sedación paliativa debe considerarse como parte integral del abordaje al final de la vida, en caso de requerirlo. Está orientada a aliviar el sufrimiento, respetar a la dignidad del paciente y un adecuado tratamiento proporcional.

En referencia a las características demográficas y clínicas, a mediana de edad de los pacientes estudiados fue de 70 años, con amplio rango etario, lo que evidencia que la demanda de cuidados paliativos se concentra predominantemente en la población adulta mayor. Este hallazgo es congruente con la epidemiología del cáncer avanzado y con el incremento de la complejidad clínica asociado al envejecimiento, la multimorbilidad y la progresión de la enfermedad.

Los datos dieron como resultado el predominio del sexo femenino lo cual puede estar relación con la distribución de los tipos de neoplasia atendidos y con las características propias de la población adscrita al servicio. A pesar de ello, el elemento clínico más relevante fue la elevada proporción de pacientes con ECOG 4, lo que significa que representa una pérdida de funcionalidad casi completa. El ECOG es uno de los mejores indicadores de deterioro generalizado, dato adquiere especial importancia ya que nos indica cercanía al final de la vida, por lo que su presencia refuerza la pertinencia de una atención estrictamente paliativa.

En términos generales, el grupo de individuos analizados refleja una población clínicamente vulnerable, con enfermedad oncológica en fase muy avanzada y dependencia casi total para las actividades cotidianas. Esta información permite reconocer que el programa domiciliario atiende a pacientes con un elevado nivel de complejidad asistencial, en quienes el objetivo terapéutico va evolucionando conforme progresa la enfermedad y va desde el control oncológico hacia el alivio de síntomas y el acompañamiento integral del proceso de muerte.

En cuanto a la distribución de las neoplasias, se observó predominio de tumores gastrointestinales, cáncer de mama, neoplasias urológicas y ginecológicas. Este perfil se muestra consistente con la patología oncológica habitual en programas de atención paliativa y demuestra que el servicio domiciliario recibe principalmente pacientes con patologías de elevada prevalencia y pronóstico limitado.

Con esta información se determinó que la frecuencia evidencia que la sedación paliativa domiciliar es una intervención selectiva, reservada para una minoría de pacientes en quienes los síntomas alcanzan un grado de refractariedad que impide su control con las medidas convencionales. Esto confirma que la sedación no forma parte del manejo rutinario del paciente oncológico, sino que constituye una decisión terapéutica basada en criterios clínicos y éticos estrictos y aceptación por parte del paciente y/o su familia.

Este dato también sugiere que el programa domiciliario dispone de mecanismos de evaluación para detectar oportunamente a los pacientes que probablemente requieran sedación paliativa durante la evolución de su enfermedad, tomando acciones que eviten hospitalizaciones innecesarias y permitiendo mantener el cuidado en el hogar.

Los hallazgos de este estudio reafirman la relevancia de la sedación paliativa domiciliaria como una herramienta efectiva para el manejo de síntomas refractarios en pacientes con cáncer avanzado. La identificación del estado funcional ECOG 4 es un fuerte predictor de la necesidad de sedación, lo cual puede ayudar a los equipos de cuidados paliativos a identificar tempranamente a los pacientes en mayor riesgo y a planificar proactivamente esta intervención.

RECOMENDACIONES

1. Establecer un protocolo institucional para el manejo de los síntomas refractarios en cuidados paliativos domiciliarios, que contemple criterios clínicos, funcionales y de preferencias del paciente con el objetivo de optimizar la toma de decisiones y evitar intervenciones fútiles al final de la vida.
2. Fomentar la planificación anticipada de cuidados respetando los principios de autonomía, beneficencia y proporcionalidad y de esta forma elaborar un plan de manejo de acuerdo a las preferencias de cada paciente.
3. Diseñar estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y de varios centros hospitalarios, que permitan ampliar los hallazgos de esta investigación, así como explorar nuevas variables clínicas y terapéuticas con potencial valor pronóstico
4. Desarrollar investigaciones específicas que evalúen el uso de otros fármacos además del Midazolam, con el fin de generar evidencia local que respalde decisiones clínicas personalizadas en pacientes en situación de últimos días o de agonía.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos: Datos y Cifras. 2024
2. Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. el 22 de julio de 2020 [citado el 27 de enero de 2026];20(3):e1279–e1279.
3. Ferraz-Gonçalves JA, Flores A, Silva AA, Simões A, Pais C, Melo C, et al. Continuous Sedation in Palliative Care in Portugal: A Prospective Multicentric Study. J Palliat Care [Internet]. el 1 de enero de 2025 [citado el 27 de enero de 2026];40(1):72–8. Disponible en: [/doi/pdf/10.1177/08258597241256874?download=true](https://doi.org/10.1177/08258597241256874?download=true)
4. Santos D, Valle A, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. Rev Med Urug. 2009;25:78–83.
5. Delgado Rengifo AN, García Loo GY, Solórzano Buenaventura FJ. Sedación en cuidados paliativos. RECIAMUC [Internet]. 2024;8(1):913–26. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.913-926](http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.913-926)
6. Meesters, S., Bazata, J., Handtke, V., Gehrmann, J., Kurkowski, S., Klein, C., Bausewein, C., Schildmann, E., & SedPall Study Group. (2023). “It’s pretty much flying blind in the home care setting”: A qualitative study on the influence of home care specific circumstances on sedation in specialist palliative home care. *Palliative Medicine*, 37(1), 140–148. <https://doi.org/10.1177/02692163221128938>
7. Kurkowski, S., Heckel, M., Pfaller, L., Peters, J., Bazata, J., Schildmann, E., & Ostgathe, C. (2022). Correction: Possible age-related differences in healthcare professionals’ perspectives on younger and older patients’ autonomy and decision-making in the context of sedation in specialised palliative care: exploratory secondary qualitative content and linguistic conversation analysis of interviews

- with healthcare professionals. *BMC Palliative Care*, 21(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00990-9>
8. Souza LC, Cestari VR, Nogueira VP, Furtado MA, Oliveira IM, Moreira TM, et al. Analysis of the historical evolution of the concept of palliative care: a scoping review. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE01806.
 9. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado abril 29 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
 10. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, Van der Elst M, Radbruch L, Hasselaar J, Centeno C. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2021 Apr;61(4):831-844.e10. [https://doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022).
 11. Schrijvers D, Cherny NI, ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol* [Internet]. 2014;25 Suppl 3(suppl 3):iii138-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdu241>
 12. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Smith TJ. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update summary. *J Oncol Pract* [Internet]. 2017;13(2):119–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JOP.2016.017897>
 13. Gómez Sancho M, Altisent Trota R, Bátiz Cantera J, Casado Blanco M. Guía de Sedación Paliativa. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). 2021.
 14. Covarrubias A, Santillán H. Sedación Paliativa. *Revista Mexicana de Anestesiología*; 2019. 40(1): S8–S10.
 15. Surges, S. M., Brunsch, H., Jaspers, B., Apostolidis, K., Cardone, A., Centeno, C., Cherny, N., Csikós, À., Fainsinger, R., Garralda, E., Ling, J., Menten, J., Mercadante, S., Mosoiu, D., Payne, S., Preston, N., Van den Block, L., Hasselaar, J., & Radbruch, L. (2024). Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliative Medicine*, 38(2), 213–228. <https://doi.org/10.1177/02692163231220225>

16. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. 2020.
17. Castro M. Sedación paliativa en el manejo de síntomas refractarios al final de la vida: experiencia en hospitalización de cuidados paliativos Solca Guayaquil de enero del 2021 a diciembre del 2023. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2024.
18. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2024;74(3):229–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21834>
19. Hui D, Bansal S, Strasser F, Morita T, Caraceni A, Davis M, Cherny N, Kaasa S, Currow D, Abernethy A, Nekolaichuk C, Bruera E. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus. *Ann Oncol*. 2015 Sep;26(9):1953-1959. doi: 10.1093/annonc/mdv269.
20. Muhandiramge J, Orchard SG, Warner ET, van Londen GJ, Zalcborg JR. Functional decline in the cancer patient: A review. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2022;14(6):1368. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/cancers14061368>
21. Barathi B, Chandra PS. Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? - A Systematic Review. *Indian J Palliat Care*. 2013 Jan;19(1):40-7. doi: 10.4103/0973-1075.110236.
22. Frasca M, Jonveaux T, Lhuair Q, Bidegain-Sabas A, Chanteclair A, Francis-Oliviero F, Buruoa B. Sedation practices in palliative care services across France: a nationwide point-prevalence analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2024 Jan 8;13(e3):e1326-e1334. doi: 10.1136/spcare-2023-004261.
23. Cherny NI, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* [Internet]. 2009;23(7):581–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216309107024>

24. Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C, Agámez Insignares C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2021;26(1):3–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35509/01239015.702>
25. Locatelli M, Fasse L, Lacombe C, Flahault C. Deep continuous sedation until death and experience of relatives and healthcare providers: A systematic review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2025;69(6):e773–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2025.02.004>
26. Marulanda López JE, Pineda Hernández PJ, Ramos castañeda JA, González González DR, González Peña SP, Botero Baena SM, et al. Factores relacionados con sedación paliativa en adultos con enfermedades crónicas no oncológicas en cuidados paliativos. Rev Salud Bosque [Internet]. 2025;15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.4777>
27. Acedo Claro B, Rodríguez Martín C, Toledo R. Sedación paliativa. Revista Clínica de Medicina Familiar. 2021; 14(2): 93-7
28. Torres-Tenor JL, Villalba-Cuesta P, Bruera E, Vilches-Aguirre Y, Varela-Cerdeira M, Alonso-Babarro A. Frequency and predictors of palliative sedation among patients with cancer who died in a specialist inpatient palliative care unit: a retrospective study. BMC Palliat Care [Internet]. 2025;24(1):153. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-025-01787-2>
29. Timana C, editor. Sedación paliativa en paciente frágil en urgencias hospitalarias y domiciliarias. Vol. 8. Revista para Profesionales de la Salud; 2025. <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
30. 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 transversal descriptivo retrospectivo. Med Paliativa [Internet]. 2021; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2021.1274/2021>
31. Elizarrraz K, Vásquez V. Prevalencia de Sedación Paliativa en pacientes oncológicos en el Hospital General Regional 2 en el periodo

- 2019-2020. [Querétaro, México]: Universidad Autónoma de Querétaro; 2024. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/10919>
32. Tomczyk M, Dieudonné-Rahm N, Jox RJ. A qualitative study on continuous deep sedation until death as an alternative to assisted suicide in Switzerland. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021;20(1):67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-021-00761-y>
 33. Shionozaki M, Yamamoto R, Hamano J. Palliative sedation rate for noncancer terminally ill patients at home in Japan. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2025;24(1):158. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-025-01799-y>
 34. Ostgathe C, Bausewein C, Schildmann E, Bazata J, Handtke V, Heckel M, et al. Expert-approved best practice recommendations on the use of sedative drugs and intentional sedation in specialist palliative care (SedPall). *BMC Palliat Care* [Internet]. 2023;22(1):126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-023-01243-z>
 35. Gulikers JL, Hamers J, van der Zande M, Theunissen M, Schoenmaekers JJAO, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Retrospective evaluation of the use of continuous palliative sedation and continuous opioid infusion in hospitalized patients in end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2026;(10499091261439121):10499091261439121. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/10499091261439121>
 36. Tan F, Chen S, Huang L, Chen Y, Wu Y. Continuous palliative sedation in terminally ill patients with cancer: a retrospective observational cohort study from a Chinese palliative care unit. *BMJ Open* [Internet]. 2023;13(5):e071859. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071859>
 37. Leclaire C, Georges A, Harle L, Mercier S, Maire V, Czapiuk G, Roth M, Danis J, Malet V, Castro S, Pourchet S, Lissillour E, Zerbit J. National Scaling of Home Emergency Response Teams for Palliative Care Patients: Lessons From the Proof-of-Concept Model. *J Pain Symptom Manage*. 2026 Apr;71(4):536-546. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2025.12.023.

38. Armento G, Parisi A, Ravoni G, Spinelli G, Cofini V, Necozone S, et al. Palliative sedation at home: A medical act practicable everywhere. *Palliative Medicine in Practice*. 2022;16(2):86–92. doi:10.5603/PMPI.2022.0001.
39. Biswas J, Faruque M, Banik PC, Ahmad N, Mashreky SR (2022) Quality of life of the cancer patients receiving home-based palliative care in Dhaka city of Bangladesh. *PLoS ONE* 17(7): e0268578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268578>
40. Baylina Melé M, Villavicencio-Chávez C, Garzón Rodríguez C, Edogual M, Crespo I. Design and development of a new pictorial tool to facilitate communication around advance care planning. *Age Ageing*. 2024 Jul 2;53(7):afae148. doi: 10.1093/ageing/afae148. PMID: 39023235.
41. Alanazi MA, Shaban MM, Ramadan OME, Zaky ME, Mohammed HH, Amer FGM, Shaban M. Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nurs*. 2024 Jul 9;23(1):467. doi: 10.1186/s12912-024-02087-5. PMID: 38982459; PMCID: PMC11232160
42. Arce Gálvez L, Ramírez Abadía LA, Londoño Ossa IC. Sedación paliativa en el paciente pediátrico. *Med Paliativa* [Internet]. 2021; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2021.1275/2021>
43. Guité-Verret A, Boivin J, Hanna AMR, Downar J, Bush SH, Marcoux I, et al. Continuous palliative sedation until death: a qualitative study of palliative care clinicians' experiences. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2024;23(1):104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-024-01426-2>
44. Bonilla P. Terapia de sedación paliativa. ¿Cuándo y cómo? Vol. 28. *Revista Venezolana de Oncología*; 2016.
45. Imai K, Morita T, Yokomichi N, Kawaguchi T, Kohara H, Yamaguchi T, Kikuchi A, Odagiri T, Watanabe YS, Kamura R, Maeda I, Kawashima N, Ito S, Baba M, Matsuda Y, Oya K, Kaneishi K, Hiratsuka Y, Naito AS, Mori M. Efficacy of Proportional Sedation and Deep Sedation Defined by Sedation Protocols: A Multicenter, Prospective, Observational

- Comparative Study. *J Pain Symptom Manage*. 2021 Dec;62(6):1165-1174. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.06.005.
46. Buchhold, B., Jülich, A., Glöckner, F., Neumann, T., Schneidewind, L., Schmidt, C.-A., Heidel, F. H., & Krüger, W. H. (2024). Comparison of inpatient and outpatient palliative sedation practice - A prospective observational study. *Palliative & Supportive Care*, 22(4), 637–643. <https://doi.org/10.1017/S1478951522001523>
 47. Hedman C, Rosso A, Häggström O, Nordén C, Fürst CJ, Schelin MEC. Sedation in specialized palliative care: A cross-sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(7):e0270483. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0270483>
 48. Beauverd M, Mazzoli M, Pralong J, Tomczyk M, Eychmüller S, Gaertner J. Palliative sedation - revised recommendations. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2024;154(2):3590. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.57187/s.3590>
 49. Deol HS, Surani SR, Udeani G. Inter-rater Reliability of the Ramsay Sedation Scale for Critically-ill Intubated Patients. *Cureus*. 2019 Oct 29;11(10):e6021. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.6021>.
 50. Imai K, Morita T, Yokomichi N, Mori M, Naito AS, Yamauchi T, et al. Association of the RASS score with intensity of symptoms, discomfort, and communication capacity in terminally ill cancer patients receiving palliative sedation: Is RASS an appropriate outcome measure? *Palliat Med Rep* [Internet]. 2022;3(1):47–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/pmr.2021.0087>
 51. Klein C, Voss R, Ostgathe C, Schildmann JA; SEDPALL study group. Sedation in Palliative Care—a Clinically Oriented Overview of Guidelines and Treatment Recommendations. *Dtsch Arztebl Int*. 2023 Apr 7;120(14):235-242. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0034.
 52. Crawford GB, Dzierżanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open* [Internet]. 2021;6(4):100225. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>

53. Prommer E. Midazolam: an essential palliative care drug. *Palliat Care Soc Pract* [Internet]. 2020;14(2632352419895527). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2632352419895527>
54. Reyes-Rueda M, Moreno-Quijano C, Carmargo-Cárdenas FJ. Fin de vida y sedación paliativa: Una revisión narrativa. *Rev Chil Anest* [Internet]. 2025;54(2):166–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25237/revchilanestv54n2-10>
55. Prieto Morales CN, Pedroza Solarte NA, Gómez Ríos E, et al. Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo. *Scientific & Education Medical Journal* [Internet]. 2021 [Citado 4 Feb 2026]. 3:2021.
56. Tan F, Li N, Wu Y, Zhang C. Palliative sedation determinants: systematic review and meta-analysis in palliative medicine. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2024;13(e3):e664–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/spcare-2022-004085>
57. Bäcklund, L., Widegren, M. & Rejnö, Å. Family members' experiences of palliative sedation -a systematic integrative review. *BMC Palliat Care* **25**, 56 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12904-026-02025-z>
58. Grüne B, Meesters S, Bausewein C, Schildmann E. Challenges and strategies regarding sedation at the end of life in hospitals and nursing homes. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2022;63(4):530–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.012>
59. Lin Y, Zhou Y, Chen C, Yan C, Gu J. Application of Kolcaba's Comfort Theory in healthcare promoting adults' comfort: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2024;14(10):e077810. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077810>

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ASCO: Sociedad Americana de Oncología Clínica

DE: Desviación estándar

EAPC: Asociación Europea de Cuidados Paliativos

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

ESMO: Sociedad Europea de Oncología Médica

IC: Intervalo de Confianza

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds Ratio

PAC: Planificación Anticipada de Cuidados

RASS: Richmond Agitation Sedation Scale

RIC: Rango Intercuartílico

SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

SP: Sedación Paliativa

SPD: Sedación Paliativa Domiciliaria

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

STATA: Statistics/data



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Gómez Panta Gabriela Mishelle**, con C.C: # **0914347166** autor/a del trabajo de titulación: **Sedación paliativa en síntomas refractarios de pacientes con cáncer avanzado atendidos en programa domiciliario SOLCA Guayaquil** previo a la obtención del título de **especialista en Cuidados Paliativos** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de Julio de 2026

f. _____

Nombre: **Gómez Panta Gabriela Mishelle**

C.C: **0914347166**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Sedación paliativa en síntomas refractarios de pacientes con cáncer avanzado atendidos en programa domiciliario SOLCA Guayaquil		
AUTOR(ES)	Gómez Panta Gabriela Mishelle		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Estrella Lima Adriana Elizabeth		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Subsistema de Posgrado/Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Cuidados Paliativos		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Cuidados Paliativos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de Julio de 2026	No. DE PÁGINAS:	46
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, Medicina, Cuidados Paliativos		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Sedación paliativa, Enfermedad oncológica avanzada, Cuidados paliativos domiciliarios, Síntomas refractarios, Escala de Ramsay, Domiciliario. Palliative sedation, Advanced oncological disease, Home palliative care, Refractory symptoms, Ramsay Scale, Home-based.		

RESUMEN: La enfermedad oncológica avanzada se caracteriza por aumento de síntomas físicos y psicológicos, que pueden convertirse en refractarios. La sedación paliativa (SP) surge como el último recurso terapéutico para garantizar el confort del paciente. Este estudio tiene como objetivo identificar las características clínicas y los factores asociados al uso de sedación paliativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada atendidos en el programa domiciliario de cuidados paliativos de SOLCA Guayaquil durante el periodo 2024–2025. La mediana de edad fue de 70 años, con predominio del sexo femenino y de cáncer gastrointestinal. La frecuencia de necesidad de SP fue del 7.6%. El deterioro funcional (ECOG 3-4) se asoció a un mayor requerimiento de SP (OR: 16.9). Se utilizó Midazolam en el 95.8%, con una mediana de 15mg, con un Ramsay de 5-6 en el 61.2%. Estos hallazgos reafirman la relevancia de la sedación paliativa domiciliaria como una herramienta efectiva para el manejo de síntomas refractarios en pacientes con cáncer avanzado.

ABSTRACT: Advanced oncological disease is characterized by an increase in physical and psychological symptoms, which may become refractory. Palliative sedation (PS) emerges as the final therapeutic resource to ensure patient comfort. This study aims to identify the clinical characteristics and factors associated with the use of palliative sedation in patients with advanced oncological disease treated in the home-based palliative care program of SOLCA Guayaquil during the 2024–2025 period. The median age was 70 years, with a predominance of the female sex and gastrointestinal cancer. The frequency of the need for PS was 7.6%. Functional impairment (ECOG 3-4) was associated with a higher requirement for PS (OR: 16.9). Midazolam was used in 95.8% of cases, with a median dose of 15 mg, achieving a Ramsay score of 5-6 in 61.2% of the patients. These findings reaffirm the relevance of home-based palliative sedation as an effective tool for managing refractory symptoms in patients with advanced cancer.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-996575615	E-mail: gabriela.gomez@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Vallejo Martínez Mariana Concepción	
	Teléfono: +593- 998089192	
	E-mail: mariana.vallejo@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	