



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i19.0927>

NUTRICIÓN CLÍNICA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN EMERGENCIAS MÉDICAS

CLINICAL NUTRITION AND PALLIATIVE CARE IN MEDICAL EMERGENCIES

Flores-Avellan Domenika Giuliana ¹; Chiriboga-Mendoza Mercedes ²;
Chavarría-Cedeño Dolores Isabel ³; Muñoz-Bowen Karla Jazmín ⁴

¹ Universidad San Gregorio de Portoviejo. Portoviejo, Ecuador.
Correo: d.flores@sangregorio.edu.ec

² Ministerio de Salud Pública. Manta, Ecuador.
Correo: mercedes.chiribogam@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1240-3099>.

³ Docente de la Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.
Correo: dolores.chavarria@utm.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5946-7914>.

⁴ Ministerio de Salud Pública. El Carmen, Ecuador.
Correo: jkarlamunozbowen@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2492-3769>.

Resumen

La atención médica de urgencias presenta escenarios clínicos de alta complejidad, donde la toma de decisiones debe ser rápida, adecuada y centrada en la dignidad de la persona atendida. En este sentido, la nutrición clínica y los cuidados paliativos constituyen dos componentes asistenciales que suelen ser considerados de forma aislada aunque confluyan, precisamente, en pacientes adultos mayores, oncológicos, críticos, crónicos avanzados o con enfermedades limitantes de la vida. El objetivo del presente artículo fue analizar, a partir de una revisión de la literatura actual, la relación existente entre nutrición clínica, cuidados paliativos y atención en urgencias, considerando el cribado nutricional, la hidratación, la nutrición asistida, el control de los síntomas o el establecimiento de objetivos terapéuticos. Se revisaron artículos científicos publicados entre 2021 y 2025, priorizando guías clínicas, revisiones sistemáticas, estudios cualitativos, revisiones de alcance y ensayos clínicos vinculados al tema. La evidencia muestra cómo la malnutrición o la deshidratación son condiciones prevalentes y subdiagnosticadas en el tipo de pacientes que van a urgencias, pero asistencialmente la nutrición clínica se limita a la realización de cribados nutricionales y, rara vez, a la implementación de planes de intervención y seguimiento nutricional. A su vez, los cuidados paliativos que se inician desde urgencias permiten la identificación de las necesidades de confort, de comunicación o de adecuación terapéutica, aunque la puesta en práctica de los mismos también presenta barreras relacionadas con el tiempo de la atención, la formación y la coordinación. Se extrae la conclusión que la integración de protocolos nutricionales y de cuidados paliativos en urgencias potencia la coherencia de la respuesta asistencial, evita conversaciones desproporcionadas y orienta a tomar decisiones de forma individualizada conforme al pronóstico, a la funcionalidad o a los valores de la persona atendida.

Palabras claves: nutrición clínica; cuidados paliativos; emergencia médica; malnutrición; hidratación; final de vida.

Abstract

Medical emergency care involves highly complex clinical scenarios in which decisions must be rapid, proportionate, and centered on patient dignity. Within this context, clinical nutrition and palliative care are two care components that are often addressed separately, even though they converge in older adults, oncology patients, critically ill patients, and people with advanced chronic or life-limiting diseases. The aim of this article was to analyze, through a recent literature review, the relationship between clinical nutrition, palliative care, and emergency care, considering nutritional screening, hydration, clinically assisted nutrition, symptom control, and

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 17 de abril de 2026.

Fecha de aceptación: 22 de junio de 2026.

Fecha de publicación: 10 de julio de 2026.



therapeutic goal planning. Scientific articles published between 2021 and 2025 were reviewed, prioritizing clinical guidelines, reviews, qualitative studies, scoping reviews, and clinical trials related to the topic. The evidence shows that malnutrition and dehydration are prevalent and underdiagnosed conditions among vulnerable patients attending emergency departments; however, nutrition care is frequently limited to screening and is rarely connected to intervention and follow-up plans. Likewise, palliative care initiated in emergency settings supports the recognition of comfort needs, communication, and treatment proportionality, although barriers related to time, training, and coordination remain. It is concluded that integrating nutritional and palliative protocols into emergency care improves clinical coherence, prevents disproportionate interventions, and guides individualized decisions according to prognosis, functional status, and patient values.

Keywords: clinical nutrition; palliative care; emergency medicine; malnutrition; hydration; end-of-life care.

1. Introducción

Los Servicios de Urgencias suelen representar un punto crítico de contacto entre el paciente, la familia y el sistema sanitario, ya que suelen atender a condiciones médicas agudas a causa de la descompensación de enfermedades crónicas (descompensación de enfermedades crónicas, complicaciones oncológicas, infecciones, dolor, disnea, pérdida funcional, deshidratación y final de la vida). En un escenario tan complejo como el de los Servicios de Urgencias -en el que la emergencia siempre ha puesto una especial énfasis en la estabilización, el diagnóstico y el destino del paciente-, esas no sólo las condiciones que nos enseñaron en la escuela de medicina las que deben tenerse en consideración. Hay dimensiones muy difíciles de visibilizar en los

triajes, como el estado nutricional, la fragilidad, la carga sintomática y la necesidad de adaptar los tratamientos a metas adecuadas en el contexto de los cuidados necesarios.

La nutrición clínica tiene un impacto directo en la emergencia, ya que una malnutrición severa, una pérdida de masa muscular, una ingesta baja, la disfagia, los vómitos, la diarrea, la anorexia, la caquexia y la deshidratación cambian el pronóstico y alteran la respuesta ante la terapia. En los adultos mayores y en enfermos de neoplasia en estadio avanzado, las alteraciones en la nutrición pueden asociarse con la presencia de un deterioro funcional, con un mayor riesgo de reingreso (readmisiones) a servicios de urgencias, con un menor nivel de calidad de vida y con un mayor riesgo de complicaciones.



Pese a esto, las revisiones de la atención nutricional en urgencias han evidenciado que esta atención suele reducirse a la acción de cribado y/o tamizaje y esta acción se da en raras ocasiones como parte de un plan de intervención clínica, ya sea de intervención, derivación o continuidad de los cuidados (Sarier et al. 2024).

Los cuidados paliativos, a su vez, no se limitan a la etapa terminal, son un enfoque de atención centrado en el alivio del sufrimiento, el control de síntomas, la toma de decisiones compartidas, el respeto de los valores del paciente y la restricción de intervenciones desproporcionadas cuando el beneficio clínico es incierto o escaso. En la unidad de cuidados críticos, este abordaje es especialmente necesario puesto que muchos de los pacientes que tienen enfermedad en fase crítica llegan a la unidad en una situación de crisis, sin documentación de voluntad anticipada alguna, sin comunicación previa de los objetivos terapéuticos o con las familias obligadas a decidir a partir de situaciones de presión emocional (Chang et al., 2022; Loffredo et al., 2021).

La relación entre la nutrición clínica y los cuidados paliativos es particularmente sensible. La alimentación y la hidratación tienen un significado biológico, emocional, familiar, cultural y ético. La nutrición clínica puede ser adecuada en pacientes seleccionados, pero puede volverse una intervención invasiva e fútil, o bien opuesta a los objetivos de confort en fases avanzadas. Por este motivo, la literatura insiste en la evaluación de forma individualizada de la indicación, la posibilidad de beneficio, el riesgo, el pronóstico, la funcionalidad, la vía de administración, la tolerancia y el cumplimiento de los objetivos de cuidado (Alderman et al., 2022; Cotogni et al., 2021).

Los autores del presente artículo de revisión han revisado la evidencia científica publicada entre 2021 y 2025 sobre la nutrición clínica, los cuidados paliativos y las emergencias médicas. El número total seleccionado fue de diez referencias recientes, de las que se encontrarían guías ESPEN, orientaciones MASCC, revisiones narrativas, revisiones de alcance, estudios cualitativos, estudios de

factibilidad y ensayos clínicos. El motivo de la selección es poder sintetizar los criterios técnicos para poder entender cómo estas variables se articulan en la atención a pacientes vulnerables, en especial adultos mayores, pacientes oncológicos, personas con enfermedad avanzada y pacientes con necesidades de confort y adecuación terapéutica.

2. Nutrición clínica en emergencias médicas

La nutrición clínica en emergencias debe interpretarse como un proceso de valoración, decisión y práctica. El asunto no es meramente saber si el paciente ha comido o no, sino ser capaz de detectar signos de riesgo nutricional, pérdida de peso no intencionada, muy baja ingesta oral, alteraciones en la deglución, enfermedades que aumentan el catabolismo y condiciones que provocan una mayor afectación de la absorción o utilización de los nutrientes. En los pacientes en tratamiento oncológico, geriátricos o con enfermedades crónicas avanzadas el estado nutricional condicionará el grado de tolerancia a

tratamientos, la recuperación funcional y permitir el alta.

Las guías ESPEN sobre nutrición clínica en el cáncer hacen hincapié en la necesidad de detectar de forma precoz las alteraciones del estado nutricional y en los síntomas que afectan la ingesta como la anorexia, náuseas, vómitos, mucositis, odinofagia, alteraciones del gusto, obstrucción intestinal o disfagia (Muscaritoli et al., 2021). El tema se densifica en el contexto de la urgencia, sobre todo porque el paciente puede ser admitido por una complicación aguda, pero la homogeneidad del problema de fondo puede ser una trayectoria de pérdida del estado nutricional. La evaluación inicial debe incluir peso actual y previo, BMI, ingesta reciente, hidratación, funcionalidad, enfermedad de base, inflamación sistémica y síntomas reversibles que limiten la ingesta.

Entre la población de ancianos, existen problemas frecuentes de malnutrición y deshidratación. Esto puede aparecer como debilidad, caídas, delirium, infecciones, hipotensión, deterioro renal o reingresos. Volkert et al. (2022) subrayan que la atención geriátrica



debe incluir nutrición e hidratación como parte del tratamiento clínico, no como complemento. Esto implica que el servicio de urgencias debe tener criterios para la identificación de pacientes en riesgo nutricional, priorizar medidas simples e ir a nutrición clínica con esos pacientes que no pueden cubrir los requerimientos orales o que requieren soporte especializado.

La revisión de Sarier et al.(2024) aporta un relevante hallazgo: aunque existan herramientas de cribado nutricional en las situaciones de emergencia, la mayoría de estudios individualmente informan de cribado, pero no de una intervención dietética posterior y claramente expresada. Esta situación es importante porque detectar el riesgo y no activar una ruta de intervención favorece el escaso valor clínico del cribado. La emergencia, aunque no siempre puede resolver integralmente la malnutrición, puede iniciar un trayecto de cuidado con la administración de suplementos orales, una hidratación adecuada, unas instrucciones de alimentación segura, la derivación a dietética, la comunicación con atención primaria

o la coordinación con los servicios comunitarios.

El estudio de Nielsen et al. (2025) proporciona una evidencia reciente de la viabilidad de atender la nutrición y la hidratación desde la emergencia. En este estudio, adultos mayores con riesgo nutricional o con deshidratación recibieron en la emergencia asesoramiento dietético y seguimiento posterior; la intervención mostró viabilidad en lo que se refiere a criterios de elegibilidad, reclutamiento y retención, así como mejoras en la ingesta de energía, proteína y fluido. Aunque se publique en un estudio de viabilidad, los resultados respaldan la necesidad de avanzar desde un modelo de diagnóstico agudo a un modelo de continuidad nutricional.

Desde el punto de vista clínico, el soporte nutricional es individualizable. El soporte por vía oral es preferible siempre que sea seguro y suficiente; los suplementos orales pueden utilizarse cuando la ingesta habitual es escasa; la nutrición enteral se considera para aquellos casos en los cuales el tracto gastrointestinal es funcional pero la ingesta oral no cubre los requerimientos; y la nutrición

parenteral se justifica para aquellos casos en los que la vía enteral resulte en la que la vía parenteral no es segura o suficiente. En la emergencia, la decisión inicial no debe precipitar los procedimientos invasivos sin una evaluación del pronóstico, los objetivos de la terapia, el riesgo de complicaciones y la posibilidad del seguimiento. Por lo tanto, la nutrición clínica en la emergencia se debe orientar por el principio de proporcionalidad terapéutica.

3. Cuidados paliativos en el contexto de la emergencia

Los cuidados paliativos en atención de emergencia deben tener como finalidad principal y la de su desarrollo en la urgencia la rápida y ágil identificación de la necesidad de aliviar el sufrimiento y la adecuación del tratamiento en pacientes con enfermedades persistentes, graves o que limitan la vida; la introducción de los cuidados paliativos en la urgencia no significa abandonar las medidas diagnósticas o terapéuticas que serán útiles, si no ajustar la intensidad de la asistencia a la condición clínica, pronóstico y valores del paciente. Desde este

punto de vista, la asistencia paliativa puede coexistir con tratamientos de estabilización, antibióticos, oxígeno, analgésicos, hidratación, procedimientos y decisiones de entrada, siempre que exista un beneficio lógico y que sea coherente con los objetivos de cuidado.

Para Loffredo et al. (2021), la urgencia debería desarrollar competencias de cuidados paliativos primarios, es decir, de habilidades básicas que sean ejercidas por el personal de urgencias, pero no algo ofrecido solo por los especialistas. Estas habilidades abarcan el reconocimiento de pacientes con necesidades paliativas, el control de síntomas, la comunicación de malas noticias, la clarificación de objetivos, la revisión de las voluntades anticipadas, la identificación de los cuidadores, la derivación oportunamente y la planificación del destino asistencial. Este enfoque es necesario debido a que se producen muchas decisiones difíciles para el paciente antes de que el equipo especializado pueda tomar el relevo.

La atención paliativa en el contexto de la emergencia está justificada por la gran cantidad de pacientes que se



presentan en los meses finales de su vida o con crisis sintomáticas de enfermedades avanzadas. Chang et al. (2022) constatan que la pronta identificación de las necesidades paliativas y el inicio de cuidados de confort pueden mejorar la calidad de vida del paciente y cambiar la trayectoria de la asistencia. Sin embargo, también son conscientes de la existencia de las barreras que persisten: carencia de formación en residencias de medicina de urgencias o emergencias, presión asistencial sobre los profesionales, escaso tiempo a disposición, dificultad para revisar la historia clínica e inexistencia de una relación previa con el paciente y la familia. Desde el la óptica de los profesionales, de forma similar Sausman et al. (2023) ilustran cómo la emergencia se convierte en el cauce habitual de llegada cuando fallan los apoyos comunitarios o cuando los síntomas no pueden ser manejados en el domicilio. Los profesionales también sienten que algunas admisiones pueden ser evitadas mediante una mejor coordinación de la atención, anticipación a los síntomas y la disponibilidad de servicios de medicina paliativa fuera del hospital.

Esto pone de manifiesto que la emergencia no puede actuar de forma aislada; se necesita la interdependencia con medicina paliativa, atención primaria, atención domiciliaria y redes comunitarias. La evidencia más reciente también llama a ser leída de manera crítica. Grudzen et al. (2025) evaluaron una intervención multicomponente de cuidados paliativos empezada en la emergencia que se implementó en adultos mayores con enfermedades graves y limitantes para la vida. Aunque el estudio incluyó educación, simulación, apoyo a la decisión clínica y retroalimentación, no encontró un efecto significativo sobre la admisión hospitalaria, el uso posterior de los servicios o la supervivencia a corto plazo. Sin embargo, por el contrario, eso no anula el enfoque paliativo, sino que sugiere que la capacitación por sí sola puede no ser suficiente para el abordaje de esta temática, en caso que una capacitación no venga acompañada de disponibilidad de los equipos, itinerarios de derivación, alternativas del cuidado en domicilio, integración con la historia clínica y mecanismos de seguimiento.

4. Integración de nutrición clínica y cuidados paliativos en pacientes atendidos en emergencia

Los cuidados paliativos en sinergia con la nutrición clínica son necesarios porque muchas decisiones nutricionales en urgencias o emergencias no son meramente técnicas. Así, en el momento de indicar hidratación intravenosa, nutrición enteral, nutrición parenteral, sonda de alimentación o detener una intervención nutricional hay que considerar, no solo los parámetros fisiológicos, sino que hay que tener en cuenta el sufrimiento, el pronóstico, la funcionalidad, el estado cognitivo y la expectativa de recuperación, los riesgos del procedimiento y las preferencias del paciente. De hecho, la alimentación es un símbolo de cuidado para las familias y las decisiones nutricionales mal comunicadas pueden conducir a conflictos, culpabilidad o percepción de desatención.

Cotogni et al. (2021) sostienen que el soporte nutricional en pacientes oncológicos paliativos puede resultar beneficioso si se inscribe en una

atención integral temprano, fundamentalmente si hay problemas de nutrientes que son potencialmente reversibles y si existe aún una expectativa funcional y terapéutica. Por otro lado, la misma forma de nutricional asistida clínicamente en sí puede no ser indicativa de cuando se va a inicio de fase terminal, la carga inflamatoria, la carga catabólica no permite revertir la caquexia, la intervención produce más molestias o la opción principal será el confort. Por ello, no puede ser el criterio de partir de alimentar a toda costa, sino de buscar la forma de qué tipo de nutrición alimenta en bienestar. La guía MASCC sobre nutrición asistida clínicamente en cáncer avanzado incluye la propuesta para realizar una evaluación regular, así como una conversación y una decisión compartida entre los profesionales, el paciente y la familia (Alderman et al., 2022). Se entiende así que sus criterios son aplicables a la urgencia, ya que muchas de las consultas vienen cuando la ingesta ha caído de forma repentina o cuando la familia solicita una intervención invasiva. La literatura aconseja la nutrición asistida en el paciente con incapacidad para ingerir o absorber



nutrientes, si hay riesgo de muerte por malnutrición, el pronóstico permite su uso. En cambio, la nutrición asistida no ha de ser indicada ante la caquexia avanzada irreversible ni como respuesta automática a la reducción natural de ingesta en los últimos días de vida. El equipo de cuidados paliativos debe distinguir entre hambre, sed, sequedad oral, delirium, náuseas, disnea, obstrucción, disfagia y anorexia terminal. La sequedad oral puede atenderse con higiene oral, humidificadores, pequeñas cantidades de líquidos o cuidados de confort. La disminución de ingesta de fase final puede formar parte del proceso de morir y no representar necesariamente sufrimiento por hambre. Hay que comunicar a los familiares con delicadeza estas explicaciones etológicas para evitar frases que puedan sugerir abandono e introducirlas por planes confort para el enfermo y para la familia, bien expresados. En términos éticos, la intervención nutricional necesita atenerse a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La nutrición asistida es un tratamiento médico, por lo que hay que indicar, consentir, establecer objetivos y reevaluar.

Cuando se inicia un tratamiento que se califica de nutrición asistida, conviene anticipar criterios de continuidad o de retirada, por ejemplo, mejoría de la ingesta, tolerancia, alivio sintomático, recuperación funcional, posibilidad de trasladar a un entorno de cuidado. Si los objetivos no son cumplidos, retirar una medida asistencial en el marco de un escenario de paliación no supone abandonar al enfermo, sino redirigir el cuidado hacia el confort, la dignidad, y el acompañamiento.

5. Conclusiones

La literatura más cuidada afirma que la nutrición clínica es una parte fundamental de la asistencia que se da en el contexto de las emergencias médicas, pero que cohortes de pacientes son especialmente vulnerables, como la población de edad avanzada, la población oncológica y el grupo de personas con enfermedad avanzada.

Así, por ejemplo, el impacto de la malnutrición y de la deshidratación en la evolución clínica, el deterioro funcional, la calidad de vida y los reingresos es considerable, pero la

abordar la cuestión de la malnutrición en emergencia es insuficiente si la simple anamnesis no se complementa con un procedimiento adecuado de intervención o derivación, si no se acompaña de una intervención, de una derivación, o del seguimiento de la intervención.

Los cuidados paliativos en emergencia permiten una manifestación prepósteros de la aparición del sufrimiento, la búsqueda de necesidades de confort o de reflexiones de decisiones terapéuticas complejas. La indicación de los cuidados paliativos no supone la paralización de los tratamientos activos, sino la búsqueda de tratamientos que se adecuen a las condiciones del pronóstico, a los objetivos del paciente y a la proporcionalidad de la clínica. Las más importantes barreras se encuentran relacionadas con la presión asistencial, con la falta de formación y de disponibilidad, y el escaso desarrollo de la colaboración con los equipos comunitarios.

El cruce entre la nutrición clínica y los cuidados paliativos es impensable cuando se habla de alimentación, de hidratación, y de

nutrición asistida en pacientes con enfermedad grave o terminal. En cualquier caso, la decisión debe ser individualizada y debe estar fundamentada sobre una exploración de beneficios esperados, de riesgos, de tolerancia, de funcionalidad y de valores del paciente. La nutrición asistida puede ser útil en situaciones seleccionadas, pero no se debe aplicar de forma mecánica en la caquexia irreversible, en la agonía o en el caso que la carga del procedimiento sea mayor que el beneficio.

El servicio de emergencias debe evolucionar hacia la creación de las rutinas clínicas que deben integrar la práctica del cribado nutricional, la evaluación paliativa básica, la comunicación con la familia, la definición de objetivos de cuidado y la continuidad después del ingreso o del alta. Este modelo favorece la intervención de decisiones más humanas, evita intervenciones desproporcionadas, reduce conflictos y mejora la calidad de la asistencia en la población vulnerable.



Bibliografía

- Alderman, B., Allan, L., Amano, K., Bouleuc, C., Davis, M., Lister-Flynn, S., Mukhopadhyay, S., y Davies, A. N. (2022). Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the use of clinically assisted nutrition in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30, 2983–2992. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06613-y>
- Chang, A., Espinosa, J., Lucerna, A., y Parikh, N. (2022). Palliative and end-of-life care in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 9(3), 253–256. <https://doi.org/10.15441/ceem.22.341>
- Cotogni, P., Stragliotto, S., Ossola, M., Collo, A., Riso, S., y Intersociety Italian Working Group for Nutritional Support in Cancer. (2021). The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. *Nutrients*, 13(2), 306. <https://doi.org/10.3390/nu13020306>
- Grudzen, C. R., Siman, N., Cuthel, A. M., Adeyemi, O., Liddicoat Yamarik, R., Goldfeld, K. S., y PRIM-ER Investigators. (2025). Palliative care initiated in the emergency department: A cluster randomized clinical trial. *JAMA*, 333(7), 599–608. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.23696>
- Loffredo, A. J., Chan, G. K., Wang, D. H., Goett, R., Isaacs, E. D., Pearl, R., Rosenberg, M., Aberger, K., y Lamba, S. (2021). United States best practice guidelines for primary palliative care in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 78(5), 658–669. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.05.021>
- Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T. S., Strasser, F., de van der Schueren, M., Preiser, J.-C., y Bischoff, S. C. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*, 40(5), 2898–2913. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
- Nielsen, M. K., Pedersen, E. D. M., Knudsen, A. W., Munk, T., y Beck, A. M. (2025). Addressing nutritional risk and dehydration in vulnerable older adults in the emergency department: A single-arm feasibility study on detection,

- treatment, and follow-up. *Clinical Nutrition ESPEN*, 69, 468–476.
<https://doi.org/10.1016/j.clnes>
p.2025.07.1125
- Sarier, C., Conneely, M., Bowers, S., Dore, L., Galvin, R., y Griffin, A. (2024). What is the level of nutrition care provided to older adults attending emergency departments? A scoping review. *BMC Geriatrics*, 24, 921.
<https://doi.org/10.1186/s12877-024-05478-0>
- Sausman, J., Arif, A., Young, A., MacArtney, J., Bailey, C., Rajani, J., y Burt, R. (2023). Healthcare professionals' perspectives of the management of people with palliative care needs in the emergency department of a UK hospital. *BMC Palliative Care*, 22, 129.
<https://doi.org/10.1186/s12904-023-01248-8>
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., y Bischoff, S. C. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 41(4), 958–989.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024>