

Management of physical and psychological symptoms in adult non-oncology patients in home care in Palliative Care

Manejo de síntomas físicos y psicológicos en pacientes adultos no oncológicos en atención domiciliaria en Cuidados Paliativos

Autores:

Aguilar-Calva, Jeniffer Maricela
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR
Maestrante en cuidados paliativos
Quito - Ecuador



jeniaguilar@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0006-6190-5972>

Pazmiño-Realpe, Fabricio Gustavo
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Especialista en Cuidados Paliativos
Docente Tutor del área de Cuidados Paliativos
Guayaquil-Ecuador



fabriciopazmino55@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0007-9169-1909>

Fechas de recepción: 09-ABR-2025 aceptación: 09-MAY-2025 publicación: 30-JUN-2025



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>

<http://mqrinvestigar.com/>



Resumen

El manejo adecuado de la enfermedad oncológica en su etapa terminal es, sin duda, uno de los grandes desafíos que enfrentan los profesionales de la salud. A pesar de las investigaciones realizadas en la población oncológica, la complejidad de la enfermedad, junto con la resistencia a los tratamientos y la influencia de factores no clínicos en los síntomas, generan controversias sobre cómo aliviar el sufrimiento de los pacientes en sus últimos días. El objetivo del artículo es describir las estrategias terapéuticas que se utilizan para controlar los síntomas en la etapa final de la vida de los pacientes oncológicos. Se llevó a cabo una revisión sistemática, basada en una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos; entre 2017 a 2024. Se incluyeron un total de 8 artículos en la revisión, de los cuales 6 son estudios observacionales retrospectivos, 3 estudios de cohortes, 2 observacionales prospectivos, un estudio cualitativo y un ensayo clínico aleatorizado. Conclusiones: Los opioides y la sedación paliativa han demostrado ser las estrategias más efectivas para reducir la intensidad de los síntomas y el sufrimiento al final de la vida. Se observó una relación estrecha entre la edad de los pacientes y las dosis y vías de administración de opioides, así como con la probabilidad de sedación. Sin embargo, no se encontró ninguna relación entre el uso de opioides o sedación paliativa y la supervivencia al final de la vida de los pacientes oncológicos.

Palabras clave: Paciente oncológico; final de vida; cuidados paliativos; control de síntomas

Abstract

The proper management of terminal cancer is undoubtedly one of the greatest challenges facing healthcare professionals. Despite extensive research in the oncology population, the complexity of the disease, coupled with treatment resistance and the influence of nonclinical factors on symptoms, generates controversy regarding how to alleviate the suffering of patients in their final days. The objective of this article is to describe the therapeutic strategies used to control symptoms in the final stages of life of cancer patients. A systematic review was conducted based on a bibliographic search of major databases from 2017 to 2024. A total of 8 articles were included in the review, of which 6 are retrospective observational studies, 3 cohort studies, 2 prospective observational studies, 1 qualitative study, and 1 randomized clinical trial. Conclusions: Opioids and palliative sedation have proven to be the most effective strategies for reducing symptom intensity and suffering at the end of life. A close relationship was observed between patient age and opioid dose and route of administration, as well as the likelihood of sedation. However, no relationship was found between the use of opioids or palliative sedation and end-of-life survival in cancer patients.

Keywords: Cancer patient; end of life; palliative care; symptom control

Introducción

Las patologías no transmisibles y el envejecimiento representan dos áreas de gran potencial para los cuidados paliativos, ya que su concomitancia tiende a impactar a los adultos de edad avanzada (Castañeda et al., 2015). La población envejecida puede clasificarse en diversas categorías, en función de su condición física y mental: envejecimiento sano, pluripatológico, frágil, con demencia o en estado terminal. Según Allende et al., (2013) definitivamente, los cuidados paliativos proporcionan la gestión de los síntomas físicos, incluyendo el dolor y los síntomas psicológicos, sociales y espirituales para el paciente y su familia. Para la familia, el apoyo y la orientación, sumado a la formación en el manejo del enfermo, ofrecen una plataforma de apoyo completo. Esto a su vez promueve la interacción con la sociedad y el fomento de grupos de ayuda mutua y voluntarios que enfoquen sus acciones en la asistencia, la obtención de fondos y la propagación de este tipo de cuidados con el objetivo de formar parte de la sociedad, concienciando acerca del proceso de salud-enfermedad y muerte como algo natural. En su informe europeo la Organización Mundial de la Salud (2005) sostiene que hay pruebas significativas de que los individuos de edad avanzada padecen de manera innecesaria debido a las deficiencias generalizadas en la valoración y tratamiento de sus problemas, así como a la ausencia de acceso a programas de atención paliativa.

Cuidados paliativos, control de síntomas y adultos en edad avanzada

El paciente diagnosticado con una enfermedad terminal o incurable en una etapa avanzada aspira a que su transición sea digna, libre de sufrimiento y en compañía de su familia; muchos padecen en sus últimos días y a menudo son sometidos a tratamientos invasivos o excesivos. En las naciones en desarrollo, gran parte de los individuos que padecen una enfermedad no transmisible experimentan dolor y sufrimiento durante el proceso de la enfermedad y el deceso, a causa de la falta de acceso a servicios de atención paliativa. En 1990, la Organización Mundial de la Salud implementó medidas para incorporar estos servicios a los sistemas sanitarios de esos países (Pérez et al., 2019).

Se considera el envejecimiento como un proceso natural, y la reducción de las funciones corporales sucede de forma paulatina y constante, reduciendo la reserva orgánica. Esta pérdida comienza alrededor de los 40 años y persiste con una tasa de alrededor del 1% anuales (Runzer et al., 2019). El crecimiento demográfico genera nuevas posibilidades para rediseñar

la política sanitaria en beneficio de todos: jóvenes y adultos mayores. El factor crucial que establece la correlación entre el envejecimiento de la población y el desembolso en salud es la condición funcional de los adultos mayores y la manera en que este proceso se lleva a cabo (Torres, 2022).

En este contexto, también hay restricciones para un manejo efectivo de los síntomas en estos pacientes, incluyendo los obstáculos que restringen o reducen el acceso a los servicios, las carencias en la adherencia a la terapia y la ausencia de atención paliativa. Algunas causas de fallo en el tratamiento con analgésicos y el control de síntomas en el paciente de edad avanzada han sido identificadas, incluyendo las vinculadas directamente con el individuo, otras con la familia y otras con el cuidado de la salud (Rodríguez et al., 2024).

Factores relacionados con el paciente o adulto en edad avanzada:

- Déficit cognitivo (incapacidad para describir sus síntomas.
- Interculturalidad
- Depresión, soledad y abandono
- Creciente número de ancianos que viven solos
- Gastos catastróficos de bolsillo (viáticos, fármacos, cuidadores)
- Carencia de una pensión o jubilación que cubra la seguridad social del paciente donde muchas mujeres han trabajado exclusivamente en sus hogares
- Efectos adversos severos en los ancianos por la medicación analgésica (náusea, vómito, estreñimiento, sedación, sangrado de tubo digestivo)

Factores relacionados con la familia y aspectos sociales

- Abandono familiar y social
- Familias dispersas, familias que trabajan, familias disfuncionales
- Abuso físico o psicológico

Factores relacionados con el Sistema o la Prestación de Servicios de Salud

- Afiliación, derecho habiencia en el sistema de salud
- Dificultad para la interpretación y uso de escalas de evaluaciones (cuantitativas y cualitativas)
- Sistema sanitario no diseñado para pacientes crónicos
- La rotación del personal médico y de enfermería propicia deficiencias en la adherencia terapéutica



- Zonas geográficas con difícil acceso a los servicios de salud
- Los tiempos de consulta cortos dificultan la relación médico-paciente
- Tiempo de espera largo para recibir la consulta
- Escasa disponibilidad de médicos dedicados a los cuidados paliativos o a la atención sanitaria con este enfoque
- Escasez en la disponibilidad de fármacos analgésicos potentes
- Acceso precario y poca disponibilidad de servicios de cuidados paliativos
- Terapias costosas por periodos prolongados

Material y métodos

Métodos

El presente trabajo se desarrolló desde un enfoque metodológico cualitativo de diseño narrativo, con alcance descriptivo. Se desarrolló una revisión bibliográfica sobre temas especializados en medicina familiar, aplicados a la innovación geriátrica y estrategias domiciliarias a nivel nacional e internacional; utilizando criterios de inclusión, en este caso aquellos artículos dentro del periodo 2020-2024 relacionados con la temática. Los mismos que fueron encontrados mediante la búsqueda autónoma en bases de datos como: Scopus, Index y Scielo. Se utilizaron gestores bibliográficos para organizar y almacenar documentos en el estilo APA.

Resultados

Una vez que se estableció la estrategia de búsqueda en cada base de datos y se definieron los criterios para seleccionar los artículos, se llevó a cabo la búsqueda. En total, se identificaron alrededor de 2000 artículos. A partir de estos resultados, se realizó un primer filtro para evaluar la duplicidad de los mismos. Después de eliminar las citas duplicadas, quedaron 420 artículos. Con esta nueva lista, se procedió a revisar los títulos y resúmenes, seleccionando un total de 10 artículos. Luego, se llevó a cabo una lectura crítica de los textos completos de estos artículos, aplicando los criterios de selección que se habían establecido previamente. Al final, se eligieron 8 registros que cumplían con los criterios de selección y que eran relevantes para el objetivo de esta revisión.

Los artículos seleccionados para el resumen fueron principalmente estudios de observación sobre naturaleza retrospectiva, estudios cualitativos y estudios clínicos aleatorios. Los tamaños de muestra para varios estudios mostraron intervalos entre 35 y 411 pacientes, y recibieron una muestra más alta en estudios de observación. Las muestras están formadas por pacientes diagnosticados con cáncer el último día de su vida y son atendidas por unidades de cuidados paliativos (UCP) en varios hospitales de todo el mundo.

En cuanto a la intervención u observación realizada en cada uno de los artículos, todos se enfocaron en analizar diversas estrategias terapéuticas para manejar los síntomas en pacientes oncológicos, ya sea que hayan sido referidos a una UCP o no. Estas intervenciones se pueden clasificar en: patrones de uso de opioides, características e indicaciones de la SP, una comparación de tres medicamentos anticolinérgicos para tratar la disnea y un tratamiento farmacológico enfocado en el dolor.

Discusión

Todos los artículos incluidos en esta descripción general deben proporcionar respuestas y conocimientos. Por lo tanto, el mejor conocimiento científico de las estrategias terapéuticas para el control de los síntomas en EFV de enfermedades oncológicas. Con respecto a los síntomas más comunes, los autores acordaron tres síntomas principales: disnea, dolor y delirio. Los porcentajes fueron muy diferentes de un estudio a otro. Sin embargo, es posible estimar el dolor como ese (síntomas aislados) con la mayor prevalencia en la última etapa de la enfermedad oncológica. Aunque es raro que EFV cause una sola manifestación de la condición clínica de un paciente, se mencionan los términos aislados, hay una amplia gama de síntomas refractarios (con mayor frecuencia que otros) que conducen al estado de angustia insoportable de un paciente.

En investigaciones como la de Miura et al., (2014) encontraron una conexión clara entre la intensidad del dolor y la ansiedad relacionada con la muerte inminente. Además, se relacionó con factores psicosociales como el estrés psicológico, la depresión y el miedo. Estos autores señalaron que la falta de información sobre el dolor puede llevar a los pacientes a malinterpretar su propio estado clínico, lo que a su vez incrementa la ansiedad. Por lo tanto, ofrecer información adecuada tanto a los pacientes como a sus familiares (o personas cercanas) sobre las características del dolor y las opciones de tratamiento podría ayudar a reducir los niveles de ansiedad en esos momentos difíciles.

Del mismo modo, Wildiers et al., (2009) encontraron que una alta proporción de pacientes con EFV era una mayor de pacientes con valores de EFV de hasta 92%; se realizó una investigación en varias áreas de atención, pero ambos estudios concordaron. Mercadante et al., (2010) realizaron su estudio en el hogar y observó que el síntoma era más común en pacientes con pacientes sedantes y bajos niveles de conciencia. Kawabata y Kaneishi (2013) Laalz fue identificado de inmediato como un signo clínico de muerte tal como se realizó en el hospital y la supervivencia fue dentro de las 23 horas posteriores a su aparición.

Siguiendo con la sintomatología, el estudio de Lundstrom et al., (2005) fue el único que identificó las náuseas y los vómitos como dos de los síntomas refractarios más comunes, con un 37,2% de prevalencia. Es importante destacar que este estudio se centró en el uso del propofol como sedante y antiemético en la atención paliativa del cáncer, lo que hace evidente que una de sus principales aplicaciones fueran precisamente esos síntomas. Además, la segunda indicación para el uso del propofol fue la agitación o ansiedad refractarias, que se reportaron en hasta un 40,9% de los pacientes debido al dolor incontrolable. En cuanto a los métodos de evaluación utilizados en cada estudio, Lundstrom et al. menciona que optó por una escala de valoración numérica (NRS) por su simplicidad, reproducibilidad, facilidad de uso y sensibilidad a pequeños cambios. La NRS se basa en un rango del 0 al 10, donde 0 representa el dolor mínimo y 10 el dolor máximo imaginable.

Sin duda, el estudio de Mercadante et al. (2010) dejó claro cómo se manifestaron la prevalencia e intensidad de los síntomas. En este estudio, se utilizó el Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (anexo 3) (37) para evaluar el cuadro clínico. Los resultados se clasificaron en cuatro grupos según la edad: menores de 65 años, de 65 a 74, de 75 a 84 y mayores de 85 años. Se encontró que la disnea, la ansiedad y la depresión eran más comunes en los pacientes más jóvenes (menos de 65 años), mientras que los pacientes mayores reportaron menos episodios de dolor irruptivo en pacientes mayores que informaron un episodio reducido de dolor de ansiedad.

Conclusiones

El tratamiento farmacológico con opioides y sedación se considera la estrategia de tratamiento más utilizada para el tratamiento de los síntomas de estos pacientes. Aunque ambos tratamientos no se encontraron un método de evaluación uniforme y validado en todos los estudios, ambos tratamientos han demostrado efectividad para reducir la intensidad de los síntomas. Por lo tanto, es importante resaltar la necesidad de instrumentos de evaluación validados para evaluar los síntomas de los pacientes con cáncer, teniendo en cuenta la subjetividad que ocurre en la evaluación final de por vida.

Los planes de tratamiento admitidos al final de la vida deben estar clínicamente justificados. Sin embargo, los factores sociales y las características personales del paciente demuestran un papel fundamental e igualmente importante en el proceso de vida final y la toma de decisiones médicas. Finalmente, para una mayor investigación sobre los efectos de los factores psicosociales en las etapas finales de la vida y para futuras investigaciones sobre cómo afecta las decisiones de los padres, las estrategias de afrontamiento o el alcance de la resistencia al paciente. También es importante examinar las posibles conexiones entre los requisitos de opioides y la diversidad étnica.

Referencias bibliográficas

- Allende, S., Ortega, L., Verástegui, E., Domínguez, G., Monreal, E., & Ascencio, L. (2013). La pieza perdida en la medicina actual: atención domiciliaria a pacientes paliativos oncológicos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 229-233.
- Castañeda, C., O'Shea, G., Lozano, J., & Castañeda, G. (2015). Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad avanzada. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 176-180. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.07.005>
- Kawabata, M., & Kaneishi, K. (2013). Continuous Subcutaneous Infusion of Compound Oxycodone for the Relief of Dyspnea in Patients With Terminally Ill Cancer: A Retrospective Study. *Am J Hosp Palliat Med*, 30(3), 305-311.
- Lundström, S., Zachrisson, U., & Fürst, C. (2005). When nothing helps: Propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*, 30(6), 570-577.
- Mercadante, S., Ferrera, P., & Casuccio, A. (2010). The use of opioids in the last week of life in an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Med*, 27(8), 514-517.
- Miura, T., Matsumoto, Y., Motonaga, S., Hasuo, H., Abe, K., & Kinoshita, H. (2014). Dyspnea, relative youth and low daily doses of opioids predict increased opioid dosage in the last week of a terminal cancer patient's life. *Jpn J Clin Oncol*, 44(11), 1082-1087.
- Pérez, B., García, M., & Gómez, L. (2019). Los cuidados paliativos en pacientes ancianos con patologías no oncológica. *Gerokomos*, 30(1).

- Rodríguez, C., Luengas, L., & Reyes, M. (2024). Atención de soporte y cuidados paliativos en el manejo integral del enfermo oncológico. *Revista Medicina*.
<https://doi.org/https://doi.org/DOI: 10.56050/01205498.2381>
- Runzer, F., Parodi, J., Pérez, C., Echegaray, K., & Samamé, J. (2019). Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta Médica Peruana*, 36(2).
- Torres, R. (2022). *Cuidados paliativos en pacientes oncológicos en su fase terminal*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Wildiers, H., Dhaenekint, C., Demeulenaere, P., Clement, P., Desmet, M., & Van Nuffelen, R. (2009). Atropine, Hyoscine Butylbromide, or Scopolamine Are Equally Effective for the Treatment of Death Rattle in Terminal Care. *J Pain Symptom Manage*, 38(1), 124-133.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.

