

Cuidados paliativos del paciente en estadio terminal

Palliative care of the terminally ill patient

Agramonte Rodríguez, Idania¹

Martínez Sánchez, Ismedy²

Broche Ulloa, Malbersis³

La O Echevarría, Mailín⁴

¹Policlínico Docente Comunitario Mario Muñoz Monroy/Departamento de Enfermería, Vertientes, Camagüey, Cuba.

idanjaar.cmw@infomed.sld.cu

²Policlínico Docente Comunitario Mario Muñoz Monroy/Departamento de Enfermería, Vertientes, Camagüey, Cuba.

ismedy.martínez@gmail.com

³Policlínico Docente Comunitario Mario Muñoz Monroy/Departamento de Enfermería, Vertientes, Camagüey, Cuba.

mbulloae.cmw@infomed.sld.cu

⁴Policlínico Docente Comunitario Mario Muñoz Monroy/Departamento de Enfermería, Vertientes, Camagüey, Cuba.

idanjaar.cmw@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: Los cuidados paliativos constituyen el manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas donde el pronóstico es limitado. **Objetivo:** Caracterizar los cuidados paliativos del paciente en estadio terminal. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes en estadio terminal del municipio Vertientes en el período comprendido de enero de 2021 a enero de 2022. El universo estuvo constituido por 34 pacientes. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta diseñada por las autoras y se trabajó con las variables edad, sexo, enfermedad terminal, síntomas y signos y modelo básico de atención recibido por el enfermo terminal. Se realizó la discusión de cada una de las tablas y los resultados se exponen en tablas de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** Existió un predominio del grupo de edades mayor de 61 años en un 58,8 %, del sexo masculino en un 64. 7 %, fue el cáncer la enfermedad que predominó en el 70. 6 % y el dolor estuvo presente en el 73.5 %. El modelo básico de atención doméstica fue utilizado en un 73.5 %. **Conclusiones:** Existió un predominio del grupo de edades mayores de 61 años, el sexo masculino y la enfermedad terminal más común fue el cáncer. El dolor estuvo presente en la mayoría de los estudiados y prevaleció el modelo doméstico como cuidado paliativo.

Palabras claves: cuidados paliativos, estadio terminal

Abstract:

Introduction: The palliative cares constituent the handling of patients with active illness, progressively and advanced search where the prognostic is limited. **Objective:** Characterize the palliative cares of patients in innig staged. **Method:** Fulfilled a descriptive study of transversal court in patients of ending staged of Vertientes town inside the period of January 2021 to January 2022. The universe was being constituted by 34 patients. Dates had obtained by means of survey designed with age variables sex, endingilles, trace and sings and basic attention model received by the ending sick. Made a disputation of each one charts and the results put on quite frequency chard and relatives. **Results:** Existed a predominance of ages group older than 61 years in a 58,8 % , the masculine sex in a 64,7 %, was the cancer illness who predominance in 70,6 % and the agony was presented in a 73,5 %. The model attention tame basic was realized in a 73, 5 %. **Conclusions:** Existed a predominance of ages group older than 61 years, masculine sex and the most usual ending ill was cancer. The agony was present in the most of studies and prevailed the domestic model as palliative cares.

Key words: palliative cares, ending staged

I. INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental del tratamiento paliativo es preparar para la muerte, tanto al enfermo como a sus familiares. Lamentablemente, no siempre se logra este reenfoque de la atención médica, debido, en gran parte, al desconocimiento de la conducta a seguir con estos pacientes, y también, por el profundo impacto que causa sobre el personal de la salud la proximidad de la muerte.¹

Los cuidados paliativos multidisciplinarios, estructurados y organizados tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970, y alcanzaron su madurez y desarrollo en la década de los 90.² En este contexto, la labor de la enfermera y el médico de la familia incluye proporcionar calidad de vida y tratar de alejar el sufrimiento que se produce por la confrontación de los enfermos con pérdidas biológicas y psicológicas importantes.^{3,4}

En 1967, Cecily Saunders, enfermera británica, devenida trabajadora social y médico por su constante superación, estableció los modernos principios de lo que hoy conocemos como Cuidados Paliativos. Orientó su trabajo hacia la búsqueda de soluciones específicas, para cubrir las necesidades reales de los pacientes con enfermedades en fase terminal, cambiando radicalmente la manera de tratar y actuar de enfermeras y médicos, asumiendo desde la perspectiva humanística la pretensión de lograr en el enfermo una muerte tranquila, dentro de un clima de confianza, comunicación e intimidad, donde la familia ocupa un papel relevante en el cuidado del paciente, procurándose apoyo mutuo. El confort y la calidad de vida, son las metas a conseguir, siendo el paciente y no su enfermedad, el verdadero protagonista.⁵

De acuerdo con cifras de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, solo el 5 o 10 % de los enfermos terminales de la región reciben este tratamiento, el 90 % de los servicios están concentrados en ciudades grandes y el 50 % de los pacientes no los puede pagar. Además, el 80 % de los países latinoamericanos no reconoce los cuidados paliativos como una disciplina y por lo tanto no los incluyen entre los servicios sanitarios públicos.⁶

De acuerdo con la prevalencia de síntomas y la utilización de recursos en la fase terminal de la vida, se ha estimado que el 60 % de pacientes con cáncer y el 30% de los pacientes no oncológicos precisan de la intervención de equipos de cuidados paliativos para evitar situaciones de encarnizamiento y/o abandono terapéutico.⁷

Los cuidados paliativos se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud. La necesidad de su implementación no deja dudas: se trata no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es ante todo un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud.⁸⁻¹¹

La provincia de Camagüey no tiene desarrollado un programa específicamente para la atención paliativa de los pacientes terminales, a pesar de que nuestros profesionales de la salud tienen conocimientos sobre el tema y la gran disposición de ponerlos en práctica, no existe de forma individualizada este servicio. El municipio de Vertientes, no escapa a la situación real del país, donde se aprecian cambios sustanciales en el envejecimiento de la población, y por ende se incrementa la posibilidad de pacientes en estadios terminales, además no se registran investigaciones que hablen del tema. Estos son motivos por el cual se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar los Cuidados Paliativos recibidos por el paciente en estadio terminal en el municipio Vertientes.

II. MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar los cuidados paliativos recibidos por el paciente en estadio terminal del municipio Vertientes en el período comprendido de enero de 2021 a enero de 2022.

El universo estuvo constituido por 34 pacientes en estadio terminal pertenecientes al área urbana del municipio Vertientes. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta diseñada por los autores y se trabajó con las variables edad, el sexo, síntomas y signos presentes, y modelo básico de atención recibido por el enfermo terminal. La información se registró en cuadros estadísticos, los cuales se confeccionaron en el procesador de hojas de cálculo Microsoft Excel 2007 y se utilizaron distribuciones de frecuencia absoluta y relativa. Para la realización de la investigación se solicitó el consentimiento informado de los individuos a investigar.

III. RESULTADOS

Tabla 1: Distribución según grupos de edades.

Grupo de edades	Frec.	%
20 – 40 años	2	5,8
41 – 60 años	12	35,2
Más de 61 años	20	58,8
Total	34	100

Se constató, según aparece en la tabla 1, un predominio del grupo de edades mayor de 61 años en un 58,8 %, seguido de los que estaban entre 40 y 60 con un 35,2 %, y por último el grupo de edades de 20 a 40 con un 5,8 %.

Diversos autores consideran que edades por encima de 60 años constituyen un importante factor para la aparición de enfermedades terminales.² En el territorio se han registrado muertes de personas con enfermedades terminales en edades más tempranas, es decir, individuos que al morir pierden potencialmente muchos años de vida, sin embargo, no se encontró bibliografía que ampare esta afirmación ni para comparar los resultados mostrados.

Tabla 2. Comportamiento según sexo.

Sexo	Frec.	%
Masculino	22	64,7
Femenino	12	35,3
Total	34	100

Se observa en la Tabla 2 un predominio de pacientes con enfermedades terminales del sexo masculino sobre las féminas, en un 64,7 %, mientras que estas representan un 35,3 %.

Datos que no coinciden con las cifras nacionales donde se plantea que en edades extremas de la vida hay un predominio de las mujeres sobre los hombres y por lo tanto un mayor incremento de enfermedades en este sexo sobre los hombres. Otros estudios realizados plantean que la prevalencia de la enfermedad es mayor en hombres que en mujeres, coincidiendo con el resultado de esta tabla.²

Tabla 3. Distribución según enfermedades terminales

Enfermedad Terminal	Frec.	%
Insuficiencia renal	1	2,9
EPOC	9	26,5
Cáncer	24	70,6

Como se aprecia en la Tabla 3, es el cáncer la enfermedad que predomina en este grupo de personas estudiadas en el 70,6 %.

La mayoría de los estudios realizados coinciden en que el cáncer es la enfermedad causante de las mayorías de los estados terminales, constituyendo entre el 90 y 95 %, resultado que no coincide con esta investigación.¹²

Tabla 4. Síntomas y signos presentes

Síntomas y signos presentes	Frec.	%
Disnea	13	38,2
Tos	11	32,5
Anorexia	21	61,7
Sint. Gastrointestinales	9	26,5
Caquexia	5	14,7
Sint. Urinarios	3	8,8
Lesiones en piel y boca	5	14,7
Fiebre tumoral	8	23,5
Dolor	25	73,5

Al analizar en la tabla 4 los signos y síntomas de los pacientes en estadios terminales se encontró un predominio del dolor en el 73,5 %, seguido de la anorexia en el 61,7 %, posteriormente aparecen la disnea y la tos con un 38,2 y un 32,5 % respectivamente.

El dolor intenso afecta a casi la mitad de los pacientes agonizantes, un 50 % de los cuales no consiguen nunca un alivio adecuado. Por lo general, el dolor persiste no porque no se pueda controlar bien, sino debido a que los pacientes, los familiares y los médicos tienen ideas erróneas respecto al dolor y los fármacos que pueden controlarlo, en especial los opiáceos.^{13, 14}

El dolor, es un síntoma con características especiales por su capacidad para alterar la calidad de vida, resultando ser la manifestación clínica más frecuente, en múltiples estudios en los que oscilan en una frecuencia del 29 al 76 %.⁵

Tabla 5. Modelo básico de atención al enfermo terminal

Enfermedad Terminal	Frec.	%
Modelo asistencia hospitalaria	8	23,5
M. de niveles más altos	1	3,0
Modelo doméstico	25	73,5
Total	34	100

El modelo básico de atención doméstica es utilizado en 25 pacientes terminales en el momento del estudio lo que representa un 73,5 %, este es el modelo más usado en estas personas estudiadas. Coincidimos con otros autores y estudios que reflejan que estos pacientes si no presentan un cuadro realmente agudo reversible, es el hogar el mejor escenario para su estancia, rodeados de sus seres queridos. Independientemente de que su estado de salud no es bueno, la tranquilidad de la casa y la presencia de seres queridos es la opción adecuada, siempre y cuando existan las condiciones necesarias para ser atendidos por personal médico y no especializado.¹⁵

El proceso de morir se va desplazando cada vez más desde la familia y el hogar hasta los médicos y los hospitales. Por eso se dice que la muerte ha cambiado de cama, ya que no se muere en el domicilio, rodeado de los seres queridos, se eligen cada vez más los hospitales con su deshumanización para que la muerte pase inadvertida y se convierta en algo ajeno, aséptico y solitario. Hay que evitar la falta de interés por los

pacientes en situación terminal y el escaso apoyo psicológico que reciben de los profesionales y familiares.
15

El modelo de atención centrada en el paciente recalca la importancia de la relación de la enfermera con el paciente y su familia como herramienta terapéutica, respalda el que se comparta la toma de decisiones como componente clave del tratamiento y pone de relieve la trascendencia de la comprensión, así como la atención a las inquietudes y la necesidad de información para promover el bienestar. Brindar información al enfermo le concede un sentido del control y puede reducir la ansiedad, crea expectativas realistas, promueve el autocuidado, la participación y genera sentimientos de protección y seguridad.¹⁶

Existen diversas ventajas de la atención paliativa domiciliaria para los pacientes, para la familia y para el sistema de salud. Para los enfermos, las ventajas se expresan en el hecho de que no están sometidos a horarios ni régimen institucional y a que conservan su intimidad en un medio conocido. La familia planifica y organiza mejor los cuidados, favorece una participación activa y directa en la atención al paciente y tiene menos gastos. Los cuidados paliativos domiciliarios le ofrecen ventajas al sistema de salud, ya que con la aplicación de este tipo de modalidad existe una mejor utilización de los recursos y cobertura asistencial, proporciona ahorro y una mejoría en la percepción de la asistencia médica por parte de enfermos y familiares.

IV. CONCLUSIONES

Existió un predominio del grupo de edades mayores de 61 años, el sexo masculino y la enfermedad terminal más común fue el cáncer. El dolor estuvo presente en la mayoría de los estudiados y prevaleció el modelo doméstico como cuidado paliativo.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aparicio Suárez JL. Podemos vencer al cancer. Medicent Electrón [internet]. 2012 jul.-sep. [citado 4 abril 2022];16(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/1272/1196>
2. Ostgathe C, Alt-Epping B, Golla H, Gaertner J, Lindena G, Radbruch L, *et al.* Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: what are the problems?. *PalliatMed.* 2011; 25(2):148-52.
3. Ministerio de Salud Pública. Registro Nacional del Cáncer. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 2009.
4. Alonso Galbán P, SansóSoberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública* [internet]. 2011 ene.-mar. [citado 17 marzo. 2022];33(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. VentoIznaga Félix Emilio. Cuidados paliativos: una demanda de este tiempo. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Mar 08]; 26(3): 92-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300001&lng=es
6. Tomado del Boletín de Prensa Latina: Copyright 2012 “Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A.
7. Sepal. com. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [sitio en Internet]. [consultado 25 abril 2022]. Disponible en: <http://www.secpal.com/presentacion/index.php>
8. Reyes MC. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Ed. Ciencias Médicas. 2009;(279):51-4.

9. Strand Jacob J, KamdarMihir M, Carey Elise C. La importancia de los cuidados paliativos. Mayo ClinProc. 2019;88(8):859-65.
10. De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M. Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1ra. ed. Houston: IAHPC Press; 2020.
11. Sánchez Díaz I. Educación médica y medicina paliativa. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. 2019;11(11).
12. Guinart Zayas N, AlvarezSintes R. Atención al paciente en estadio terminal. En: AlvarezSintes R. Temas de MGI. La Habana. ECIMED. 2014. Cap 57. Parte X. Vol II. P 521.
13. Reyes MC. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Ed. Ciencias Médicas. 2009;(279):51-4.
14. Sierra R, Muñoz E, Rubio A. Anular o acortar los primeros peldaños de la Escalera Analgésica de la OMS. RevSocEsp Dolor. 2018;15(1):0-0.
15. Grau J. Cuidados paliativos domiciliarios en el control del cáncer en Cuba: experiencias y proyecciones. Programa Integral para el Control del Cáncer. La Habana: MINSAP; 2010
16. Fernandez CV, Gao J, Strahlendorf C, Moghrabi A, Pentz RD, Barfield RC, et al. Providing research results to participants: attitudes and needs of adolescents and parents of children with cancer. J ClinOncol. 2019;27(6):878-83. PMID 19164211.