



Revisión sistemática para el abordaje de síntomas desagradables gastrointestinales en cuidados paliativos

Systematic review for addressing uncomfortable gastrointestinal symptoms in palliative care

Revisão sistemática para a abordagem dos sintomas gastrointestinais desagradáveis em cuidados paliativos

Diana Marcela Jaramillo García¹, Carolina Muñoz Olivar², Angie Nohelia Nuvan Sastoque³, Fanny Patricia Benavides Acosta⁴

Histórico

Recibido:

29 de agosto de 2018

Aceptado:

13 de diciembre de 2018

1 Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia. Autor de Correspondencia.

E-mail: dmjaga.3@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1979-7182>

2 Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-4064-0120>

3 Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia.

<https://orcid.org/0000-0001-9726-2872>

4 Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-3826-4939>

Resumen

Introducción: Este artículo de revisión sistemática pretende examinar en detalle la evidencia científica para el abordaje desde la enfermería, en el manejo de síntomas desagradables, gastrointestinales tales como: síndrome anorexia caquexia, disfagia, náuseas y vómito enfocado al cuidado paliativo, basados en el referente teórico del modelo revisado del manejo de síntomas de Marilyn J. Dodd. **Materiales y Métodos:** La estrategia que se realizó fue la del sistema PICO, metodológicamente se estableció una pregunta la cual se contesta con la selección de los artículos que se realizó, continuando con la revisión sistemática se aplica la declaración (PRISMA), la investigación de los artículos fue realizada en las bases de datos Medline, Cochrane Library, Scopus, Pubmed, Dialnet, Ebscohost, ProQuest y Elsevier. Dentro de los criterios de inclusión, se tuvo en cuenta principalmente los artículos que fomentan el manejo de los síntomas gastrointestinales en cuidado paliativo. **Resultados:** A pesar de que se evidencia los avances en conocimiento, se identifica que son insuficientes los estudios en este campo, mostrando la necesidad y la obligación de desarrollar el manejo y control de los síntomas desagradables gastrointestinales, el manejo del síntoma debe ser basado en: la experiencia del síntoma desde la percepción, evaluación y respuesta. **Discusión:** La evidencia muestra las diferentes maneras de abordar los síntomas desagradables gastrointestinales, con una mirada holística, en constante movimiento, resaltando que se debe intervenir, desde la dimensión espiritual, física y social. **Conclusiones:** La intención es contribuir con evidencia científica para abordar los síntomas desagradables gastrointestinales.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Signos y Síntomas Digestivos; Enfermo Terminal; Procesos de Enfermería.

Abstract

Introduction: This systematic review article aims to examine in detail the scientific evidence from a nursing perspective in the management of uncomfortable gastrointestinal symptoms such as anorexia-cachexia syndrome, dysphagia, nausea and vomiting, focused on palliative care and based on the theoretical reference of the Revised Symptom Management Model of Marilyn J. Dodd. **Materials and Methods:** PICO strategy was used. Methodologically, a question was posed whose answer was provided in the selection of the articles made. Following the systematic review, the PRISMA statement was applied. Article research was conducted through Medline, Cochrane Library, Scopus, PubMed, Dialnet, EBSCOhost, ProQuest and Elsevier databases. As inclusion criteria, articles promoting the management of gastrointestinal in palliative care were mainly considered. **Results:** Although advances in knowledge are evident, it was identified that field-related studies are insufficient, showing the need and the obligation to work on the management and control of uncomfortable gastrointestinal symptoms. Symptoms management should be based on the experience of symptoms from its perception, evaluation and response. **Discussion:** The evidence indicates the different ways of addressing uncomfortable gastrointestinal symptoms under an ever-changing holistic view, emphasizing that it is necessary to intervene from spiritual, physical and social dimensions. **Conclusions:** The purpose is to contribute by means of scientific evidence to addressing uncomfortable gastrointestinal symptoms.

Key words: Palliative Care; Signs and Symptoms; Digestive; Terminally Ill; Nursing Process.

Resumo

Introdução: Este artigo de revisão sistemática objetiva examinar detalhadamente a evidência científica para a abordagem sob a perspectiva da enfermagem do manejo de sintomas gastrointestinais desagradáveis como: síndrome anoréxico, caquexia, disfagia, náuseas e vômitos com foco no cuidado paliativo, baseados no referente teórico do modelo de manejo de sintomas de Marilyn J. Dodd. **Materiais e Métodos:** A estratégia utilizada foi aquela do sistema PICO, metodologicamente foi estabelecida uma pergunta que foi respondida a partir da seleção dos artigos que foi realizada, continuando com a revisão sistemática aplicou-se a declaração (PRISMA), a pesquisa dos artigos foi realizada nos bancos de dados Medline, Cochrane Library, Scopus, Pubmed, Dialnet, Ebscohost, ProQuest e Elsevier. Dentro dos critérios de inclusão, foram considerados principalmente os artigos que promovem o manejo dos sintomas gastrointestinais em cuidados paliativos. **Resultados:** Apesar da constatação de avanços no conhecimento, verifica-se que os estudos neste campo são insuficientes, o que demonstra a necessidade e a obrigação de desenvolver o manejo e controle dos sintomas gastrointestinais desagradáveis, o manejo do sintoma deve estar baseado: na experiência do sintoma a partir da percepção, avaliação e resposta. **Discussão:** A evidência demonstra as diferentes maneiras de tratar os sintomas gastrointestinais desagradáveis, sob um olhar holístico, em constante movimento, salientando que a intervenção deve ser feita a partir da dimensão espiritual, física e social. **Conclusões:** O trabalho visa contribuir com evidência científica para o manejo dos sintomas gastrointestinais desagradáveis.

Palavras chave: Cuidados Paliativos; Sinais e Sintomas Digestivos; Doente Terminal e Processos de Enfermagem.

Como citar este artículo: Jaramillo DMG, Muñoz CO, Nuvan ANS, Benavides FPA. Revisión sistemática para el abordaje de síntomas desagradables gastrointestinales en cuidados paliativos. Rev Cuid. 2019; 10(1): e615. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.615>



©2019 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002 define el cuidado paliativo como “El cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas, su fundamento es el alivio de síntomas descontrolados y la consideración de los problemas del ser humano en sus diferentes dimensiones psicológicas, sociales y espirituales, el objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia”¹, de esta manera los cuidados paliativos se enfocan en paliar el padecimiento de los pacientes con patologías en su etapa final, interviniendo los signos y/o síntomas para optimizar su bienestar².

Como bien se sabe, en los cuidados paliativos se busca mantener la calidad de vida del usuario que se encuentra con alguna patología crónica u oncológica avanzada y/o terminal, además dar un descanso de vida apropiado para aquellos usuarios con agonía y acompañamiento en el final de vida para sus familiares simultáneamente³, por esto no solo se debe centrar únicamente en la asistencia médica continua, sino que se debe impulsar el cuidado y el fortalecimiento de las relaciones familiares trabajando en aspectos psicológicos, emocionales y sociales; para así poder preservar el bienestar y la dignidad de todos los usuarios y cuidadores⁴.

El personal de salud, iniciando especialmente con el gremio de enfermería, tiene la oportunidad de ofrecer cuidados paliativos primarios en todos los entornos de práctica, tanto así que se puede brindar un cuidado integral desde el

domicilio, reduciendo costos clínicos al usuario y cuidadores⁵, la intención es brindar un cuidado altamente competente en cualquier etapa de la enfermedad terminal o agonía, de forma segura, con educación y capacitación a cuidadores y familiares para lograr la disminución de estadías intrahospitalarias y además tener un final de vida tranquilo con calidad, y acompañado por su familia^{3,6}.

La valoración del cuidado que realiza el personal de enfermería a todos los pacientes como seres únicos e independientes, de forma holística, es parte fundamental de la gerencia del cuidado en cada una de las áreas para mejorar e innovar la calidad de vida de las personas y proporcionar el mejor entorno posible para el final de sus días⁷, debido a esto el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), realizó la Guía de Práctica Clínica Cuidados Paliativos².

Cuando los usuarios presentan ciertos síntomas que se deben manejar de forma paliativa, se puede ver como algo desafiante para el personal de salud, ya que cuando se manifiesta un síntoma descontrolado la mayoría de veces éste va de la mano con la progresión de la enfermedad y característicamente este síntoma va en conjunto que es lo que se presenta en la mayoría de personas como clúster de síntomas, esto debe identificarse para ayudar con las discusiones actuales sobre las metas reales de atención, este conjunto de síntomas es el responsable de la mayor angustia y variará según la enfermedad subyacente el cual el enfermero debe paliar sin anexar un efecto secundario⁸.

Si bien es cierto, el manejo de síntomas se debe realizar como un proceso multidimensional, la teoría de manejo de síntomas (SMT) que es una teoría de rango medio está en un constante movimiento como lo es el modelo revisado de manejo de síntomas de Marylin J. Dodd⁹ ya que cada dimensión que plantea este modelo es influyente en el manejo del clúster de síntomas y no solo eso, cada uno se relaciona con los otros, esto hace que sea interactivo entre las dimensiones y conceptos¹⁰.

Se evidencia en la revisión de literatura que los síntomas marcados en los usuarios oncológicos y crónicos avanzados, además de aumentar la incidencia a medida que va aumentando la enfermedad han sido los síntomas gastrointestinales, las alteraciones digestivas en un usuario terminal causan discomfort tanto para el mismo paciente que afronta la enfermedad como para sus familiares, debido a que van creando un proceso o sentimiento de discomfort¹¹, preocupación y ansiedad, esto hace que se enfoquen más en esta sintomatología digestiva no controlada y sumado a esto el no poder brindar alimentos y bebidas teniendo en cuenta que esta conducta esta potentemente enlazada con el símbolo de un buen cuidado, esto hace que todo este proceso sea más doloroso y traumático, inclusive que la misma patología de base que presenta el paciente¹².

Por este tipo de situaciones se debe emplear un abordaje planificado de cuidado paliativo que requiere de una alta capacidad de esfuerzo y un lapso moderado de tiempo para informar y educar a familiares y/o cuidadores que el

detrimento y la aparición de los síntomas digestivos desagradables que exterioriza el paciente, es el efecto de su realidad, una realidad que es una enfermedad poco común y que se encuentra bastante avanzada y se debe paliar de una manera organizada y planeada con un equipo interdisciplinar para brindar los cuidados adecuados y de calidad¹³.

El objetivo de este estudio tiene como finalidad identificar la mejor manera de abordar algunos síntomas gastrointestinales como lo son: el síndrome de anorexia y caquexia, disfagia, náuseas y vómito desde la perspectiva de los cuidados paliativos para fines académicos a través de revisión sistemática de literatura científica disponible, teniendo en cuenta el modelo revisado de Marylin J. Dodd⁹ sobre el manejo de los síntomas que se propuso en el año 2001.

MATERIALES Y MÉTODOS

La estrategia que se realizó fue la del sistema PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), estipulando los siguientes elementos como los principales: P: Pacientes con enfermedad terminal, I: Cuidados Paliativos, manejo de síntomas gastrointestinales específicamente: síndrome anorexia caquexia, disfagia, náuseas y vómito, C: No procede comparador, O: Control de signos y síntomas gastrointestinales específicamente: síndrome anorexia caquexia, disfagia, náuseas y vómito¹⁴.

Metodológicamente se estableció una pregunta clave: ¿Cuáles son los métodos de cuidados

paliativos para el manejo del síndrome anorexia caquexia, disfagia, náuseas y vómito en los pacientes en etapa crónica avanzada u oncológica terminal?

La investigación de artículos fue realizada en las bases de datos Medline, Cochrane Library, Scopus, Pubmed, Dialnet, Ebscohost, ProQuest y Elsevier. Dentro de los criterios de inclusión se tuvo en cuenta principalmente los artículos que fomentan el manejo de los síntomas gastrointestinales en cuidado paliativo. Las autoras eligen por conveniencia cinco síntomas específicos.

Para la metodología de selección de artículos se realizó la clasificación por medio de la discriminación: inicialmente por títulos, posterior a eso se filtró la selección de los artículos por medio de los resúmenes y finalizando se revisó el texto completo de cada artículo; continuando con la revisión sistemática se aplica la declaración (PRISMA) que sus siglas significan: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, que propone los siguientes pasos: identificación, cribado, idoneidad e inclusión, gracias a esto se pudieron identificar varios factores que se mencionaran en los resultados¹⁵.

La revisión de literatura se realizó en el primer semestre del 2018 específicamente durante los meses de marzo a mayo de 2018, la investigación de artículos fue realizada en las bases de datos Medline, Cochrane Library, Scopus, Pubmed, Dialnet, Ebscohost, ProQuest y Elsevier, Gracias a que se utilizaron los operadores lógicos OR y

AND con sus respectivos truncadores, se pudo utilizar los términos clave de búsqueda por medio de los tesauros Decs: Cuidados paliativos (E02.760.666, N02.421.585.666), signos y síntomas digestivos (C23.888.821), enfermo terminal (M01.873), procesos de enfermería (N04.590.233.508); Mesh: Palliative Care, Signs and Symptoms, Digestive, Terminally Ill, Nursing Process.

Se establecieron criterios de inclusión: textos completos que estuvieran disponibles en línea, que estuvieran escritos en inglés y español, publicados a partir del 2005 al 2018 y que todas las búsquedas se limitaran a humanos; además se incluyeron los artículos que fomenten el manejo paliativo de los síntomas gastrointestinales. Como la sintomatología gastrointestinal que presentan los pacientes es altamente variada las autoras eligen por conveniencia cinco síntomas específicos los cuales son: anorexia, caquexia, disfagia, náuseas y vomito. Adicional la información de los artículos seleccionados debe poder tener cualquier componente del modelo revisado del manejo de síntomas de Marylin J. Dodd¹³, en donde su contenido brinda elementos sobre las estrategias para la experiencia del síntoma, el manejo de síntomas y el resultado en términos del estado del síntoma, se tuvo en cuenta los estudios, descriptivos, analíticos y experimentales, se escogen también los artículos que lo potencien con el manejo paliativos de síndrome anorexia caquexia, disfagia, náuseas y vómito en etapa crónica avanzada u oncológica terminal.

Se excluyeron de la selección por conveniencia de las autoras los síntomas gastrointestinales como: diarrea, obstrucción intestinal, estreñimiento, mucositis, xerostomía, además de eso se excluyen trabajos de grado, tesis doctorales, artículos de prensa. Los artículos que se encontraron repetidos en diferentes gestores de referencias se consideraron una sola vez. Debido a que el presente artículo es una revisión de literatura científica, no se presenta población objeto de estudio para la aplicación de consentimiento informado, ni a la adherencia del estudio a normas éticas nacionales o internacionales para la protección de los derechos de participantes de la investigación ya que no se presenta ninguno, anexando que siendo revisión sistemática no se somete a aprobación del comité de ética de la Universidad El Bosque.

Para evitar el sesgo en las comparaciones se identificó y se tuvo en cuenta toda la evidencia confiable pertinente para esta revisión sistemática.

Para evitar el sesgo que induce a la comunicación parcial o nula se verificó que ninguna de las autoras tuviera un interés comercial con esta revisión sistematizada.

Para abordar el problema del sesgo no identificable se realizó la búsqueda de la evidencia científica en las bases de datos que cumplen unas normas establecidas por la organización mundial de la salud.

RESULTADOS

A continuación, se plasma de manera cuantitativa toda la revisión del proceso relatado anteriormente.

En la [Tabla 1](#), se presenta de forma cuantitativa los resultados obtenidos mediante la búsqueda en 8 bases de datos y mediante la filtración por los títulos y revisión detallada de cada resumen de los artículos se obtienen los textos seleccionados para los resultados.

Tabla 1. Información cuantitativa del proceso

| Base de datos | Cuidados paliativos, signos y síntomas digestivos, enfermo terminal, procesos de enfermería | | | |
|------------------|---|----------------------|-----------------------|-------------------------|
| | Búsqueda Español/ Inglés | Resultados Obtenidos | Títulos seleccionados | Resúmenes seleccionados |
| Medline | 159 | 46 | 23 | 7 |
| Cochrane Library | 79 | 12 | 11 | 6 |
| Scopus | 59 | 8 | 6 | 5 |
| Pubmed | 198 | 86 | 31 | 10 |
| Dialnet | 55 | 10 | 9 | 6 |
| Ebscohost | 101 | 13 | 11 | 6 |
| ProQuest | 132 | 21 | 10 | 5 |
| Elsevier | 93 | 9 | 7 | 6 |
| Total | 876 | 205 | 108 | 51 |

En la [Tabla 2](#), se presenta los tipos de artículos que se seleccionaron que fueron 3 como son descriptivos, analíticos y experimentales en el rango de las fechas de publicación de los artículos y las cantidades obtenidas en total, se realiza un agregado de los autores que se tuvieron en cuenta con más de una publicación pero que fuera un estudio totalmente diferente.

Tabla 2. Tipo de artículos seleccionados

| Tipos de artículos | Cantidad de artículos | Año | Cantidad de artículos | Autores con más de un artículo incluido | Cantidad de artículos |
|--------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|--|-----------------------|
| Descriptivos | 40 | 2005 - 2009 | 5 | Wheelwright SJ, | 2 |
| Analíticos | 6 | 2010 - 2014 | 18 | Hopkinson JB, Darlington A, Fitzsimmons DF | |
| Experimentales | 5 | 2015 - 2018 | 28 | Hopkinson JB | 2 |

La [Figura 1](#), muestra el diagrama de flujo utilizado para la selección de los estudios.

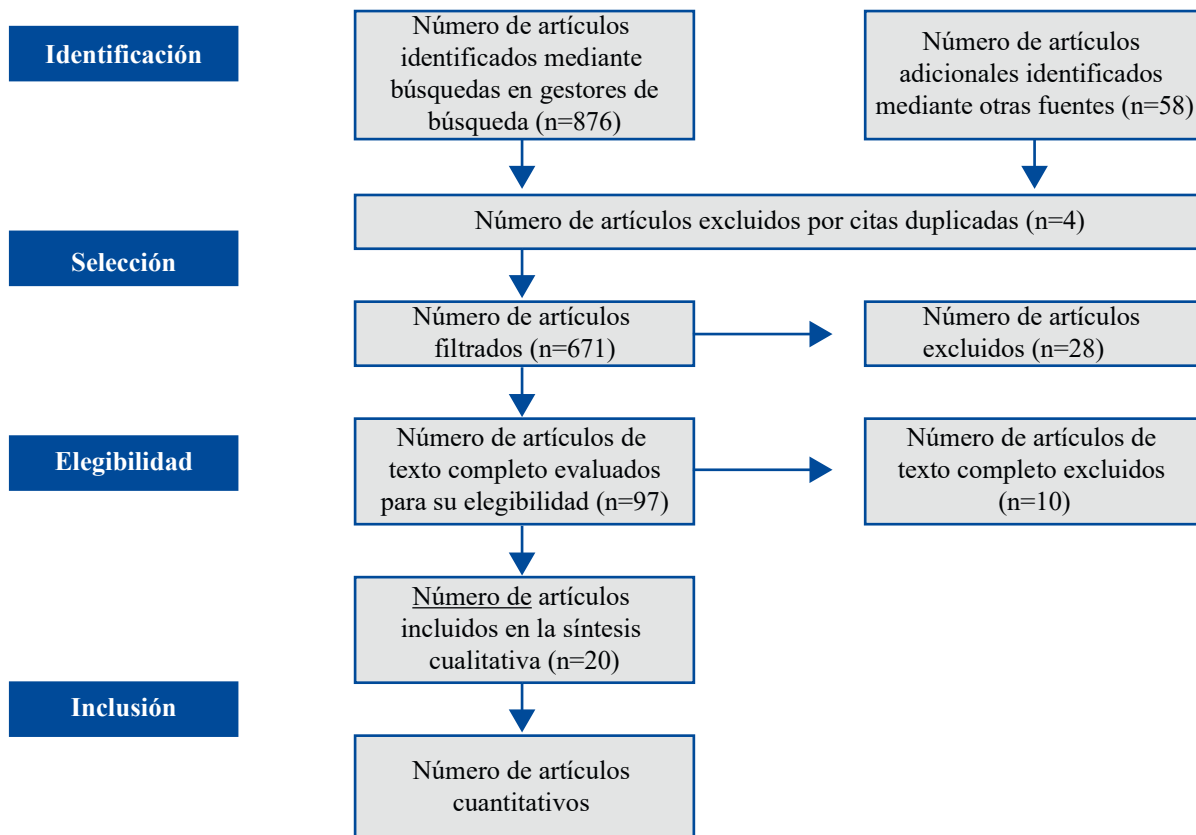


Figura 1. Diagrama de flujo de identificación, selección e inclusión de los estudios¹⁴

De acuerdo con la revisión de la literatura y respecto a los componentes del modelo revisado de manejo de los síntomas⁹, se analizaron 20 artículos en la categoría conceptual experiencia

del síntoma, se analizaron 21 artículos que presentan clasificación para la categoría conceptual en la estrategia manejo de los síntomas y se analizaron 10 artículos en la categoría del

resultado en términos del estado del síntoma, también se puede visualizar el resultado de los artículos en el diagrama de flujo del estudio en el ítem de inclusión en la que se muestra el número exactos de artículos cuantitativos y cualitativos que se tuvieron en cuenta para la revisión sistemática de literatura. Teniendo en cuenta esta clasificación y realizando el análisis de los artículos de la literatura a continuación se da a conocer el modelo revisado del manejo de síntomas en el año 2001 por Marilyn J. Dodd⁹, para que la estructura del artículo realizado se dé a entender de una manera más franca.

El modelo revisado del manejo de síntomas

El modelo conceptual del manejo de los síntomas (MCMS), presenta características dentro de su organización empírica, teórica y estructura conceptual, que accede a ser aplicado en el área de investigación y en el área clínica de una manera humilde, la cual puede demostrar aportes novedosos en la ejecución de un cuidado soportado por un modelo conceptual de enfermería o el desarrollo de una investigación con un sustento teórico sólido y novedoso, totalmente pertinente para cualquier fenómeno; este ha sido utilizado con evidencia de grandes resultados en la generación de relevantes y nuevos conocimientos para la práctica como para la investigación⁹.

El modelo de manejo de síntomas se implantó por primera vez en el año de 1994, algunos trabajos de la teoría del mismo modelo de síntomas de Sorofman y del modelo de autocuidado

de Dorothea Orem, valiéndose como marco de referencia para mejorar el abordaje de los síntomas desde la experiencia, estrategias de manejo y resultados de los mismos; debido a que no se podía exponer de la forma adecuada la percepción, el rol y las consecuencias deseadas Marilyn J. Dodd hizo una revisión del modelo en el año 2001, en la cual anexo nuevos aspectos conceptuales como los dominios de⁹:

- **Persona:** Exclusiva a la forma de un punto de vista individual perteneciente a la experiencia de los síntomas, incluyendo el nivel de maduración o la de desarrollo de un individuo⁹.
- **Salud y enfermedad:** Contiene factores de riesgo, lesiones o discapacidades; de igual manera, presenta efectos directos e indirectos sobre la experiencia del síntoma, la gestión y los resultados⁹.
- **Medio ambiente:** Explica el contexto en que se provoca un síntoma, incluye variables sociales, físicas y culturales. Los aspectos sociales incluyen la propia red de apoyo social y las relaciones interpersonales. El entorno físico abarca el hogar, el trabajo y el hospital. Los aspectos culturales del medio ambiente son aquellos valores, creencias y prácticas exclusivos de un grupo étnico, racial o religioso determinado⁹.
- **Enfermería:** La identifica cómo el modelo el cual corresponde a brindar un cuidado holístico requiere un conocimiento previo para el abordaje de la experiencia del síntoma y los factores asociados, en lo cual sea capaz de cuidar, crear confianza y apoyo⁹.

El modelo revisado define 6 conceptos: Experiencia de los síntomas, percepción de los síntomas, evaluación del síntoma, respuesta a los síntomas, estrategias de manejo de síntomas y resultados, a fin de establecer una relación entre ellos de forma bidireccional para tener más claridad y para efectos de sintetizar el artículo se plantea 3 conceptos principales que son: experiencia, estrategia y resultados, incluyendo los conceptos de: percepción, evaluación y respuesta. En el concepto de la experiencia del síntoma, al realizar la revisión de la literatura, esos 4 conceptos van entrelazados y se desarrollan simultáneamente⁹.

En el modelo se traza la necesidad de investigación sobre la analogía de los conceptos, para verificar el poder entre ellos y el esparcimiento de las dimensiones, la dimensión más manejada, documentada en varias investigaciones pertenece a la experiencia de los síntomas, lo cual se presentan 6 supuestos del modelo de gestión de los síntomas que resumidamente son¹³: El estándar de oro para el estudio de los síntomas se basa en la percepción del individuo que experimenta el síntoma y su autoinforme¹³. El síntoma no tiene que ser experimentado por un individuo para aplicarle este modelo de manejo, las estrategias de intervención podrían iniciarse antes de que un individuo experimente los síntomas¹³. Los pacientes no verbales (bebés, posictus, afásicos) pueden experimentar síntomas, la interpretación de estos la pueden hacer los padres o cuidadores⁹. Todos los síntomas molestos deben ser gestionados¹³. La estrategia de gestión puede estar dirigida a una persona, un grupo, una familia o el entorno del trabajo¹³. La gestión de

los síntomas es un proceso dinámico, es decir, que es modificado por los resultados individuales y las influencias de los dominios de enfermería de persona, salud, enfermedad o medio ambiente⁹.

Interpretación de los resultados desde los conceptos teóricos mayores del modelo revisado del manejo de síntomas.

Experiencia del síntoma (percepción, evaluación y respuesta del síntoma).

Los pacientes que presentan síntomas de origen gastrointestinales con patologías de cáncer u otras enfermedades crónicas avanzadas terminales son ampliamente prevalentes, la cual ocasionan un deterioro considerable en la calidad de vida de estos pacientes por lo que conlleva a solicitar medidas paliativas¹⁶; básicamente la etiología por lo general se presenta de manera multifactorial, por lo que se debe valorar y evaluar al paciente de una manera universal para poder reglamentar las medidas generales farmacológicas y no farmacológicas contra éstos síntomas desagradables en estos pacientes y poder brindarles una adecuada calidad de vida¹⁷.

Los síntomas manifestados a nivel digestivo, que inician en la boca se deben analizar de manera sistemática, dado que también se puede manejar de varias maneras para el control de éstos¹⁷. A medida en que pasa el tiempo se están presentando mejorías en los procesos y tratamiento para las patologías terminales en estos pacientes, por eso cuando presentan progresivamente lesiones entre la cabeza y el cuello es continuamente señalado como un resultado no deseado que se dan a

menudo por la mismas patologías y terapias administradas, en concreto las complicaciones de la cavidad oral pueden surgir durante y después del tratamiento y a menudo comprenden una serie de síntomas orales como la disfagia entre otras¹⁸.

La disfagia es un síntoma que se presenta frecuentemente en la población con una condición plausible de cuidados paliativos, relacionados con la enfermedad, éste estado aflige entre el 40 al 70% de personas que han presentado un accidente cerebrovascular, del 60 a 80% de las personas que presentan patologías neurodegenerativas^{19,20}, y alrededor del 60% en pacientes con enfermedades no malignas²¹, relacionados con el tratamiento entre un 60 –75% de las personas que han sido sometidas a radioterapia por neoplasias de cabeza o cuello²², adicional a esto, se presenta en pacientes institucionalizados entre el 51 al 78%, en hospitales de agudos por encima del 13% y en residencias por encima del 60%²³.

Cuando disminuye la eficacia del proceso deglutorio, las complicaciones que se pueden evidenciar comprenden: en un primer grupo se relaciona con la deshidratación y desnutrición, en el segundo grupo se encuentra la disminución de la seguridad de deglución produciendo asfixia y obstrucción de la vía aérea (aspiración traqueo bronquial), que en ocasiones resulta en neumonía en un 50% de los casos, en un tercer grupo no menos importante las complicaciones emocionales, sociales y psicológicas²⁴. Este síntoma incluida en el grupo de síntomas gastrointestinales tiene altas consecuencias en la calidad de vida de toda persona que la padezca²⁵, de la misma manera puede enlazarse a varias

complicaciones nutricionales y respiratorias que van a desconcertar en los distintos ámbitos psicosociales²⁴.

La dificultad para deglutir mediante el paso del bolo alimenticio iniciando desde la boca y finalizando en el estómago puede involucrar las diferentes fases de esta sucesión ante elementos de diversas consistencias, dentro de los síntomas de la disfagia se puede verificar el inconveniente para comenzar la deglución, regurgitación nasofaríngea, sensación de residuo faríngeo post-deglución²⁴, que se ve que esto afecta a las personas en su etapa al final de vida²⁶, los conduce a una considerable carga emocional, no sólo para la persona, sino también para los cuidadores y/o familiares^{24,27}.

Al final el paciente por sus mismas lesiones o dolor decide o no permite la alimentación de manera regular y por este motivo cesan los alimentos llevándolo a un estado de desnutrición alarmante²⁸, también se puede presentar que el paciente solo presente disminución del apetito por la misma incomodidad de las lesiones y a medida que va avanzando el deterioro del estado funcional con el impacto social y psicológico conforma un clásico síndrome de anorexia – caquexia¹⁹. Por esto cuando se habla de pérdida de peso involuntaria a expensas del músculo con o sin la pérdida de tejido adiposo se identifica como un síndrome multifactorial que puede acompañar la fase terminal de múltiples enfermedades crónicas²⁹.

Este síndrome constituye un factor de mal pronóstico en vista que se relaciona bien

con deducción en la expectativa de vida y se considera causa principal de muerte en un 20% de los pacientes con una patología oncológica²⁹, la incidencia es de aproximadamente un 50% a un 80%³⁰ y esto conlleva a una complicación con una carga emocional bastante elevada, además de esto se encuentran consideradas como caquexia a la disminución involuntaria de peso mayor o igual a 5% en un periodo de 6 meses o menos con aumento en las cifras de proteína C reactiva³¹.

En este estado, el cuerpo no puede usar de manera efectiva las calorías consumidas y el desgaste muscular continúa a pesar de las calorías adecuadas^{30,32}. Wheelwright et al, expresan que si los profesionales de la salud conocen la definición CACS ayuda a un diagnóstico oportuno y así mismo a un abordaje eficaz, entre las características de los pacientes con caquexia se destaca que tienen un aumento de la pérdida de 5% del peso corporal estable en los últimos 6 meses, o IMC <20 kg / m² y la disminución de peso en curso > 2%, o tienen la sarcopenia y la disminución de peso en curso >2%^{33,34}.

Por eso todo el personal de salud debe estar calificado y entrenado para valorar y evaluar la sintomatología previa del paciente antes de que inicie el CACS la cual en ocasiones puede aparecer, como en otros casos puede que no aparezcan con ciertos síntomas como las náuseas y el vómito, ya que producen incomodidad e insatisfacción para la persona y aumentan la obligación de cuidados especiales³⁵.

La anorexia y la pérdida de peso generalmente ocasionan un alto nivel de angustia para el

paciente y la familia y más cuando se le añaden otros síntomas como por ejemplo las náuseas y el vómito, debido al contexto cultural que tiene la comida, va más allá de proporcionar alimento al cuerpo, algunos pacientes y familiares ven la pérdida de peso relacionado con el vómito como un indicador negativo para la salud y consideran que si come y vomita la muerte esta próxima o se percibe como una condición progresiva que limita la vida^{36,37}.

Según Ruiz y Fernández la fisiopatología del vómito tiene lugar según cuatro áreas, la primera es el resultado de la estimulación del centro del vómito de manera directa, la segunda a través de estímulos que provienen de la zona gatillo quimiorreceptora (ZGQ), la tercera es mediante el sistema vestibular de la corteza cerebral y la cuarta puede originarse en la zona gastrointestinal (vía simpática y vagal)¹¹. Las náuseas y los vómitos son síntomas altamente comunes en los cuidados paliativos³⁸, la prevalencia en enfermedad oncológica es hasta el 70% y en la enfermedad no oncológica es hasta el 50%, estos síntomas son síntomas particularmente angustiosos, perturban la calidad de vida de las personas y posiblemente sea difícil de tratar³⁹.

Entre los principales factores que desencadenan y descontrolan estos síntomas se encuentran: en primer lugar, presentar una patología oncológica, adicional que esta se encuentre en una etapa avanzada o terminal, en segundo lugar puede deberse al uso farmacológico como los opioides, en tercer lugar está relacionado con otras enfermedades como la hipertensión endocraneana de origen vestibular, obstrucción

intestinal, hipercalcemia, tos irritativa, entre otras, en lo cual requiere de una cuidadosa valoración y exploración del paciente ya que nos puede encaminar a identificar la causa principal^{40,41}.

Estrategia del manejo del síntoma (manejo farmacológico y no farmacológico)

Rudakiewicz et al nos indica que en caso de la disfagia obstructiva por intrusión tumoral se pueda utilizar un ciclo corto de corticoides^{42,43}. Además de eso los cuidados generales se pueden aplicar sistemáticamente a todos los pacientes que presenten disfagia sugiriendo adaptar la dieta a una textura líquida, espesa y blanda, según las características clínicas propias de la disfagia y de acuerdo a los gustos de cada paciente, cuando se presenta la disfagia grave en el cual no responda al tratamiento e impida la alimentación oral, se deba realizar la implementación del manejo de sonda nasogástrica o de elaboración de ostomías se debe evaluar con el equipo de salud, paciente y cuidadores teniendo en cuenta el pronóstico de paciente y la opinión de la familia^{19, 26, 42}.

Magdalena et al sugieren dividir el abordaje que se debe realizar según la clasificación que propone la Organización Mundial de Gastroenterología¹⁹, una de ellas es la disfagia orofaríngea; a este tipo de disfagia da un buen aporte la terapia de la deglución, que consiste en los remedios sencillos como por ejemplo, el uso de prótesis dental para conducir a tratamientos dentales específicos, según sea necesario, la rehabilitación y reeducación de la deglución, se sugieren modificaciones apropiadas de la postura, agregar ácido cítrico para aumentar la alimentación, esto

mejora los reflejos deglutorios, ya que gracias al ácido aumenta la estimulación gustatoria y trigémina¹⁹.

Como segundo punto en la clasificación se encuentra la disfagia esofágica que sugieren alimentos blandos, fármacos anticolinérgicos como la hioscina, bloqueadores de los canales de calcio, medicación anti secretoria, relajantes del músculo liso, corticoides orales^{19,43}. Rudakiewicz y Sebastiano abarcan los aspectos relacionados con la higiene; enfatiza que los pacientes con disfagia deben mantener la higiene bucal, la boca y los labios deben mantenerse húmedos, dentaduras postizas o dientes cepillar por lo menos dos veces al día (mañana y noche), y cualquier residuo o alimentos que quedan en la cavidad oral debe ser eliminado después de las comidas para evitar la asfixia y prevenir la enfermedad de las encías^{18,43}.

Tanto para la disfagia como para los otros síntomas la importancia de un ambiente apropiado a la hora de comer, se debe siempre mantener la comodidad y la buena postura durante las comidas, por ejemplo, sentarse en posición vertical con una base estable para las piernas y los brazos cuando se comen en la mesa o colocados en posición vertical con la cabeza ligeramente flexionada hacia adelante para proteger las vías respiratorias cuando se come en la cama^{43,44}.

En la revisión de la literatura, se destaca que la nutrición artificial se debe replantear debido a unas series de cuestiones éticas para la determinación de ciertas decisiones, ya que

posiblemente esto puede ser visto como una forma agresiva de tratamiento en el manejo del paciente en cuidados paliativos; existen tres opciones para la nutrición artificial: 1: sonda nasogástrica, 2: gastrostomía endoscópica percutánea, 3: yeyunostomía, se deben plantear claramente los riesgos y beneficios médicos, los aspectos psicológicos, se debe evaluar el estado funcional y el pronóstico del paciente, antes de tomar la mejor decisión para el paciente y su familia^{23,43,45}.

Si hablamos de la pérdida de peso progresiva (anorexia) se puede decir que es un inconveniente que sobrelleva gran carga en la persona de manera emocional, actualmente se presentan 2 fármacos con utilidad demostrada en mejorarla: los corticoides (en personas con expectativa de vida limitada)¹⁷, como segunda opción; el acetato de megestrol ayuda a mejorar el apetito y el peso general del paciente, funciona al aumentar la acumulación de grasa sin afectar la masa corporal magra y la calidad de vida, adicional en la revisión de la literatura se encuentra que los progestágenos fueron efectivos, ciproheptadina, adicional el sulfato de zinc contribuye en el manejo de CACS gracias a que es un oligoelemento necesario en la transcripción, la nutrición, la motilidad gastrointestinal, la digestión, los procesos oxidativos, la señalización sináptica^{34,36}.

Para esta sintomatología el apoyo nutricional en pacientes con CACS o en riesgo de desarrollarlo; el uso de nutrientes específicos como los ácidos grasos poliinsaturados con actividad biológica como por ejemplo los ácidos grasos Omega-3, han mostrado una mejoría nutricional significativa, esto se debe a que modulan la respuesta

inflamatoria, sin embargo, es de resaltar que la provisión de calorías y proteínas “estándar” a los pacientes caquéticos con cáncer no dan como resultado un mejor anabolismo muscular⁴⁶.

Adicional a esto la actividad física ayuda a mantener la función muscular, dado que contribuye a optimizar la calidad de vida y la funcionalidad de las personas, la literatura enfatiza que este tipo de actividad física debe ser de tipo ahorradora de energía y con ejercicios que no sean de alto rendimiento^{33,36}. Yoon nos muestra que las terapias complementarias como la acupuntura, puede ser una forma prometedora de mejorar el deseo de comer y la pérdida de peso lenta en personas con cáncer gastrointestinal, además es una estrategia adecuada para implementar intervenciones tempranas en pacientes que tienen un alto riesgo de pérdida de peso involuntaria o para los pacientes con una ingesta oral deficiente, las enfermeras deben tener la capacidad de brindar información a los pacientes sobre modalidades de terapia complementaria, relacionadas con la seguridad y la viabilidad de su uso⁴⁷.

Tarricone y Meico cada uno en sus artículos recomiendan el uso del cannabis para el control de CACS, ya que los efectos terapéuticos del cannabis se deben a la activación de CB1 por parte del principal cannabinoide psicoactivo, el tetrahidrocannabinol (THC). En el estudio utilizaron THC sintético (dronabinol), aunque el dronabinol ha tenido efectos positivos en los estudios de caquexia por VIH, estos efectos no se han replicado en la población con cáncer, sin embargo, es necesario que se avance aún más en este tipo de estudios para confirmar la eficacia

en el manejo de este síntoma debido a que hay estudios contradictorios^{36,48}.

Para hablar de las estrategias de otro síntomas como lo son las náuseas y el vómito se cita la guía de práctica clínica para la atención de pacientes en cuidado paliativo, el principal medicamento para las personas con náuseas y vomito sin ningún tipo de relación con el tratamiento de radioterapia o quimioterapia es la metoclopramida, añaden a la terapia convencional los antagonistas de 5HT₃ en caso de insuficiente manejo de síntomas, en los pacientes con tratamientos de quimioterapia o radioterapia la profilaxis será con antagonistas de 5HT₃ como el ondansetrón, adicional a esto proponen el uso de corticoides como la dexametasona y el aprepitant, si los vómitos son irruptivos se recomiendan el uso de domperidona, lorazepam/alprazolam siempre valorando la intensidad de los efectos farmacológicos^{40,42}.

En la emesis anticipatoria recomiendan utilizar la psicoterapia por medio de los métodos conductuales como la desensibilización, relajación, hipnosis, entre otros^{38,42}. Espinar sugiere que algunas medidas generales para disminuir la sensación de náuseas o el vómito es proporcionando un ambiente sereno y agradable para el paciente, impidiendo la ansiedad familiar ante la ingesta de alimentos, es muy importante tener en cuenta el ambiente, cuidar los olores hay algunos como el aroma del café o del pan tostado que mejora el apetito y mejora la tolerancia^{38,40}.

El alimento, en la ingesta de líquidos las bebidas frías carbónicas en pequeños sorbos son útiles por su efecto anestésico de la mucosa gástrica y

para que todos estos cuidados se lleven a cabo y se obtenga un resultado exitoso es de gran importancia la buena higiene oral ya facilita radicalmente la ingesta⁴⁰. La literatura nos recuerda el abordaje sobre la elección de la mejor vía de administración de medicamento e hidratación, a pesar de que la vía oral es la primera elección en cuidados paliativos para este caso no sería muy efectiva se deberá seleccionar la vía subcutánea o en su defecto la vía intravenosa⁴¹.

Resultados y estado del síntoma

En general se considera que siempre se debe hacer énfasis en que las intervenciones deben ser más dirigidos hacia el suministro de información al paciente, la comunicación con metas claras, aparte se deben establecer y regular la evaluación y revisión, las enfermeras deben asegurarse de que la información entre la persona con su patología, el cuidador y el personal de salud sea eficiente y todos sean consciente de las necesidades^{21,42}. La parte emocional se ve afectada debido a que los pacientes y sus cuidadores pueden experimentar frustración y tristeza, por ejemplo cuando la ingesta de alimentos disminuye, lo asemejan con que la salud del paciente está disminuyendo²⁶.

El personal de enfermería debe estar capacitado para aliviar la sensación de impotencia y culpa de los miembros de la familia, adicional deben proporcionar la información sobre la hidratación y la nutrición en el final de la vida, alivianar las preocupaciones, brindar apoyo emocional, orientar a la familia a no obligar al paciente a forzar ingestas ineficaces⁴⁹, sino centrarse en que sean seguras, confortables y aliviar los síntomas

del paciente, de esta manera contribuir en minimizar el impacto que se posee en la calidad de vida²³.

Se documenta el papel fundamental de los terapeutas del habla y del lenguaje en la evaluación y gestión de las dificultades para tragar, en la comunicación, en la educación al paciente, su familia y participar en el cuidado del paciente en general, es importante que el personal de enfermería identifique lo que puede ofrecer para así mismo poder direccionar el paciente y su familia^{50,51}.

Cuando las enfermeras adquieren el conocimiento pueden discutir la percepción errónea que presentan en ocasiones los pacientes y sus familias dando un ejemplo claro el síndrome de anorexia-caquexia, en el cual expresan “comer más mejorará o restaurará la salud”⁵², el personal de enfermería podrá asesorar a las familias sobre la realidad y prepararlas para el futuro, esta es una habilidad primaria que deben desarrollar las enfermeras enfocadas al cuidado paliativo, adicional con estas intervenciones multimodales se mejorará la calidad de vida para el paciente plausible de cuidados paliativos y su familia³⁰. Se puede inferir de esta revisión sistematizada que la gestión de los síntomas gastrointestinales es compleja y difícil para los profesionales sanitarios que además para los pacientes oncológicos el significado es mayor⁵³.

Para muchos pacientes la vergüenza y la indignidad que resultan como por ejemplo de las náuseas y los vómitos sin resolver pueden ser tan angustiantes como la incomodidad experimentada⁵⁴. El

manejo exitoso de estos síntomas sigue siendo un desafío único e importante para las enfermeras en los cuidados paliativos, la evaluación holística y la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería, permiten a los enfermeros prestar una atención eficaz, individualizada y de alta calidad^{55,56} y su gestión además de depender de una estrategia, se debe incluir los dominios del conocimiento, de la cultura y los recursos³⁰.

DISCUSIÓN

De acuerdo a la revisión presentada se pudo evidenciar los avances en conocimiento, ciencia, tecnología, implementación y organización en el manejo y control de los diferentes síntomas en las personas con patologías terminales, sin embargo los estudios y las investigaciones se encuentran limitadas en este campo, resaltando la necesidad social de salud y la obligación de estar a la vanguardia en el manejo y control de los síntomas mencionados anteriormente, el profesional de enfermería debe estar en la capacidad intelectual de afrontar y atender la población en condición terminal y las instituciones de salud deben tener las condiciones para brindar cuidado a las personas plausibles de cuidados paliativos⁵⁷.

El cuidado de las personas con patologías terminales sometidos a diferentes medidas terapéuticas implica el abordaje y manejo del clúster de síntomas descontrolados desde una mirada multidimensional; aunque el abordaje inicial de estos síntomas es difícil, se encuentra en la literatura diferentes medidas efectivas para aliviarlos, puede ser desde una mirada

farmacológica y no farmacológica; se puede identificar una gran necesidad en la cual se debe indagar más sobre el manejo de estos síntomas, en donde enfermera pueda unificar el cuidado que brinda a personas plausibles de cuidados paliativos.

La evidencia muestra las diferentes maneras de abordar los síntomas desagradables gastrointestinales desde el empleo de altas tecnologías, la farmacología o desde las intervenciones alternativas. Ambas muestran la eficacia en el control del clúster de síntomas, precisamente porque se logra resaltar que el ser humano es holístico y así es como se debe intervenir, desde su dimensión espiritual, física y social.

El rol que enfrenta el enfermero en este campo aun no es claro y tiene el reto de identificar su rol en un equipo interdisciplinar y ser partícipe del control de los síntomas, asegurándose de las necesidades individuales, concretas y específicas en continuo cambio y evolución del paciente y su familia, fomentando la autonomía y los derechos de la persona y ofrecer acompañamiento, respetando sus valores, creencias y estilos de vida, siempre en pro del confort, bienestar y calidad de vida⁵⁸.

Cuidar se convierte en un acto profesional en el que se involucran los principios éticos y legales con el objetivo prioritario de cuidar y con una intensidad y diversidad de cuidados ajustada a la complejidad de cada caso. Una de las bases fundamentales de los cuidados paliativos es dar un soporte físico, espiritual y psicosocial al paciente estableciendo un abordaje de cuidado

especial, destinado a mejorar su calidad de vida, y la de sus familiares, por medio de la evaluación y del tratamiento adecuado para el alivio del dolor y de los síntomas, además de permitirle una muerte digna en el momento que así deba ser⁵⁹.

Son retos para la investigación en enfermería en primer lugar, la necesidad de desarrollar marcos teóricos adecuados para la investigación de grupos de síntomas en enfermedad terminal⁶⁰. Los métodos de identificación de clúster necesitan más comparación para ver cuál ofrece la mejor evidencia. Se requieren más estudios con poblaciones específicas en el contexto local de corte transversal o longitudinal con el fin de investigar la influencia de los grupos de síntomas en el paciente. Los estudios longitudinales que utilizan el enfoque de determinación de patrones de síntomas dentro de un clúster son necesarios para identificar severidad y cambios en los grupos de síntomas con el tiempo⁶¹.

Con respecto a las investigaciones realizadas se cree que se debe establecer un consenso en torno a las metodologías estadísticas empleadas; ya que el clúster de síntomas que puede presentar una persona debe ser considerado de manera inmediata para poder brindar una adecuada evaluación e intervenir de manera oportuna, asimismo, es necesario explorar los predictores de la severidad de los síntomas y la angustia que representa para los pacientes⁶².

CONCLUSIONES

La evidencia nos arroja las diferentes formas de abordar los síntomas desagradables gastrointestinales, desde la forma farmacológica

como el uso de diferentes medicamentos o tecnologías, por otro lado, muestra la forma no farmacológica con la implementación de diferentes técnicas alternativas, complementarias las cuales tienen sustento científico, enfermería tiene una gran labor en no solo conocer estas prácticas sino que además poder sustentarlas para colocarlas en práctica y así mejorar la calidad de vida de los usuarios plausibles de cuidados paliativos, los cuales no solo tienen necesidades físicas sino espirituales y sociales⁶³.

Cuidar es el arte de la enfermería, pero se debe hacer fundado en la evidencia científica, sustentado en el conocimiento, con convicción de querer hacer el bien a los usuarios con diferentes necesidades y sobre todo logrando la empatía necesaria para no imponer las medidas de mejora sino argumentarla lo suficiente claro que en conjunto con el usuario, la familia y el equipo interdisciplinario se lleguen a acuerdos, en pro de controlar los síntomas desagradables gastrointestinales, la intención es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades oncológicas y crónicas con el abordaje de síntomas desagradables gastrointestinales^{64,65}.

Cabe resaltar que es preciso fortalecer la enseñanza sobre el cuidado de personas con enfermedad terminal en estudiantes de pregrado, posgrado y en personal asistencial, desde la perspectiva de necesidades de cuidado paliativo y, en especial, en el diseño de planes de atención orientados al manejo de la carga de síntomas; el estudio de estos síntomas constituye un área de relevancia clínica que debe guiar la investigación y la práctica de enfermería en cuidados paliativos.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Organización Mundial de la Salud.** Cuidados Paliativos. Barcelona: WHO. Int, 19 feb 2018. [citado 26 abr 2018].
2. **Ministerio de Salud y Protección Social.** ABECÉ Cuidados Paliativos. Bogotá: 01 Jul 2016. [citado 17 mar 2018].
3. **Congreso de la República.** Ley Consuelo Devis Saavedra; Diario Oficial No. 49.268 de 8 de septiembre de 2014. Corte Constitucional. Ley 1733 de 2014. Bogotá; 2014.
4. **Universidad El Bosque.** Salud y Calidad de Vida Enfermería en Cuidados Paliativos: calidad de vida para pacientes y sus familias. Bogotá; 2017. [citado 8 ago 2018].
5. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución número 1416 de 2016; Diario Oficial No. 49.850 de 20 de abril de 2016.
6. **Congreso de la República.** Ley Sandra Ceballos; Diario Oficial No. 47.685 de 19 de abril de 2010. *Corte Constitucional.* Ley 1384 de 2010. Bogotá; 2010.
7. **Torres CC, Buitrago-Vera M.** Percepción de cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Rev Cuid.* 2011; 2(2): 138 - 48. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.49>
8. **Wheeler MS.** Primary Palliative Care for Every Nurse Practitioner. *JNP.* 2016; 12(10): 647-53. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.09.003>
9. **Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al.** Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs.* 2001; 33(5): 668-76. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
10. **Linder L.** Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: Implications for Pediatric Oncology Nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing. J Pediatr Oncol Nurs.* 2010; 27(6): 316-24. <https://doi.org/10.1177/1043454210368532>
11. **Santamaría NP, García LE, Sánchez HB, Carrillo GM.** Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. *Rev Lat Bio.* 2016; 16(1): 104-27. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1443>
12. **Ruiz BM, Fernández FM.** Tratamiento de los síntomas digestivos. *FMC.* 2005; 12(5): 56-66. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(05\)74629-6](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(05)74629-6)
13. **Cuidados paliativos.info.** Alimentación en el enfermo terminal. Valladolid Oeste. *Orixwp.* [Citado 12 Jul 2018].
14. **Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR.** The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007; 15(3): 508-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009; 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
16. Gómez BX, Martínez MM, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliative Medicine.* 2014 28(4): 302-11. <https://doi.org/10.1177/0269216313518266>
17. López LP. Tratamiento de los síntomas digestivos. *Aten Primaria.* 2006; 38(Supl 2): 47-56. <https://doi.org/10.1157/13094775>
18. Mercadante S, Aielli F, Adile C, Ferrera P, Valle A, Fusco F, et al, prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Support Care in Cancer.* 2015; 23(11): 3249-55. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2720-y>
19. Magdalena J, Bazzoli F, Boeckxstaens G, Looze D, FriedM, Kahrilas P, et al, Guías mundiales de la WGO - Disfagia. 2014. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-spanish-2014.pdf> [Citado 3 may 2018].
20. Sampson EL, Jones L, Thuné BI, Kukkastenvemas R, King M, Leurent B, et al. Palliative assessment and advance care planning in severe dementia: An exploratory randomized controlled trial of a complex intervention. *Palliative Medicine.* 2011; 25(3): 197-209. <https://doi.org/10.1177/0269216310391691>
21. Bogaardt H, Veerbeek L, Kelly K, Van der Heide A, Van Zuylen L, Speyer R. Swallowing Problems at the End of the Palliative Phase: Incidence and Severity in 164 Unsedated Patients. *Dysphagia.* 2015; 30(2): 145-51. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9590-1>
22. Dutton SJ, Ferry DR, Blazeby JM, Abbas H, Dahle SA, Mansoor W, et al. Gefitinib for oesophageal cancer progressing after chemotherapy (COG): a phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. *Lan Onc.* 2014; 15(8): 894-904. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70024-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70024-5)
23. Ferrero LM, Rubia OJ, Castellano VE, González MC, Sanchis BV, Navarro SR. Los factores relacionados con la mortalidad en pacientes con disfagia ayudan en la toma de decisiones dietéticas y nutricionales. *Nutr Hosp.* 2015; 31(2): 820-8.
24. Gutiérrez AA, Ruales SK, Giraldo CL, Rengifo VM. Escalas de calidad de vida y valoración de los síntomas en disfagia. *Revista Med.* 2015; 23(1): 52-7. <https://doi.org/10.18359/rmed.1329>
25. Massey S. Esophageal cancer and palliation of dysphagia. *Clin Jour Onc Nurs.* 2011; 15(3): 327-9. <https://doi.org/10.1188/11.CJON.327-329>
26. Smith BJ, Chong L, Nam S, Seto R. Dysphagia in a Palliative Care Setting - A Coordinated Overview of Caregivers' Responses to Dietary Changes: The DysCORD Qualitative Study. *Jour of Palliat Car.* 2015; 31(4): 221-7. <https://doi.org/10.1177/082585971503100403>
27. Heckathorn D, Speyer R, Taylor J, Cordier R. Systematic Review: Non-Instrumental Swallowing and Feeding Assessments in Pediatrics. *Sprin Lin.* 2015; 31(1): 1-23. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9667-5>
28. Blum D, Omlin A, Baracos VE, Solheim TS, Tan BH, Stone P, et al. Cancer cachexia: a systematic literature review of items and domains associated with involuntary weight loss in cancer. *Crit Rev OncolHematol.* 2011; 80(1): 114-44. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.10.004>
29. Agámez IC, Álvarez TH, Mera GM. Paliación y Cáncer. 1era ed. Bogotá. *Ladiprint Editoria S.A.S.* 2012.
30. Millar C, Reid J, Porter S. Healthcare professionals; response to cachexia in advanced cancer: a qualitative study. *Oncology nursing forum.* 2013; 40(6): E393. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.E393-E402>
31. Romeiro FG, Okoshi K, Zornoff LA, Okoshi MP. Alteraciones gastrointestinales asociadas a la insuficiencia cardíaca. *Arq. Bras. Cardiol.* 2012; 98(3): 273-77.
32. Wheelwright SJ, Hopkinson JB, Darlington A, Fitzsimmons DF, Fayers P, Balstad TR, et al. Development of the EORTC QLQ-CAX24, a questionnaire for cancer patients with cachexia. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2016; 53(2): 232-42. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.010>
33. Wheelwright SJ, Darlington A, Hopkinson J, Fitzsimmons DF, White A, Johnson C. A systematic review of health-related quality of life instruments in patients with cancer cachexia. *Supp Car Canc.* 2013; 21(9): 2625-36. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1881-9>
34. Ezeoke CC, Morley JE. Pathophysiology of anorexia in the cancer cachexia syndrome. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle.* 2015; 6(4): 287-302. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12059>
35. Webb A. Management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer at the end of life. *Nurs Stand.* 2017; 32(10): 53-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10993>
36. Tarricone R, Ricca G, Nyanzi WB, Medina LA. Impact of cancer anorexia-cachexia syndrome on health-related quality of life and resource utilisation: A systematic review. *Critic Rev Onc/Hemat.* 2016; 99: 49-62. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2015.12.008>
37. Hopkinson JB. Food connections: A qualitative exploratory study of weight- and eating-related distress in families affected by advanced cancer. *Europ Jour Onc Nurs.* 2015; 20: 87-96. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.002>
38. Espinar CE. Los cuidados paliativos: acompañado a las personas en el final de la vida. *Cuad. Bioét.* 2012; 23(77):169-76.
39. Neoh K, Adkinson L, Montgomery V, Hurlow A. Management of nausea and vomiting in palliative care. *British Journ Hosp Medic.* 2014; 75(7): 391-6. <https://doi.org/10.12968/hmed.2014.75.7.391>
40. Centeno CC, Gómez SM, Nabal VM, Pascual LA. Manual de medicina paliativa Navarra: *EUNSA*; 2009. [Citado 14 May 2018].

41. Glare P, Miller J, Nikolova T, Tickoo R. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clinic intervent agin*. 2011; 6: 243-59. <https://doi.org/10.2147/CIA.S13109>
42. Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia, Minsalud, Iets. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción) Guía N°58. 2016.
43. Rudakiewicz J. Methods for managing residents with dysphagia. *Nursing Older People*. 2015; 27(4): 29-36. <https://doi.org/10.7748/nop.27.4.29.e694>
44. Middleton S, McElduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D'Este C, et al. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2011; 378(9804): 1699-1706. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61485-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61485-2)
45. LaDonna K, Koppman WJ, Ray SL, Venance SL. Hard to Swallow: A Phenomenological Exploration of the Experience of Caring for Individuals With Myotonic Dystrophy and Dysphagia. *The Journal of neuroscience nursing*. 2016; 48(1): 42-51. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000178>
46. Laviano A, Lazzaro Giralardi G, Koverech A. Does nutrition support have a role in managing cancer cachexia? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2016; 10(4): 288-92. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000242>
47. Yoon SL, Grundmann O, Williams JJ, Carriere G. Novel intervention with acupuncture for anorexia and cachexia in patients with gastrointestinal tract cancers: a feasibility study. *Oncology nursing forum*. 2015; 42(2): E102. <https://doi.org/10.1188/15.ONF.E102-E109>
48. Meiko P, Minhaz K, Soha A, Mark P, Carlo DeA. Medical marijuana as a therapeutic option for cancer anorexia and cachexia: A scoping review of current evidence. *Journal of Pain Management*. 2016; 9(4): 435.
49. Penner JL, McClement S, Lobchuk M, Daeninck P. Family Members' experiences caring for patients with advanced head and neck cancer receiving tube feeding: a descriptive phenomenological study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012; 44(4): 563-71. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.016>
50. O'Reilly AC, Walshe M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: An international survey. *Palliat Med*. 2015; 29(8): 756-61. <https://doi.org/10.1177/0269216315575678>
51. Zhen Y, Wang J, Tao D, Wang H, Chen W. Efficacy survey of swallowing function and quality of life in response to therapeutic intervention following rehabilitation treatment in dysphagic tongue cancer patients. *European Journ Onc Nurs*. 2011; 16(1): 54-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.03.002>
52. Hopkinson JB, Richardson A. A mixed-methods qualitative research study to develop a complex intervention for weight loss and anorexia in advanced cancer: The Family Approach to Weight and Eating. *Palliative Medicine*. 2015; 29(2): 164-76. <https://doi.org/10.1177/0269216314556924>
53. Porta SJ, Trellis NJ, Llorens TS, Moreno AD, Guerrero TM, Galiano BM, et al. Cuidados paliativos en hematología clínica: experiencia de una consulta integrativa en pacientes con mieloma múltiple. *Medicina Paliativa*. 2017; 24(24): 188-95. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.01.002>
54. Collis E, Mather H. Nausea and vomiting in palliative care. *Bmj*. 2015; 3: h6249. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6249>
55. Campbell T, Hatley J. The management of nausea and vomiting in advanced cancer. *Int J Palliat Nurs*. 2000; 6(1):18-25. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2000.6.1.18>
56. Boemer MR. Sobre cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43(3): 500-1. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300001>
57. Espinoza VM, Valenzuela SS. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. *Revi Cubana Enfermer*. 2011; 27(2):141-50.
58. Kenny C, Gilheaney O, Walsh D, Regan J. Oropharyngeal Dysphagia Evaluation Tools in Adults with Solid Malignancies Outside the Head and Neck and Upper GI tract: A systematic review. *Dysphagia*. 2018; 3(2):1-18. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9892-9>
59. Tejada DF, Ruíz DM. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. *Enf Glob*. 15: 1-13.
60. Lopera de PA. 10 años de la ley 911 de 2004. *av. enferm*. 2014; 32(2): 1.
61. Sánchez HJ, Gonzalez GJ, Torijano CML. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2014; 42(1): 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.10.013>
62. Carrillo GG. Los grupos de síntomas en personas con cáncer: una revisión integrativa. *Aquichan*. 2017; 17(3): 257. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.3>
63. Castañeda ÁH. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Rev Cuid*. 2015; 6(1): 906-13. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.146>
64. Sánchez RT, Molina EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid*. 2016; 7(1): 1171-84. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
65. Alves D, Silva L, Delmondes G, Lemos IC, Kerntopf MR, Albuquerque G. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. *Rev Cuid*. 2016; 7(2): 1318-24. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.336>