

CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: INDICACIÓN DE PALIACIÓN**CUIDADOS PALIATIVOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR: INDICAÇÃO DA PALIAÇÃO****PALLIATIVE CARE IN HOME CARE: INDICATION FOR PALLIATION**

Francisca Karolline Lima dos Santos¹, Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes², Elza Lima da Silva³, Andrea Cristina Oliveira Silva⁴, Ana Karoline Moreira⁵, Andressa Bastos e Bastos⁶, Anne Caroline Rodrigues Aquino⁷

Cómo citar este artículo: Cuidados paliativos en la atención domiciliar: indicación de paliación. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acceso en: ____]; 14(1): e202569. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v14i1.6698>

RESUMEN

Objetivo: Investigar las condiciones de los pacientes acompañados por el “Programa Mejor en Casa” considerando los criterios para la indicación de cuidados paliativos. **Método:** Estudio transversal realizado en São Luís, Maranhão, con una muestra de 71 pacientes. Se utilizó un instrumento que contenía variables socioeconómicas y la Palliative Care Screening Tool Scale para indicar la paliación. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran del sexo femenino (56,34%), solteros (46,48%), primaria completa (43,66%), fuera de la fuerza laboral (36,63 %), ingreso familiar entre 1 a 2 salarios mínimos (78,87 %), con edad entre 70 -86 años (32,40%). En cuanto a la enfermedad de base, el 45,07% tiene secuelas de ictus, el 54,93% tiene enfermedades asociadas, siendo frecuentes las cardiovasculares y metabólicas (37,90%), el 59,15% necesita ayuda y el 69,10% tiene grado de dependencia 4. **Conclusión:** Los criterios de paliación indicaron que la mayoría de los pacientes fueron considerados elegibles para Cuidados Paliativos, lo que contribuye a la implementación de intervenciones calificadas por el equipo multidisciplinario.

Descriptores: Cuidados Paliativos; Atención Domiciliar de Salud; Enfermedad Crónica.

¹Enfermero. Licenciatura en Enfermería. Universidad Federal de Maranhão. Universidad Federal de Maranhão.<https://orcid.org/0000-0001-6039-9250>

²Enfermero. Doctorado en Ciencias. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Maranhão. flavia.farias@ufma.br. Universidad Federal de Maranhão.<https://orcid.org/0000-0001-7490-9362>

³Enfermero. Doctorado en Fisiopatología Clínica y Experimental. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Maranhão. Universidad Federal de Maranhão.<https://orcid.org/0000-0002-0287-046X>

⁴Enfermero. Doctorado en Ciencias. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Maranhão. Universidad Federal de Maranhão.<https://orcid.org/0000-0003-1154-6394>

⁵Estudiante de enfermería. Universidad Federal de Maranhão. Universidad Federal de Maranhão.<https://orcid.org/0000-0003-3308-5138>

⁶Estudiante de enfermería. Universidad Federal de Maranhão. Universidad Federal de Maranhão.<https://orcid.org/0000-0002-5520-6941>

⁷Enfermero. Licenciatura en Enfermería. Universidad Federal de Maranhão. Universidad Federal de Maranhão.<https://orcid.org/0000-0003-0238-0118>

RESUMO

Objetivo: Investigar as condições dos pacientes acompanhados pelo “Programa Melhor em Casa” considerando os critérios de indicação de cuidados paliativos. **Método:** Estudo transversal realizado em São Luís, Maranhão, com amostra de 71 pacientes. Utilizou-se um instrumento contendo variáveis socioeconômicas e a Escala Palliative Care Screening Tool para indicação de palição. **Resultados:** A maioria dos pacientes eram do sexo feminino (56,34%), solteiros (46,48%), ensino fundamental completo (43,66%), fora da força de trabalho (36,63%), renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (78,87%), faixa etária entre 70-86 anos (32,40%). Quanto a doença de base, 45,07% apresentam sequelas de Acidente Vascular Cerebral, 54,93% doenças associadas sendo as cardiovasculares e metabólicas frequentes (37,90%), 59,15% necessitam de ajuda e 69,10% têm grau de dependência 4. **Conclusão:** Os critérios de palição indicaram que a maioria dos pacientes foram considerados elegíveis para os Cuidados Paliativos, o que contribui na implementação de intervenções qualificadas pela equipe multiprofissional. **Descritores:** Cuidados Paliativos; Assistência Domiciliar; Doença crônica.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las condiciones de los pacientes acompañados por el “Programa Mejor en Casa” considerando los criterios para la indicación de cuidados paliativos. **Método:** Estudio transversal realizado en São Luís, Maranhão, con una muestra de 71 pacientes. Se utilizó un instrumento que contenía variables socioeconómicas y la Palliative Care Screening Tool Scale para indicar la paliación. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran del sexo femenino (56,34%), solteros (46,48%), primaria completa (43,66%), fuera de la fuerza laboral (36,63 %), ingreso familiar entre 1 a 2 salarios mínimos (78,87 %), con edad entre 70 -86 años (32,40%). En cuanto a la enfermedad de base, el 45,07% tiene secuelas de ictus, el 54,93% tiene enfermedades asociadas, siendo frecuentes las cardiovasculares y metabólicas (37,90%), el 59,15% necesita ayuda y el 69,10% tiene grado de dependencia 4. **Conclusión:** Los criterios de paliación indicaron que la mayoría de los pacientes fueron considerados elegibles para Cuidados Paliativos, lo que contribuye a la implementación de intervenciones calificadas por el equipo multidisciplinario. **Descriptor:** Cuidados Paliativos; Atención Domiciliar de Salud; Enfermedad Crónica.

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos (CP) son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ como un conjunto de acciones promovidas por un equipo multidisciplinar con el objetivo de mejorar la calidad de vida de pacientes sin perspectiva de curación para determinadas condiciones de salud. La CP surgió en la atención a pacientes con cáncer en fase terminal, pero con el tiempo se incorporó a la atención de pacientes que padecían otras

enfermedades crónicas no transmisibles (ENT).—como el Alzheimer, el accidente cerebrovascular, el Parkinson y otros.

Desde la última década, los cuidados paliativos vienen expandiéndose en Brasil, aunque de forma incipiente. Algunas investigaciones en Cuidados Paliativos indican la importancia de la difusión de esta línea de cuidados, tan necesaria delante del envejecimiento poblacional y los cambios epidemiológicos en el país.² Estos dos fenómenos de transición demográfica y

transición epidemiológica, en países en desarrollo como Brasil, han conllevado a un aumento acentuado del número de personas mayores y, consecuentemente, a un aumento del número de Enfermedades Crónicas No Transmisibles que son responsables de generar la necesidad de cuidados paliativos.³

Según la OMS, se estima que en Brasil hay entre 521.000 y 536.000 personas que requieren cuidados paliativos, pero estos pacientes solo son elegibles para dicha atención al final de sus vidas, lo que restringe el trabajo de los equipos especializados en esta área.² La mitad de los servicios de cuidados paliativos en Brasil se concentran en el estado de São Paulo, destacando el predominio de la atención ambulatoria en la red pública, con pacientes oncológicos y no oncológicos, adultos y ancianos.⁴ Así, la escasez de esta atención domiciliaria en la atención primaria de salud es notable, incluso con una encuesta realizada en 2017 por la Kaiser Family Foundation en asociación con el periódico *The Economist* que indica que la muerte en el hogar es preferencial para los pacientes y los familiares.²

En atención primaria, a medida que han avanzado los estudios, se observa que los pacientes con secuelas discapacitantes y un deterioro de las funciones físicas como resultado de una o más ENT son elegibles para recibir cuidados paliativos.⁵ Las ENT llevan al paciente a un deterioro funcional

progresivo, incapacitando a la persona hasta la muerte. Esta relación entre el envejecimiento poblacional y la incidencia de las ENT fomenta la necesidad de expandir los AP en el país, siendo así un gran desafío para los gestores de Salud Pública en Brasil, dados los niveles de atención.⁶

La atención a los pacientes con enfermedades crónicas, de acuerdo con la teoría de los Cuidados Paliativos, se basa en la perspectiva de ofrecer bienestar y confort en la continuidad de la vida, ya sea a través de la prevención, el tratamiento adecuado y la orientación familiar. Por tanto, para una mejor asistencia y promoción de los CP, es necesario el trabajo de un equipo multidisciplinario, que tenga como objetivo atender las necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente y sus familiares.⁷

Brindar atención a quienes se encuentran en las últimas etapas de la vida representa un gran desafío para el equipo multidisciplinario. El equipo de enfermería se destaca en esta atención por permanecer al lado del paciente, ofreciendo una atención integral, no sólo a través de la técnica profesional y el conocimiento científico, sino también de la capacidad de escuchar y comprender la situación vivida por él y su familia.⁷

Los Cuidados Paliativos, en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS), son ofrecidos en el domicilio por

profesionales vinculados a la Atención Primaria de Salud (ABS) o al Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), y por el cuidador. A través del ABS, este servicio se presta en las Unidades Básicas de Salud (UBS), Equipos de Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y en las SAD, a través de los Equipos Multidisciplinarios de Atención Domiciliaria y Equipo Multidisciplinario de Apoyo. El cuidador es la persona que proporciona cuidados directamente de forma continua o regular, y generalmente es un familiar cercano. En los últimos años la atención domiciliaria se ha centrado en pacientes que necesitan cuidados paliativos. El Programa “Mejor en Casa” del Ministerio de Salud estableció lineamientos para organizar la atención domiciliaria dirigida a este público.⁸

Se espera que este estudio contribuya al mejoramiento de las políticas de salud pública y fomente la implementación de estrategias que promuevan una mejor calidad de vida de los pacientes en Cuidados Paliativos y sus cuidadores familiares. Desde esta perspectiva, a partir de la atención domiciliaria brindada por el Programa “Mejor en Casa” en cuidados paliativos a clientes con enfermedades crónicas avanzadas, este trabajo tiene como objetivo investigar las condiciones de los pacientes acompañados por el Programa “Mejor en Casa” considerando los criterios de indicación de cuidados paliativos.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, con abordaje en Cuidados Paliativos en Domicilio, realizado en la ciudad de São Luís, capital del estado de Maranhão, donde las instituciones de salud encaminan pacientes en cuidados paliativos para acompañamiento domiciliario a través del Programa Mejor en Casa (PMC).

Este estudio cumple con los aspectos éticos de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud y fue sometido a la Plataforma Brasil dirigido al Comité de Ética en Investigación (CEP), evaluado y aprobado bajo el nº 3.643.591 y por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Maranhão, bajo el protocolo CAAE-11424619200005087. Los datos publicados corresponden a un análisis parcial de una investigación más amplia titulada “Cuidados paliativos centrados en la familia”.

La población del estudio estuvo constituida por 156 personas registradas en el Programa Mejor en Casa, de 18 años o más, con problemas de salud compensados/controlados, clasificados como Enfermedades Crónicas No Transmisibles y que consintieron en participar del estudio o tuvieron su participación autorizada por su responsable/cuidador mediante la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI). Sin embargo, solo 71

personas participaron en el estudio debido a las dificultades de recopilación de datos causadas por la pandemia de Covid-19.

Entre los criterios de exclusión se consideraron todos los casos de pacientes con necesidad de seguimiento continuo, necesidad de asistencia de enfermería continua, necesidad de propedéutica complementaria, con potencial demanda de realización de varios procedimientos diagnósticos, en secuencia, de forma urgente; necesidad de tratamiento quirúrgico urgente; o necesidad de ventilación mecánica invasiva continua.

Desde diciembre de 2020 hasta febrero de 2021 se recopilaron datos de algunos de los pacientes registrados y tratados por el PMC. El PMC opera en cuatro equipos con base en los Hospitales de Emergencia Municipales, brindando asistencia multidisciplinaria de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, técnicos de enfermería, fisioterapeutas, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento sistematizado con datos socioeconómicos y demográficos, así como los criterios de indicación de cuidados paliativos según la escala Palliative Care

Screening Tool – PCST – proporcionada por el Centro para el Avance de los Cuidados Paliativos (TABLA 1). El instrumento incluyó variables como edad, sexo, raza, educación, estado civil, trabajo/ocupación, ingreso familiar, condiciones de la vivienda, número de residentes, número de habitaciones, enfermedades de base y/o asociadas, datos de contacto de familiar y/o tutor.

La escala PCST indica si se requieren o no cuidados paliativos a partir de la suma de los ítems y se caracteriza de la siguiente manera: hasta dos puntos sin indicación de cuidados paliativos; hasta tres puntos el paciente deberá mantenerse bajo observación clínica; Igual o mayor a cuatro puntos se considera indicación de cuidados paliativos. El procedimiento de recolección de datos se realizó mediante contacto telefónico disponible en los historiales médicos de los pacientes, por entrevistadores estudiantes de pregrado en Enfermería de una Universidad Pública del Estado de Maranhão, debidamente capacitados y bajo la supervisión del profesor supervisor, responsable de la investigación.

Tabla 1 – Escala de la herramienta de detección de cuidados paliativos (PSCT)

Escala: Palliative Care Screening Tool⁸	
Crítério número 1 Doenças de base – Dois pontos para cada subitem: 1. Câncer – metástase ou recidivas 2. Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada – repetidas exacerbações 3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) – decréscimo de função motora $\geq 50\%$ 4. Insuficiência renal grave – <i>clearance</i> de creatinina < 10 ml/min 5. Doença cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE $< 25\%$, miocardiopatia e insuficiência coronariana significativa 6. Outras doenças limitantes à vida do paciente	Crítério número 2 Doenças associadas – um ponto para cada subitem: Doença hepática Doença renal moderada – <i>clearance</i> de creatinina < 60 ml/min DPOC moderada – quadro clínico estável ICC moderada – quadro clínico estável Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto
Crítério número 3 Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de dependência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas diárias confinado ao leito ou à cadeira de rodas. Pontua-se de 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante)	Crítério número 4 Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem: 7. Necessidade de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas 8. Histórico de internações recentes em serviços de emergência 9. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base 10. Internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico
A soma dos subitens justificará a indicação ou não de cuidados paliativos: Até dois pontos – sem indicação de cuidados Até três pontos – observação clínica Maior ou igual a quatro pontos – considerar cuidados paliativos	

Fuente: Centro para el Avance de los Cuidados Paliativos. Cruce de estándares de JCAHO y cuidados paliativos: políticas, procedimientos y herramientas de evaluación; 2007. pág. 66. Disponible en: http://www.capc.org/supportfrom-capc/capc_publications/JCAHO-crosswalk-new.pdf. Acceso el 10 de abril de 2021.

El análisis de datos se realizó mediante medidas descriptivas para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas con la construcción de

una tabla de contingencia para las variables cualitativas. Para el análisis se utilizó el programa SPSS 25.0.

RESULTADOS

Los participantes fueron 71 pacientes en cuidados paliativos con las características socioeconómicas descritas en la Tabla 1. Hubo un mayor porcentaje de mujeres (56,34%), mestizos (47,89%), solteros (46,48%), %, educación primaria completa (43,66%), fuera de la fuerza laboral (36,63%), ingreso familiar entre 1 y 2 salarios mínimos (78,87%). En el grupo de

edad, la mayor frecuencia fue entre 70-86 años (32,40%), con una edad media de 67,20 años y una desviación estándar de 20,74.

Las situaciones de vivienda más prevalentes entre los pacientes atendidos por el programa Mejor en Casa fueron las viviendas propias (88,73%), con predominio de 4 a 6 habitaciones (67,61%). Los registros mostraron que el número de

residentes varía de 4 a 5 (43,66%), con un promedio de 4 personas por residencia.

Tabla 1- Características socioeconómicas y demográficas de los pacientes atendidos por el programa Mejor en Casa. Brasil, 2021.

Variables	n	%	Promedio	desviación estándar
Edad			67.20	20.74
18-35	6	8.45		
36-52	11	15.49		
53-69	18	25.35		
70-86	23	32.40		
87 o más	13	18.31		
Sexo				
Femenino	40	56.34		
Masculino	31	43.66		
Raza/Color				
Blanco	24	33.80		
Negro	13	18.31		
Marrón	34	47.89		
Educación				
Sin escolarización	18	25.35		
Educación elemental	31	43.66		
Escuela secundaria	20	28.17		
En superior	2	2.82		
Estado civil				
Soltero	33	46.48		
Casado	17	23.94		
Divorciado	4	5.63		
Viudo	17	23.94		
Ocupación				
Fuera de la fuerza laboral	26	36.63		
Cuenta propia	13	18.31		
Empleado con tarjeta	13	18.31		
Tareas de la casa	8	11.27		
Trabajo doméstico no remunerado	7	9.85		
Ignorado	4	5.63		
Ingresos en salario mínimo			1.83	0,97
1 a 2	56	78.87		
3 a 4	14	19.72		
5 o más	1	1.41		
Alojamiento				
Alquilado	4	5.63		
Otorgada	4	5.63		
Propio	63	88.73		
Número de habitaciones			5.44	1.7

1 a 3	9	12.68		
4 a 6	48	67.61		
7 o más	14	19.72		
Número de residentes			4.29	1.78
2 a 3	27	38.03		
4 a 5	31	43.66		
6 o más	13	18.31		
Total	71	100.00		

Los indicadores de cuidados paliativos según la escala PCST permitieron una valoración respecto a la indicación de CP (Tabla 2), a través de criterios definidos de enfermedades de base (criterio 1), enfermedades asociadas (criterio 2), funcionalidad (criterio 3) y aspectos personales del paciente (criterio 4).

Tabla 2- Indicadores de cuidados paliativos según la escala Palliative Care Screening Tool (PCST). 2021.

Indicadores	n	%
Enfermedad subyacente		
Cáncer	2	2.82
Secuelas de un accidente cerebrovascular*	32	45.07
Enfermedad cardíaca grave	3	4.23
Otras enfermedades limitantes	34	47.89
Otras neurosecuelas	11	15.49
Enfermedad degenerativa	14	19.72
Enfermedad neurológica	4	5.63
Traumatismo ortopédico	2	2.82
Síndrome pseudobulbar	1	1.41
Espondilodiscitis	1	1.41
Necesidades especiales	1	1.41
Enfermedades asociadas	1	1.41
EPOC moderada**		
Insuficiencia cardíaca congestiva moderada*** y otras enfermedades asociadas	4	5.63
Otras enfermedades asociadas	39	54.93
Sin enfermedades asociadas	27	38.03
Grado de dependencia		
0	1	1.41
1	1	1.41
2	8	11.27
3	12	16.90
4	49	69.01
Condiciones personales		
Ninguno	3	4.23
Necesitar ayuda	42	59.15

Necesidad de ayuda y antecedentes de hospitalización	19	26.76
Necesidad de ayuda y antecedentes de hospitalización y hospitalizaciones frecuentes.	6	8.45
Necesidad de ayuda y antecedentes de hospitalización y hospitalizaciones frecuentes y estancias prolongadas en UCI****	1	1.41
<hr/>		
PCST		
Hasta 2 puntos	0	0.00
Hasta 3 puntos	2	2.82
Mayor o igual a 4 puntos	69	97.18
Total	71	100.00

*Ataque; **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ***Insuficiencia cardíaca congestiva;

****Unidad de cuidados intensivos

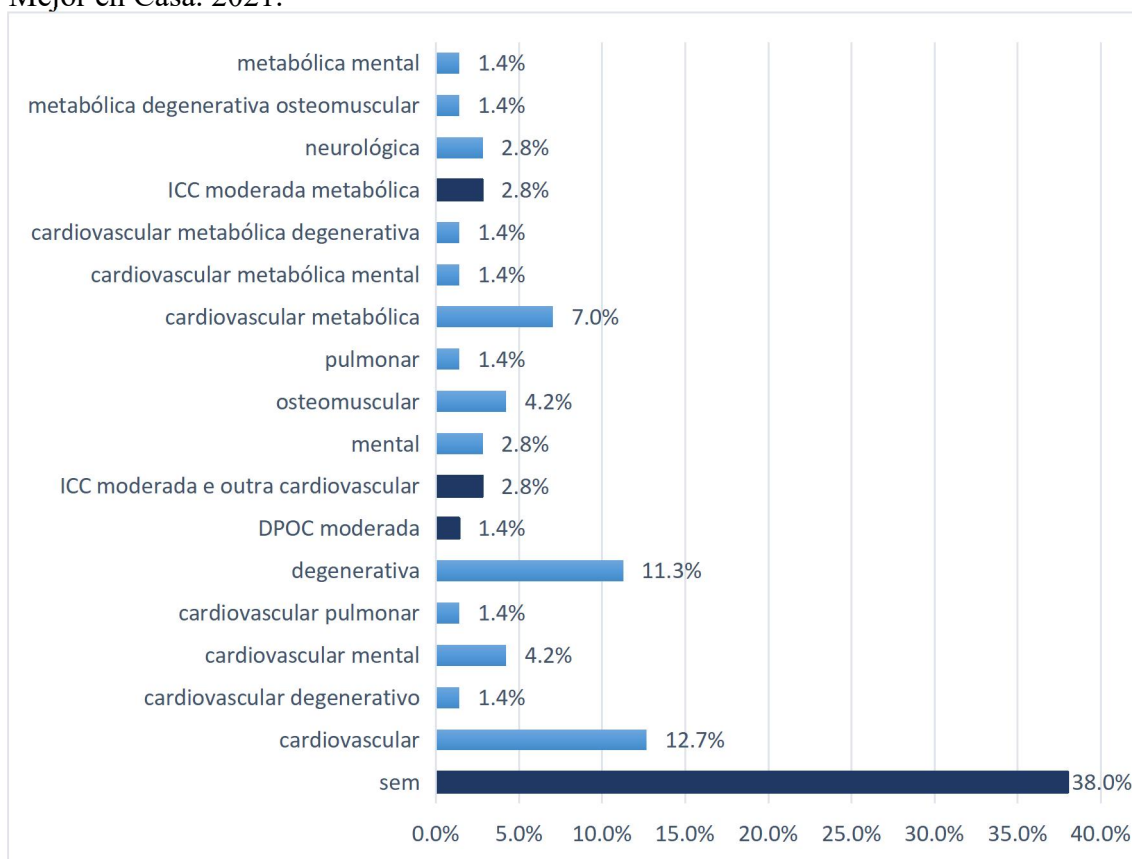
Se observó que las enfermedades de base más relevantes son las secuelas del accidente cerebrovascular (45,07%) y otras enfermedades limitantes (47,89%), seguidas de las enfermedades cardíacas graves (4,23%) y el cáncer (2,82%).

En cuanto a las enfermedades asociadas, más de la mitad de los pacientes estudiados presentaban otras enfermedades asociadas (54,93%), seguida de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva moderada (5,63%) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica moderada (1,41%) que tuvieron un bajo porcentaje detectado en la muestra recolectada.

En este estudio, los porcentajes más altos de enfermedades asociadas diagnosticadas en pacientes paliativos tratados en atención domiciliar son de las

clases cardiovascular y metabólica, que en conjunto representan el 37,9%, seguida de la clase degenerativa, que tiene un porcentaje del 15,5%. Las enfermedades asociadas se presentan en formas muy diversas, desde trastornos mentales (9,8%) como el Alzheimer, síndromes demenciales, Parkinson, hasta trastornos neurológicos e insuficiencia cardíaca moderada, que también representan el 2,8% del total investigado. Las enfermedades que afectan al sistema respiratorio se clasifican en pulmonares con un 2,8% y EPOC moderada con un 1,4%. Además, existen otras clases que se identificaron con menor incidencia, como las enfermedades musculoesqueléticas con un 5,6% de representación en la investigación.

Gráfico 1- Clase de enfermedades asociadas de los pacientes atendidos por el programa Mejor en Casa. 2021.



Se identificó que la mayoría de los pacientes presentan nivel de dependencia 4 (69,01%), seguido del nivel de dependencia 3 (16,09%), nivel de dependencia 2 (11,27%), nivel de dependencia 1 (1,41%) y sin dependencia (1,41%). Respecto a las condiciones personales del paciente, más de la mitad necesitó ayuda para la toma de decisiones (59,15%), seguido de las hospitalizaciones recientes (26,76%).

Los resultados de los puntajes respecto a los criterios presentados en la escala PCST fueron que 69 pacientes (97,18%) fueron considerados elegibles para Cuidados

Paliativos y dos pacientes (2,82%) permanecieron bajo observación clínica.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran la gran importancia de la elegibilidad para cuidados paliativos. Se pudo analizar que no sólo los pacientes con cáncer, sino también aquellos con otras enfermedades crónico-degenerativas, necesitan de esta atención, ya que el alto grado de dependencia física y social se refleja en la calidad de vida de los pacientes.⁹

Los avances en la tecnología sanitaria favorecen la prolongación de la vida,

provocando más sufrimiento a los pacientes con enfermedades crónicas en fase avanzada. El diagnóstico precoz de los Cuidados Paliativos ha sido un gran reto en las instituciones de salud, ya que existen una serie de obstáculos institucionales, como la falta de camas suficientes para pacientes paliativos, la falta de uniformidad en la formación de los profesionales de la salud en el tema y los escasos programas de CP en las instituciones de salud. Es fundamental pensar en estrategias más adecuadas para implementar servicios y políticas de salud, que brinden asistencia segura a estas personas hasta el final de sus vidas.

Según datos del Atlas mundial de Cuidados Paliativos, a nivel mundial, se estima que más de 20 millones de personas, cada año, requieren CP al final de la vida.¹¹ Resolución núm. La Ley 41/2018 publicada por el Ministerio de Salud supuso un avance decisivo para el ejercicio de la AP en el territorio nacional al regular esta práctica como política de salud. Esta resolución determina que a toda persona que padezca una enfermedad potencialmente mortal, ya sea aguda o crónica, se le ofrecerá esta atención después del diagnóstico de dicha condición.¹²

Se encontró que el sexo femenino fue predominante en la muestra estudiada, encontrándose un porcentaje ligeramente mayor en relación a un estudio realizado en Minas Gerais con 131 pacientes que tuvo

como objetivo identificar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos por un programa público de atención domiciliaria en la ciudad de Montes Claros, en este estudio la mayoría también fueron mujeres (55%).⁹ Ante estos resultados, se destacan las diferencias de género en relación a la salud, pues aunque las mujeres viven más que los hombres, presentan mayor morbilidad, ya que se preocupan más por la salud, utilizan los servicios y tienen acceso a diagnósticos y tratamientos.¹³

En cuanto a la edad, predominó la población de mayor edad, con mayor frecuencia en el grupo de 70 a 86 años. Un estudio realizado en la ciudad de Maceió, Alagoas, encontró que el 80% son ancianos y que el grupo de edad más prevalente (44%) fue el de 79 años o más.¹⁴ Un estudio evaluó registros médicos de pacientes domiciliarios de instituciones privadas en Estados Unidos, la edad promedio encontrada fue de 62 años. Una encuesta realizada en España en las ciudades de Málaga, Costa del Sol, Almería y Granada arrojó una edad media de 75,49 años. Este perfil de grupo de edad puede ser justificado por el proceso de transición demográfica que viene ocurriendo en Brasil y en el mundo, con el aumento del número de personas mayores y especialmente de la población femenina, debido a la mayor expectativa de vida de las mujeres en comparación a los hombres.

Es importante destacar que la edad avanzada conlleva una reducción de la reserva funcional y de la capacidad del organismo para mantener el equilibrio energético. Esto puede comprometer los mecanismos necesarios para realizar actividades y así aumentar la prevalencia de enfermedades y lesiones, haciendo a los ancianos más susceptibles a desarrollar un estado de fragilidad y, en consecuencia, la necesidad de cuidados paliativos.¹⁵ El proceso de envejecimiento demanda mayor cuidado específicamente en relación a las enfermedades crónico-degenerativas, ya sean cardiovasculares, musculoesqueléticas u otras.¹⁶

En el presente estudio, las principales enfermedades crónicas encontradas fueron las enfermedades cardiovasculares, señalando las consecuencias del accidente cerebrovascular y otras enfermedades limitantes, seguidas en menores proporciones por las enfermedades cardíacas graves y el cáncer. Estimaciones globales de la Organización Mundial de la Salud muestran que las principales enfermedades que generan necesidad de cuidados paliativos son las cardiovasculares (38,5%), neoplasias (34,0%) y enfermedad obstructiva crónica (10,3%).¹⁷ Un estudio realizado en Alice Springs, Australia, reveló que el segundo grupo más grande de pacientes en CP fueron diagnosticados con enfermedades cardiovasculares y

respiratorias, ambas con 8% de los casos.¹⁸ Una investigación realizada en el sudeste de Brasil retrata la misma situación en cuanto al diagnóstico situacional de los pacientes investigados, siendo la mayor frecuencia el cáncer (48,0%), la enfermedad cardiovascular (10,6%) y la enfermedad pulmonar (9,1%).⁶

El accidente cerebrovascular (ACV) es la principal causa de hospitalización en Brasil, caracterizándose por ser una enfermedad incapacitante que puede llevar a la muerte y resultar en secuelas físicas y mentales, restringiendo la funcionalidad del individuo, especialmente en las actividades de la vida diaria (AVD).¹⁹ En este estudio, además del ACV, se identificaron otras enfermedades incapacitantes, con énfasis en el Alzheimer, síndromes demenciales y Parkinson. Sin embargo, se encontró un número bajo de individuos que sólo tenían diagnósticos de trastornos mentales como enfermedades subyacentes.

La CP es una respuesta aplicada a los desequilibrios resultantes de enfermedades progresivas que no tienen posibilidad de curación, con el objetivo de prevenir el sufrimiento que generan, proporcionando calidad de vida a los pacientes y sus familias. Así, la caracterización de los pacientes diagnosticados con ENT, elegibles para CP en tratamiento domiciliario, puede generar evidencia sobre la necesidad de introducir

esta atención en todos los servicios de salud.²⁰

Es importante implementar escalas de cribado de CP que atiendan no sólo a los pacientes con cáncer, sino a todos los pacientes afectados por enfermedades crónicas, teniendo en cuenta otros criterios de evaluación, además de la capacidad funcional. En este sentido, la escala PCST indicó que es viable para la elegibilidad de pacientes para CP.²⁰

Así, fue posible verificar que la mayoría de los individuos evaluados, afectados por ENT, fueron indicados como elegibles para PC por la escala PCST. Un estudio realizado en el Hospital Estadual de Espírito Santo, Brasil, en 2017, afirma que el 47% de las opiniones que podrían beneficiarse de la práctica de la paliación fueron efectivamente solicitadas, lo que demuestra la alta sensibilidad de la escala y refuerza la comprensión de la posibilidad de utilizarla como evaluación de los cuidados paliativos.¹⁶

En este estudio se puede observar que un porcentaje importante de pacientes no presentan enfermedades asociadas, pero más de la mitad de los encuestados presentan alguna enfermedad asociada. Según una encuesta realizada en 2017 con 286 pacientes en Espírito Santo, el 55,9% de los pacientes fueron hospitalizados debido a descompensación de enfermedades asociadas, tales condiciones clínicas afectan

gradualmente las actividades de la vida diaria del paciente y aumentan el grado de dependencia.¹⁶ En este estudio, los pacientes cardíacos con trastornos mentales representan un pequeño número de los individuos encuestados, así como aquellos que tienen más de un diagnóstico con manifestaciones cardiovasculares. Además, se identificó que la clase de diagnósticos cardiovasculares y enfermedades degenerativas tienen un porcentaje similar, y los pacientes con EPOC moderada estudiados en la muestra tienen un número insignificante.

Respecto al estado funcional del paciente, el grado de dependencia considera la capacidad para realizar actividades cotidianas, actos de cuidado personal y el número de horas confinado en cama o silla de ruedas. Más de la mitad de los pacientes eran completamente dependientes, necesitaban asistencia a tiempo completo, estaban confinados a la cama o en silla de ruedas con restricciones en la cama. Así lo constató el estudio desarrollado en la ciudad de Maceió, Alagoas, donde el 72,5% estaban restringidos a la cama.¹⁷ En cuanto al nivel 3 de dependencia, el estudio indica el equivalente a 16,90%, el nivel 2 de dependencia un total de 11,27% de los encuestados y el 1,41% de los pacientes eran totalmente independientes, activos y no tenían restricciones.

Las condiciones personales de los pacientes también son relevantes para la indicación de tratamientos paliativos. Se observó que poco más de la mitad de los pacientes necesitaban ayuda con decisiones de tratamiento complejas y cuestiones psicológicas o espirituales y una cuarta parte tenía antecedentes de hospitalizaciones previas en servicios de emergencia, seguido por menos del 10% con alguna hospitalización frecuente debido a la descompensación de la enfermedad subyacente. Un resultado inferior al identificado en un estudio de 2019 que investigó la caracterización sociodemográfica y clínica de 44 pacientes internados en un hospital universitario de la ciudad de João Pessoa, Paraíba, en el que se demostró que el 88,6% de los participantes reportaron hospitalizaciones previas.¹¹

Esta investigación contribuye a la ampliación del conocimiento científico entre los profesionales de la salud, así como a la mejora del proceso de Atención Domiciliaria, como el servicio de cuidados paliativos. Una de las limitaciones del estudio se debió a errores en la finalización de la llamada telefónica, ya sean números inexistentes o fuera del área de cobertura del operador, lo que ocasionó pérdida de datos. La entrevista telefónica no permitió una comprensión real de la situación clínica de los pacientes para la puntuación en la escala, siendo necesaria una entrevista detallada con

el cuidador, lo que resultó en momentos de agotamiento emocional para el entrevistado, quien muchas veces se emocionaba al relatar la condición paliativa de su ser querido. Por lo tanto, se deben realizar nuevos estudios con muestreo ampliado para confirmar o no los resultados identificados en este estudio.

CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación permitieron identificar que la mayoría de los pacientes eran adultos mayores, de sexo femenino, encamados, con enfermedad cardiovascular, siendo el diagnóstico más común secuelas de accidente cerebrovascular. Además de caracterizar de forma objetiva y concisa las dificultades reales y potenciales del paciente sometido a cuidados paliativos, además de contribuir a la cualificación de los cuidados paliativos, incidiendo en la planificación e implementación de intervenciones adecuadas. Se recomienda investigar los factores asociados a los cuidados paliativos, además de la necesidad de realizar investigaciones para determinar qué atención es la más apropiada para las condiciones de los pacientes de cuidados paliativos tratados en el hogar.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World health statistics 2011 [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado em 18 mar 2025]. Disponível

em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564199>

2. Vasconcelos GB, Pereira PM. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 18 mar 2025]; 18(70):1-18. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/download/85/110>
3. Oliveira LC. Cuidados paliativos: por que precisamos falar sobre isso? *Rev Bras Cancerol.* [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 65(4):e-04558. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/558/499>
4. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Av.* [Internet]. 2016 [citado em 18 mar 2025]; 30(88):155-166. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdFXfr8CsvBbXL/?format=pdf&lang=pt>
5. Marcucci FCI, Martins VM, Barros EML, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Capacidade funcional de pacientes indicados para cuidados paliativos na atenção primária. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2018 [citado em 18 mar 2025]; 12(3):159-165. Disponível em: https://www.ggaging.com/export-pdf/482/en_v12n3a05.pdf
6. Gouvea MPG. The need for palliative care among patients with chronic diseases: a situational diagnosis in a university hospital. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 22(5):e190085. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/YTjcY9cfwRgN48fGtSGpw9J/?format=pdf&lang=en>
7. Oliveira TC. Scientific production of dissertations and theses on palliative care and chronic diseases: bibliometric study. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 2021 [citado em 18 mar 2025]; 12:723-9. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9461/pdf_1
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema

- Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 18 mar 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
9. Leite AC, Freire MEM, Alves AMPM, Almeida TLC, Nóbrega LMB, Barbosa JCG. Characterization of patients eligible for palliative care in hospital admission units of a university hospital. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 2021 [citado em 18 mar 2025]; 12:710-715. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9454/pdf>
 10. Sarradon-Eck A, Besle S, Troian J, Capodano G, Mancini J. Understanding the barriers to introducing early palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. *J Palliat Med.* [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 22(5):508-16. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/reader/10.1089/jpm.2018.0338>
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 4 abr 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>
 12. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 18 mar 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html
 13. Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 22(5):e190143. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/dJ8z3gQjYcmzJyRVSkVVcGF/?format=pdf&lang=en>
14. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco (Brasília)* [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 10(3):112-8. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905/572>
15. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Pract*. [Internet]. 2016 [citado em 18 mar 2025]; 5(1):24-30. Disponível em: <https://www.jarlife.net/download.html?type=pdf&id=342>
16. Leal RC, Veras SMJ, Silva MAS, Gonçalves CFG, Silva CRDT, Sá AKL, et al. Perception of health and comorbidities of the elderly: perspectives for nursing care. *Braz. J. Dev.* [Internet]. 2020 [citado em 18 mar 2025]; 6(7):53994-400. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/14274/11894>
17. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado em 1 fev 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
18. Carey TA, Arundell M, Schouten K, Humphereys JS, Miegel F, Murphy S, et al. Reducing hospital admissions in remote Australia through the establishment of apalliative and chronic disease respite facility. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 [citado em 18 mar 2025]; 16(1):54. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5697430/pdf/12904_2017_Article_247.pdf
19. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2017 [citado em 18 mar 2025]; 20(3):353-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/w5dCYXzQ37RvM4yvVXy5hwj/?format=pdf&lang=en>
20. Gulin JEHMB, Nascimento ERPN, Moritz RD, Vargas MAO, Matte DL, Cabral RP. Fatores preditores de óbito em unidade de terapia intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2018 [citado em 18 mar 2025]; 52:e03342. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/hcGtg37RWtcMxXyP9fLjt5k/?format=pdf&lang=pt>

RECIBIDO: 02/08/23

APROBADO: 13/03/25

PUBLICADO: 03/2025