

Grupo de síntomas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cuidados paliativos: una revisión sistemática*

Chronic Obstructive Pulmonary Disease Symptom Cluster and Palliative Care: A Systematic Review
Cluster de sintomas de doença pulmonar obstrutiva crônica e cuidados paliativos: uma revisão sistemática

Victoria Cabal Escandón^a
Universidad El Bosque, Colombia
enfermeria@unbosque.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2373-7510>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.gsep>

Recibido: 25 marzo 2021
Aceptado: 07 febrero 2022
Publicado: 30 junio 2022

Luz Adriana Montes Monsalve
Universidad El Bosque, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9537-4800>

Nelson Stiven Celis Sarmiento
Universidad El Bosque, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9280-4246>

Astrib Liliana Ortiz Mahecha
Universidad El Bosque, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6323-2317>

Resumen:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una entidad patológica que se caracteriza por una serie de manifestaciones físicas persistentes como tos, fatiga, disnea y producción de esputo; síntomas que generan malestar en el paciente desde el momento del diagnóstico y que, al ser una enfermedad irreversible por el daño tisular que causa, progresivamente va incidiendo de manera negativa en la calidad de vida. De otra parte, se ha reportado presencia de síntomas psicológicos como depresión, inseguridad, ansiedad y alteraciones emocionales en los pacientes diagnosticados con EPOC. Así mismo, los pacientes con este diagnóstico tienden a desarrollar comportamientos que alteran sus relaciones sociales familiares y laborales, por cuanto tienden a aislarse debido a la sintomatología, especialmente física.

La situación planteada genera la necesidad de desarrollar un trabajo de investigación con el objetivo de reconocer el clúster de síntomas físicos, psicológicos y sociales de los pacientes diagnosticados con EPOC, e identificar si se plantea un abordaje desde la atención paliativa. El estudio se desarrolló mediante una revisión sistemática de literatura en la que se identificaron 1776 artículos, de los que se evaluaron 41 para la identificación del clúster de síntomas. Se identificó el binomio disnea y tos, fatiga y expectoración como el clúster de síntomas físicos; la depresión y la ansiedad constituyen el clúster de síntomas psicológicos, y el impacto en la calidad de vida y la percepción de aislamiento o exclusión social.

Palabras clave: signos y síntomas, enfermedad pulmonar crónica obstructiva, cuidados paliativos.

Abstract:

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a pathological entity characterized by a series of persistent physical manifestations such as cough, fatigue, dyspnea and sputum production; symptoms that generate discomfort in the patient from the moment of diagnosis and that, being an irreversible disease due to the tissue damage it causes, progressively has a negative impact on quality of life. On the other hand, the presence of psychological symptoms such as depression, insecurity, anxiety and emotional disturbances has been reported in patients diagnosed with COPD. Likewise, patients with this diagnosis tend to develop behaviors that alter their family and work social relationships, as they tend to isolate themselves due to the symptoms, especially physical.

This situation generates the need to develop a research work with the objective of recognizing the cluster of physical, psychological and social symptoms of patients diagnosed with COPD, and to identify if a palliative care approach is proposed. The study

Notas de autor

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: enfermeria@unbosque.edu.co

Limitaciones del estudio: Falta de acceso al texto completo de 87 de los estudios identificados.

Áreas de investigación futuras: Intervenciones desde los cuidados paliativos al paciente con diagnóstico de EPOC.

was developed through a systematic literature review in which 1,776 articles were identified, of which 41 were evaluated for the identification of the symptom cluster. The binomial dyspnea and cough, fatigue and expectoration were identified as the physical symptom cluster; depression and anxiety constitute the psychological symptom cluster, and the impact on quality of life and the perception of isolation or social exclusion.

Keywords: signs and symptoms, chronic obstructive pulmonary disease, palliative care.

Resumo:

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma entidade patológica caracterizada por uma série de manifestações físicas persistentes como tosse, fadiga, dispneia e produção de escarro; sintomas que geram desconforto no paciente desde o momento do diagnóstico e que, sendo uma doença irreversível pelo dano tissular que causa, tem progressivamente impacto negativo na qualidade de vida. Por outro lado, tem sido relatada presença de sintomas psicológicos como depressão, insegurança, ansiedade e distúrbios emocionais em pacientes diagnosticados com DPOC. Mesmo assim, pacientes com este diagnóstico tendem a desenvolver comportamentos que alteram suas relações sociais familiares e laborais, pois tendem a se isolar devido à sintomatologia, principalmente física.

A situação levantada gera a necessidade de desenvolver um projeto de pesquisa com o objetivo de reconhecer o cluster de sintomas físicos, psicológicos e sociais dos pacientes diagnosticados com DPOC, e identificar si propor uma abordagem de cuidados paliativos. O estudo foi desenvolvido mediante revisão sistemática da literatura na qual foram identificados 1776 artigos, dos quais 41 foram avaliados para identificação do cluster de sintomas. O binômio dispneia e tosse, fadiga e expectoração foi identificado como cluster de sintomas físicos; depressão e ansiedade constituem o cluster de sintomas psicológicos, e o impacto na qualidade de vida e percepção de isolamento ou exclusão social.

Palavras-chave: signos e sintomas, doença pulmonar crônica obstrutiva, cuidados paliativos.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un problema de salud pública caracterizado por defectos alveolares ocasionados por exposición prolongada y predisposición al desarrollo de la enfermedad (1). Se estima a nivel mundial una prevalencia del 11,7 %. Los resultados preliminares del estudio EPI-SCAN II (pendiente de publicación) plantean que para mayores de 40 años es del 12,4 %, con escasez de diagnóstico de 81,7 % (2). Estos datos varían significativamente dependiendo de los países. Se estima un aumento en la enfermedad por la mayor expectativa de vida, el diagnóstico después de los 60 años y la persistencia en la exposición. El estudio Palatino de 2004 presentó tasas variadas de prevalencia, por ejemplo 7,8 % en México, 19,7 % en Montevideo. La mayor prevalencia en hombres consumidores de cigarrillo sugiere hacer diagnósticos tempranos de la enfermedad (3-4).

La EPOC presenta afectaciones negativas en la salud del paciente (4), no todos los síntomas están presentes en todos los pacientes ni en todas las etapas graves de la enfermedad (5-6). EPOC constituye la cuarta causa de muerte en todo el mundo, genera discapacidad funcional y produce dependencia funcional (7). Su diagnóstico se realiza con pruebas de función respiratoria, presencia de síntomas e historial de exposición a factores de riesgo (8-9). Los diferentes síntomas, la percepción de ellos por parte del paciente y las complicaciones con frecuencia hacen necesario un tratamiento con antibióticos (8,10-13).

El tratamiento de la EPOC depende del manejo de los síntomas y la aparición de las exacerbaciones (10-11) es reconocida como una enfermedad multisistémica, por lo tanto, se identifica una necesidad apremiante de intervención adicional (12-15). Al ser EPOC una entidad crónica, irreversible e incurable plantea la importancia de remitir al paciente a servicios especiales (16-17).

Entre los servicios especiales se encuentra el área de cuidado paliativo y en la revisión de literatura se identificaron planteamientos relacionados con la importancia de que los pacientes con enfermedad irreversible, una vez diagnosticada, se incluyan en programas de cuidados paliativos. El presente estudio está orientado a identificar cuáles son los grupos de síntomas que determinarían la necesidad de incluir al paciente diagnosticado con EPOC en los programas de atención paliativa desde las etapas tempranas de la enfermedad (18-22).

Hay criterios pronósticos para el final de vida de estos pacientes, pero aún no es claro el momento en el cual iniciar un abordaje con un enfoque paliativo (23).

Método

El presente estudio se elaboró con el objetivo de identificar los grupos de síntomas que determinarían la necesidad de incluir al paciente diagnosticado con EPOC en los programas de atención paliativa desde las etapas tempranas de la enfermedad. Se desarrolló mediante una revisión sistemática de los documentos incluidos en las bases de datos Medline, Pubmed, Scopus, ProQuest. Así mismo, se consultaron publicaciones en Google Scholar y Elsevier, con los términos descriptores del Medical Subject Headings: *dyspnea pulmonary, emphysema, signs and symptoms, respiratory, bronchitis, chronic, sputum, dyspnea, cough, lung diseases, gold, standard lung chronic III AND IV chronic obstructive pulmonary, disease, palliative care*. El período de búsqueda estuvo comprendido entre el 1° de enero de 2020 y el 30 de abril del mismo año y se centró en artículos publicados entre 2014 y el primer trimestre del 2020, en inglés o español, y con acceso al texto completo. La pregunta planteada para la recolección de la información fue: ¿con los síntomas reportados en la literatura sobre los pacientes con EPOC es factible establecer un clúster que permita identificar la necesidad de incluir al paciente en un programa de cuidados paliativos?

Para la búsqueda inicial de literatura se establecieron ecuaciones de búsqueda y se emplearon los operadores booleanos OR, AND y NOT. La ecuación más relevante por los resultados obtenidos fue: “Lung Diseases” [Mesh] AND “Pulmonary Disease, Chronic Obstructive” [Mesh] AND “Pulmonary Emphysema” [Mesh] AND “Signs and Symptoms, Respiratory” [Mesh] AND (“2015/04/01” [PDat]: “2020/03/29” [PDat]). Así mismo, se siguió la estrategia PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (24), estipulando los siguientes elementos como los principales: P: pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EPOC I: evaluación de síntomas; C: N.A; O: identificación de síntomas.

La determinación de los artículos a incluir en el estudio se realizó de acuerdo con la metodología PRISMA (25-26). En relación con el análisis cualitativo de la información se estableció una variable dicotómica correspondiente a “sí” o “no”, según si el documento mencionaba aspectos relacionados con la palabra EPOC que describiera los síntomas, pero que no estuvieran relacionados como diagnóstico, que se contemplaran síntomas físicos, psicológicos y sociales, y si se planteaba algún abordaje paliativo de los pacientes con esta condición clínica.

Resultados

En la revisión se identificaron 1776 registros que, al ser depurados representaron 1179 artículos sometidos a análisis por los tres investigadores quienes, de acuerdo con los criterios establecidos, excluyeron 1051 artículos principalmente porque no incluían los síntomas que la población objeto del estudio presentaba en relación con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. De los 128 documentos restantes, 87 no permitían el acceso al texto completo, por lo que finalmente se seleccionaron 41 artículos, la información correspondiente se presenta en la figura 1.

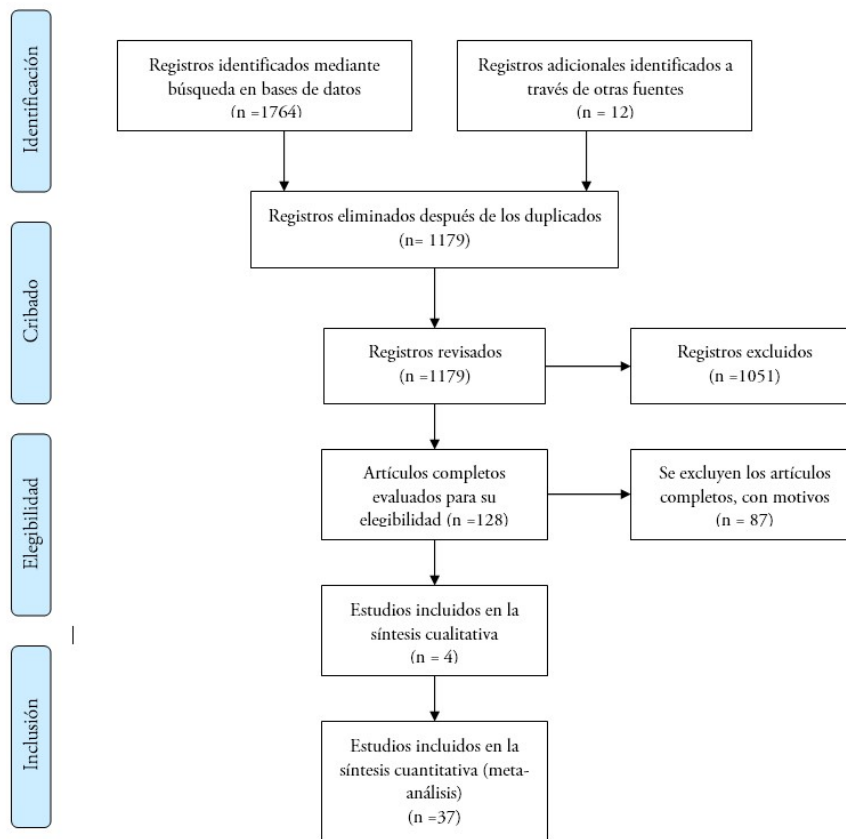


FIGURA 1
Identificación de estudios y proceso de selección

Fuente: modificado de (25)

A continuación, la tabla 1 presenta las características de los 41 artículos incluidos en el presente estudio. En ella se evidencia que el 46,34 % fueron publicados en el 2017; 68,3 % fueron estudios cuantitativos, de los cuales 89 % hacen referencia a síntomas físicos y 25 % plantean alguna referencia a algún abordaje desde los cuidados paliativos a los pacientes con el cuadro clínico de EPOC. El 100 % de los estudios cualitativos mencionan síntomas físicos, psicológicos y sociales, y todos ellos mencionan una relación con cuidados paliativos. Es necesario considerar que la referencia a síntomas corresponde al número de artículos y no a las veces que el síntoma es mencionado al interior de un texto.

TABLA 1.
Características de los estudios incluidos en la revisión

Año de publicación	Nº	Porcentaje (%)
2014	1	2,44
2015	2	4,88
2016	3	7,32
2017	19	46,34
2018	13	31,71
2019	3	7,32
Tipo de estudio	Nº	Porcentaje (%)
Cualitativos	5	12,2
Cuantitativos	28	68,3
RS Y Metaanálisis	6	14,6
Estudio de caso	2	4,9
Mención de síntomas por artículo		
Síntomas	Nº	Porcentaje (%)
Físicos	38	92,7
Psicológicos	36	87,8
Sociales	30	73,2
Cuidado paliativo	18	43,9

Fuente: elaboración propia

Para identificar el clúster de síntomas físicos, psicológicos y sociales que determinarían la necesidad de incluir al paciente diagnosticado con EPOC en los programas de atención paliativa desde las etapas tempranas de la enfermedad, y debido a que los síntomas descritos en los artículos se encuentran referenciados de manera distinta, se decidió realizar una consolidación de las palabras que se relacionan al síntoma con una sola expresión. La información de los artículos analizados se presenta en la tabla 2.

TABLA 2.
Características de los estudios, síntomas mencionados y abordaje paliativo

*PMID /Tipo de estudio	Síntomas físicos	Síntomas psicológicos	Síntomas sociales	Cuidado paliativo
30261031 Cualitativo				Los pacientes no perciben el cuidado paliativo como algo útil, consideran no estar enfermos, conceptos errados de cuidados paliativos y **EPOC.
28009643 Cualitativo			Aislamiento social, falta de comprensión	La atención ***CP, el manejo de los síntomas y el uso de un equipo interdisciplinario para brindar apoyo al paciente y la familia son los pilares de la atención integral de la **EPOC.
28462236 Cualitativo	Disnea, dolor, fatiga, tos crónica, falta de energía, anorexia, pérdida de movilidad, agotamiento, dolor, producción de esputo	Impotencia, ansiedad, angustia emocional, mala calidad de vida, falta de comprensión, depresión, sentimiento de pánico, miedo a la muerte, desolación	necesidades socio-espirituales, movilidad restringida, sentimiento de pánico	Los ***CP se centran en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante una identificación temprana, evaluación impecable y tratamiento de todos los problemas físicos, psicosociales y espirituales que afectan al paciente y a sus familiares.
28618112 Cualitativo				Los pacientes con **EPOC rara vez reciben cuidados paliativos y al final de la vida.
28872031 Cualitativo				Barreras en el ***CP que debe tener un manejo integral de los cuidados paliativos en cuanto a síntomas respiratorios.
*PMID /Tipo de estudio	Síntomas físicos	Síntomas psicológicos	Síntomas sociales	Cuidado paliativo
28652724 *RS				***CP puede mejorar estos síntomas junto con las terapias médicas habituales, las medidas no farmacológicas y el tratamiento psicológico.
28872031 Metaanálisis			Dependencia física severa, pérdida de tres o más actividades de la vida diaria, impacto en la calidad de vida, pérdida de espontaneidad, aislamiento social, dependencia, perturbación de la función social, mala calidad de vida relacionada con la salud, preocupación religiosa y/o espiritual, barrera para ir regularmente a la iglesia, exclusión social, preocupación por el futuro, incertidumbre, sentimientos de vulnerabilidad y falta de autonomía	Los ***CP ayudan a las personas a vivir plenamente a través de la identificación temprana, evaluación impecable y tratamiento de las preocupaciones físicas, psicosociales y espirituales. Proporciona así educación sobre la enfermedad a los pacientes y familias, así como discusiones sobre las preferencias de tratamiento hacia el final de la vida.
28918865 RS	Disnea, exacerbación, obstrucción, disminución de la actividad física, intolerancia al ejercicio, tos, insuficiencia respiratoria, disnea en grado funcional 3 o 4 del ****mMRC, falta de aliento, producción de esputo, sibilancias	Depresión, angustia, miedo a la muerte, angustia nocturna, pérdida de la esperanza, angustia psicológica, agotamiento emocional, ansiedad, alteración del comportamiento, frustración, mala calidad de vida		Incluso siendo restrictivos con la definición de final de la vida, un alto porcentaje de pacientes no reciben tratamiento paliativo y casi ninguno fallece en su domicilio.
28957884 RS				La necesidad de una comunicación positiva que incluya explicaciones legas sobre las definiciones y la causa se recomienda el proceso, así como sobre la incurabilidad de la **EPOC para ayudar a facilitar las preferencias de los pacientes en cuanto a las prácticas de atención y elección del lugar de la muerte, así como para mejorar la comprensión del paciente sobre la enfermedad.
30714417 RS				**EPOC es una enfermedad que limita la vida con necesidades de cuidados paliativos.
25455634 RS				No relaciona

Tabla 2 (cont.)

*PMID /Tipo de estudio	Síntomas físicos	Síntomas psicológicos	Síntomas sociales	Cuidado paliativo
30220988 Cuantitativo				
28799856 Cuantitativo				
28732827 Cuantitativo				
28223793 Cuantitativo				
30237306 Discusión				
27914470 Cuantitativo	Disnea en reposo, disnea de esfuerzo, esputo espontáneo, bronquitis, tos, sibilancias, falta de aliento o fatiga, opresión en el pecho, susurro alterado, deterioro funcional, actividad física limitada, deterioro físico	Ansiedad, temor, estrés, alteraciones mentales, depresión, incapacidad para ***AVD, angustia existencial en los pacientes, pérdida de bienestar, trastornos en la función psicossocial, funcionamiento físico, mental, alteraciones en el funcionamiento emocional, mal humor, actividad física limitada, disminución de la calidad de vida, alteración del ciclo circadiano, afectación de las actividades de la casa, tensión depresión	Incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, calidad de vida, aislamiento social, pérdida de bienestar, alteraciones en el funcionamiento social, baja producción laboral, dependencia, aislamiento social, deterioro en la actividad laboral, sentirse una carga, trastornos en la función psicossocial	
28391800 Cuantitativo				
30587954 Cuantitativo				
26164571 Serie de casos retrospectivos	congestión en el pecho, alteración ***IMC, frecuencia cardíaca en reposo elevada, debilidad muscular periférica, limitación de actividad, trastornos del sueño y falta de energía, producción excesiva de esputo y disminución de la tolerancia al ejercicio, producción de esputo y purulencia del esputo, enfisema,			
27723367 Cuantitativo				No hay mención de ***CP
31859705 Cuantitativo			alteraciones en el funcionamiento social	
30880946 Cuantitativo				
28954781 Cuantitativo	náuseas/vómito, estreñimiento, dolor, somnolencia, hiperalgesia, debilidad, náuseas, constipación cansancio			
29413510 Estudio observacional transversal				
28353117 Cuantitativo		N/A		
28814850 Cuantitativo			Calidad de vida	

Nota * PMID: PubMed Identifier; ** EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; *** CP: cuidados paliativos; **** mMRC: escala modificada del Consejo de Investigación Médica para la medición del grado de disnea. Fuente: elaboración propia

Es necesario tener en cuenta que todos los artículos mencionan los mismos síntomas, aunque la terminología empleada llegue a ser diferente.

La revisión de los artículos permitió identificar que el binomio disnea –en sus diferentes grados de manifestación (en reposo y de esfuerzo)– y tos representa el síntoma más significativo; se encontró que el 28,6 % de los artículos mencionan esta dupla. La fatiga o falta de energía se menciona en 13,4 % de los artículos incluidos en esta revisión, la expectoración o presencia de flemas la menciona el 11,8 %. La figura 2 presenta el porcentaje en que cada síntoma es citado en los artículos revisados.

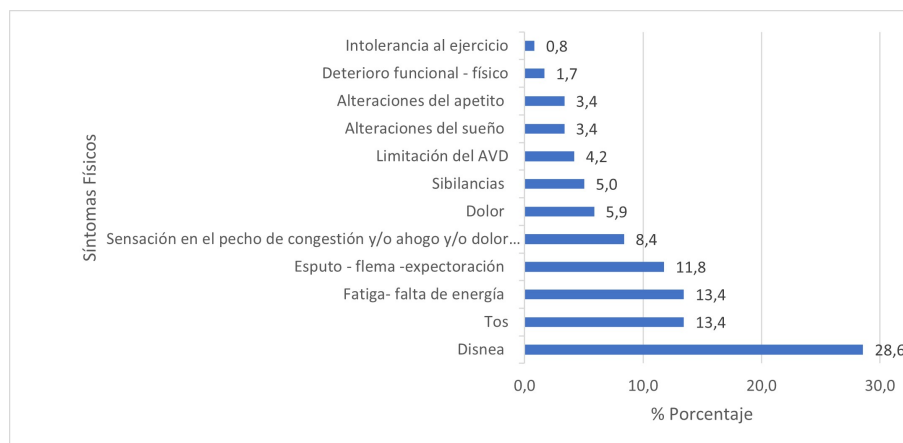


FIGURA 2 Clúster de síntomas físicos

Fuente: elaboración propia

Así mismo, los síntomas de la dimensión psicológica que se mencionan con mayor frecuencia en la presente revisión son la depresión (42,2 % de los artículos analizados) y la ansiedad (mencionada en el 35,56 % de los artículos). La figura 3 presenta la relación de síntomas psicológicos mencionados en esta revisión.

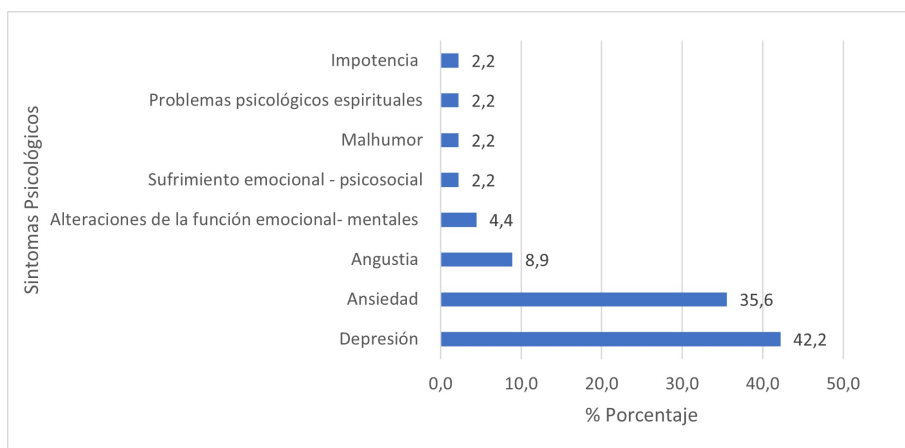


FIGURA 3
Clúster de síntomas psicológicos
Fuente: elaboración propia

En los hallazgos de esta revisión se encontró que hay manifestaciones importantes con respecto a los síntomas sociales; el más relevante resultó ser los cambios en las condiciones de vida, la cual se menciona en el 27,7 % de los artículos revisados. El segundo síntoma correspondiente a esta dimensión es el aislamiento y exclusión social, considerados por el 14,9 % de los artículos revisados.

Es necesario precisar que el aislamiento social está relacionado con las limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria (43), que representa el tercer síntoma social con mayor mención en los estudios analizados, corresponde así al 10,6 %. En la figura 4 se presenta el clúster de los síntomas sociales.

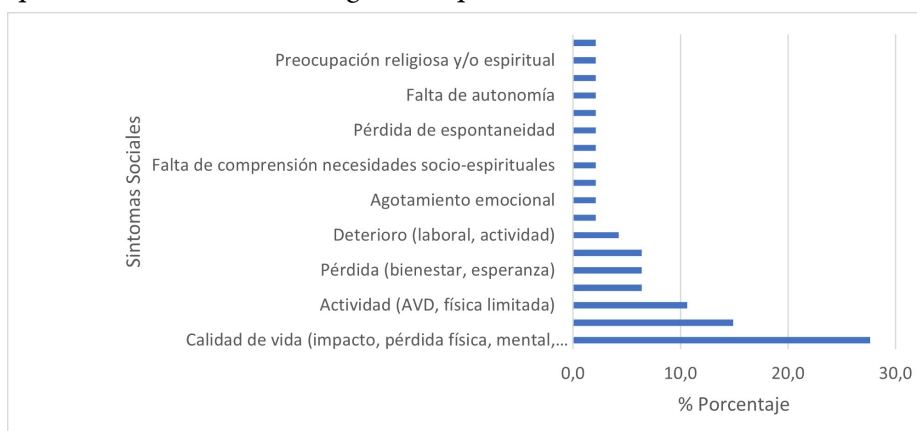


FIGURA 4
Clúster de síntomas sociales
Fuente: elaboración propia

Discusión

Para el análisis de los artículos se partió de asumir, tal como se plantea en la literatura, que el paciente con EPOC tiene manifestaciones de síntomas que se pueden agrupar en físicas, psicológicas y sociales (26-28). Se encontró que la EPOC presenta una marcada alteración respiratoria funcional. La presencia de este síntoma, característico en gran número de casos, viene acompañado de tos y expectoración. La manifestación gradual de estos síntomas y la percepción de los pacientes de su estado funcional son lo que determinan la gravedad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes (23,26-30).

En otros estudios, como el realizado por Marc Miravittles et al., se describe el número y la intensidad de los síntomas matutinos y nocturnos, así como la variabilidad en su manifestación clínica, siendo más frecuente su aparición en las mañanas (29-33). Se identifica que la tos es de los primeros síntomas en manifestarse, pero no es muy tenida en cuenta por parte de los pacientes, solo cuando entra a hacer parte de la fase moderada y grave de la enfermedad se suele manifestar el malestar e incomodidad con este síntoma (30-31,33-34).

Esta revisión permitió identificar que el esputo está relacionado con la presencia de tos (6) en el 34 % de los estudios. La presencia de flemas, esputo y expectoración se relacionan con el pronóstico, puesto que la exposición a agentes externos pueden ocasionar una exacerbación (7,11,35).

Para los investigadores la dupla disnea-tos, fatiga y expectoración constituyen el primer grupo o clúster de síntomas, los cuales son marcadores en la larga trayectoria de la enfermedad, caracterizada por una carga importante de síntomas que se manifiestan en episodios de exacerbación de la EPOC (27,36-38).

La percepción de los síntomas es significativa, tanto para las intervenciones a realizar –según el nivel y la carga de síntomas– como para la apreciación que el paciente da de estos (18,26). En el caso de los síntomas psicológicos, los estudios de Sandau et al. (27) y Strömngren et al., ponen de manifiesto y coinciden en que los síntomas físicos se reconocen más regularmente y con mayor facilidad si se les compara con los síntomas psicológicos (28).

Es frecuente que el personal de salud, el paciente o el cuidador no reconozcan los síntomas psicológicos hasta que no causen un grave deterioro en los pacientes. Debido a ello, los investigadores consideran significativo haber identificado la depresión y la ansiedad como el clúster de síntomas psicológicos. Se ha de tener en cuenta que otros estudios muestran que la disnea altera las funciones afectivas y cognitivas del paciente produciendo ansiedad, depresión, alteraciones del comportamiento y dependencia (39-41).

Con relación a los síntomas sociales se identificó que, a medida que avanza la EPOC se produce una dependencia gradual de las actividades de la vida diaria con una disminución de la actividad física, pero estos siguen unos patrones individuales muy variables (42). Los investigadores consideran que, en el caso de los síntomas sociales, el clúster está constituido por el impacto en las condiciones de vida, la percepción de aislamiento y la exclusión social.

La asociación de los síntomas psicológicos y sociales, independiente de la gravedad de la enfermedad, muestra la afectación en la calidad de vida del paciente que padece EPOC. Igualmente, se evidenció que se presenta relación entre los síntomas físicos, psicológicos y sociales; a su vez, los pacientes en las fases terminales de enfermedad pueden presentar mayor relación entre síntomas, con lo cual se acrecienta el clúster.

Dada la evolución de la EPOC –como está descrito en los estudios– es indudable que los pacientes requieren de intervención en cuidado paliativo. Estos son apropiados en cualquier etapa de la enfermedad. Las evidencias demuestran que, aunque la EPOC es irreversible, si la atención es priorizada, se puede proporcionar vigilancia enfocada en los síntomas con menor presencia de complicaciones. Además, se debe tener en cuenta la inclusión, tanto de la familia como de la comunidad (42,50).

Para los investigadores, esta revisión de estudios relacionados con los síntomas de EPOC y el abordaje de los cuidados paliativos no ofrece suficiente claridad sobre las pautas a tener en cuenta referentes a los pacientes enfermos para vincularlos a un tratamiento paliativo, aunque desde los desarrollos teóricos y prácticos de los cuidados paliativos se plantea que todo paciente diagnosticado con una enfermedad irreversible debe ser incluido en los programas de cuidados paliativos. Lo anterior por cuanto el ingreso temprano a estas unidades, incide significativamente en la calidad de vida de las personas en el mediano y el largo plazo dependiendo del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico (43-46, 50). El estudio elaborado por Allmagro et al. sugiere que el hallazgo de criterios de pobre pronóstico vital sea considerado evidencia suficiente para el requerimiento de cuidados paliativos (47). Las necesidades de cuidados paliativos aumentan durante el curso de la historia de la enfermedad, las hospitalizaciones por exacerbaciones están asociadas con un riesgo de mortalidad mayor y son estas hospitalizaciones las que se convierten en una oportunidad para la identificación de pacientes y su oportuno ingreso a programas de cuidados paliativos (31,47-49).

Conclusiones

El presente estudio permite afirmar que, en el caso de los síntomas físicos, las duplas disnea-tos, fatiga y expectoración forman el primer grupo o clúster de síntomas a tener en cuenta para incluir a los pacientes en programas de cuidados paliativos tempranamente. Con relación a los síntomas psicológicos, la depresión y la ansiedad son los síntomas más relevantes para ser tenidos en cuenta en la inclusión temprana de pacientes con EPOC en tratamientos paliativos. En referencia a los síntomas sociales, el impacto en las condiciones de vida ocasionado por la pérdida de habilidades físicas y mentales, la exclusión y el aislamiento se constituyen en el clúster a tener en cuenta para incluir a los pacientes en etapas tempranas a programas de cuidados paliativos.

Referencias

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 15]. Available from: <https://www.goldcopd.org>
2. Lajas AC, Puente Maestu L, De J, Díez M. Revista de Patología Respiratoria. 22, Revista de Patología ResPiRatoRia.
3. Arancibia H. F. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Tabaquismo. Rev Chil enfermedades Respir. 2017;33(3):225-9.
4. Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WDC, Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. Lancet [Internet]. 2017;390(10098):988-1002. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32127-X
5. Marvel J, Yu T-C, Wood R, Small M, Higgins VS, Make BJ. Health Status of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Symptom Level. Chronic Obstr Pulm Dis J COPD Found. 2016;3(3):643-52.
6. Deslee G, Burgel PR, Escamilla R, Chanez P, Court-Fortune I, Nesme-Meyer P, et al. Impact of current cough on health-related quality of life in patients with COPD. Int J COPD [Internet]. 2016 Sep 13 [cited 2020 May 31];11(1):2091-7. Disponible en: <https://www.dovepress.com/impact-of-current-cough-on-health-related-quality-of-life-in-patients-peer-reviewed-article-COPD>
7. García IFF, Tiuganji CT, Simões M do SMP, Santoro IL, Lunardi AC. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease in young-old adults' life-space mobility. Int J COPD. 2017;12:2777-85.
8. Mittal R, Chhabra SK. GOLD Classification of COPD: Discordance in Criteria for Symptoms and Exacerbation Risk Assessment. COPD J Chronic Obstr Pulm Dis [Internet]. 2017;14(1):1-6. doi: 10.1080/15412555.2016.1230844
9. Cukier A, De Godoy I, Costa CH da, Rubin AS, Gregorio MG, Neto AA de A, et al. Symptom variability over the course of the day in patients with stable COPD in Brazil: A real-world observational study. J Bras Pneumol. 2020;46(3):1-9.
10. Noell G, Cosío BG, Faner R, Monsó E, Peces-Barba G, de Diego A, et al. Multi-level differential network analysis of COPD exacerbations. Eur Respir J. 2017 Sep 1;50(3).
11. Kim V, Aaron SD. What is a COPD exacerbation? Current definitions, pitfalls, challenges and opportunities for improvement. Eur Respir J. 2018 Nov 1;52(5).
12. Anzueto A, Miravittles M. Pathophysiology of dyspnea in COPD. Postgrad Med [Internet]. 2017;129(3):366-74. doi: 10.1080/00325481.2017.1301190
13. Crooks MG, den Brinker A, Hayman Y, Williamson JD, Innes A, Wright CE, et al. Continuous Cough Monitoring Using Ambient Sound Recording During Convalescence from a COPD Exacerbation. Lung. 2017;195(3):289-94.
14. Nguyen HQ, Herting JR, Pike KC, Gharib SA, Matute-Bello G, Borson S, et al. Symptom profiles and inflammatory markers in moderate to severe COPD. BMC Pulm Med [Internet]. 2016;16(1):1-9. doi: 10.1186/s12890-016-0330-1

15. Jerpseth H, Dahl V, Nortvedt P, Halvorsen K. Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation. *J Clin Nurs*. 2018 Feb 1;27(3-4):582-92.
16. Harrington SE, Rogers E, Davis M. Palliative care and chronic obstructive pulmonary disease: Where the lines meet. *Curr Opin Pulm Med*. 2017;23(2):154-60.
17. Ding B, Dibonaventura M, Karlsson N, Bergström G, Holmgren U. A cross-sectional assessment of the burden of COPD symptoms in the us and europe using the national health and wellness survey. *Int J COPD*. 2017;12:529-39.
18. Nieto Cano S, Golpe Gómez R, Pérez de Llano LA. The Need for Palliative Care in Chronic Respiratory Patients With Non-Malignant Disease. *Archivos de Bronconeumologia*. 2018;54(1):56-7. doi: 10.1016/j.arbr.2017.11.013
19. Fusi-Schmidhauser T, Riglietti A, Froggatt K, Preston N. Palliative Care Provision for Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Integrative Literature Review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2018;15: 600-11.
20. Scheerens C, Chambaere K, Pardon K, Derom E, Van Belle S, Joos G, et al. Development of a complex intervention for early integration of palliative home care into standard care for end-stage COPD patients: A Phase 0–I study. *PLoS One*. 2018;13(9):1-20.
21. Noppe D, Veen H in 't, Mooren K. COPD patients in need of palliative care: Identification after hospitalization through the surprise question. *Chron Respir Dis*. 2018;16.
22. Meffert C, Hatami I, Xander C, Becker G. Palliative care needs in COPD patients with or without cancer: An epidemiological study. *Eur Respir J*. 2015 Sep 1;46(3):663-70.
23. Bellinger CR, Peters SP. Outpatient chronic obstructive pulmonary disease management: Going for the GOLD. *J Allergy Clin Immunol Pract [Internet]*. 2015;3(4):471-8. doi: 10.1016/j.jaip.2015.04.010
24. Herramienta PICO para la formulacion y búsqueda de preguntas. 2014 [cited 2020 Jun 14]; Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/294874478>
25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med [Internet]*. 2009 Jul 21 [cited 2020 Jun 14];6(7):e1000097. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
26. Urrútia G, Bonfill X. PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507-11.
27. Sandau C, Bove DG, Marsaa K, Bekkelund CS, Lindholm MG. Is the high intensity symptoms experienced by patients admitted with chronic obstructive pulmonary disease documented by health professionals? A prospective survey with comparison of patient reported outcomes and medical records. *Eur Clin Respir J [Internet]*. 2018;5(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20018525.2018.1506236>
28. Strömngren A, Groenvold M, Sorensen A, Andersen L. Symptom recognition in advanced cancer. A comparison of nursing records against patient self-rating. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2008 Jul45(9):1080-1085. Disponible en: doi.org/10.1034/j.1399-6576.2001.450905.x
29. Lee J, Nguyen HQ, Jarrett ME, Mitchell PH, Pike KC, Fan VS. Effect of symptoms on physical performance in COPD. *Hear Lung*. 2018;47(2):149-56.
30. Véron C, Pautex S, Weber C, Janssens JP, Cedraschi C. Recollection of participating in a trial: A qualitative study of patients with severe and very severe chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS One*. 2018;13(9):1-13.
31. Gainza-Miranda D, Sanz-Peces EM, Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Prados-Sánchez C, Vega-Aleman G, et al. Breaking Barriers: Prospective study of a cohort of advanced chronic obstructive pulmonary disease patients to describe their survival and end-of-life palliative care requirements. *J Palliat Med [Internet]*. 2019 Mar 1 [cited 2020 May 17];22(3):290-6. Disponible en: <https://www.liebertpub.com> doi: 10.1089/jpm.2018.0363
32. Miravittles M, Izquierdo JL, Esquinas C, Pérez M, Calle M, López-Campos JL, et al. The variability of respiratory symptoms and associated factors in COPD. *Respir Med*. 2017 Aug 1;129:165-72.

33. Weber C, Stirnemann J, Herrmann FR, Pautex S, Janssens JP. Can early introduction of specialized palliative care limit intensive care, emergency and hospital admissions in patients with severe and very severe COPD? A randomized study. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1).
34. Johnson KM, Tan WC, Bourbeau J, Sin DD, Sadatsafavi M, Hamid Q, et al. The diagnostic performance of patient symptoms in screening for COPD. *19, Respiratory Research*. BioMed Central Ltd.; 2018. p. 1-5.
35. Chai CS, Liam CK, Pang YK, Ng DLC, Tan SB, Wong TS, et al. Clinical phenotypes of COPD and health-related quality of life: A cross-sectional study. *Int J COPD*. 2019;14:565-73.
36. Qian MYY, Politis J, Thompson M, Wong D, Le B, Irving L, et al. Individualized breathlessness interventions may improve outcomes in patients with advanced COPD. *Respirology*. 2018 Dec 1;23(12):1146-51.
37. Kim WJ, Yim JJ, Kim DK, Lee MG, Fuhlbrigge AL, Sliwinski P, et al. Severe COPD cases from Korea, Poland, and USA have substantial differences in respiratory symptoms and other respiratory illnesses. *Int J COPD*. 2017;12:3415-23.
38. Coton S, Vollmer WM, Bateman E, Marks GB, Tan W, Mejza F, et al. Severity of Airflow Obstruction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Proposal for a New Classification. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. 2017 Sep 3;14(5):469-75.
39. Kabbach EZ, Mazzucco A, Borghi-Silva A, Cabiddu R, Agnoletto AG, Barbosa JF, et al. Increased parasympathetic cardiac modulation in patients with acute exacerbation of COPD: How should we interpret it? *Int J COPD*. 2017;12:2221-30.
40. Alonso T, Sobradillo P, de Torres JP. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: ¿somos diferentes? *Arch Bronconeumol*. 2017 Apr;53(4):222-7.
41. Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WDC, Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2017 Sep 2;390(10098):988-1002. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32127-X.
42. Johnson KM, Safari A, Tan WC, Bourbeau J, FitzGerald JM, Sadatsafavi M. Heterogeneity in the respiratory symptoms of patients with mild-to-moderate COPD. *Int J COPD*. 2018;13:3983-95.
43. Vázquez JH, García IA, Jiménez-García R, Meca AÁ, de Andrés AL, Ruiz CM, et al. COPD phenotypes: Differences in survival. *Int J COPD*. 2018;13:2245-51.
44. Bowman B, Meier DE. Palliative care for respiratory disease: An education model of care. *Chron Respir Dis*. 2018 Feb;15(1):36-40. doi: 10.1177/1479972317721562.
45. Duenk R, Verhagen C, Bronkhorst E, Djamin R, Bosman G, Dekhuijzen P, et al. Development of the ProPal-COPD tool to identify patients with COPD for proactive palliative care. *Int J COPD [Internet]*. 2017 [cited 2020 May 16];2017;12:2121-28. doi: 10.2147/COPD.S140037
46. Lavesen M, Marsa KBM, Bove DG. A new way of organising palliative care for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Palliat Nurs*. 2018;24(2):64-8.
47. Finamore P, Spruit M, Schols J, Antonelli Incalzi R, Wouters E, Janssen D. Clustering of patients with end-stage chronic diseases by symptoms: a new approach to identify health needs. *Ging Clin Exp Res*. 2021 Feb;33(2):407-417. doi: 10.1007/s40520-020-01549-5
48. Almagro P, Yun S, Sangil A, Rodríguez-Carballeira M, Marine M, Landete P, et al. Palliative care and prognosis in COPD: A systematic review with a validation cohort. *Int J COPD*. 2017;12:1721-9.
49. Tavares N, Jarrett N, Hunt K, Wilkinson T. Palliative and end-of-life care conversations in COPD: a systematic literature review. *ERJ Open Res [Internet]*. 2017;3(2):00068-2016. doi: 10.1183/23120541.00068-2016
50. Mathews G, Johnston B. Palliative and end-of-life care for adults with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A rapid review focusing on patient and family caregiver perspectives. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2017 Dec;11(4):315-27. doi: 10.1097/SPC.0000000000000303

Notas

* Artículo derivado de investigación

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Cómo citar este artículo: Cabal Escandón V, Montes Monsalve LA, Celis Sarmiento NS, Ortiz Mahecha AL. Grupo de síntomas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2022;24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.gsep>