

DOI: 10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.126-148

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1537>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 126-148



El papel de los cuidados paliativos en el manejo de síntomas neurológicos en el paciente con cáncer. Una revisión sistemática

The role of palliative care in the management of neurological symptoms in cancer patients. A systematic review

O papel dos cuidados paliativos no tratamento dos sintomas neurológicos em doentes oncológicos. Uma revisão sistemática

Eugenia del Cisne Jachero Urgiles¹; Schuberth Enrique Moreira Mera²; Juan Ernesto Pérez Reyes³; Wendy Vanessa Quelal Suquilanda⁴

RECIBIDO: 02/12/2024 **ACEPTADO:** 15/02/2025 **PUBLICADO:** 01/05/2025

1. Máster en Salud y Seguridad Ocupacional Mención en Prevención de Riesgos Laborales; Médica; Universidad Iberoamericana del Ecuador; Quito, Ecuador; cisnejachero27@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0001-2510-6341>
2. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Doctor en Medicina; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; moreiraschuberth@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0000-7024-5562>
3. Máster en Longevidad Satisfactoria; Especialista en Primer Grado en Oncología; Doctor en Medicina; Universidad Iberoamericana del Ecuador; Quito, Ecuador; juanernesto1976@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7476-6349>
4. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Doctora en Medicina; Universidad Iberoamericana del Ecuador; Quito, Ecuador; wendy_2487@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0002-6058-3933>

CORRESPONDENCIA

Eugenia del Cisne Jachero Urgiles
cisnejachero27@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

Los cuidados paliativos desempeñan un papel fundamental en el manejo de los síntomas neurológicos en pacientes con cáncer, especialmente en aquellos que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad. Se realizó una revisión sistemática, mediante una metodología PRISMA utilizando bases de datos como PubMed, Cochrane Library, Clinicalkey y Scopus, empleando términos claves como "Cuidados paliativos", "Cáncer", "Manejo", "Síntomas neurológicos", "Pacientes", en español e inglés, combinados con operadores booleanos. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión. Tras la revisión de títulos, resúmenes y conclusiones, se seleccionaron 28 artículos primarios de un total de 658. Los cuidados paliativos se han extendido más allá del ámbito oncológico para abarcar a pacientes con trastornos neurológicos, reconociendo la necesidad de un enfoque integral que considere las dimensiones física, psicosocial y espiritual. Aunque se han logrado avances en el tratamiento de síntomas comunes, es crucial reconocer que estos pueden manifestarse de manera diferente en pacientes neurológicos, requiriendo estrategias específicas. Las decisiones terapéuticas son complejas y requieren una evaluación exhaustiva que considere diversos factores, incluyendo los deseos del paciente y el pronóstico. En las etapas finales de la vida, los síntomas críticos como el dolor, la disnea y la confusión son comunes, y se aborda el manejo de condiciones como el estertor de muerte, el delirium y las convulsiones. La variabilidad en el curso de los trastornos neurológicos exige una adaptación constante de las estrategias de cuidados paliativos, y se destaca la importancia de la investigación en la relación entre neurorrehabilitación y cuidados paliativos.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Cáncer, Manejo, Síntomas neurológicos, Pacientes.

ABSTRACT

Palliative care plays a fundamental role in the management of neurological symptoms in cancer patients, especially those in advanced stages of the disease. A systematic review was conducted, using a PRISMA methodology with databases such as PubMed, Cochrane Library, Clinicalkey, and Scopus, employing keywords such as "Palliative care," "Cancer," "Management," "Neurological symptoms," "Patients," in Spanish and English, combined with Boolean operators. Inclusion and exclusion criteria were applied. After reviewing titles, abstracts, and conclusions, 28 primary articles were selected from a total of 658. Palliative care has extended beyond the oncological field to encompass patients with neurological disorders, recognizing the need for a holistic approach that considers the physical, psychosocial, and spiritual dimensions. Although advances have been made in the treatment of common symptoms, it is crucial to recognize that these can manifest differently in neurological patients, requiring specific strategies. Therapeutic decisions are complex and require a comprehensive assessment that considers various factors, including patient wishes and prognosis. In the final stages of life, critical symptoms such as pain, dyspnea, and confusion are common, and the management of conditions such as death rattle, delirium, and seizures is addressed. The variability in the course of neurological disorders demands a constant adaptation of palliative care strategies, and the importance of research in the relationship between neurorrehabilitation and palliative care is highlighted.

Keywords: Palliative care, Cancer, Management, Neurological symptoms, Patients.

RESUMO

Os cuidados paliativos desempenham um papel fundamental na gestão dos sintomas neurológicos em doentes oncológicos, especialmente aqueles em fases avançadas da doença. Foi realizada uma revisão sistemática, utilizando a metodologia PRISMA com bases de dados como a PubMed, Cochrane Library, Clinicalkey e Scopus, empregando palavras-chave como "Cuidados paliativos", "Cancro", "Manejo", "Sintomas neurológicos", "Pacientes", em espanhol e inglês, combinadas com operadores booleanos. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão. Após a revisão dos títulos, resumos e conclusões, foram selecionados 28 artigos primários de um total de 658. Os cuidados paliativos estenderam-se para além do campo oncológico, de modo a abranger os doentes com perturbações neurológicas, reconhecendo a necessidade de uma abordagem holística que considere as dimensões física, psicosocial e espiritual. Embora tenham sido feitos avanços no tratamento de sintomas comuns, é crucial reconhecer que estes podem manifestar-se de forma diferente em doentes neurológicos, exigindo estratégias específicas. As decisões terapêuticas são complexas e requerem uma avaliação abrangente que considere vários fatores, incluindo os desejos do doente e o prognóstico. Nas fases finais da vida, sintomas críticos como dor, dispneia e confusão são comuns, e o tratamento de condições como estertores da morte, delírio e convulsões é abordado. A variabilidade no curso das perturbações neurológicas exige uma adaptação constante das estratégias de cuidados paliativos, e destaca-se a importância da investigação na relação entre neurorreabilitação e cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Cancro, Gestão, Sintomas neurológicos, Doentes.

Introducción

El aumento de la calidad de vida en el mundo conlleva al crecimiento de la morbimortalidad de enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, hipertensión, así como de enfermedades neurológicas y mentales como Parkinson, Alzheimer o demencias rápidamente progresivas entre otras, agravadas a veces por la comorbilidad (1).

Existe una considerable prevalencia de enfermedades oncológicas, se estima un aumento del 25% de pacientes con cáncer, llegando a 16 millones de muertes por esta patología para el año 2050. Los síntomas neurológicos que se presentan en los pacientes con cáncer afectan significativamente su calidad de vida, cambiando el enfoque del tratamiento, el curso de la enfermedad y las tasas de mortalidad (2).

La progresión de las enfermedades oncológicas suele ser variable e individualizada según cada persona, los cuidados paliativos pueden aplicarse en cualquier periodo de tiempo a lo largo de la enfermedad y de forma episódica (2).

En los últimos días de vida, más del 90% de los pacientes con cáncer experimentan delirium terminal y hasta el 70% desarrolla inquietud, agitación o comportamiento violento. La mayoría de los pacientes con delirium son conscientes de su confusión, y esta experiencia es muy angustiante para ellos, sus cuidadores y los profesionales de la salud. A pesar del tratamiento de las causas reversibles y las medidas no farmacológicas óptimas, muchos pacientes continúan experimentando síntomas graves relacionados con el delirium y angustia, lo que aumenta la necesidad de medicamentos (3).

Según Gulhan, en un estudio donde incluye un total de 193 pacientes indica que los síntomas neurológicos más frecuentes fueron: dolor (60.9%), insomnio (27.1%), delirium (17.2%), convulsiones, depresión y parestesias con porcentajes similares y que una oportuna intervención de cuida-

dos paliativos mejora notablemente la calidad de vida de la persona enferma y de sus familiares (2).

La metástasis en el sistema nervioso central (SNC) se refiere a la diseminación de un cáncer sistémico desde un sitio primario inicial dentro del cuerpo al cerebro, la médula espinal o las capas contiguas que los envuelven (leptomeninges). En general, los tumores cerebrales metastásicos representan la mayoría de las metástasis del SNC identificadas y se estima que están presentes en aproximadamente un tercio de todos los pacientes adultos con cáncer. Aunque es relativamente común, las metástasis del SNC confieren un mal pronóstico con disminuciones significativas en el tiempo de supervivencia y la calidad de vida. También existen consideraciones socioeconómicas, la metástasis se ha relacionado con los costos asociados con el tratamiento y la hospitalización (4).

Los cuidados paliativos se centran en mejorar la calidad de vida y reducir el sufrimiento en la persona y la familia, a pesar de los avances en la medicina y creaciones de subespecialidades en cuidados neuropaliativos, están notablemente infrautilizados para las enfermedades neurológicas así como para mejorar los síntomas neurológicos ocasionados por otras patologías, a pesar de un creciente conjunto de pruebas que muestran que el sufrimiento multidimensional es común y que las intervenciones pueden mejorar los resultados a nivel del paciente, la familia y el sistema de atención de la salud (2).

La justificación de esta investigación se basa en la necesidad urgente de mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer que padecen síntomas neurológicos complejos. Los cuidados paliativos tienen el potencial de ofrecer un enfoque más efectivo e integral para el manejo de estos síntomas, pero aún falta evidencia clara y sistemática que apoye este enfoque. Este trabajo de investigación no solo llenará un vacío importante en la literatura médica, sino que también tiene un alto potencial para mejorar

la práctica clínica y la vida de los pacientes con cáncer avanzado y sus familias (2).

El objetivo de esta investigación, pretende examinar la evidencia científica para el abordaje en el manejo de síntomas neurológicos como: movimientos anormales (convulsiones, mioclonías, ataxia, fasciculaciones, disquinesia, tremor, nistagmos) cefaleas, espasticidad, delirium, agitación; estos síntomas al no ser tratados adecuadamente pueden generar complicaciones secundarias graves y limitar la capacidad de realizar actividades cotidianas, aumentar la dependencia, y generar un deterioro psicológico significativo, con cuadros de depresión, ansiedad, e incluso aislamiento social en los pacientes paliativos.

Metodología

Para el proceso de recopilación de la información y el desarrollo de esta investigación se han seleccionado artículos, documentos, y demás contenidos científicos obtenidos a partir de las estrategias de búsqueda aplicadas y que se detallaran más adelante.

De estos trabajos de investigación, se realiza una primera revisión de los títulos de la publicación, esta revisión conduce a la selección de artículos en los que aparezcan los términos “cuidados paliativos”, “manejo síntomas”, “neurológicos”, “cáncer”, “pacientes”.

Una vez que se han seleccionado los artículos con el título relacionado a la búsqueda efectuada, se procede a hacer lectura del resumen con el objetivo de observar si en ellos efectivamente se trata del papel de los cuidados paliativos en el manejo de síntomas neurológicos en el paciente con cáncer, en el contexto que se va a desarrollar en este artículo.

Leído el resumen y, con la presencia de artículos que puedan generar alguna duda en cuanto al aporte a esta investigación, se procede a leer la conclusión para determinar si en ella existe algún rasgo que pueda aportar a este trabajo.

En este contexto el orden de elegibilidad o escogencia (primarios) que se ha decidido para esta investigación son los siguientes:

- Estudios clínicos controlados y aleatorizados.
- Estudios observacionales (cohortes, casos y controles).
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis previos.
- Estudios que evalúen intervenciones de cuidados paliativos.
- Intervenciones de cuidados paliativos dirigidas al manejo de síntomas neurológicos.
- Manejo farmacológico del dolor neuropático, cefalea, convulsiones, etc
- Estudios en cualquier idioma (con posibilidad de traducción).

Así como se han determinado criterios de elegibilidad para los trabajos seleccionados, también se han definido criterios de exclusión que son los siguientes:

- Reportes de casos aislados.
- Opiniones de expertos sin respaldo empírico.
- Estudios en animales.
- Estudios que no especifican el tipo de intervención utilizada.
- Estudios que no reportan resultados relevantes para el manejo de síntomas neurológicos.
- Estudios con datos incompletos o poco claros.
- Literatura gris (no publicada en revistas científicas).

Fuentes de Información

En primera instancia se han buscado publicaciones en idioma español en donde se concentre la mayor cantidad de trabajos de

investigación de España y Latinoamérica, y por ser el idioma nativo de la presente investigación. Y en inglés si no hay muchas publicaciones en español, para ello se han escogido las siguientes bases de datos:

- Pubmed.
- Cochrane Library
- Clinicalkey
- Scopus

Estrategia de Búsqueda

Inicialmente para las bases de datos seleccionadas, se utilizan las siguientes frases

- “*Palliative Care*” AND “*Manifestation, neurologic*”, para la base de datos Pubmed. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “AND” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arroja 11 resultados.
- “*Palliative Care*” AND “*Seizures*”, para la base de datos Pubmed. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “AND” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arroja 84 resultados.
- “*Palliative Care*” AND “*Ataxia*”, para la base de datos Pubmed. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “AND” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arroja 5 resultados.
- “*Palliative Care*” AND “*delirium*”, para la base de datos Pubmed. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “AND” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arroja 93 resultados.
- “*Palliative Care*” AND “*Psychomotor Agitation*”, para la base de datos Pubmed. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “AND” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arroja 15 resultados.
- “*Palliative Care*” AND “*Brain Neoplasms*”, para la base de datos Pubmed. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “AND” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arroja 83 resultados.
- “*Palliative Care*” AND “*Neurocognitive Disorders*” AND “*Neoplasms*”, para la base de datos Pubmed. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “AND” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arroja 3 resultados.
- “*Neurological symptoms*” AND “*Perspective of palliative*” AND “*Care*”, para la base de datos Cochrane Library. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “AND” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arroja 3 resultados.
- “*Cuidados paliativos*” Y “*Manejo*” Y “*Síntomas neurológicos*” para la base de

datos Clinicalkey. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “and” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arrojo 161 resultados.

- “*Pacientes*” Y “*Cancer*” Y “*Síntomas neurológicos*” para la base de datos Clinicalkey. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el

operador booleano “and” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arrojo 110 resultados.

- “*Neurological*” AND “*symptoms*” AND “*Patient*” AND “*Palliative*” AND “*Care*” para la base de datos Scopus. De igual manera las palabras claves se colocan “entre comillas” para que el buscador arroje exactamente lo que se está solicitando, se incluye el operador booleano “and” con el objetivo que el buscador combine las palabras claves exactas. Esta combinación arrojo 42 resultados.

Tabla 1. Resumen de artículos encontrados en base de datos

Bases de datos	Artículos Encontrados
Pubmed	294
Cochrane Library	27
Clinicalkey	290
Scopus	47
Total	658

Proceso de Selección

Selección de artículos primarios

Tabla 2. Selección de artículos primarios

Base de Datos	Publicaciones Encontradas	Publicaciones Calificadas	Publicaciones sin acceso abierto	Publicaciones Repetidas	Publicaciones descartadas
Pubmed	294	7	0	0	287
Cochrane Library	27	2	0	0	25
Clinicalkey	290	9	0	0	281
Scopus	47	10	0	0	37
Total	658	28	0	0	630

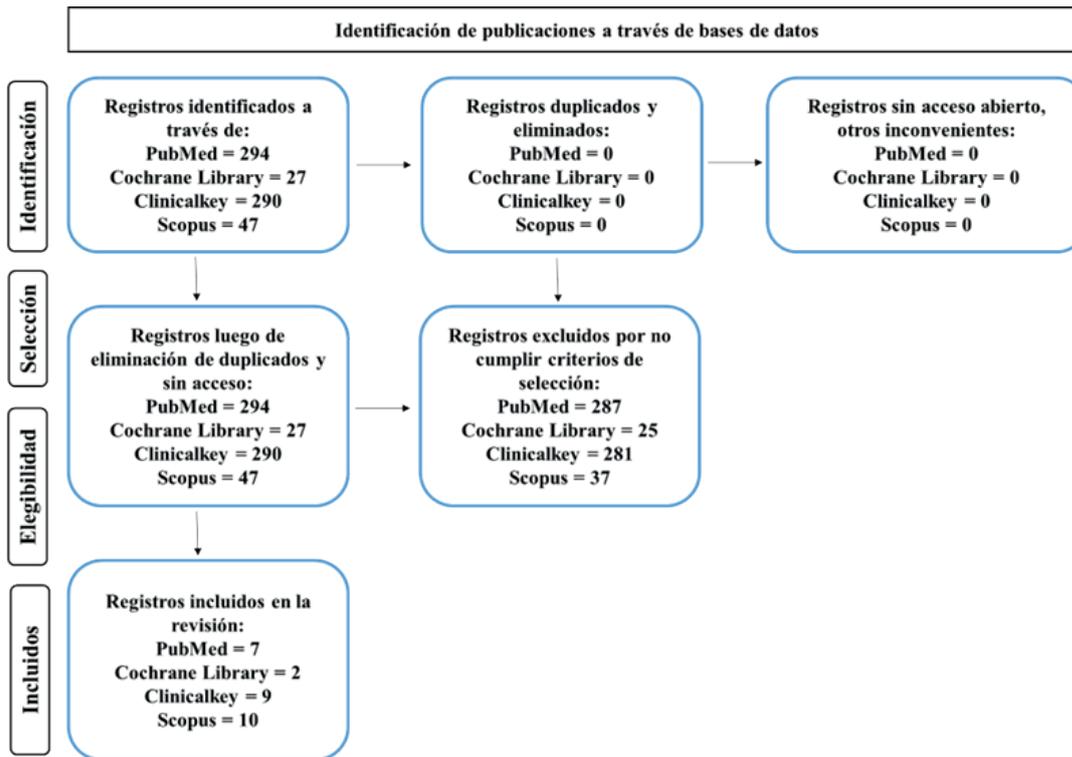


Figura 1. Diagrama de Flujo de Estudios seleccionados

Fuente: Ribotta et al (9).

Resultados

Tabla 3. Trabajos seleccionados para la investigación

Autor	Objetivo	Tipo de estudio	Principales hallazgos
(Nieblas-Bedolla et al., 2022)	Este artículo revisa las tendencias epidemiológicas de la metástasis en el SNC y resume los principales avances en la comprensión de la fisiopatología, prevención y detección temprana, evaluación clínica, estrategias de manejo, investigación en curso y direcciones futuras.	Revisión bibliográfica	Aunque las metástasis en el SNC confieren un peor pronóstico para los pacientes con cáncer, el trabajo reciente y en curso continúa expandiendo los enfoques de tratamiento para mejorar la atención de los pacientes con estos tumores. Existe un papel creciente para el uso de la radioterapia focal en el manejo de las metástasis en el SNC junto con nuevas terapias sistémicas dirigidas e inmunoterapias
(Kälviäinen & Reinikainen, 2019)	Evaluar la efectividad de diferentes vías de administración de fármacos antiepilépticos (FAE) (bucal, intranasal, subcutánea) en el control de las convulsiones en pacientes de cuidados paliativos.	Revisión bibliográfica	las convulsiones prolongadas y el estado epiléptico son problemas relevantes en cuidados paliativos. El tratamiento temprano y efectivo con fármacos antiepilépticos puede prevenir hospitalizaciones innecesarias. Las convulsiones deben tratarse como cualquier otro síntoma que cause malestar. Las vías alternativas de administración de FAE permiten una terapia individualizada, incluso al final de la vida.
(Williams et al., 2021)	El objetivo principal de esta revisión es proporcionar información sobre el papel de la radioterapia paliativa (RTP) en el tratamiento de pacientes con cáncer metastásico.	Revisión bibliográfica	La discusión multidisciplinaria sigue siendo de suma importancia para decidir un régimen de tratamiento integrado. La PRT puede ser una alternativa eficaz al manejo quirúrgico en los casos en que la resección sería altamente mórbida, técnicamente desafiante o no factible.
(Más-Sesé et al., 2021)	Describir la experiencia de uso de levetiracetam subcutáneo en pacientes paliativos	Revisión bibliográfica	Para concluir, consideramos que el LEV subcutáneo es una alternativa segura y eficaz en pacientes de cuidados paliativos con crisis epilépticas.
(Fuentes et al., 2017)	El objetivo principal del texto es resaltar la importancia del delirium como un síndrome neurocognitivo y conductual complejo, especialmente en pacientes oncológicos y en el contexto de cuidados paliativos.	Revisión bibliográfica	El tratamiento se basa en la prevención, para lo que existen protocolos, e identificación y manejo de factores precipitantes. El haloperidol es el fármaco de elección, aunque otros antipsicóticos de segunda generación pueden ser una alternativa válida. En cuidados paliativos, los antipsicóticos deben ser utilizados con precaución

EL PAPEL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MANEJO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS EN EL PACIENTE CON CÁNCER. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

(Nauck & Alt-Epping, 2008)	Evaluar y mejorar la atención en cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas, centrándose en la identificación y el manejo de crisis clínicas al final de la vida, a fin de optimizar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, y contrastar este enfoque con los protocolos de manejo de emergencias oncológicas.	Revisión bibliográfica	Esta Revisión refleja una actitud clínica en cuidados paliativos que difiere del manejo de emergencias oncológicas. Damos ejemplos de crisis clínicas típicas al final de la vida y discutimos el tratamiento para ayudar en la atención antes, durante y después de tales crisis.
(Sizoo et al., 2014)	El objetivo principal es abordar los aspectos neurológicos de los cuidados paliativos, centrándose principalmente en el contexto del final de la vida (EOL) en pacientes con enfermedades neurológicas.	Revisión bibliográfica	Los problemas de cuidados paliativos y tratamiento en la fase final de la vida (EOL, por sus siglas en inglés) son partes importantes de la atención neurológica. El tratamiento de apoyo tiene como objetivo preservar la calidad de vida el mayor tiempo posible, en lugar de prolongar la vida como tal.
(Hui et al., 2017)	El objetivo de este ensayo clínico aleatorizado fue comparar el efecto del lorazepam versus placebo como adyuvante al haloperidol sobre la intensidad de la agitación en pacientes con delirium en el contexto de cáncer avanzado.	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos y controlado con placebo	En este ensayo preliminar de pacientes hospitalizados con delirium agitado en el contexto de cáncer avanzado, la adición de lorazepam a haloperidol, en comparación con haloperidol solo, resultó en una reducción significativamente mayor de la agitación a las 8 horas. Se necesita más investigación para evaluar la generalización y los efectos adversos
(Maeda et al., 2020)	Aclarar la seguridad y la eficacia de la medicación antipsicótica para el delirium en pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos.	Estudio observacional prospectivo	El uso de antipsicóticos como parte del manejo integral del delirium fue seguro y puede proporcionar algunos beneficios sintomáticos para los pacientes con enfermedad terminal y delirium. Junto con las intervenciones no farmacológicas adecuadas, todavía se recomienda el uso juicioso de antipsicóticos.
(Kluger et al., 2020)	El objetivo de este artículo es proporcionar una revisión actualizada de los cánceres cerebrales, centrándose en los problemas relevantes para los médicos de cuidados paliativos.	Revisión bibliográfica	La introducción de un enfoque de cuidados paliativos (CP) al tratamiento de las personas que viven con cáncer cerebral, incluyendo la derivación a servicios especializados de CP, es muy prometedora para mejorar la calidad de vida, la angustia familiar y la coordinación de la atención.
(Hui et al., 2020)	El objetivo de este ensayo clínico fue estimar el efecto de la escalada de dosis de haloperidol, la rotación de neurolepticos a clorpromazina y la terapia combinada con haloperidol y clorpromazina sobre la intensidad de la agitación en pacientes con cáncer y delirium ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos y de Soporte (UCPS).	Ensayo clínico aleatorizado	Este estudio evaluó tres tratamientos para la agitación en pacientes con cáncer avanzado: escalamiento de dosis de haloperidol, rotación de neurolepticos con clorpromazina y una combinación de ambos fármacos. Los resultados mostraron que los tres tratamientos fueron efectivos para reducir la agitación, sin diferencias significativas entre ellos. La hipotensión fue el efecto secundario más común, pero no hubo muertes relacionadas con los tratamientos
(David et al., 2020)	Responder las inquietudes de unos colegas en base a un trabajo publicado		La principal conclusión de esta respuesta a una carta al editor es que, si bien reconocen las limitaciones de su estudio (falta de un grupo placebo), defienden su enfoque de usar neurolepticos de manera proactiva para tratar el delirium agitado terminal en pacientes con cáncer, especialmente cuando las medidas no farmacológicas y las dosis bajas de haloperidol no son suficientes.
(Borasio, 2013)	Este artículo de Perspectivas tiene como objetivo subrayar la importancia de integrar los cuidados paliativos en la práctica clínica diaria. También se describen los principios básicos y los desafíos de los cuidados paliativos neurológicos a la luz de la literatura relevante.	Estudio perspectivo	El interés en los cuidados paliativos está claramente aumentando en la comunidad neurológica, y este artículo es un reflejo de esta nueva apreciación. Sin embargo, es necesario superar varias barreras relacionadas con las actitudes profesionales para integrar completamente un enfoque multidisciplinario de cuidados paliativos en la práctica clínica neurológica moderna.
(Anneser et al., 2018)	El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de diagnósticos y síntomas neurológicos en pacientes de cuidados paliativos, así como la carga relacionada y el impacto en la vida diaria	Estudio de cohorte retrospectivo	Las enfermedades y los síntomas neurológicos son frecuentes entre los pacientes de cuidados paliativos y, a menudo, se asocian con una alta carga de síntomas, que puede afectar gravemente la vida de los pacientes. Por lo tanto, es de suma importancia implementar la experiencia neurológica en los cuidados paliativos.
(Suárez-Rienda et al., 2021)	El presente artículo tiene como objetivo analizar, desde el marco teórico-conceptual de Goffman, los elementos de conflicto y consenso producidos desde la interacción de una atención paliativa con la atención curativa biomédica institucional, reflejada en la atención a personas afectadas por una enfermedad neurológica degenerativa	Investigación narrativa	Este estudio destaca la necesidad de una mayor integración de la atención paliativa en los entornos hospitalarios, así como la importancia de la formación y la sensibilización del personal de salud en cuidados paliativos
(Saricam et al., 2019)	Este estudio tiene como objetivo investigar la prevalencia de síntomas neurológicos en pacientes con cáncer seguidos en un centro de	Estudio de cohorte retrospectivo	A excepción del dolor, los otros síntomas neurológicos no fueron tan prevalentes como los síntomas no neurológicos como la dificultad para respirar, las náuseas y los vómitos, la fatiga, la anorexia y el

	cuidados paliativos y la relación de estos síntomas con el diagnóstico, la duración de la estancia, el estado al alta y la presencia de metástasis		estreñimiento, según lo informado en la literatura.
(Asociación Canadiense de Psicología, 2019)	El objetivo principal de este texto es describir y explicar el impacto psicológico de las enfermedades incurables graves, las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas y las necesidades de atención médica al final de la vida.	Descriptivo - narrativo	El texto concluye que la atención integral de las personas con enfermedades incurables debe abordar tanto las necesidades físicas como las psicológicas, incluyendo el manejo de las emociones, el apoyo en las estrategias de afrontamiento, el tratamiento de los trastornos mentales y la consideración de las opciones al final de la vida, todo ello centrado en las necesidades y deseos del paciente.
(Faustino et al., 2022)	Este estudio evaluó la efectividad de intervenciones no farmacológicas combinadas en la prevención del delirium en pacientes críticamente enfermos.	Ensayo controlado aleatorizado unicéntrico	Las intervenciones no farmacológicas combinadas redujeron el delirium en pacientes críticamente enfermos, en comparación con la atención estándar.
(NICE, 2023)	Su objetivo es mejorar el diagnóstico del delirium y reducir las estancias hospitalarias y las complicaciones.	Guía	Puede ser difícil distinguir entre el delirium y la demencia, y algunas personas pueden tener ambas condiciones. Las personas mayores y las personas con demencia, enfermedades graves o una fractura de cadera tienen más riesgo de delirium.
(Lee H, 2002)	Mejorar la atención al final de la vida reconociendo la inevitabilidad de la progresión de la enfermedad y brindando un cuidado de apoyo adecuado a los pacientes terminales, en lugar de centrarse únicamente en tratamientos médicos agresivos que a menudo resultan insuficientes en esta etapa	Revisión bibliográfica	Al coordinar la atención con la familia y un programa de cuidados paliativos, los pacientes terminales pueden lograr el alivio del dolor y otros síntomas no deseados, lo que lleva a una buena calidad de vida durante el tiempo que les queda.
(Abramson, 2022)	Este artículo destaca la importancia crucial de los psicólogos en el cuidado paliativo y al final de la vida, abogando por su mayor participación y demostrando las diversas formas en que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades terminales	Descriptivo - narrativo	El principal hallazgo de este artículo es la importancia fundamental del rol de los psicólogos en el cuidado paliativo y al final de la vida.
(Ibáñez Alfonso et al., 2018)	Abordar los síntomas neurológicos desde la perspectiva de los cuidados paliativos a través de la revisión de literatura científica disponible teniendo en cuenta los componentes teóricos del Modelo Revisado del Manejo de Síntomas de Marylin J. Dodd.	Revisión sistemática	El aporte multidisciplinario optimiza el control de síntomas y la calidad de vida, pero son las enfermeras las responsables de detectar las respuestas humanas y distinguir entre el dolor y la agitación, equilibrar los riesgos de sub y sobremedicación y la posibilidad de acelerar la muerte. Se necesitan enfoques innovadores para alinear los comportamientos profesionales de la salud con el mejor cuidado donde se incluya una atención integral que mejore significativamente la atención al paciente.
(Bush et al., 2020)	El objetivo principal de este artículo fue proporcionar una revisión exhaustiva y actualizada del delirium en el contexto de los cuidados paliativos.	Revisión narrativa	El delirium, un síntoma común y angustiante en cuidados paliativos, especialmente en etapas avanzadas del cáncer, se caracteriza por factores de riesgo multifactoriales como la edad avanzada y la polifarmacia, una fisiopatología compleja que involucra alteraciones neuroquímicas, su manejo integral requiere abordar las causas subyacentes con intervenciones no farmacológicas y, en casos de agitación severa, antipsicóticos, presentando desafíos únicos debido a la fragilidad de los pacientes y la importancia de considerar los objetivos de cuidado y preferencias familiares.
(Gavrilovic & Posner, 2020)	El objetivo principal de este artículo es proporcionar una revisión exhaustiva y actualizada de las metástasis cerebrales, abarcando su diagnóstico y tratamiento. Los autores buscan ofrecer una visión general de los avances recientes en la comprensión y el manejo de esta complicación neurológica común en pacientes con cáncer.	Revisión narrativa	Las metástasis cerebrales, una complicación neurológica creciente en pacientes con cáncer debido al aumento de la supervivencia, se originan comúnmente de cánceres primarios como el de pulmón, mama y melanoma, siendo la resonancia magnética la técnica diagnóstica preferida; su tratamiento, multidisciplinario e individualizado, incluye cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapias dirigidas, con avances prometedores en inmunoterapia y terapias dirigidas, requiriendo además un control exhaustivo de los síntomas neurológicos concomitantes.
Graus et al., 2021)	El diagnóstico contemporáneo de los síndromes neurológicos paraneoplásicos (SNPs) requiere una comprensión cada vez mayor de su heterogeneidad clínica, inmunológica y oncológica. Los criterios de SNP de 2004 están parcialmente desactualizados debido a los avances en la investigación de SNP en los últimos 16 años, lo que ha llevado a la identificación de nuevos fenotipos y anticuerpos que han transformado el enfoque diagnóstico de los SNP. Aquí, proponemos criterios diagnósticos actualizados para los SNP.	Consenso de expertos – Revisión de evidencias	El panel propuso sustituir "síndromes clásicos" por el término "fenotipos de alto riesgo" para el cáncer e introducir el concepto de "fenotipos de riesgo intermedio". El panel clasificó 3 niveles de evidencia para los SNP: definitivo, probable y posible. Cada nivel se puede alcanzar utilizando la puntuación PNS-Care, que combina el fenotipo clínico, el tipo de anticuerpo, la presencia o ausencia de cáncer y el tiempo de seguimiento.
(Lee, 2021)	Revisar las complicaciones neurológicas de las terapias anti-cáncer sistémicas y la terapia de radiación.	Revisión bibliográfica	Aunque muchas de las terapias sistémicas más nuevas tienen perfiles de efectos secundarios más favorables que la quimioterapia citotóxica tradicional, se ha observado neurotoxicidad con algunas de las terapias dirigidas más nuevas, la inmunoterapia y las terapias que involucran células T, incluida la terapia CAR-T. Los avances más recientes en la neurotoxicidad inducida por radiación se han centrado en la prevención y el manejo de la disfunción cognitiva, una complicación a largo plazo conocida de la irradiación cerebral.
(Roth et al., 2021)	El objetivo principal del texto es describir y analizar las complicaciones neurológicas asociadas con el uso de inmunoterapia en oncología y hematología	Revisión descriptiva	Los principales hallazgos del texto son que la inmunoterapia, tanto con inhibidores de puntos de control inmunitarios como con células T CAR, ha demostrado ser un enfoque terapéutico eficaz en oncología y hematología, pero conlleva un riesgo significativo de complicaciones neurológicas. Los inhibidores de puntos de control inmunitarios afectan principalmente al sistema nervioso periférico, causando radiculopatías,

EL PAPEL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MANEJO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS EN EL PACIENTE CON CÁNCER. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

			neuropatías, miopatías y síndromes miasténicos, mientras que las células T CAR se asocian con complicaciones en el sistema nervioso central, como encefalopatía y convulsiones
(Mohar et al., 2025)	El objetivo principal de esta investigación es describir y analizar un caso clínico de síndrome de opsoclono-mioclono (SOM) asociado a cáncer de mama triple negativo (CMTN) en una paciente adulta	Caso clínico	La respuesta favorable al tratamiento inmunomodulador, con esteroides e inmunoglobulina, subraya la importancia de este enfoque terapéutico en el manejo del SOM asociado a cáncer. Además, se destaca la necesidad de investigar biomarcadores de inflamación y de inmunidad adaptativa, así como la evaluación del microambiente tumoral, para comprender mejor la patogénesis de esta condición

Tabla 4. Evaluación GRADE de los artículos incluidos en la investigación

Autor	Tipo de Estudio	Riesgo de Sesgo	Consistencia	Aplicabilidad	Precisión	Sesgo de Publicación	Nivel de Certeza General	Comentarios
Nieblas-Bedolla et al. (2022)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Revisión exhaustiva y actualizada.
Kälviäinen & Reinikainen (2019)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Enfocado en un problema clínico relevante.
Williams et al. (2021)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Proporciona información práctica para la práctica clínica.
Más-Sesé et al. (2021)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Describe una alternativa útil en cuidados paliativos.
Fuentes et al. (2017)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Aborda un síndrome importante en cuidados paliativos.
Nauck & Alt-Epping (2008)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Enfoque práctico y diferenciado de las emergencias oncológicas.
Sizoo et al. (2014)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Destaca la importancia de los cuidados paliativos en neurología.
Hui et al. (2017)	ECA	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Ensayo clínico riguroso.
Maeda et al. (2020)	Estudio Observacional	Moderado	Alta	Alta	Alta	Moderado	Moderada	Limitaciones propias de los estudios observacionales.
Kluger et al. (2020)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Proporciona una visión general útil para clínicos.
Hui et al. (2020)	ECA	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Ensayo clínico con resultados aplicables a la práctica.
David et al. (2020)	Respuesta a Carta	Moderado	Moderada	Moderada	Moderada	Moderado	Moderada	Limitaciones por falta de grupo placebo.
Borasio (2013)	Estudio Perspectivo	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Artículo de opinión con respaldo en la literatura.
Anneser et al. (2018)	Estudio de Cohorte	Moderado	Alta	Alta	Alta	Moderado	Moderada	Estudio observacional con buen tamaño de muestra.
Suárez-Rienda et al. (2021)	Investigación Narrativa	Moderado	Moderada	Moderada	Moderada	Moderado	Moderada	Enfoque cualitativo con limitaciones en la generalización.
Saricam et al. (2019)	Estudio de Cohorte	Moderado	Moderada	Moderada	Moderada	Moderado	Moderada	Estudio observacional con hallazgos interesantes.
Asociación Canadiense de Psicología (2019)	Descriptivo-Narrativo	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Guía útil para la práctica clínica.
Faustino et al. (2022)	ECA	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Ensayo clínico riguroso con resultados positivos.
NICE (2023)	Guía	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Guía basada en evidencia para la práctica clínica.
Lee H (2002)	Revisión Bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Enfoque clásico en cuidados paliativos.
Abramson (2022)	Descriptivo-Narrativo	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Destaca el papel crucial de los psicólogos.
(Ibáñez Alfonso et al., 2018)	Revisión sistemática	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Destaca de manera efectiva el papel crucial de la enfermería en el manejo de síntomas neurológicos en pacientes al final de la vida.
(Bush et al., 2020)	Revisión narrativa	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Destaca por su capacidad para sintetizar de manera clara y concisa la información disponible sobre el delirium en cuidados paliativos
(Gavrilovic & Posner, 2020)	Revisión narrativa	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	
Graus et al., (2021)	Consenso de expertos – Revisión de evidencias	Moderado	Alta	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Este enfoque de consenso de expertos para la actualización de criterios diagnósticos de síndromes neurológicos paraneoplásicos (SNP) es un método valioso, especialmente en un campo donde la investigación está en constante evolución y la presentación clínica puede ser compleja.
(Mohar et al., 2025)	Caso clínico	Alto	Baja	Moderado	Moderado	Moderado	Baja	
(Lee, 2021)	Revisión bibliográfica	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Evolución en las terapias oncológicas y sus efectos secundarios neurológicos
(Roth et al., 2021)	Revisión descriptiva	Bajo	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Efectos secundarios neurológicos de la inmunoterapia, basándose en estudios clínicos y casos reportados



Los cuidados paliativos tienen como objetivo brindar atención física, psicosocial y espiritual a los pacientes terminales y sus familias. Aunque existen diferencias entre países, los cuidados paliativos se han vinculado tradicionalmente a las enfermedades oncológicas y los especialistas en medicina interna/oncología aún constituyen la mayor parte de la fuerza laboral de cuidados paliativos en muchos países (p. ej., Alemania, EE. UU., Japón y Canadá), mientras que los neurólogos constituyen menos del 3% de los médicos certificados en cuidados paliativos. Por otro lado, se ha encontrado que las enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas son la segunda condición más común en pacientes atendidos por un servicio de consulta de cuidados paliativos intrahospitalarios y el grupo de diagnóstico más común en pacientes con enfermedades no malignas (5).

Varias revisiones abogan por una mejor integración de los cuidados paliativos en la atención general de los pacientes con enfermedades neurológicas. Se requiere experiencia tanto neurológica como en cuidados paliativos, por ejemplo, para pacientes con procesos intracraneales con el fin de evaluar el pronóstico, fundamentar las decisiones sobre la retención o la suspensión de medidas de soporte vital y ayudar a la familia a comprender la naturaleza de un estado vegetativo persistente inminente o muerte cerebral. Además, se requiere experiencia neurológica para los pacientes de cuidados paliativos no neurológicos que sufren de síntomas neurológicos. Se dispone de escasos datos sobre la prevalencia de síntomas neurológicos en una población general de cuidados paliativos y la mayoría de los datos se han evaluado retrospectivamente. En un metaanálisis que analiza la prevalencia de síntomas en un total de 25 000 pacientes con cáncer incurable, se documentaron "síntomas neurológicos" (sin mayor especificación) en el 15% de todos los pacientes y en el 34% en sus últimas 2 semanas de vida (5).

La investigación en medicina paliativa ha contribuido al tratamiento de síntomas comunes en pacientes con cáncer, como dolor, disnea, náuseas, vómitos y estreñimiento; sin embargo, estos síntomas pueden tener causas diferentes en trastornos neurológicos, donde el dolor puede ser neuropático y los problemas nutricionales pueden estar relacionados con disfagia neurogénica. Aunque falta evidencia sobre la eficacia de las terapias sintomáticas en estas condiciones, es fundamental entender la etiología de los síntomas para desarrollar estrategias de tratamiento específicas. Además, el cuidado paliativo se complica debido a alteraciones en la comunicación y cognición, lo que dificulta la evaluación de la calidad de vida. No obstante, los pacientes con demencia avanzada pueden comunicarse emocionalmente de manera no verbal, lo que permite a los prestadores de cuidados emplear métodos empáticos para identificar y aliviar su angustia. Estas estrategias, que requieren más validación a través de estudios controlados, son a menudo ignoradas por la comunidad médica debido a su publicación en revistas de enfermería en lugar de en revistas médicas (6).



Figura 2. Cuidado al final de la vida en un paciente con cáncer de cabeza y cuello: ¿emergencia imprevista o crisis anticipada?

Fuente: Nauck & Alt-Epping (7).

La evaluación rápida y completa de una situación crítica en cuanto a los síntomas y los procesos subyacentes específicos de la enfermedad y fisiopatológicos es esencial para revertir algunos eventos. Varios factores en una crisis paliativa necesitan ser incluidos en el proceso de decisión terapéutica. Por ejemplo, se necesita considerar el efecto de una posible reversión de un proceso fisiopatológico distinto en la condición general del paciente y si el tratamiento activo podría mantener o mejorar la calidad de vida. Los aspectos físicos, psicosociales y espirituales del problema clínico subyacente; los deseos del paciente y la documentación adecuada; las actitudes de los familiares y cuidadores; el pronóstico relacionado con el tumor y las comorbilidades; el grado de deterioro clínico o el curso de la enfermedad esperada; y la atención general podrían tener un papel más decisivo que las características clínicas o específicas de la enfermedad. El acceso apropiado a la documentación de esos deseos, el lugar de atención y el estado cognitivo del paciente contribuye aún más a una evaluación integral. La complejidad de una decisión terapéutica al final de la vida generalmente requiere la experiencia de un equipo de cuidados paliativos multiprofesional (7).

Enfoque clínico

Signos y síntomas

En medicina paliativa, especialmente en cuidados terminales, los principales síntomas críticos son la exacerbación o irrupción del dolor; ansiedad; disnea; náuseas y vómitos; o confusión, agitación o inquietud. Otros problemas incluyen la incapacidad para tragar, estreñimiento, problemas urinarios o cateterización, parálisis aguda, hemorragia, convulsiones y otros síntomas neurológicos. Dolor, la ansiedad, la disnea, la confusión o la hemorragia podrían ser experiencias inminentes e identificarse como crisis potencialmente mortales y agonizantes. En este sentido, las crisis en cuidados paliativos podrían implicar situaciones más

estresantes y existenciales para los pacientes, familiares, cuidadores y personal de atención médica en comparación con los síntomas emergentes al principio del curso de la enfermedad (7).

Las convulsiones y mioclonías son relevantes en cuidados paliativos, a menudo por causas medicamentosas o hipertensión endocraneana. La espasticidad es crónica en enfermedades como la esclerosis múltiple, y el deterioro cognitivo en adultos mayores requiere evaluación rutinaria (8).

1. Movimientos Anormales:

- **Convulsiones:** Pueden ser causadas por metástasis cerebrales, tumores primarios del cerebro o efectos secundarios de ciertos tratamientos.
- **Mioclonías:** Contracciones musculares breves e involuntarias, pueden ser inducidas por medicamentos (como opioides), alteraciones metabólicas o metástasis cerebrales.
- **Ataxia:** Falta de coordinación y equilibrio, puede ser causada por metástasis cerebelosas, síndromes paraneoplásicos o efectos secundarios de la quimioterapia.
- **Fasciculaciones:** Contracciones musculares pequeñas e involuntarias, pueden ser causadas por neuropatía periférica inducida por quimioterapia o por síndromes paraneoplásicos.
- **Disquinesia:** Movimientos involuntarios anormales, puede ser un efecto secundario de ciertos medicamentos, especialmente antipsicóticos.
- **Temblor:** Movimientos rítmicos involuntarios, puede ser causado por síndromes paraneoplásicos, efectos secundarios de medicamentos o alteraciones metabólicas.
- **Nistagmo:** Movimientos oculares involuntarios, puede ser causado por metástasis cerebrales, especialmen-

te en el tronco encefálico, o por síndromes paraneoplásicos (9–11).

2. Espasticidad:

- Rigidez y tensión muscular aumentada, puede ser causada por metástasis en la médula espinal o por síndromes paraneoplásicos.

3. Delirium: Estado de confusión y alteración de la conciencia, es común en pacientes con cáncer avanzado y puede ser causado por múltiples factores, incluyendo medicamentos, alteraciones metabólicas, infecciones y metástasis cerebrales.

4. Agitación: Estado de inquietud y excitación psicomotora, puede ser causada por dolor, delirium, ansiedad o efectos secundarios de medicamentos (9–11).

Consideraciones especiales para la fase final de la vida

Hacia la fase final de la enfermedad, la somnolencia, la confusión, la agitación y la respiración húmeda (el llamado estertor de muerte)

son generalmente los problemas más comunes y angustiantes. La respiración húmeda es causada por la secreción en la tráquea y la laringe cuando los pacientes no pueden limpiar su garganta de saliva debido a la debilidad progresiva. Para los familiares y los miembros del equipo, este síntoma podría ser una crisis angustiante; sin embargo, el paciente comúnmente está inconsciente. Por lo tanto, la explicación a la familia y los cuidadores es crucial. Las opciones terapéuticas incluyen el cambio de posición (es decir, a la posición lateral -30°) y el uso temprano de anticolinérgicos de acción no central, como el glicopirronio o la hioscina³⁷ y los opioides; la succión rara vez es necesaria (7).

Los problemas para el manejo de crisis pueden incluir el diagnóstico y la definición de la fase final, lo que puede restringir los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento específico de la enfermedad. Las características complejas de la fase final pueden llevar a diagnósticos erróneos e intervenciones de emergencia inapropiadas (7).

Delirium en el paciente oncológico

Tabla 5. Factores de riesgo potenciales para delirium

ENFERMEDAD INTRACRANEAL NO ONCOLÓGICA
Demencia
Edad Avanzada
Depresión
Historia de abuso de alcohol
Historia de ACV
Delirium previo
ENFERMEDAD INTRACRANEAL ONCOLÓGICA
Neoplasia cerebral primaria
Metástasis cerebral o meníngea
Deterioro cognitivo post quimioterapia?
Déficit cognitivo post radiación?
FACTORES DE VULNERABILIDAD SISTÉMICA

<p>Anorexia – caquexia? Fragilidad? Hipoalbuminemia Inflamación crónica relacionada a cáncer? Disminución de la funcionalidad Disfunción de órgano asociado a cáncer Severidad de la enfermedad</p>
MISCELÁNEO
<p>Visión disminuida Audición disminuida Apnea del sueño Polifarmacia Baja escolaridad o reserva cognitiva</p>

Fuente: Fuentes et al (12).

Tabla 6. Factores precipitantes para delirium en cáncer

PATOLOGÍA INTRACRANEAL
<p>Cáncer cerebral primario Metástasis cerebral o meníngea Encefalitis paraneoplásica Fase post ictal Estatus epiléptico no convulsivo Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible Edema cerebral post irradiación cerebral. Accidente cerebrovascular</p>
MEDICACIÓN PSICOACTIVA
<p>Opioides Benzodiazepinas Antidepresivos Antihistamínicos</p>
OTRA MEDICACIÓN
<p>Quimioterapia citotóxica Corticosteroides Quinolonas</p>
PRIVACIÓN DE MEDICACIÓN O SUSTANCIAS

Alcohol, benzodiacepinas, opioides
INFECCIÓN O SEPSIS
En cualquier lugar, incluso en vía venosa
DISFUNCIÓN O FALLA DE ÓRGANOS
Renal, hepática, cardíaco, respiratorio
ENDOCRINO
Hipotiroidismo Hipoglicemia, hipoadrenalismo
ALTERACIONES METABÓLICAS O HIDROELECTROLÍTICAS
Alteración del sodio Deshidratación o hipovolemia Alteración de magnesio Hipercalcemia Acidosis, hipoxia Déficit de tiamina
MISCELÁNEO
Inserción de catéter urinario Cirugía Dolor no controlado Cambio de habitación

Fuente: Fuentes et al (12).

El delirium es un síndrome neurocognitivo y conductual complejo que puede aparecer durante todo el curso de la enfermedad oncológica, pudiendo ser incluso el primer síntoma. Se presenta principalmente en pacientes hospitalizados y con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades graves o avanzadas. En un estudio realizado por Hosie A., et al. (2013), se revisó la literatura existente de delirium en pacientes en cuidados paliativos. Entre los resultados encontraron una amplia variabilidad de resultados, dado que las herramientas de tamizaje no están completamente estandarizadas, tasas de prevalencia que van entre los 13 y 88% y tasas de incidencia, entre 3 y 45%. La prevalencia se eleva considerablemente en pacientes que fallecen a las horas o pocas semanas (entre 58 y 88%) después

de la evaluación. En los estudios en que se utiliza DSM IV para el diagnóstico, la prevalencia varía entre 42 y 88% y la incidencia 40.2 a 45%. Entre los tipos de delirium, el 68 a 86% de los casos correspondía a delirium hipoactivo. Si bien en otros estudios el diagnóstico clínico más frecuente es el de delirium hiperactivo (12).

Tratamiento

El panel de consenso del cuidado del final de la vida de la sociedad Americana de Medicina Interna, la Asociación Americana de Psiquiatría, (APA), la Coalición Canadiense para la salud mental de personas mayores, la Asociación Europea de Delirium (EDA) y el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), han publicado guías para el manejo del delirium, las cuales son de utilidad en

oncología y cuidados paliativos, sin embargo, la revisión realizada por Bush et al, deja en evidencia la necesidad de estudios y guías de mejor calidad (12).

En base a los organismos antes mencionados, se presenta un resumen del manejo del delirium en cuidados paliativos:

1. Evaluación integral:

- **Identificar y tratar las causas reversibles:** infecciones, deshidratación, alteraciones metabólicas, efectos secundarios de medicamentos, dolor, retención urinaria o fecal, etc.
- **Evaluar el impacto del delirium en el paciente y su familia:** angustia, sufrimiento, dificultades en la comunicación, etc.
- **Utilizar herramientas de detección y evaluación del delirium:** escalas CAM, 4AT, etc (13–16).

2. Intervenciones no farmacológicas:

- **Medidas ambientales:** mantener un ambiente tranquilo, con iluminación adecuada, objetos familiares y compañía de seres queridos.
- **Reorientación:** recordar al paciente quién es, dónde está y qué hora es, utilizando frases cortas y claras.
- **Comunicación:** hablar de forma pausada, sencilla y directa, evitando preguntas complejas y ofreciendo apoyo emocional.
- **Higiene y confort:** asegurar la comodidad física del paciente, controlar el dolor, prevenir úlceras por presión, etc.
- **Apoyo emocional:** ofrecer seguridad, tranquilidad y validación de sus sentimientos, tanto al paciente como a la familia (13–16).

3. Tratamiento farmacológico:

- Considerar el uso de fármacos solo si las medidas no farmacológicas son insuficientes o si el paciente presenta agitación, agresividad o riesgo para sí mismo o para otros.
- Utilizar neurolepticos (haloperidol, risperidona) como primera línea, a dosis bajas y ajustadas a la respuesta del paciente.
- Considerar el uso de benzodiazepinas (lorazepam) en casos de delirium por abstinencia de alcohol o benzodiazepinas.
- Evitar el uso de anticolinérgicos, ya que pueden empeorar el delirium.
- Monitorizar la respuesta al tratamiento y ajustar la dosis según sea necesario (13–16).

4. Cuidados al final de la vida:

- En pacientes con delirium terminal, el objetivo principal es el confort y el bienestar.
- Ajustar el tratamiento farmacológico para controlar los síntomas que causan malestar (agitación, ansiedad, etc.).
- Informar y apoyar a la familia en el proceso de final de vida.
- Considerar la sedación paliativa en casos de delirium refractario y sufrimiento intolerable, siempre con el consentimiento del paciente o su representante legal (13–16).

Radioterapia paliativa

Más del 40% de los pacientes con cáncer metastásico reciben radioterapia paliativa (RTP).¹ La RTP es una modalidad de tratamiento eficiente, rentable, bien tolerada y no invasiva que puede lograr un alivio rápido y duradero de los síntomas incluso para pacientes con mal pronóstico. Los paradigmas contemporáneos sugieren un papel más amplio para la radioterapia (RT) entre los pacientes con enfermedad metastásica. La evaluación de dichos pacientes requiere el reconocimiento de los síntomas

e indicaciones que pueden beneficiarse de la RTP (17).

Dolor: El dolor afecta a más del 60% de los pacientes con cánceres avanzados causados por metástasis, enfermedad primaria no controlada o complicaciones de la terapia. La RT puede ofrecer una paliación efectiva de las lesiones malignas dolorosas al reducir el tamaño del tumor y modular las vías de señalización del dolor, ofreciendo alivio incluso si la respuesta tumoral es mínima. La analgesia de la RTP se ha estudiado mejor para las metástasis óseas, demostrando tasas de respuesta mayores o iguales al 60%, pero también es efectiva para otros cánceres avanzados. La RTP puede ayudar a reducir la dosis de los analgésicos, pero los pacientes a menudo se benefician del uso continuo de opioides, adyuvantes y corticosteroides para la optimización del dolor. Además, todos los pacientes con cánceres avanzados deben ser considerados para una consulta de cuidados paliativos para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psicosociales conocidos por potenciar el sufrimiento físico y mental (17).

Sangrado: El sangrado afecta hasta al 10% de los pacientes con cánceres avanzados, presentándose como hemoptisis, hematemesis, hematoquecia, hematuria, menorragia o sangrado por enfermedad fungosa, y puede requerir ingreso para estabilización urgente. Para los pacientes lo suficientemente estables para la RTP, la radiación puede lograr la hemostasia a través de la respuesta tumoral, el daño de los vasos pequeños y la regulación positiva de la cascada hemostática. En algunos casos de enfermedad avanzada pero curable, la RT puede estabilizar temporalmente antes de seguir un curso de tratamiento más definitivo. Las series sugieren que dosis de radiación modestas pueden lograr la hemostasia en hasta el 80% de los pacientes, incluyendo tumores primarios de mama, estómago, cuello uterino, recto, próstata, y piel, entre otros (17).

Paliación de sitios metastásicos

Metástasis cerebral: Las metástasis cerebrales (MC) pueden desarrollarse en hasta el 30% de los pacientes con tumores sólidos, lo que requiere una consideración especial dado el potencial de morbilidad y muerte neurológica por la progresión intracraneal no controlada. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, terapia sistémica y radioterapia (RT), solas o en combinación. La RT tiene un papel bien definido en el manejo multidisciplinario de las MC. La RT después de la cirugía mejora el control local y/o intracraneal y puede prolongar la supervivencia en pacientes con enfermedad limitada. Las series no quirúrgicas se centran en el uso apropiado de todo el cerebro (WBRT) y radiocirugía estereotáctica (SRS) (solas o en combinación) para el manejo de las MC. En general, existe una compensación entre el mejor control intracraneal de la enfermedad microscópica oculta con WBRT y el deterioro neurocognitivo. La mayor parte de la evidencia apoya el uso de SRS en pacientes con tres o menos MC, con series que demuestran una supervivencia similar entre los enfoques (17).

Metástasis de huesos: Los tumores sólidos comúnmente metastatizan al hueso causando dolor, fractura patológica o compresión de las raíces nerviosas o la médula espinal. Cuando se incorpora en un plan multidisciplinario (p. ej., medicación para el dolor, terapia sistémica, agentes modificadores de hueso, estabilización quirúrgica según sea necesario), la RTP es altamente eficaz y bien tolerada. De hecho, del 60% al 80% de los pacientes experimentan un alivio parcial del dolor y del 30% al 50% experimentan un alivio completo del dolor dentro de las 3 a 4 semanas de comenzar la RTP (17).

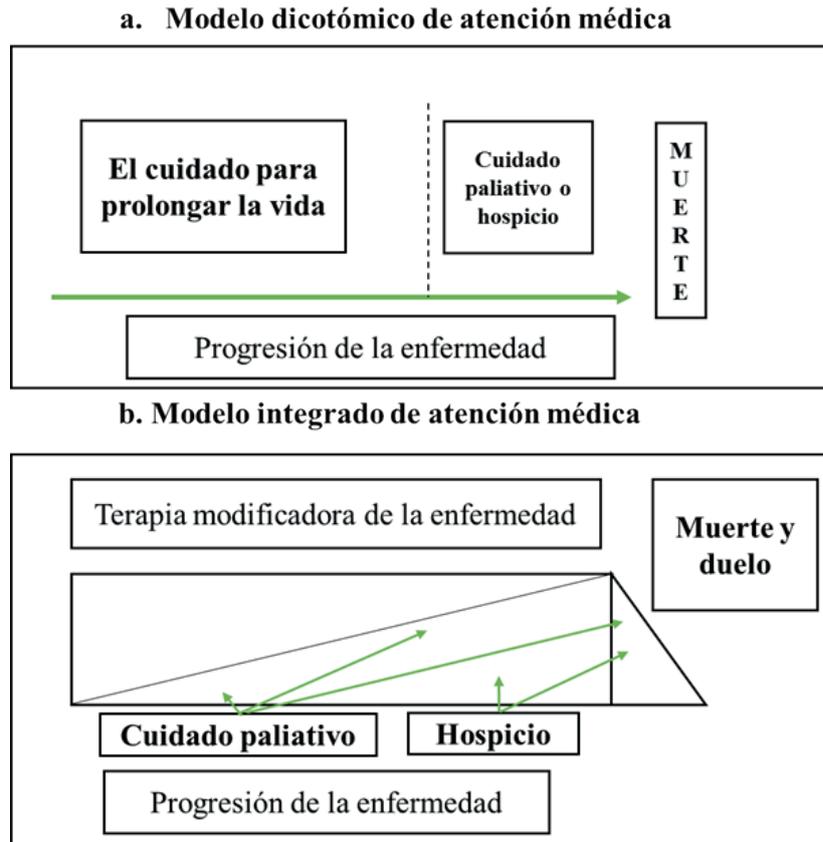


Figura 3. Modelos de cuidados paliativos. a) El modelo tradicional muestra una transición aguda del tratamiento para prolongar la vida (curativo) a los cuidados paliativos (hospice). b) En el modelo revisado, los cuidados paliativos ya están integrados desde el diagnóstico junto con el tratamiento para prolongar la vida (curativo) y se vuelven cada vez más importantes con el tiempo. Este modelo de trayectoria también incluye el duelo familiar

Fuente: Adaptado de Kälviäinen & Reinikainen (18).

Una de las diferencias más destacadas entre el enfoque tradicional de cuidados paliativos en pacientes con cáncer y los requisitos paliativos de los pacientes con trastornos neurológicos es la extrema variabilidad en el curso temporal de los trastornos neurológicos fatales. Los trastornos neurológicos a menudo tienen un curso prolongado con déficits progresivos en la función neurológica y motora, lo que resulta en una creciente debilitación y dependencia. Los pacientes que se espera que mueran en cuestión de horas o días claramente requieren un enfoque diferente de cuidados paliativos que aquellos que probablemente

tengan un curso de enfermedad prolongado de varios años. Sin embargo, el mayor enigma surge con los pacientes que tienen trastornos neurológicos avanzados, pero aparentemente estables y, sin embargo, finalmente sucumben a su enfermedad o sus secuelas. El papel de los cuidados paliativos no está claro, por ejemplo, en pacientes después de un accidente cerebrovascular grave, aquellos que tienen enfermedad de Parkinson (EP) estable e individuos en estado vegetativo persistente. Además, la relación entre la neurorrehabilitación y los cuidados paliativos, particularmente en una población que envejece rápidamente, re-

quiere una mayor investigación. De hecho, el cuidado paliativo en sí mismo tiene un enfoque rehabilitador, que bien podría integrarse con las técnicas modernas de neurorehabilitación en el cuidado a largo plazo de pacientes de edad avanzada con enfermedades neurodegenerativas o accidente cerebrovascular (6).

Estatus epiléptico

El reconocimiento de las convulsiones en pacientes paliativos se optimiza realizándose en su lugar de atención, idealmente sin hospitalización. La comunicación con testigos y el uso de videos de teléfonos inteligentes facilitan el diagnóstico. En caso de hospitalización, y especialmente ante tratamientos agresivos, se recomiendan estudios de EEG, laboratorio e imágenes. El estado epiléptico no convulsivo (SENC) presenta un reto diagnóstico, donde la terapia de prueba con benzodiazepinas es una opción ante la falta de EEG. Se desaconseja la monitorización continua con EEG en pacientes terminales, ya que puede resultar en intervenciones innecesarias (18).

Los cuidados paliativos neurológicos carecen de una definición precisa. El manejo del estado epiléptico (SE) debe abordarse desde una perspectiva paliativa, considerando comorbilidades y diversas condiciones. La mortalidad por SE en cuidados paliativos es alta. El tratamiento de las convulsiones debe ser temprano y eficaz, equilibrando riesgos y beneficios. Existe una tendencia creciente a la hospitalización de pacientes terminales en la UCI, a pesar de la carencia de protocolos específicos para el SE en cuidados paliativos. La sedación paliativa se presenta como último recurso para pacientes terminales con síntomas refractarios, buscando aliviar el sufrimiento intolerable. El midazolam es un sedante comúnmente utilizado en infusión continua subcutánea, con dosis ajustables a las necesidades del paciente (18).

Levetiracetam (LEV) subcutáneo en el cuidado paliativo de pacientes con convulsiones epilépticas

En cuidados paliativos, la administración oral de fármacos para tratar las convulsiones suele ser preferible en aras del bienestar del paciente, pero algunas circunstancias pueden impedir el uso de estos fármacos, haciendo necesario el uso de vías alternativas, como la administración subcutánea. Más-Sesé et al (19) presenta el caso de seis pacientes tratados con Levetiracetam entre julio de 2016 y diciembre de 2019, debido a la imposibilidad de la administración oral y las dificultades para colocar un catéter venoso. La administración fue intermitente, cada 12 horas, con el fármaco diluido en 100 cc de solución salina, utilizando un sistema con una aguja de mariposa 22G. El sistema se colocó en el hemiabdomen inferior, rotando el sitio de inyección. La dosis administrada fue la misma que la que tomaba previamente el paciente, entre 500 y 1500 mg cada 12 horas. La duración media de la administración subcutánea de LEV fue de 9,5 días (rango: 3-16), y el número total de dosis administradas ascendió a 103. Ningún paciente presentó convulsiones después del inicio del tratamiento subcutáneo.

Las convulsiones epilépticas pueden ocurrir en algún momento de la progresión de la enfermedad en hasta el 70% de los pacientes con tumores cerebrales, así como en pacientes con algunas enfermedades neurodegenerativas avanzadas. En los últimos años, el LEV se ha utilizado con más frecuencia que otros fármacos antiepilépticos como la fenitoína y el valproato, debido a su perfil de seguridad y tolerabilidad favorable. El LEV causa menos sedación que otros fármacos utilizados en el tratamiento de las convulsiones, como las benzodiazepinas o el fenobarbital; esto es importante en los pacientes de cuidados paliativos que no desean limitar su cognición o capacidad para interactuar con su entorno durante las etapas finales de su enfermedad (19).

Para los pacientes que experimentan mioclonías, se pueden utilizar benzodiazepinas o medicamentos específicos como la clonazepam. Es importante evaluar el contexto

de estas manifestaciones para realizar un tratamiento adecuado (20).

La ataxia puede ser manejada a través de terapias físicas y ocupacionales, que ayuden a los pacientes a mejorar su equilibrio y coordinación. En el caso de las fasciculaciones, se debe investigar el contexto subyacente y, en ciertos casos, se podría considerar el uso de medicamentos como la Gabapentina (21).

El manejo de las cefaleas incluye el uso de analgésicos y un enfoque en el tratamiento del dolor, además de considerar la posible hipertensión intracraneal. En cuanto a la espasticidad, se pueden utilizar relajantes musculares como el baclofeno o la tizanidina para aliviar los síntomas (22).

Discusión

Estudios presentados por Maeda et al (23), David et al (24), Hui et al (25) y Hui et al (26) abordan desafíos cruciales en el manejo de pacientes con cáncer avanzado, particularmente en relación con el delirium y la agitación, síntomas neurológicos comunes y angustiantes. Estos estudios, junto con la discusión sobre la planificación anticipada de la atención (PAA) y el cuidado del duelo planteada por Sizoo et al (27), se enriquecen significativamente al considerar el papel fundamental de los cuidados paliativos (CP) en este contexto.

El delirium y la agitación, como manifestaciones de disfunción neurológica en pacientes con cáncer avanzado, requieren un enfoque de manejo que vaya más allá de la farmacoterapia. Los CP ofrecen un marco integral que considera las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente y su familia. Los CP integran estos enfoques farmacológicos con intervenciones no farmacológicas, como terapia de relajación, musicoterapia y apoyo psicosocial, para abordar las causas subyacentes del delirium y la agitación y mejorar la calidad de vida del paciente.

La Planificación anticipada de la atención (PAA), como destaca Sizoo et al (27), es un componente fundamental de los CP. Permite a los pacientes expresar sus deseos y preferencias sobre el final de la vida, incluyendo el manejo de síntomas neurológicos como el delirium y la agitación. Los CP facilitan estas conversaciones, asegurando que se tengan en cuenta los valores y objetivos del paciente al tomar decisiones sobre su atención. El cuidado del duelo, como señalan Sizoo et al (27), es una parte esencial de los CP. Los CP brindan apoyo emocional y psicosocial a los familiares y cuidadores antes y después de la muerte del paciente, ayudándolos a afrontar el proceso de duelo de manera saludable.

El artículo de Kluger et al (28) complementa y refuerza los puntos clave que hemos discutido hasta ahora, al destacar diez consideraciones cruciales en el manejo de tumores cerebrales primarios. Su enfoque holístico e integral abarca tanto el tratamiento de la enfermedad como el manejo de los síntomas y la atención centrada en el paciente, lo cual se alinea perfectamente con la filosofía de los cuidados paliativos. Al incorporar la perspectiva de Kluger et al (28) a nuestra discusión, podemos resaltar aún más la importancia de un enfoque holístico e integral en el manejo de pacientes con cáncer avanzado y síntomas neurológicos. Su artículo proporciona un marco valioso para abordar las múltiples dimensiones de la atención, desde el tratamiento de la enfermedad hasta el manejo de los síntomas, el apoyo psicosocial y la planificación anticipada de la atención.

En conjunto con los estudios de Maeda et al (23), David et al (24), Hui et al (25) y Hui et al (26) y Sizoo et al (27), la perspectiva de Kluger et al (28) refuerza la necesidad de una atención centrada en el paciente que abarque todas las etapas de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el final de la vida, y que considere tanto los aspectos físicos como emocionales y psicosociales del paciente y su familia.

Conclusión

La evidencia científica examinada revela que el manejo de síntomas neurológicos en pacientes oncológicos, especialmente en cuidados paliativos, requiere un enfoque integral y multidisciplinario. El delirium, un síndrome neurocognitivo prevalente, demanda una evaluación exhaustiva para identificar causas reversibles y la implementación de intervenciones no farmacológicas como pilares fundamentales. El tratamiento farmacológico, con neurolépticos como primera línea, se reserva para casos de agitación o riesgo. La radioterapia paliativa emerge como una herramienta eficaz para aliviar el dolor, el sangrado y los síntomas causados por metástasis, integrándose en un plan de cuidados paliativos que abarca analgesia, terapia sistémica y apoyo psicosocial. El estatus epiléptico, por su parte, se aborda desde una perspectiva paliativa, priorizando el confort y evitando intervenciones innecesarias, con la sedación paliativa como último recurso. La administración subcutánea de levetiracetam se presenta como una alternativa viable para el control de convulsiones en pacientes con dificultades para la medicación oral. Otros síntomas neurológicos, como mioclonías, ataxia, fasciculaciones, cefaleas y espasticidad, requieren un manejo individualizado que combina terapias farmacológicas y no farmacológicas. La variabilidad en el curso de las enfermedades neurológicas subraya la necesidad de un enfoque paliativo personalizado, con una mayor investigación sobre la relación entre neurorehabilitación y cuidados paliativos.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio, es que no hay un abordaje integral y muy actualizado sobre la temática de estudio, es decir, el aspecto neurológico. La bibliografía siempre aborda de una manera muy general el proceso de los cuidados paliativos y al incluir el cáncer, esto puede ser explicado, porque el cáncer en fase terminal genera un sinnúmero de síntomas que están relacionados. A su vez, los trabajos aquí pre-

sentados tienen metodologías variadas, pero las cohortes de estudio en base a pacientes en fase terminal y cuidados paliativos, son referenciados de otros autores.

Bibliografía

- Suárez-Rienda V, Lemus Alcántara S, Suárez-Rienda V, Lemus Alcántara S. La atención paliativa en enfermedades neurológicas degenerativas. Una mirada socioantropológica. *Cuicuilco Rev ciencias antropológicas* [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 5];28(81):289–312. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882021000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sarıcam G, Kahveci K, Akdogan D. Prevalence of neurological symptoms in palliative care cancer patients: A retrospective study. *Neurol Asia*. 2019;24(4).
- Hui D, De La Rosa A, Wilson A, Nguyen T, Wu J, Delgado-Guay M, et al. Neuroleptic strategies for terminal agitation in patients with cancer and delirium at an acute palliative care unit: a single-centre, double-blind, parallel-group, randomised trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2020 Jul 1;21(7):989–98. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30307-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30307-7)
- Nieblas-Bedolla E, Zuccato J, Kluger H, Zadeh G, Brastianos PK. Central Nervous System Metastases. *Hematol Oncol Clin North Am* [Internet]. 2022 Feb;36(1):161–88. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889858821001076>
- Anneser J, Arenz V, Borasio GD. Neurological Symptoms in Palliative Care Patients. *Front Neurol* [Internet]. 2018 Apr 25;9. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fneur.2018.00275/full>
- Borasio GD. The role of palliative care in patients with neurological diseases. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2013 May 2;9(5):292–5. Available from: <https://www.nature.com/articles/hrneurol.2013.49>
- Nauck F, Alt-Epping B. Crises in palliative care—a comprehensive approach. *Lancet Oncol* [Internet]. 2008 Nov;9(11):1086–91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147020450870278X>
- Ibáñez Alfonso LE, López Alba JA, Ramírez Ospina MA, Escobar Ruiz MC, Sánchez Cárdenas MA. Abordaje de los síntomas neurológicos desde la perspectiva de los cuidados paliativos. *Rev la Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2018 Aug 20;50(3):233–45. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/8531/8443>

- Graus F, Vogrig A, Muñoz-Castrillo S, Antoine JCG, Desestret V, Dubey D, et al. Updated Diagnostic Criteria for Paraneoplastic Neurologic Syndromes. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflammation* [Internet]. 2021 Jul;8(4). Available from: <https://www.neurology.org/doi/10.1212/NXI.0000000000001014>
- Gavrilovic IT, Posner JB. Brain metastases: diagnosis and treatment. *J Neurooncol*. 2020;148(3):407–24.
- Bush SH, Leonard MM, Agarwal A. Delirium in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):195–207.
- Fuentes C, Schonffeldt M, Rojas O, de Los Ángeles Briganti M, Droguett M, Muñoz E, et al. DELIRIUM EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017 Nov;28(6):855–65. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S071686401730144X>
- Abramson A. The role of psychology in palliative care. *Am Psychol Assoc*. 2022;53(5).
- Asociación Canadiense de Psicología. Hoja informativa de “Psychology Works”: El final de la vida [Internet]. 2019. Available from: <https://cpa.ca/psychology-works-fact-sheet-end-of-life/>
- Faustino TN, Suzart NA, Rabelo RN dos S, Santos JL, Batista GS, Freitas YS de, et al. Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: A randomized clinical trial. *J Crit Care* [Internet]. 2022 Apr;68:114–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944121002860>
- NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2023. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-in-hospital-and-long-term-care-pdf-35109327290821>
- Williams GR, Manjunath SH, Butala AA, Jones JA. Palliative Radiotherapy for Advanced Cancers. *Surg Oncol Clin N Am* [Internet]. 2021 Jul;30(3):563–80. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1055320721000181>
- Kälviäinen R, Reinikainen M. Management of prolonged epileptic seizures and status epilepticus in palliative care patients. *Epilepsy Behav* [Internet]. 2019 Dec;101:106288. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525505019303725>
- Más-Sesé G, Martín-Bautista D, Navarro-Catalá A. Experience of using subcutaneous levetiracetam in palliative patients. *Neurol (English Ed)* [Internet]. 2021 Jul;36(6):474–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2173580821000511>
- Mohar S, Fujioka N, Tuttle T, Trautman B, Racila E, Yuan J, et al. A case of opsoclonus-myoclonus syndrome associated with breast cancer. *Curr Probl Cancer Case Reports* [Internet]. 2025 Mar;17:100346. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S266662192400067X>
- Lee EQ. Neurologic Complications of Cancer Therapies. *Curr Neurol Neurosci Rep* [Internet]. 2021 Dec 24;21(12):66. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11910-021-01151-w>
- Roth P, Winkhofer S, Müller AMS, Dummer R, Mair MJ, Gramatzki D, et al. Neurological complications of cancer immunotherapy. *Cancer Treat Rev* [Internet]. 2021 Jun;97:102189. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0305737221000372>
- Maeda I, Ogawa A, Yoshiuchi K, Akechi T, Morita T, Oyamada S, et al. Safety and effectiveness of antipsychotic medication for delirium in patients with advanced cancer: A large-scale multicenter prospective observational study in real-world palliative care settings. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov;67:35–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834320301341>
- David H, De La Rosa A, Wu J, Bruera E. Terminal agitation and delirium in patients with cancer. 2020.
- Hui D, Frisbee-Hume S, Wilson A, Dibaj SS, Nguyen T, De La Cruz M, et al. Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care. *JAMA* [Internet]. 2017 Sep 19;318(11):1047. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.11468>
- Hui D, De La Rosa A, Wilson A, Nguyen T, Wu J, Delgado-Guay M, et al. Neuroleptic strategies for terminal agitation in patients with cancer and delirium at an acute palliative care unit: a single-centre, double-blind, parallel-group, randomised trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2020 Jul;21(7):989–98. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204520303077>
- Sizoo EM, Grisold W, Taphoorn MJB. Neurologic aspects of palliative care. In 2014. p. 1219–25. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978070204088700081X>
- Kluger BM, Ney DE, Bagley SJ, Mohile N, Taylor LP, Walbert T, et al. Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know When Caring for Patients with Brain Cancer. *J Palliat Med* [Internet]. 2020 Mar 1;23(3):415–21. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2019.0507>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Jachero Urgiles, E. del C., Moreira Mera, S. E., Pérez Reyes, J. E., & Quelal Suquilanda, W. V. (2025). El papel de los cuidados paliativos en el manejo de síntomas neurológicos en el paciente con cáncer. Una revisión sistemática . RECIAMUC, 9(2), 126-148. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(2\).abril.2025.126-148](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.126-148)