

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina



**CARACTERÍSTICAS DEL ANCIANO CON ENFERMEDAD
ONCOLÓGICA EN FASE TERMINAL EN EL MEDIO
HOSPITALARIO SOCIO-SANITARIO**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Francisco Javier Gómez Pavón

Bajo la dirección del doctor

José Manuel Ribera Casado

Madrid, 2002

ISBN: 84-669-2099-4

ÍNDICE

ÍNDICE

Agradecimientos	I
Dedicatoria	III
Índice	1
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	8
1.1.- HIPÓTESIS	19
1.2.- OBJETIVOS Y PRESENTACIÓN DEL TRABAJO	20
PRIMERA PARTE: Revisión bibliográfica del tema	22
2.1.- Geriatria y Medicina Paliativa	23
2.2.- Fundamentos de los Cuidados Paliativos	27
2.2.1.- Objetivos generales	27
2.2.2.- Necesidades de los pacientes en fase terminal	29
2.2.2.1.- Necesidades biológicas	29
2.2.2.2.- Necesidades psicológicas	29
2.2.2.3.- Búsqueda de un sentido y necesidades espirituales	31
2.2.2.4.- Necesidades de despedirse	33
2.2.2.5.- Necesidades del paciente inconsciente	34
2.2.2.6.- Necesidades de la familia	35

2.3.- Historia de la Medicina Paliativa.....	37
2.3.1.- Etapa general.....	37
2.3.2.- St. Christopher's Hospice.....	39
2.3.3.- Cuidados Paliativos en España.....	41
2.3.4.- Terminología.....	42
2.4.- Perfil Sociosanitario. Modelos de Organización Asistencial en Cuidados Paliativos.....	44
2.4.1.- Centros Sociosanitarios.....	45
2.4.2.- Modelos de Organización Asistencial en Cuidados Paliativos....	47
2.4.2.1.- Tipos de enfermos en Cuidados Paliativos.....	50
2.4.2.2.- Medidas en Hospitales.....	51
2.4.2.3.- Medidas en Atención Primaria.....	53
2.4.2.4.- Recursos específicos de Cuidados Paliativos.....	54
2.4.2.5.- Modelos de organización específica de los Cuidados Paliativos.....	57
2.4.2.6.- Programas gubernamentales de Cuidados Paliativos.....	59
2.4.2.6.1.- Algunos resultados en Cataluña (1990-1995)....	60
2.5.- Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.....	62
2.5.1.- Características y prestaciones con respecto al anciano.....	65
2.6.- Características Hospitalarias del anciano con enfermedad oncológica en fase terminal.....	68
2.6.1.- Manejo Geriátrico específico.....	73
2.6.1.1.- La Valoración Geriátrica Exhaustiva.....	73
2.7.- Cuidados Paliativos en enfermedades no oncológicas.....	78
2.8.- Aspectos éticos clínicos de los Cuidados Paliativos.....	87

2.8.1.- Principios.....	88
2.8.2.- Elementos de la ética clínica.....	90
2.8.2.1.- Curativo-paliativo.....	90
2.8.2.2.- Toma de decisiones en la enfermedad terminal.....	93
2.8.2.3.- Situación de agonía.....	96
2.8.2.4.- Dilemas bipolares.....	98
2.8.2.5.- Equipo y otros equipos.....	99
2.8.2.6.- Información y comunicación.....	99
2.8.2.7.- Cuidados paliativos y eutanasia.....	99
2.8.2.8.- Aspectos éticos en la asignación de recursos.....	101
2.8.3.- Aspectos éticos propios en el anciano.....	103
2.9.- Derechos de los pacientes con enfermedad en fase terminal.....	106
SEGUNDA PARTE:.....	108
3.- MATERIAL Y MÉTODO.....	109
3.1.- Lugar de realización del estudio.....	110
3.1.1.- Hospital Virgen de la Poveda.....	110
3.1.1.1.- Oferta de servicios hospitalarios.....	112
3.1.1.2.- Procedencia de los pacientes.....	114
3.1.2.- Unidad de Cuidados Paliativos.....	118
3.1.2.1.- Indicadores de estructura.....	118
3.1.2.2.- Líneas guía de calidad asistencial.....	122
3.1.2.3.- Procedencia y criterios de ingreso de los pacientes.....	124
3.2.- Diseño.....	129

3.2.1.- Protocolo recogida de datos.....	130
3.2.2.- Variables a estudio.....	138
3.2.2.1.- Al ingreso hospitalario.....	138
3.2.2.2.- Al alta hospitalaria.....	155
3.3.- Análisis estadístico.....	161
3.3.1.- Análisis descriptivo.....	161
3.3.2.- Inferencia estadística.....	161
3.3.2.1.- Análisis bivalente.....	162
3.3.2.2.- Análisis multivariante.....	165
4.- RESULTADOS.....	166
4.1.- Características Geriátricas.....	175
4.2.- Frecuencia de Síntomas.....	186
4.2.1.- Frecuencia y tipo de Síntomas.....	186
4.2.1.1.- Síntomas al ingreso hospitalario.....	188
4.2.1.2.- Síntomas de nueva aparición durante el ingreso.....	200
4.2.2.- Dolor.....	214
4.2.2.1.- Frecuencia de los diferentes tipos de dolor.....	214
4.2.2.2.- Coexistencia de diferentes causas de dolor.....	223
4.2.2.3.- Intensidad del dolor.....	230
4.3.- Aspectos Psicosociales.....	232
4.3.1.- Aspectos Psicológicos.....	232
4.3.2.- Aspectos Sociales.....	233
4.4.- Terapéutica en el control de Síntomas.....	242

4.4.1.- Frecuencia del uso de los fármacos opioides.....	242
4.4.1.1.- Frecuencia del uso e indicación de los fármacos opioides	243
4.4.2.- Dosis medias totales durante el ingreso hospitalario utilizadas de los fármacos opiodes.....	253
4.4.2.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea.....	254
4.4.3.- Frecuencia del uso de la sedación terminal.....	262
4.5.- Uso de recursos.....	277
5.- DISCUSIÓN.....	298
5.1.- Muestra a estudio.....	301
5.2.- Características Geriátricas.....	308
5.3.- Frecuencia de Síntomas.....	312
5.3.1.- Frecuencia y tipo de Síntomas.....	312
5.3.1.1.- Frecuencia de síntomas al ingreso hospitalario.....	313
5.3.1.2.- Frecuencia de Síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario.....	325
5.3.2.- Dolor.....	327
5.4.- Aspectos Psicosociales.....	334
5.4.1.- Aspectos Psicológicos.....	334
5.4.2.- Aspectos Sociales.....	339
5.5.- Terapéutica en el control de Síntomas.....	343

5.5.1.- Frecuencia del uso de los fármacos opioides.....	343
5.5.2.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea.....	348
5.5.3.- Frecuencia del uso de la sedación terminal.....	354
5.6.- Uso de recursos.....	362
5.7.- Análisis metodológico.....	371
CONCLUSIONES.....	373
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	377
BIBLIOGRAFÍA.....	389

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Varios puntos justificarían por si mismos, el creciente interés y la necesidad de realización de estudios específicos del anciano con enfermedad oncológica en fase terminal ingresado en unidades de cuidados paliativos hospitalarias de perfil sociosanitario.

Destacan por su importancia:

1.- Los datos demográficos de envejecimiento de la población que están modificando a su vez, los datos epidemiológicos de morbilidad del cáncer, desviándolos hacia un incremento paulatino en la población anciana.

2.- El importante consumo de recursos sanitarios y sociales por el anciano con cáncer en fase terminal originando como respuesta un aumento paulatino en el desarrollo de recursos de perfil asistencial sociosanitario.

3.- La necesidad, con el objetivo de ofrecer una mejora en la calidad asistencial, de conocer las características específicas del anciano con enfermedad oncológica en fase terminal, sobre todo en el medio asistencial donde él va a ser el principal usuario, en la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria de perfil sociosanitario.

1.- El envejecimiento de la población, es decir, el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos, es un hecho irreversible que alcanza ya índices de un 14-16% (Índice de envejecimiento= personas > 65 años/ total de la población) en los países centroeuropeos (1) y que, en España, se encuentra situado en el 15,6% según datos del padrón municipal 1996, Instituto Nacional de Estadística 1999 (2). El "Envejecimiento del envejecimiento", expresa la creciente proporción del grupo de más avanzada edad con respecto al conjunto de la población envejecida. La población mayor de 80 años ("los más mayores de los mayores") se ha duplicado, situándose alrededor del 1.500.000 de personas (3). Ha aumentado la expectativa de vida (probabilidad de años a vivir, a partir de una edad señalada, de una persona que habita en una comunidad determinada), situándose hoy en los países más desarrollados, al nacimiento, al filo de los

81,5 años para el sexo femenino y de los 74,4 años para el masculino, siendo de 78 años cuando se consideran conjuntamente (4).

La consecuencia inevitable de todo lo anterior en el campo asistencial, es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de edad más avanzada en una verdadera "Geriatrización de la Medicina" (5), abarcando a todas las ramas e incluyendo también a la Medicina Paliativa. Este hecho se traduce en los siguientes puntos concretos:

- Mayor incidencia de enfermedad, con frecuente coincidencia de varias patologías en un mismo individuo.
- Mayor tendencia a la cronicidad de las mismas.
- Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad.
- Mayor utilización de la Atención Primaria y de la Especializada de salud.
- Mayor consumo de fármacos.
- Mayor ocupación de camas hospitalarias.
- Mayor necesidad de cuidados continuados.
- Mayor utilización de recursos sociales, tanto institucionales como comunitarios.

Igualmente, el número de pacientes con cáncer está aumentando debido entre otras cosas principalmente a la mayor expectativa de vida de la población general (6). El cáncer constituye un problema de salud pública mundial de primer orden, representando la segunda causa de muerte en los países desarrollados por detrás de las enfermedades cardiovasculares. Se le responsabiliza del 22% de la mortalidad global y se estima que en España fallecen unas 80.000 personas al año, con una incidencia anual de 240 casos por 100.000 habitantes. El cáncer no respeta ninguna edad en el momento de su presentación, siendo más frecuente en la década de los 60-70 años (7).

El 50% de todos los cánceres y más del 60% de los fallecimientos ocurren en personas mayores de 65 años y la incidencia avanza conforme avanza la edad (8,9). Los tipos de cáncer más frecuentes en el anciano (10) son los de pulmón en los varones, siendo desplazado a partir de los 80 años por el cáncer de próstata que ocupa así el primer lugar. El

tercer lugar lo ocupa el cáncer colorrectal. En las ancianas la primera causa de muerte por neoplasias se debe al cáncer colorrectal. Entre los 65 y 70 años ocupa el primer lugar el cáncer de mama, seguidos de los de ovario y endometrio, siendo este especialmente importante a partir de los 75 años. A pesar de que como ya he comentado la mitad de los diagnósticos se hacen en personas mayores, el cáncer en el anciano suele ser un diagnóstico infravalorado y por tanto inadecuadamente tratado (11). Es conocido que los individuos mayores de 70 años son excluidos de casi todos los ensayos clínicos del tratamiento del cáncer, a pesar del peso epidemiológico que este grupo de edad tiene, puesto que no debemos olvidar que una persona de 70 años todavía puede tener una expectativa de vida de 10 o más años. A veces los ancianos no reciben quimioterapia por la extendida idea de que la tolerarán mal, atendiendo solo a razones de edad cronológica, dato que por sí mismo tiene muy poco valor clínico. Muchos cirujanos pueden sentir aversión al tratamiento quirúrgico del cáncer en el anciano, cuando en muchos casos sería el tratamiento ideal. Turnbull y cols (12), demostraron en un análisis de 4.050 operaciones, que la mortalidad operatoria en personas mayores de 70 años (4,8%) fue semejante a la observada en todas las edades (3,4%). Un estudio del Instituto Nacional del Cáncer Americano (13) ha llegado a la conclusión de que en los últimos años ha habido una disminución de la mortalidad por cáncer en los adultos menores de 54 años, pero un aumento en la mortalidad en los pacientes de más de 65 años, lo que podría estar en relación con que muchas veces reciben tratamientos inadecuados, no evaluados o bien no reciben ninguno. **Por todas estas razones la enfermedad oncológica en fase terminal afecta de lleno a la población anciana.**

2.- Se define como situación de enfermedad terminal (14) aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, y con pronóstico de vida limitado (menor de seis meses), por causa

del cáncer, sida, enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes, y otras enfermedades y condiciones crónicas relacionadas con la edad avanzada. Es en el cáncer donde mejor se han podido establecer estos criterios de terminalidad, siendo de gran dificultad el poder establecer un pronóstico de vida inferior a seis meses o como mucho menor de un año en el resto de enfermedades. Es por ello por lo que los cuidados paliativos nacieron y se han extendido en relación al enfermo oncológico, aunque en la actualidad siguiendo los consejos de la OMS, se están extendiendo poco a poco, en la atención del resto de enfermedades. Así pues, los cuidados paliativos consisten en la atención activa, global e integral de las personas y sus familias que padecen una enfermedad en fase terminal, y cuyos objetivos básicos consisten en el control del dolor y de los demás síntomas, el apoyo emocional del enfermo y su familia, y su bienestar y calidad de vida. Los cuidados paliativos consideran que el proceso de morir es un hecho natural, afirman y promueven la vida, y no pretenden alargarla innecesariamente ni acortarla específicamente, sino promover su calidad (15). Los cuidados paliativos representan la respuesta profesional y científica a las múltiples necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de los pacientes con enfermedad oncológica terminal, ampliable igualmente a cualquier enfermedad en su fase final (16).

Los cuidados paliativos deben de ser practicados por los profesionales de la salud en todos los ámbitos y por equipos interdisciplinarios específicos cuando su complejidad lo requiera. La práctica de los cuidados paliativos requiere una formación específica, la aplicación de la metodología aceptada de la investigación y de la evaluación de resultados, el desarrollo de políticas de calidad y la práctica cotidiana de los principios de la ética clínica (17).

La utilización de una perspectiva holística en el enfoque de los problemas de salud, podría sugerir que la dimensión social es inseparable de la sanitaria en cualquier tipo de persona, es evidente que en la mayoría de demandas de atención, la necesidad se manifiesta independiente como predominantemente sanitaria o social. Sin que ello invalide el enfoque holístico, necesario en toda práctica profesional, desde el punto de vista de la organización de los servicios y recursos, es aconsejable aplicar un criterio restrictivo orientado a los pacientes

donde la intervención simultánea, sanitaria y social, es imprescindible. Así hoy en día esta aceptado lo que **se entiende como pacientes-clientes con necesidad o perfil sociosanitario a aquellos con algunas de las siguientes situaciones (18):**

- **Pacientes con necesidad simultánea de ambas áreas.**

- **Cuando esta necesidad es significativa cuantitativa o cualitativamente en ambos campos, tanto en la intensidad de la intervención como en la duración en el tiempo.**

- **Cuando las intervenciones desde ambos sectores son sinérgicas en su efecto.**

La necesidad de servicios/recursos de perfil sociosanitario se manifiesta con mayor intensidad (19) en pacientes con enfermedades en fase terminal, en pacientes geriátricos con pluripatología y deterioro físico y/o cognitivo, en enfermos mentales crónicos, en enfermos con grandes minusvalías físicas y/o psíquicas, toxicomanías, nuevas patologías tipo SIDA, transplantes, y en la marginación y enfermedad.

Este perfil de pacientes requiere de desarrollar mecanismos integrados de atención que acabarán configurando los llamados recursos sociosanitarios. **Se habla de recursos sociosanitarios en aquellos recursos de origen sanitario, social o mixto, que se dirigen prioritariamente al paciente con perfil sociosanitario (18).**

Los problemas derivados de las necesidades sociosanitarias actualmente son objeto de importantes replanteamientos. El momento actual se podría caracterizar como de definición y desarrollo de los recursos sociosanitarios (20,21,22,23). Las soluciones aportadas por cada administración, son muy variables y, en gran parte, determinadas por la situación de partida de cada comunidad autónoma, en el momento de las diferentes transferencias sociales y sanitarias. Así, de forma resumida las experiencias hasta la fecha son las siguientes:

A) Programa “Vida a los años” de la Comunidad de Cataluña (24), con un modelo pragmático de cofinanciación entre sanidad y servicios sociales, y con la creación de plazas y centros específicos sociosanitarios, que atienden a los pacientes con perfil sociosanitarios y sujetos a esta cofinanciación.

B) Modelo de desarrollo en base a hospitales complementarios, modelo PALET de la Comunidad Valenciana (25) y el modelo de la Comunidad Autónoma de Madrid (26), desarrollándose exclusivamente desde los servicios sanitarios manteniendo la estricta separación de la red de servicios sociales. Es decir reorganización de los hospitales de media y larga estancia, creando unidades típicas de centros sociosanitarios, similares a las del programa catalán en cuanto a tipología de pacientes, pero sujetos solo a la financiación sanitaria.

C) Modelo de desarrollo integrado, Comunidad Autónoma de Galicia (27), modelo en donde están integrados los servicios sociales y sanitarios en una misma consejería. Todavía muy incipiente con pocos datos al respecto.

Por lo tanto, excepto en Cataluña, prácticamente en el resto de comunidades, incluyendo territorio no transferido (territorio Insalud) **los hospitales tradicionalmente de “crónicos” o de “media-larga estancia”, son los que asumen, en cuanto a tipología de enfermo atendido**, no en cuanto a gestión-administración, **el carácter de perfil sociosanitario**, desarrollándose en ellos las unidades típicas sociosanitarias, pero sin embargo con una gestión exclusivamente sanitaria, sin relación con las consejerías sociales.

El anciano con enfermedad oncológica en fase terminal, por propia definición sociosanitario, constituye uno de los principales usuarios de los diferentes programas de Cuidados Paliativos, tanto domiciliarios como hospitalarios. En el Programa catalán de "Vida a los años" (28,29), el anciano representa según datos publicados en el año 1995, el 66% de los pacientes que ocupaban camas de cuidados paliativos, camas ocupadas principalmente por patología oncológica terminal y en menor medida por otras patologías terminales, entre ellas pacientes VIH sin todavía haberse introducido en los años registrados en la publicación las nuevas terapias antirretrovirales de forma generalizada y que han cambiado el

panorama del paciente VIH. Por ello probablemente nuevas publicaciones, con el menor número de pacientes VIH en fase terminal por los nuevos tratamientos, y con una mayor ampliación de cobertura al paciente terminal con enfermedades no oncológicas, el porcentaje de ancianos atendidos probablemente será mayor. Datos similares se encuentran en las diferentes publicaciones, tanto nacionales (30,31) como anglosajonas (32,33), con un mayor número de ocupación de camas de unidades de cuidados paliativos hospitalarias por ancianos cuando estas unidades admiten patología terminal oncológica y no oncológica (34).

Dentro de los criterios de definición y agrupación de las personas mayores para la ordenación de los diferentes servicios, definidos por Insalud en 1995, la patología terminal (35,36) por propia definición (problemas y síntomas intensos, múltiples, multifactoriales, cambiantes, con gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, por la presencia, explícita o no, de muerte) sitúa a la persona mayor, en cualquier momento del recorrido de su enfermedad terminal, independientemente de la edad cronológica, en el grupo de persona mayor-anciano frágil-de alto riesgo o en el de paciente geriátrico (sobre todo en la patología terminal no oncológica), con el consiguiente y consabido alto consumo de recursos específicos tanto sanitarios como sociales (37).

Por otro lado a pesar de que la mayoría de los pacientes (15), igualmente los ancianos (38), prefieren morir en casa, una serie de circunstancias hacen que cerca del 80% de la gente muera en un hospital (39). En Estados Unidos en 1949, un 50% murió en instituciones (hospitales, centros médicos, centros geriátricos), y en los años 80 el 80% de los enfermos crónicos murieron en instituciones (40). Una de las preguntas que se plantea con frecuencia es dónde deben llevarse a cabo los cuidados paliativos. No podemos hablar de un lugar idóneo, ya sea el hospital o el domicilio. Probablemente hay que individualizar cada caso y en el fondo lo principal es que la infraestructura para atender sea la adecuada. La Medicina Paliativa tiene entre uno de sus objetivos el mantener al paciente en el domicilio, al igual que la Geriátrica (41,42), propugnando por una muerte digna, a ser posible rodeados de sus familiares y en su domicilio. Sin embargo esto exige una responsabilidad por parte de la familia que no siempre es la óptima. La atención domiciliaria de enfermos en situación terminal ha de cumplir una serie de requisitos (43,44,45): voluntad del enfermo de querer estar en casa, entorno familiar capaz

de asumir los cuidados y voluntad de hacerlo, ausencia de problemas económicos importantes, comunicación fluida bidireccional entre enfermo, familia y profesionales, en un marco organizativo interdisciplinario, con cobertura asistencial de 24 horas y con una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (Unidad de cuidados paliativos hospitalarios, Unidades de media y larga estancia, Residencias) con las entidades de soporte a domicilio (46). No hay que hacer un drama ante una muerte fuera del domicilio. Cuando no se cumplen los requisitos expuestos anteriormente, la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria pasa a ser una alternativa sociosanitaria totalmente necesaria para el control y el manejo específico de estos pacientes (30,39).

El anciano con enfermedad oncológica terminal con relativa frecuencia, no cumple o va a dejar de cumplir los requisitos anteriores expuestos, presentando una peor situación social y una mayor fragilidad clínica que el adulto no anciano (47), con una importante y frecuente dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, falta de cuidador principal, problemas económicos, ... que van a ser los causantes de que **el anciano ingrese y fallezca en el hospital generalmente en un mayor porcentaje que el adulto no anciano. Por todo ello el anciano con enfermedad oncológica terminal, por definición frágil o bien paciente geriátrico, va a ser el principal usuario de las Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarios, especialmente de aquellas de perfil sociosanitario** (28,29).

3.- Sería aconsejable el conocer las características específicas del enfermo anciano con enfermedad oncológica en fase terminal con respecto al adulto no anciano, ya que presenta rasgos geriátricos diferenciadores y propios del envejecimiento (48,49) que se suman al cáncer (pluripatología, alteraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas, presentación atípica de enfermedad, diferencias psicológicas, sociales y espirituales, ...), y que hacen que la enfermedad presente unas peculiaridades diferentes de manejo y de presentación (50,51).

Apenas si existen estudios específicos en la población anciana con enfermedad oncológica terminal, y sobre todo específicos del ámbito hospitalario, extrapolando los datos de la población adulta al anciano (52,53). De esta forma, generalmente se asume que lo que

constituye unos buenos datos clínicos, una buena alternativa terapéutica, unos buenos recursos, en un adulto no anciano, lo es igualmente en el anciano y que la pauta de actuación que se establece para los primeros, también es la recomendable en los pacientes ancianos.

Esto sería un proceder considerado como adecuado si la respuesta y las características de los ancianos fueran las mismas que la de los adultos jóvenes. Sin embargo, como la Geriatria ampliamente describe (5), el proceso normal de envejecimiento produce modificaciones en todo el ámbito asistencial (clínico, terapéutico, necesidades de recursos) que hacen que el paciente anciano presente unas características muy diferenciadoras con respecto al adulto no anciano (54,55,56). Por ello, la extrapolación de datos de población de adultos jóvenes a ancianos debería de ser considerado como un proceder inadecuado, siendo totalmente necesario el impulsar la necesidad de realización de estudios centrados en la población anciana.

Por último existen grupos especiales de sujetos como los enfermos terminales, las mujeres embarazadas, los enfermos mentales, los niños, y, de alguna forma, también los ancianos, que se han considerado como especialmente vulnerables, y por ello objeto de protección, excluyéndolos casi siempre de los diferentes estudios, sobre todo cuando están situados en las últimas etapas de la vida (57). En general siguiendo las indicaciones de la OMS para la investigación (58), los estudios no se deben de realizar en sujetos vulnerables, excepto cuando el estudio no se puede hacer en otro tipo de pacientes, y cuando la investigación está directamente relacionada con las condiciones específicas de este tipo de personas, siendo el paciente competente, capaz de tomar sus propias decisiones y en caso de incapaces se plantee la necesidad de obtener un consentimiento a través de un representante legal, con el asentimiento del sujeto, si es posible. Los criterios de enfermedad terminal y/o la edad mayor de 65 años no deberían de ser criterios o motivos de exclusión por sí solos.

La situación de enfermedad terminal incluyendo a la población anciana, siempre que se cumplan las normas anteriores, hace que sea totalmente necesario el desarrollo de la investigación en la realización de los diferentes estudios, descriptivos, experimentales, observacionales, ..., en orden de obtener información válida para mejorar su calidad asistencial (59-60).

1.1.- HIPÓTESIS

La hipótesis de trabajo es la siguiente:

- Los ancianos, frente a los adultos no ancianos, con enfermedad oncológica en fase terminal ingresados en el medio hospitalario de perfil sociosanitario, presentan unas características clínicas, psicosociales, terapéuticas y de consumo de recursos intrahospitalarios propias y, con diferencias específicas entre sí.

1.2.- OBJETIVOS Y PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Considerando de acuerdo con lo expuesto, el envejecimiento de la población, la alta morbimortalidad del cáncer en su fase terminal en la población anciana, el importante consumo de recursos hospitalarios, principalmente los de perfil sociosanitario, por parte del anciano oncológico en sus fases finales y, la falta de estudios específicos al respecto, encuentro de gran interés teórico y práctico el profundizar en el conocimiento de las características propias del anciano con enfermedad oncológica en fase terminal, así como del estudio de la utilización por esta tipología de paciente, de la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria de perfil sociosanitario.

Los objetivos del estudio se resumen en los siguientes:

1.- Objetivo general: Estudiar las características clínicas, psicosociales, terapéuticas y el consumo de recursos del anciano con enfermedad oncológica en fase terminal en una Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria de perfil sociosanitario.

2.- Objetivos específicos: Describir y analizar en el anciano con enfermedad oncológica en fase terminal ingresado en una Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria de perfil sociosanitario:

- a) Las características geriátricas.
- b) La presencia de síntomas al ingreso y durante la estancia hospitalaria.
- c) Los aspectos psicosociales.
- d) La utilización en el control de síntomas de los fármacos opioides, del uso de la vía subcutánea y de uso de la sedación terminal.
- e) El uso del recurso hospitalario

Para ello presento en una primera parte una revisión actualizada del tema que incluye los apartados siguientes: Geriátría y Medicina Paliativa; Historia de la Medicina Paliativa; Perfil Sociosanitario. Organización y niveles asistenciales en Cuidados Paliativos; Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias; Características Hospitalarias del anciano con enfermedad oncológica en fase terminal; Cuidados Paliativos en enfermedades no oncológicas; Aspectos éticos clínicos de los cuidados paliativos; y Derechos del enfermo en fase terminal.

En una segunda parte, que constituye la exposición del trabajo de tesis propiamente dicho, describo la metodología utilizada, los resultados obtenidos y la discusión de los mismos, presentándose por último las conclusiones del trabajo.

PRIMERA PARTE:

Revisión bibliográfica del tema.

2.1.- Geriátría y Medicina Paliativa

En los últimos diez años, los cuidados paliativos han experimentado un gran desarrollo en España, especialmente en la patología oncológica terminal (34). Sin embargo, la evolución de la medicina paliativa en el paciente geriátrico con o sin enfermedad oncológica ha sido más lenta. La aparición de recientes experiencias en la literatura y la inclusión del paciente geriátrico en los foros de discusión de las Sociedades Internacionales de Cuidados Paliativos, demuestran una seria implicación entre la Geriátría y la Medicina Paliativa (61).

La Organización Mundial de la Salud propone ya a finales de los años 80 que los cuidados paliativos constituyan un elemento inherente a toda política sanitaria racional, recomendando ampliar sus beneficios a pacientes no oncológicos (15,17).

El anciano presenta con frecuencia patología tumoral avanzada. Las personas mayores de 65 años suman el 13% de la población total, y padecen el 55% de todos los tumores diagnosticados y el 67% de las muertes por cáncer (32). Los ancianos reciben menos indicaciones de técnicas preventivas o de detección precoz de tumores, y por otra parte suelen ser diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, no siendo subsidiarios de tratamiento curativo (11) coexistiendo junto con su patología tumoral, problemas específicos de la población anciana.

Existen también en el anciano otras enfermedades no oncológicas de larga duración, (62,63,64,65,66) que en algún momento de su evolución llegan a un estadio final, con ausencia de tratamiento específico, síntomas múltiples y cambiantes, con gran impacto emocional para el paciente y su familia, pudiendo incluirse en programas de cuidados paliativos. Algunos ejemplos los tenemos en enfermedades crónicas respiratorias (EPOC, enfermedades neuromusculares, patología restrictiva), enfermedades neurológicas (demencia, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares extensos con incapacidad residual no rehabilitable), insuficiencia avanzada de órganos básicos (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal terminal, cirrosis hepática) y otras patologías ...

Los modelos de atención a pacientes subsidiarios de cuidados paliativos son diferentes en los países de nuestro entorno. Así, el modelo Hospice anglosajón se basa en centros de ingreso para pacientes con enfermedad en fase terminal (solo oncológicos), mientras que el modelo americano, NHO (National Hospice Organization), presta su servicio mayoritariamente en el domicilio, intentando ampliarlo al paciente con enfermedad en fase terminal no oncológica. En este sentido ha desarrollado unas normas orientativas (punto 2.7., cuidados paliativos en enfermos no oncológicos) para ayudar a definir a los pacientes con patología no oncológica que pueden ser incluidos en programas específicos de cuidados paliativos (67).

En España, como ya se ampliará en el punto 2.4., la organización de los cuidados paliativos no es homogénea, y cuenta con varios modelos de asistencia, en la que mayoritariamente participa la Sanidad Pública, seguida de Organizaciones no Gubernamentales y otras iniciativas privadas. Según datos del Directorio de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos de 1997 (34), más de la mitad de los programas de cuidados paliativos en España se realizan en unidades hospitalarias, de las cuales la mayoría corresponden a hospitales de crónicos o centros sociosanitarios. Un 46% de los programas lo forman equipos de asistencia domiciliaria, con modelos diferentes según la entidad que los organiza. Todos estos programas se centran en su mayoría en el paciente con patología oncológica terminal, aunque recientemente están surgiendo iniciativas para incluir al paciente geriátrico no oncológico (parte del programa "Vida a los años" establecido en Cataluña (28,29). En este sentido el INSALUD ha implantado en parte de su territorio nacional el programa de "Atención domiciliaria con Equipo de Soporte" (ESAD), en donde sus pacientes diana son pacientes con características claramente del ámbito geriátrico: pacientes con enfermedad en fase terminal, pacientes con procesos crónicos en estadios avanzados y pacientes con limitación funcional y/o inmovilizados complejos (68).

En estos pacientes no es fácil establecer el criterio de terminalidad, ya que existen pacientes en los que el tiempo que transcurre desde la introducción de medidas paliativas hasta la muerte es relativamente corto como en la patología respiratoria crónica, otros en los que transcurren muchos meses como la demencia, y otros siguen un curso intermedio.

En todos los programas que contemplan inclusión de pacientes ancianos con enfermedad oncológica o no oncológica en fase terminal, la Geriatria (69,70,71) aporta:

- Conocimientos específicos del manejo y evolución de las fases terminales de determinadas enfermedades irreversibles en estadio avanzado como son, además de las enfermedades tumorales, las previamente citadas, que a su vez constituyen la mayor parte de las demandas de seguimiento y manejo en los programas a domicilio, pudiendo colaborar activamente en la elaboración de criterios de ingreso y cuidados a realizar en el paciente anciano con patología terminal.

- Experiencia de la asistencia domiciliaria que forma parte de la formación en la especialidad de Geriátría así como la fluidez en la relación con los profesionales de atención primaria.

- Coordinación y nexo entre los distintos niveles asistenciales. Aunque muchos equipos de Cuidados Paliativos o de Soporte Domiciliario se desarrollen desde la Atención Primaria no hay que olvidar que el Hospital es una fuente importante de captación de los pacientes que van a ser incluidos en estos programas, y que durante el seguimiento va a ser necesaria en muchos casos la intervención de distintos especialistas o el ingreso de pacientes para procedimientos concretos.

- Visión integral del enfermo con trabajo inter y multidisciplinar con los diferentes profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, ...), con experiencia de relación con otros niveles no estrictamente sanitarios, pero fundamentales en el manejo de los pacientes a los que nos estamos refiriendo: experiencia en la participación en comisiones sociosanitarios, formación y soporte de los cuidadores, ...

Por todo lo expuesto, la Geriátría y la Medicina Paliativa tienen muchos puntos de encuentro y de aportaciones mutuas, que deben de utilizarse para un mayor beneficio del paciente geriátrico subsidiario de cuidados paliativos.

2.2.- Fundamentos de los Cuidados Paliativos

Los principios de los cuidados paliativos han demostrado ser útiles para la atención de gran número de condiciones distintas, y son aplicables desde fases iniciales de la evolución de la enfermedad hasta el proceso de morir. Los cuidados paliativos promueven la participación activa de la familia durante el proceso de morir y establecen medidas de atención del duelo; representan, a su vez, una activa participación de la sociedad y de los cuidadores informales.

2.2.1.- Objetivos generales (14,15,16,17):

a) Mantener al paciente cómodo y tan libre de síntomas como sea posible, aún cuando no pueda expresarlo. Esta confortabilidad incluirá el esfuerzo por mejorar su

aparición personal para que se sienta digno y presentable para los diversos procedimientos y exámenes, así como para recibir a sus familiares.

b) Establecer metas realistas de tratamiento, dependiendo de la causa del síntoma y su posibilidad de reversión. Los pacientes con enfermedades localizadas o recurrentes regionales serán tratados inicialmente con medidas específicas locales como la radioterapia paliativa que es frecuentemente de ayuda para controlar el dolor metastásico, la ulceración o el sangrado. Los agentes eficaces tanto contra las enfermedades sistémicas y locales (radio y quimioterapia combinadas, por ejemplo) se reservarán mejor para enfermedades locales refractarias o las metastásicas distantes.

c) Todo lo que se haga deberá ser apropiado para el paciente, no para preservarle la vida sino para hacerla más confortable y llena de significado, por lo que se evitarán los procedimientos innecesarios que creen ansiedad, a pesar de la aceptación médica, o razones de investigación, si así lo desea el paciente. La resucitación cardiaca, respiración artificial, infusiones intravenosas, sonda nasogástrica y antibióticos, son medidas de apoyo primariamente utilizadas en las enfermedades agudas o crónicas. Su uso, sin una cuidadosa consideración del propósito es una pobre práctica médica en terapia paliativa. En general, un tratamiento paliativo que es peor que la enfermedad no es digno de hacerse ni de ofrecerse.

d) Proporcionar el cuidado médico como parte de un todo que va desde la curación en un extremo, al cuidado terminal en el otro, de modo que el paciente y la familia no sientan una ruptura en esta continuidad. Cuando ya no es posible la curación, el énfasis del equipo se dirigirá al control de los síntomas como un objetivo en sí mismo. Este plan de cuidados deberá ser documentado de manera que otros puedan proseguir con el mismo cuando sea necesario.

e) Ofrecer a los pacientes una oportunidad para dialogar, si lo desean, sobre su enfermedad y ser informados de su diagnóstico, tratamiento, pronósticos alternativos, las inmediatas y futuras implicaciones de la familia, incluso costos, en términos que puedan comprender. Como todos los individuos, tienen el derecho de participar en lo que sucede alrededor. Si el paciente no es informado por razones médicas y otras circunstancias, el

responsable más cercano deberá recibir esta información. Es de suma importancia guardar su privacidad, así como la confidencialidad de todas las conversaciones y registros.

f) Satisfacer en la medida que sea posible, las necesidades espirituales, emocionales y psicológicas de los pacientes y aceptar sus respuestas sin reaccionar ante éstas en una forma que interprete como un rechazo.

g) Apoyar a la familia y a los seres queridos del paciente para que mejoren su relación entre sí y se reduzca la sobrecarga que representa la enfermedad.

2.2.2.- Necesidades de los pacientes en fase terminal.

El enfermo con cáncer avanzado es un ser muy necesitado de ayudas de diverso tipo, a causa de sus múltiples necesidades biológicas, psicológicas, espirituales (de carácter ético y religioso) y familiares. Requiere una atención integral para poder aceptar el padecimiento en caso de terminalidad y vivir la vida que le queda con la mayor dignidad posible (72).

2.2.2.1.- Necesidades biológicas

El enfermo precisa una atención médica y de enfermería (73,74) minuciosa en relación con todos los aspectos biológicos: sueño, alimentación, higiene, eliminación, y sobre todo de síntomas de la enfermedad (dolor, vómitos, tos, hipo, disnea, etc). Es muy importante tranquilizarle asegurándole que se hará todo lo posible para aliviar los síntomas que le afligen. Con frecuencia es necesario proceder paso a paso, en lugar de buscar un alivio inmediato y total. Un buen control biológico (médico y de enfermería) produce un aumento del bienestar de los

enfermos, mientras que cualquier defecto del mismo lo deteriora no permitiendo satisfacer el resto de necesidades.

2.2.2.2.- Necesidades psicológicas (75).

La enfermedad provoca una convulsión en el mundo interior de quien la padece, que se encuentra de repente ante algo que no puede dominar y que tampoco, a su parecer, dominan plenamente los médicos. Con ella se derrumban muchos muros que con frecuencia se establecen en tiempos de salud y que parecían indestructibles. Si es particularmente grave, el paciente se interioriza y empieza a plantearse interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor, y de la muerte, etc. a los que pretende buscar solución.

Las necesidades psicológicas del enfermo con cáncer avanzado son numerosas (tabla 2.2.1.). Muchos de ellos no sacarán a la luz sus preocupaciones si no se les pregunta específicamente por las mismas y, a menos que éstas sean reconocidas y atendidas, será por lo general imposible lograr un adecuado tratamiento del dolor y de otros síntomas molestos. El personal sanitario deberá considerar siempre que está tratando a una persona, más allá de un organismo biológico, para darle en todo momento un trato cortés y afectivo en la conversación, atenciones y en las explicaciones sobre lo que le sucede, el tratamiento que recibe y el porqué de sus síntomas.

Tabla 2.2.1. Necesidades psicológicas del paciente con cáncer avanzado.

Seguridad:	Sentimiento de seguridad.
Sensación de pertenecer:	Deseo de sentir que lo necesitan y de que no es una carga.
Amor:	Expresiones de afecto, contacto humano (tacto).
Comprensión:	Explicación de síntomas y de la naturaleza de la enfermedad; oportunidad de hablar sobre el proceso de la muerte.

Aceptación:	Sin tener en cuenta el estado de ánimo, sociabilidad y aspecto personal.
Amor propio:	Participación en la toma de decisiones, especialmente cuando va en aumento la dependencia física de los demás; oportunidad de dar y de recibir.
Confianza:	Comunicación sincera con la familia y con los encargados de su atención; confianza en que está recibiendo la mejor atención posible.

Modificada de la cita 72.

Los pacientes con enfermedades en fase avanzada tienen también otros motivos de preocupación, de temores, tabla 2.2.2., que pueden manifestarse siempre que encuentren que las personas que los atienden son sensibles y están atentas para comprender lo que subyace detrás de sus comentarios, y en la duda o temores no expresados. Los pacientes pierden sus temores y se enfrentan mejor al futuro cuando encuentran que sus médicos y enfermeras son personas con coraje y compasión suficiente para caminar con ellos los últimos días de sus vidas como compañeros afectuosos al igual que profesionales altamente entrenados.

Tabla 2.2.2.- Temores comunes en la fase terminal:

- 1.- Dolor severo.
- 2.- Axfisia.
- 3.- Incontinencia.
- 4.- Pérdida del lenguaje.
- 5.- Parálisis.
- 6.- Desolación.
- 7.- Morir solos.
- 8.- Ser enterrados vivos.

9.- Dejar las cosas incompletas.

10.- Muerte indigna con sufrimiento.

Modificada de la cita 72.

2.2.2.3.- Búsqueda de un sentido y necesidades espirituales (76,77,78).

La falta de una finalidad para vivir produce desesperanza y depresión. El enfermo mantiene la esperanza cuando tiene una meta. Frecuentemente, es de ayuda procurar encontrarle unas pocas metas realizables, que pueden cambiar conforme la muerte se acerca. Si el objetivo final puede alcanzarse mediante el logro de una serie de objetivos menores, tanto el paciente como el equipo asistencial podrán mantener viva la esperanza. La mayoría de los pacientes se adaptan mejor a la muerte cuando experimentan que existe un interés profundo amistoso, sincero y sostenido.

En algunos casos, el médico puede contribuir para que el paciente pueda dejar un mejor recuerdo, y a preparar a los familiares ante el futuro. Una buena manera de ayudarle al enfermo es interesarse por su vida pasada, por los eventos más importantes y recalcar todo lo bueno que ha hecho o los intentos que ha realizado para conseguirlos. El paciente necesita sentirse confortado de conocer que sus esfuerzos han dado su fruto. Los hijos aprenden también de la disposición e intentos, no sólo de las cosas que se les deja. Una persona totalmente dependiente todavía puede seguir siendo importante en una comunidad y servir de ayuda y estímulo para otros al agradecer las atenciones recibidas con una palabra amable o un gesto cariñoso.

El sufrimiento tiene su origen en los retos que amenazan a la integridad de la persona como compleja entidad social y psicológica (79). La persona que se adapta mejor es aquella que permanece realista y esperanzada en toda situación. Asignar un significado a la afección nociva reduce frecuentemente o incluso resuelve el sufrimiento asociado con ella. Algunos pacientes derivarán de sus creencias religiosas la fuerza necesaria para seguir gracias a su fe en que existe un mundo espiritual más allá del físico. A veces no es conveniente

introducirse en las respuestas que el moribundo encuentra por sí mismo. Ciertamente, ven y tocan un grado más profundo de la realidad que nosotros.

Aunque el tema no quiero que abarque por su extensión toda la profundidad que se merecen las necesidades espirituales, es importante recordar que esta parte de la vida aglutina diferentes aspectos físicos, psicológicos y sociales de las personas. Está relacionado con la búsqueda íntima del significado y el propósito de la vida, de la verdad y del conocimiento y con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales así como el perdón, la reconciliación y la afirmación de valores particulares y comunes.

El apoyo religioso puede ser especialmente importante para el creyente por lo que las preguntas sobre el tema espiritual deberán hacerse muy delicadamente, con amabilidad y pleno respeto hacia el derecho del paciente a tener sus propios valores y creencias, y a permanecer en silencio ante dichas preguntas. Es posible conseguir información acerca del concepto que el enfermo tiene de Dios, preguntándole si Dios o la religión son significativos para él y si el hecho de estar enfermo ha cambiado sus creencias, o su manera de practicar la religión. Si la respuesta es afirmativa, se le puede pedir que describa sus sentimientos en palabras sencillas. El paciente tiene derecho a esperar que sus creencias espirituales sean respetadas y escuchadas con atención. Si hay respeto y confianza mutuas y el ambiente es apropiado, el paciente comparte generalmente sus experiencias y anhelos espirituales, lo que le genera un notable bienestar. Nuestro deber como equipo de apoyo es facilitarle, si así lo desea, la participación en las actividades religiosas, privadas o comunitarias, y darle la necesaria intimidad y el oportuno acceso a los consejos espirituales.

2.2.2.4.- Necesidad de despedirse

El paciente suele desear despedirse, poder dar las últimas instrucciones y hacer la paz con aquellos que tuvo diferencias, hechos estos que toman su tiempo y que no pueden ser satisfactoriamente realizados si se retrasan demasiado, porque hacia el final el paciente puede estar muy débil, haberse deteriorado mentalmente, o estar muy sedado. Las personas encuentran más difícil despedirse de aquellos con los que tuvieron una relación altamente conflictiva. Es como si quisieran aclarar las cosas primero para luego poder decirse adiós. Estos problemas

deberán ser confrontados con la familia y el paciente para que puedan ser resueltos de modo oportuno y se procurará ayudarle para que tengan una comunicación más abierta entre sí.

Suele ser muy duro para el médico despedirse de un paciente. Es normal sentir congoja en estos momentos finales porque, si bien pudo haber sido corto el tiempo de tratarle, se puede haber llegado a establecer un nivel de amistad muy intenso por la gran sinceridad que llena esos últimos días. Un paciente nos abandona pero la vida continúa y no se detiene. Nos debemos sentir satisfechos de haber ayudado a que su muerte haya sido más pacífica, sin sufrimientos.

2.2.2.5.- Necesidades del paciente inconsciente

En la proximidad del fallecimiento, muchos pacientes parecen entrar en un estado crepuscular entre la vida y la muerte (80). Cuando el paciente pierde la conciencia, particularmente si el nivel es ligero, parece continuar siendo consciente del sonido y el tacto, y de otros sentidos en un menor grado, siendo posible que perciba a veces la presencia de otra gente a pesar de encontrarse aparentemente en la inconsciencia más profunda. Esto se demuestra al observar cómo el paciente se torna molesto e intranquilo si se le deja solo, mientras que se vuelve apacible cuando alguien se sienta con él. Aún en las etapas finales puede haber cosas importantes que los miembros de la familia necesiten decir al paciente, por lo que es siempre sorprendente las veces que se escuchan sus respuestas. Es nuestro deber asegurarles privacidad porque a pesar de que no pueda responder verbalmente, es posible que aún pueda escuchar.

Existen igualmente otras ocasiones en que el enfermo desea abstenerse de toda comunicación aún con sus seres queridos, y cualquier molestia que se les ocasiona le irrita intensamente. Puede ser una forma de evitar el dolor de la partida y prepararse para la muerte. Entonces, aunque esté consciente, el paciente mantiene sus ojos cerrados casi todo el tiempo y rehúsa comer o beber. Este es un tiempo pacífico y la transición a la inconsciencia es a menudo imperceptible.

Es muy importante manejarle delicadamente en todo momento, como si se tratase de un paciente consciente, llegando aún a explicarle las cosas que se le van a hacer como los procedimientos de cateterización, cambios posicionales o ponerle inyecciones. Se le indicará que el dolor será mantenido bajo control, que no está solo, informándole sobre quién ha llegado, la hora del día, etc., porque ello puede contribuir a dar paz a su mente. Respetar de esta forma su dignidad, no solo ayuda a la familia sino también le sirve de recuerdo al equipo de que está cuidando a esa persona.

Muchos familiares están preocupados cuando el paciente es incapaz de tomar la comida o el agua. Puede serles de ayuda una explicación del motivo por el que ya no son beneficiosos. El deseo de ofrecer alimento es un instinto natural poderoso, pero en este caso, deberá ser balanceado con las necesidades de comodidad del paciente. La hidratación intravenosa puede ser molesta en un moribundo mientras que un cierto grado de deshidratación puede darle realmente comodidad al reducirle las secreciones bronquiales. Una boca seca será tratada con medidas locales, se usarán lágrimas artificiales, se pasará a la medicación subcutánea para asegurarse un buen control de síntomas y una muerte tranquila al menos desde el punto de vista biológico.

2.2.2.6.- Necesidades de la familia

Muchos familiares demandan que alguien escuche sus aflicciones y su ansiedad personal, sus sentimientos de culpa y de frustración (81). La familia deberá ser informada puntualmente de la evolución de la enfermedad, sobre como se manejan los síntomas molestos y la forma como será la etapa final. Muchas familias atraviesan las mismas etapas de adaptación a la enfermedad y muerte que los enfermos (82) (tabla 2.2.3.), y requieren una especial comprensión si se han detenido en algunas de ellas. Agradecerán que el equipo de atención y el médico sean también sensibles a sus preocupaciones, que se les ayude a mejorar la comunicación, a vencer especialmente la conspiración de silencio, si ésta existe, y que si desean, se les involucre en el cuidado del enfermo, proporcionándoles la ayuda que en las etapas finales puedan requerir. Estos elementos influyen de modo significativo en el periodo de duelo, fase en la cual también el médico dejará una ventana abierta para la comunicación posterior con la familia, debido a que en esta etapa, suelen ser necesarias, quizá más que nunca, unas manos

amigables. Puede ser preciso un seguimiento durante varios meses, o a veces por más tiempo, especialmente si los deudos tiene un escaso apoyo social. Todo programa de asistencia en el duelo debe tener objetivos bien definidos y emplear un método de seguimiento uniforme como también concentrarse en ayudar a las personas que sufren mayores riesgos (tabla 2.2.4.).

Tabla 2.2.3.- Fases de adaptación a la enfermedad terminal (82):

-
-
- 1.- Fase de Negación
 - 2.- Fase de Enfado
 - 3.- Fase de Negociación
 - 4.- Fase de Depresión
 - 5.- Fase de Aceptación o Resignación
-

La enfermedad terminal es una parte de la vida que manejada correctamente, puede ser también un tiempo para que todos los que en ella participen, ganen en madurez y en crecimiento espiritual. Haber visto una muerte apacible y experimentar que tanto el difunto como sus seres queridos fueron tratados con la mayor dignidad y comprensión, es la mejor medida de prevenir el duelo patológico.

Tabla 2.2.4.- Factores de riesgo de duelo patológico

-
-
- 1.- Personas de bajo nivel económico.
 - 2.- Mujeres con niños o bien, ocupadas en sólo tareas domésticas.
 - 3.- Personas solas sin familiares cercanos, especialmente hombres, y ancianos.
 - 4.- Los que exponen un fuerte sentimiento de amargura y de rabia antes y después de la muerte.

Realizado en base cita 81

2.3.- Historia de la Medicina Paliativa

En el siglo IV antes de Cristo no se consideraba ético tratar al enfermo durante su proceso de muerte (83). Los médicos tenían miedo de hacerlo por el riesgo de ser castigados y perder sus bienes por desafiar a las leyes de la naturaleza. A partir de la propagación de la doctrina cristiana se establece la necesidad de ayudar al enfermo que se enfrenta con una muerte próxima. Sin embargo, el potencial curador de la medicina, tal y como lo entendemos actualmente, es un hecho reciente en la historia de la humanidad (52). De hecho, tanto el sanador prehistórico, como el médico, hasta bien entrado el siglo XX, debían dedicar la mayoría de sus esfuerzos a aliviar los sufrimientos de sus pacientes, dejando la curación más en manos de la naturaleza y la fortuna, que basada en sus restringidos conocimientos y recursos. Por lo tanto, la paliación no constituye una actividad intrínsecamente nueva en medicina; la novedad, si así puede denominarse, estriba en la reorganización y profesionalización del proceso paliativo ante ingentes cambios sanitarios y socio-culturales acaecidos en el último tercio de este siglo.

Diferentes autores, Jaime San Ortiz (83), Josep Porta (52), Marcos Gómez (53), coinciden en que la fundación del St. Christopher's Hospice con la figura de Cicely Saunders (enfermera, asistente social y después médico), constituye el antes y el después en la historia de los Cuidados Paliativos y con ello de las Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

El antes, constituye una etapa general, donde pueden describirse algunas referencias que han de crear los antecedentes y el clima que permitirá la aparición del St. Christopher's Hospice. El después, constituye y se indentifica con el hoy.

2.3.1.- Etapa general

En esta etapa previa a la aparición del St. Christopher's Hospice, la historia nos remonta a la época del emperador romano Julián el Apostata, donde aparece la figura de la matrona Fabiola, que en el año 380 d.C., fundó en Ostia lo que se ha considerado la primera institución -hospitum- dedicada a dar cobijo, aliento y confortar a los peregrinos, pobres, enfermos y moribundos (84).

La labor iniciada por Fabiola fue seguida en los oscuros tiempos de la Edad Media por los Caballeros Hospitalarios (siglo XI) y por múltiples instituciones desparrramadas por los caminos de Europa, que, con el devenir de los siglos, se transformaron en hospitales, conventos, albergues, hosterías o simplemente desaparecieron. Los conventos y hospitales que siguen el Camino de Santiago en España, son una muestra de ello. Es precisamente en esta época cuando San Bernardo usa la palabra Hospice, voz francesa, para designar el lugar destinado a albergar los peregrinos (85). Lamerton y Hobson (86) coinciden en que, etimológicamente, "hospice" deriva del latín "hospes" (huésped, invitado) y con la misma raíz, las palabras "hospitalis" (hospitalidad) y "hospitium" (donde se recibe a los huéspedes).

En el siglo XVII, San Vicente de Paúl, fundador de los Lazaristas (1625) y de las Hermanas de la Caridad (1633), abre en París y en el resto de Francia numerosos hospices, destinados a la atención de huérfanos, pobres, enfermos y moribundos (87). Tal y como lo hace posteriormente Jeanne Granier (1842) en Lyon, Francia (88). Un siglo más tarde, el Barón Von Stein de Prusia, impresionado por la labor de las Hermanas de la Caridad, encarga al Pastor Flinder la fundación de Kaiserweth, siendo éste considerado el primer hospice protestante (84). Es en 1879 cuando la Madre Mary Aikenhead, fundadora de las Hermanas Irlandesas de la Caridad, abre el Our Lady's Hospice en Dublín. La madre Aikenhead utiliza, al igual que Jeanne Granier, la palabra hospice en el sentido actual y lo hace inspirada en el sentido primitivo de la palabra: "dar acogida y refugio a los que considera unos nuevos peregrinos, los moribundos, que van de esta vida a la eterna (88)".

En este mismo periodo de tiempo aparecieron en Inglaterra diferentes instituciones de carácter religioso, destinadas a la atención de pacientes terminales de cáncer o

tuberculosis. Se pueden señalar como los más relevantes (89): The Friendensheim Home of Rest (1885), The Hostel of God (1872), actualmente Trinity Hospice y St. Luke's Home (1893), hoy hospital. Las mismas hermanas Irlandesas de la Caridad fundaron en 1902 el St. Joseph's Hospice.

2.3.2.- St. Christopher's Hospice

La aparición en Inglaterra de los establecimientos antes mencionados, sin duda creó el ambiente y la tradición en que Cicely Saunders, que es por aquel entonces enfermera y asistente social, adquiere conciencia de las necesidades de los enfermos terminales. Es aconsejada para que estudie medicina, si realmente desea ayudar a los pacientes terminales. En palabras del Dr. Barrett, fundador del St. Luke's: "Go and read medicine. It's the doctors who desert the dying" ("Ve y estudia medicina. Son los médicos los que abandonan a los moribundos") (90). Con la experiencia adquirida como enfermera, asistente social y médico, primero en el St. Luke's y luego en el St. Joseph's, Cicely Saunders puede, en 1967, abrir las puertas del St. Christopher's (90).

Si bien hasta el momento la función de los hospices había quedado relegada al acompañamiento caritativo de los pacientes terminales, la figura de la Dra. Saunders constituye el motor de lo que se ha convenido en llamar el hospice moderno: Mejora el sistema de atención, racionaliza el uso de analgésicos y de otros fármacos e incorpora como elementos indispensables en la vida del hospice la investigación y la docencia (91,92).

Con todo ello se produce un progreso espectacular en el campo del control del dolor y otros síntomas, un mejor conocimiento de las necesidades de los pacientes y familias y, por lo tanto, cómo poder ayudarles. El éxito conseguido, incidiendo en el momento social adecuado, junto con una producción bibliográfica ingente, se han sugerido como las causas de la rápida expansión de los hospices, en Gran Bretaña y en todo el mundo. La etapa iniciada por el St. Christopher's Hospice, promueve la aparición de hospices y su posterior desarrollo en Estados Unidos de América (93), África, Asia, Australia (94), Canadá, Holanda, Suecia, etc. (95).

La dinámica propia de la nueva idea hace que pronto aparezcan nuevas perspectivas en el enfoque asistencial; éstas también tienen su origen en el St. Cristopher's Hospice, cuando la Dra. Mary Baines y Barbara McNulty ponen en marcha, en 1969, la atención domiciliaria y ambulatoria del propio St. Cristopher's Hospice.

En Estados Unidos de América podemos encontrar antecedentes en cuanto al interés por los pacientes terminales, hacia principios de siglo, en la figura de Rose Hawthorne Lathrop o del Dr. Worcester (96), pero no es hasta los años setenta cuando comienzan a aparecer hospices: The Connecticut Hospice (1974), Hospice of Marin, California (1978), Riverside Hospice, New Jersey (1977), por citar los primeros, aunque en 1981 ya existían unos 700 hospices (96). De cualquier forma, la aportación más valiosa del nuevo mundo la constituye el hecho de aplicar la concepción del hospice dentro de los hospitales, apareciendo en 1974 el Palliative Care Unit en el Royal Victoria Hospital de Montreal (97) o el Symptom Control Team en el St. Luke's Hospital de Nueva York (1975). Simultáneamente o posteriormente, estos sistemas empiezan a implantarse en Gran Bretaña (98), destacando: The Horder Ward en el Royal Marsden Hospital (1974) y el Support Team en el St. Thoma's Hospital (1978), ambos en Londres (99).

A parte del Reino Unido, donde hay un gran y heterogéneo crecimiento de los Cuidados Paliativos (100,101), el desarrollo de los cuidados paliativos en el continente europeo ha sido fulgurante, existiendo en casi todos los países programas de cuidados paliativos, aunque el grado de implantación es desigual (102,103). Reflejo de ello es el interés del Consejo de Europa, a través de su Comité de Salud Pública, de alentar y proporcionar a sus Estados Miembros las directrices adecuadas para el progreso armónico de los cuidados paliativos (104). Asimismo, otro punto relevante es el reconocimiento de los cuidados paliativos en Gran Bretaña, como especialidad médica en 1987, denominándose Medicina Paliativa (105). La cual se define como el estudio y manejo de los pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, para los que el pronóstico es limitado, siendo el objetivo de la atención la calidad de vida. Se entiende que la Medicina Paliativa es la especialidad practicada por los médicos, y cuando se refiera a todo el equipo, se prefiere hablar de Cuidados Paliativos (106).

A pesar de las dificultades propias de los países de la América Latina, sintetizadas en: pobreza, escasa disponibilidad de fármacos, falta de formación y de modelos autóctonos y la actitud general frente a la muerte, se están implementando programas de cuidados paliativos, especialmente en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, México, República Dominicana y Uruguay (107,108,109).

2.3.3.- Cuidados Paliativos en España. (110,111,34,112)

Según los datos publicados del directorio de 1997 de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL, de Programas de Cuidados Paliativos en España (34,112), la primera Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria con su reconocimiento oficial en octubre de 1987 fue la del oncólogo Dr. Jaime Sanz Ortiz, en el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), ya en funcionamiento desde 1982, seguida por la apertura en diciembre de 1987 de la Unidad del Hospital Santa Creu de Vic (Barcelona). Desde entonces, el número de programas ha seguido un crecimiento constante y muy especialmente a partir del programa piloto regional de Cataluña con la OMS de “Vida a los años”.

Siguiendo con los datos del directorio, no existe ningún centro monográfico de pacientes con patología terminal, el 44% de los programas de Cuidados Paliativos son equipos de asistencia domiciliaria o de soporte en atención primaria sin estar integradas propiamente con Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias específicas. Alrededor de un 5% de los programas solo lo forman Unidades Funcionales de Soporte Hospitalario. Un 46% de los programas son unidades de cuidados paliativos hospitalaris, de las cuales casi la tercera parte forman parte de un sistema integral y continuado con programas en todos los niveles asistenciales, atención domiciliaria y ambulatoria. De estas unidades de cuidados paliativos hospitalarias aproximadamente el 18% se encuentran ubicadas en hospitales de agudos (todas son prácticamente de atención oncológica) y el resto, cerca del 82%, en hospitales de crónicos tradicionales geriátricos, reconvertidos hacia centros sociosanitarios, con atención predominante de patología oncológica terminal (60-80% de pacientes ingresados), pero ya con un creciente número de patología terminal no oncológica (20-40% de pacientes ingresados).

Como se muestra hay una gran diversidad de programas y recursos existentes en nuestro país, tanto en el ámbito de la atención hospitalaria como de los centros socio-sanitarios y la atención primaria de salud. Los modelos varían desde programas específicos de los gobiernos autonómicos, como es el caso de Cataluña (113,114) o de Canarias (115), a iniciativas más o menos personales, sin olvidar la presencia de organizaciones como la Cruz Roja, la hermandad de San Juan de Dios o la Asociación Española Contra el Cáncer.

Hay que reconocer que, a pesar de las dificultades propias de un proceso tan complejo como el desarrollo de los cuidados paliativos, el apoyo recibido desde la administración como el cambio en la legislación referente a la prescripción de opiodes potentes (116), han impulsado la difusión de los cuidados paliativos, facilitando extraordinariamente la prescripción de morfina. Toda esta voluntad de las administraciones ha quedado formalmente expresada en la Declaración de Barcelona (117). Otros aspectos relevantes en todo este proceso es la aparición de Medicina Paliativa en 1994, como la primera revista monográfica española de cuidados paliativos, desarrollándose en 1995 el I Congreso Nacional de la SECPAL.

2.3.4.- Terminología.

Con respecto a la terminología, es precisamente Belfor Mount, el artífice del Palliative Care Unit en el Roy Victoria Hospital de Montreal, quien acuña el término de Cuidados Paliativos (88), frente al de Hospice Care o el de Terminal Care. El término de cuidados paliativos ha ido ganando adeptos en todo el mundo, ya que supera las limitaciones impuestas por Hospice Care y Terminal Care. Así pues, Hospice Care sólo adquiere sentido en la cultura anglosajona, donde hospice tiene la connotación de lugar donde se atienden pacientes en situación terminal. Al hacer la traducción al castellano como hospicio, el sentido es diferente; así, el Diccionario de la Lengua Española (118) la define como : “casa para albergar y recibir peregrinos y pobres. Asilo en que se da mantenimiento y educación a niños pobres, expósitos o huérfanos”. Esta diferencia entre la concepción del hospicio latino y el hospice anglosajón, ya queda patente en las actitudes asistenciales, en nuestro país, del mediados del siglo XVIII.

Con respecto a “Terminal Care”, es decir, cuidados terminales, éstos se identifican más con los cuidados propios de las etapas inminentemente previas a la muerte, y con aspectos

relacionados más con la tanatología que con esa actitud viva y de reto que se mantiene aún en las fases más avanzadas de la enfermedad, y que constituyen la esencia de los cuidados paliativos. En otras palabras, los cuidados paliativos se concentran más en la vida que en la muerte (92,106), la cual es observada como un proceso natural que, al fin y al cabo, constituye la culminación de una biografía y no un fracaso de la vida ni de la medicina. La paliación no es una cuestión exclusiva del final, sino de un proceso, que tendría que iniciarse en el momento del diagnóstico de la enfermedad incurable (119).

2.4.- Perfil Sociosanitario. Modelos de Organización Asistencial en Cuidados Paliativos.

Como se ha expuesto en la introducción, hoy en día esta aceptado lo que se entiende como pacientes-clientes con necesidad o perfil sociosanitario a aquellos con algunas de las siguientes situaciones (18):

- Pacientes con necesidad simultánea de ambas áreas.
- Cuando esta necesidad es significativa cuantitativa o cualitativamente en ambos campos, tanto en la intensidad de la intervención como en la duración en el tiempo.
- Cuando las intervenciones desde ambos sectores son sinérgicas en su efecto.

La necesidad de servicios/recursos de perfil sociosanitario se manifiesta con mayor intensidad en pacientes con enfermedades en fase terminal, en pacientes geriátricos con pluripatología y deterioro físico y/o cognitivo, en enfermos mentales crónicos, en enfermos con grandes minusvalías físicas y/o psíquicas, toxicomanías, nuevas patologías tipo SIDA, transplantes, y en la marginación y enfermedad (19).

Este perfil de pacientes requiere de desarrollar mecanismos integrados de atención que acabarán configurando los llamados recursos sociosanitarios. Se habla de recursos sociosanitarios en aquellos recursos de origen sanitario, social o mixto, que se dirigen prioritariamente al paciente con perfil sociosanitario.

Los problemas derivados de las necesidades sociosanitarias actualmente son objeto de importantes replanteamientos, a nivel internacional como nacional, que están modificando sustancialmente el perfil de los servicios y recursos ofrecidos al ciudadano y, sobretodo, los criterios organizativos y las modalidades de intervención. Uno de los más claros

elementos diferenciales de la estructura del sector sanitario español con los países desarrollados es precisamente el escaso desarrollo de los recursos orientados a la atención de media y larga estancia de orientación geriátrica y rehabilitadora. El momento actual en España se podría caracterizar como de definición y desarrollo de este tipo de recursos (20,21,22,23). Las soluciones aportadas son muy variables y, en gran parte, determinadas por la situación de partida de cada comunidad autónoma, en el momento de las diferentes transferencias sociales y sanitarias. Así, de forma resumida las experiencias hasta la fecha son las siguientes:

A) Programa “Vida a los años” de la Comunidad de Cataluña, con un modelo pragmático de cofinanciación entre sanidad y servicios sociales, y con la creación de plazas específicas sociosanitarias sujetas a esta cofinanciación (24).

B) Modelo de desarrollo en base a hospitales complementarios, modelo PALET de la Comunidad Valenciana (25) y el modelo de la Comunidad Autónoma de Madrid (26), desarrollándose exclusivamente desde los servicios sanitarios manteniendo la estricta separación de la red de servicios sociales. Es decir reorganización de los hospitales de media y larga estancia, creando unidades típicas de centros sociosanitarios del programa catalán pero sujetos solo a la financiación sanitaria.

C) Modelo de desarrollo integrado, Comunidad Autónoma de Galicia (27), modelo en donde están integrados los servicios sociales y sanitarios en una misma consejería. Todavía muy incipiente con pocos datos al respecto.

2.4.1.- Centros Sociosanitarios.

El departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña creó en mayo de 1986 un programa especial, el “programa de Vida als Anys”, que iba a reordenar lo ya existente y a dar un impulso muy importante en el desarrollo de la atención a las personas mayores, a los enfermos con patología crónicas y a los pacientes en situación terminal. Todo ello se reguló a través de varias normativas (120-126), consolidando el modelo de atención sociosanitaria:

“Tener en cuenta en todo momento, como elemento fundamental e imprescindible, la dimensión personal y humana de los enfermos, de su familia y también del equipo terapéutico” (28,29). La persona, como ser único necesitado de cuidados integrales, es el valor que define los centros sociosanitarios, parte integrante de dicho modelo, que ofrece los siguientes servicios:

- Unidad de convalecencia.
- Unidad de Cuidados Paliativos.
- Unidad de Larga Estancia.
- Hospital de Día.
- Unidad de Psicogeriatría (generalmente demencias).

Aquí no es solo cuestión de curación sino de atención global de las necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente (en el caso del enfermo terminal), priorizando la calidad de vida y el bienestar, rehabilitando para lograr la máxima independencia, y en los casos en los cuales esta rehabilitación no es posible, procurando que el enfermo se adapte a sus discapacidades, para que pueda, si cabe vivir con ellas. Para ello es necesario la intervención de un equipo interdisciplinar, instrumento básico de la dinámica de trabajo en estos centros.

Centrándonos en el enfermo en fase terminal (127,128,129), estos centros son muy propicios para el desarrollo de los cuidados paliativos: una atención interdisciplinar globalizadora, que prioriza el cuidar al curar, respetando la singularidad de la persona. Enriquecidos por esta filosofía humanista, los centros sociosanitarios aportan a los cuidados paliativos un personal implicado, experto en el trabajo en equipo, con conocimientos acerca del duelo y de la muerte, fruto de sus experiencias no solo del enfermo paliativo oncológico sino de su trabajo con los pacientes geriátricos.

En su gran mayoría los médicos que trabajan en estos centros son internistas o de otras especialidades afines, apareciendo poco a poco la figura del geriatra como uno de los

profesionales más capacitados para este tipo de centros sociosanitarios por las características propias de la especialidad y por el tipo de pacientes propios de estos centros que se enmarcan dentro de la cartera de servicios propia de Geriátrica en donde la atención al enfermo terminal constituye un punto más en la atención global y continua del anciano.

2.4.2.- Modelos de Organización Asintencial en Cuidados Paliativos (127,128)

A parte de las características clínicas del enfermo en fase terminal y de sus necesidades individuales de atención, desde el punto de vista de la organización, uno de los aspectos más destacables es el de la ubicuidad que los hace presentes en todos los ámbitos del sistema, y otro es el de la presencia de necesidades y demandas enormes que, en caso de que no existan medidas específicas de respuesta, generan una alta frecuentación y uso inadecuado de recursos sanitarios, muy especialmente hospitalarios, con un coste personal y económico muy elevado.

La primera iniciativa de cuidados paliativos de la época moderna, como he comentado previamente, fue la de los hospices británicos iniciada en el St. Christopher's Hospice, en 1967, y que se extendió rápidamente en Gran Bretaña. Los hospices nacieron de la iniciativa y de la financiación social, como respuesta a las dificultades del National Health Service, para atender a los enfermos terminales (130).

En los hospices, se forjaron los principios de atención integral (“total care”) basados en una concepción global (“total pain”) de las necesidades de los enfermos, los de la incorporación de la familia, y los del trabajo interdisciplinar y multidisciplinar, además de su vinculación a la sociedad (131). Como organización los hospices eran tradicionalmente centros de dimensión relativamente reducida (media de 15 camas, rango de 6-100), y dedicados específicamente a la atención de enfermos terminales (<90% de cáncer), y en fases muy avanzadas de la enfermedad (medianas de supervivencia de 2-3 semanas).

Los aspectos más relevantes y positivos de los hospices son los del modelo de atención los relativos al trabajo inter y multidisciplinar y los de la vinculación con la sociedad.

Sin embargo, hay otros aspectos más cuestionables, como las dificultades de obtener cobertura (en 10 años, solo el 10% de los enfermos de cáncer accede a los hospices), ciertas dificultades de equidad y accesibilidad (porque los clientes mayoritarios de los hospices eran los ingleses inmigrantes de clase media-alta), y las dificultades de inserción en la vida académica y en la investigación (132). La mayoría de estas dificultades era debida a que los hospices estaban muy alejados de los lugares en los que estaban los enfermos avanzados (hospitales de agudos), y de los profesionales sanitarios. Otros aspectos a considerar son el de la eficiencia y el coste-beneficio, ya que la dimensión reducida de los hospices limita su eficiencia, desde el punto de vista estrictamente económico (133).

Por otra parte, la reproductibilidad del modelo hospice quedaba muy circunscrita al modelo de influencia cultural anglosajona y, como se ha visto posteriormente, ha tenido poca aceptación en otros sistemas sociales y sanitarios.

En la década de los 80, desde los hospices o por iniciativa propia, se iniciaron programas de atención domiciliaria y equipos de soporte hospitalarios, además de hospitales de día y consultas externas (134). Estas medidas flexibilizaron y enriquecieron la organización, y permitieron alcanzar cuotas superiores de cobertura, equidad, así como incrementar la relación con el mundo académico y científico (135,136,137).

A finales de los 80, la unidad de cáncer de la OMS propuso que los cuidados paliativos constituyeran un elemento inherente a toda política sanitaria racional, y no sólo para los programas de cáncer. Así nació la concepción de los cuidados paliativos como una cuestión clave de salud pública, y la necesidad de que su planificación y puesta en marcha tuvieran criterios de programas racionales. Paralelamente, en Europa y en los países industrializados, se desarrollaban programas y servicios de cuidados paliativos adaptados a los distintos sistemas de salud y culturas, y con un amplio abanico de modelos de organización.

En España, existen actualmente más de 150 equipos específicos de cuidados paliativos ubicados en la comunidad, en hospitales de agudos, o en centros sociosanitarios o de crónicos. Tres Gobiernos regionales, (Cataluña, Canarias, País Vasco) tienen programas

formales de cuidados paliativos, y desde 1994, existe una legislación más flexible de la prescripción y accesibilidad de los opiodes.

Los cuidados paliativos ya ofrecen una amplia gama de modelos de organización, muy bien adaptados a cada sistema de salud, y han demostrado eficacia, eficiencia, coste-beneficio y satisfacción en su desarrollo.

Existen distintos modelos de responder a las necesidades de atención de enfermos terminales:

a) Encarnizamiento terapéutico: en el que el tratamiento con objetivo curativo persiste, aunque no existan posibilidades razonables de respuesta, sin responder a otro tipo de necesidades.

b) Abandono: en el que se pronuncia la frase temible “no hay nada más que podamos hacer”, y se abandona al enfermo y familia, en muchas ocasiones con altas hospitalarias forzadas, o disminuyendo mucho la presencia y la disponibilidad.

c) Modelo no integrado: en el que, tras un “intento curativo”, hay un “intento paliativo”, circunscrito a las últimas semanas, sin conexión entre los diferentes equipos.

d) Modelo integral-integrado: en el que las medidas paliativas se producen gradualmente, a medida que avanzan las necesidades de atención, sin discontinuidad, y en fases avanzadas, pueden utilizarse, también, tratamientos específicos razonables, con objetivo de mejorar la calidad de vida. Se trata más de una cuestión de énfasis en la proporción de medidas que de una separación brusca. El modelo integrado requiere una buena conexión entre los distintos equipos, un sistema integral de atención, y un patrón de intervención flexible y adaptado a las necesidades del enfermo, más que en el pronóstico.

2.4.2.1.- Tipos de enfermos en cuidados paliativos (127,128)

Podemos diferenciar los tipos de enfermos en dos aspectos: por el diagnóstico o por su complejidad. Como criterio general, está bien definida la situación de enfermedad terminal (SECPAL). Sin embargo, el modelo de intervención de los equipos de cuidados paliativos se ha flexibilizado, y cada vez más, se interviene con criterios basados en las necesidades, más que en el propio pronóstico. Así un enfermo que esté recibiendo tratamiento específico, puede beneficiarse de una intervención de un equipo específico, si tiene síntomas no controlados o impacto psicosocial, en una intervención puntual o transitoria. Asimismo, en el otro extremo, un enfermo terminal con mal pronóstico a corto-medio plazo, que no presente complejidad, puede ser atendido por los recursos-generales (oncológicos, atención primaria), sin precisar de la intervención de un equipo especializado, si los profesionales de este recurso general tienen formación en cuidados paliativos.

Por tanto, podemos afirmar que las tendencias actuales en la organización de los cuidados paliativos tienden a flexibilizar el patrón de intervención, y a basarlo más en las necesidades de atención y en su complejidad, que en el pronóstico.

Los enfermos con enfermedades crónicas evolutivas incurables (cáncer, sida, crónicos, sobre todo geriátricos, de distintas etiologías) tienen aspectos en común y otros diferentes (clínicos, pronóstico, psicosociales, vinculados a la edad, etc), que afectan fundamentalmente al “ambiente” y a la necesidad de conocer específicamente las peculiaridades de la historia natural de cada enfermedad. Dependiendo de las necesidades se pueden plantear fórmulas específicas de organización de su atención.

Con respecto a la complejidad, podemos distinguir 4 tipos básicos de enfermos en cuidados paliativos (128):

a) Enfermos crónicos evolutivos no complejos. Son aquellos que presentan una evolución gradual, síntomas leves-moderados que responden bien a tratamiento convencional con adaptación razonablemente buena a la enfermedad y +/- soporte familiar. En caso de que requieran ingreso, es por razones de dificultades

prácticas de cuidados de cuidadores o por situación de agonía. En el primer caso pueden tener estancias medias de 30-40 días.

b) Enfermos complejos (síntomas, psicosocial, otros). Son aquellos que presentan síntomas difíciles, que requieren tratamiento específico, y/o seguimiento intensivo.

c) Enfermos agónicos. En situación de agonía, con pronóstico de días/horas.

d) Enfermos avanzados con “crisis” de necesidades. En el transcurso de la evolución, pueden aparecer dificultades (síntomas, impacto emocional) que requieran una intervención compleja, incluso en fases muy iniciales (por ejemplo, dolor por mucositis e impacto emocional en enfermos sometidos a transplante, por quimioterapia intensiva, etc).

2.4.2.2.- Medidas en Hospitales

En los hospitales, la prevalencia de enfermos terminales es del 10-15%. Existen servicios de mayor prevalencia, especialmente, los de oncología, cirugía general, infecciosas y geriatría. En algunos centros, especialmente en donde no se hayan desarrollado servicios específicos, los servicios de urgencias son utilizados por los enfermos avanzados y terminales.

Las medidas recomendables de adaptación de un servicio hospitalario a la presencia de enfermos terminales, pueden resumirse en varios puntos:

a) Actitudes: de reconocimiento de las necesidades y demandas.

b) Formación: de los profesionales en cuidados paliativos. Los profesionales de servicios en los que haya una prevalencia alta de enfermos terminales, deben tener

niveles, como mínimo, intermedios de formación, a través de estancias de rotación o cursos formales.

c) Promover cambios organizativos de mejora de atención, creando espacios específicos para enfermos terminales (unidades o secciones, dentro del servicio, con actividad igualmente de consultas externas +/- interconsulta con otros servicios).

d) Implementar protocolos relacionados con la mejora de la calidad de vida, dolor y uso de opiodes, agonía, estreñimiento, cuidados de la boca, etc.

e) Insertar en la evaluación sistemática registros sencillos de control de síntomas y otros aspectos relevantes.

f) Favorecer la presencia y el soporte de las familias.

g) Promover la accesibilidad, la atención continuada y respetar las demandas urgentes, detallando, en cursos clínicos y hojas de órdenes médicas, información adecuada para responder a situaciones urgentes, especialmente, en noches y fines de semana.

h) Promover el trabajo en equipo interdisciplinar.

y) Favorecer la conexión con los equipos específicos y los de atención primaria.

j) Impulsar las comisiones de ética clínica, y el abordaje ético de la toma de decisiones clínicas.

Este tipo de medidas sencillas no supone un incremento de recursos, y tiene un impacto enorme en la mejora de la calidad de atención (138). Los límites de las medidas generales dependen de la prevalencia de enfermos, y de su complejidad terapéutica. Así, un servicio convencional hospitalario puede atender enfermos de escasa complejidad, o un número limitado de enfermos complejos, pero tendrá improtantes dificultades para responder a las

necesidades de un número elevado de enfermos avanzados terminales, por razones de objetivos y de organización. Otra limitación de las medidas generales es su dificultad de mantenimiento en períodos largos de tiempo, debido a cambios de los intereses prioritarios de cada servicio. A estas razones debemos añadir las propias de la “condición humana”, que hacen que existan grupos de profesionales más interesados en diferentes aspectos de la atención, entre los que están los cuidados paliativos, o en capacidades y habilidades de tipo personal.

2.4.2.3.- Medidas en atención primaria (128)

Muchas de ellas son comunes a las que deben adoptarse en el medio hospitalario:

- a) Actitudes
- b) Formación: básica y avanzada en algunos casos. En algunos ámbitos de atención primaria, se propone la figura del “experto” en cuidados paliativos.
- c) Cambios en la organización: Promover la atención domiciliaria e incrementándola en las fases más avanzadas. Promover la accesibilidad, la flexibilidad y la atención continuada, posibilidad de delegar la atención de enfermos más complejos, en miembros mejor dispuestos y formados del equipo.
- d) Accesibilidad y facilidades para la prescripción y administración de opioides.
- e) Promover el soporte, la educación, y la accesibilidad de las familias.
- f) Prever las posibles necesidades en noches y fines de semana.
- g) Protocolos, registros y documentación para casos que lo requieran.
- h) Promoción del trabajo multi e interdisciplinar.
- i) Conexión de recursos específicos.

2.4.2.4.- Recursos específicos de cuidados paliativos

Los equipos específicos de cuidados paliativos son los que se dedican, específicamente, a la atención de enfermos avanzados en fase terminal, con estructura (equipo formado interdisciplinar), y actividades descritas (128,139). En los estándares de organización, se consideran también otros factores, como el de un número de nuevos enfermos anuales, al menos 150, su accesibilidad y su identificación.

La estructura mínima habitual es la de un equipo interdisciplinar en el que existan 1 médico, 1-3 enfermeras, y trabajador social y/o psicólogo/a. Hay experiencias de implementación, que comprenden solamente enfermeras (“MacMillan sisters”), pero no parece aconsejable, especialmente por las dificultades de referencia médica, y por su relativa vulnerabilidad a medio-largo plazo (140).

La estructura de un equipo consiste, también, en que tenga una formación avanzada que le capacite para resolver problemas complejos, y la estructura física y material, que le permita realizar adecuadamente sus funciones.

De acuerdo con su estructura y funciones, los equipos de cuidados paliativos pueden ser:

- a) **Básicos:** tienen la estructura mínima descrita, y normalmente actúan como equipos de soporte, en hospitales, en la comunidad, o en un sistema integral.

- b) **Complementos:** añaden 2 o 3 profesionales (psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta) a los de un equipo básico. Pueden actuar como equipo de soporte, y se aconseja que las unidades de cuidados paliativos dispongan de un equipo completo.

c) De referencia: son equipos completos consolidados, con experiencia en formación e investigación, y que actúan como referencias para casos complejos, o para realizar formación o investigación avanzada (141,142).

Las actividades pueden distinguirse hasta un total de 10 tipos:

- Atención de enfermos.
- Atención de familias.
- Trabajo en equipo inter y multidisciplinar.
- Formación continuada interna.
- Relación y conexión con otros equipos.
- Evaluación sistemática de resultados, documentación y registros.
- Formación externa.
- Investigación.
- Voluntariado. Aspectos éticos y espirituales.

Otra manera de formular las actividades depende más de los dispositivos asistenciales de los que se disponga (hospitalización, consulta externa, hospital de día, atención domiciliaria, atención continuada).

El modo de intervención de un equipo depende de su estructura y complejidad, su relación con otros equipos y su grado de evolución. Se puede intervenir de varias maneras, con el objetivo de mejorar la calidad de atención.

La mayoría de los equipos evoluciona hacia un patrón de intervención flexible - cada vez más precoz y más relacionado con la complejidad de los enfermos-, desde una intervención de discusión de un caso en sesión, como soporte de otros equipos, una intervención puntual de evaluación de necesidades, o asumiendo la responsabilidad total de la atención continuada del enfermo como equipo de referencia, más centrado en la etapa terminal. Es evidente que los equipos que disponen de todos los dispositivos pueden practicar un modelo de intervención más flexible y los equipos, con una buena integración con los servicios de atención previa de los enfermos, podrán realizar una intervención más precoz, así como los equipos consolidados con experiencia y prestigio, que hayan realizado un esfuerzo de formación en su entorno, tenderán a basar su intervención en la complejidad, delegando la atención de los enfermos de menor complejidad, en los recursos generales (142).

Por otra parte, el patrón de intervención va evolucionando hacia fórmulas más integrales con la práctica de la gestión de casos (case management), o de la gestión de cuidados (managed care) (143).

La gestión de casos consiste en una concepción más integral e integrada de la atención, en la que no sólo se realiza un diagnóstico y una prescripción, sino que incluye una evaluación interdisciplinar de necesidades, una propuesta terapéutica global (fármacos + medidas generales + apoyo emocional + social y de la familia), compromiso de seguimiento y atención continuada, evaluación de resultados, y también la indicación del recurso óptimo y la monitorización y evaluación de sus calidades de atención.

El managed care incluye, asimismo, una intervención de promoción del recurso óptimo más efectivo para cada etapa de la evolución, y requiere capacidad de intervención en fases precoces y en todos los recursos, con una sólida formación en la historia natural de la enfermedad de base, una buena interacción con los servicios de procedencia de los enfermos, la práctica de la ética clínica como base metodológica, y la efectividad y la adecuación de recursos como objetivos.

Los equipos de cuidados paliativos evolucionan claramente hacia la intervención precoz, flexible, basada en la complejidad, la gestión de casos, con niveles de cobertura directa (% del nº total prevalente de enfermos en un determinado ámbito), razonables y eficientes, alrededor del 50-60%.

2.4.2.5.- Modelos de organización específica de los cuidados paliativos

(127,128)

Existen diversos modelos de organización en cuidados paliativos:

a) Equipos de soporte o de apoyo: equipos básicos completos, sin camas específicas, que intervienen con el patrón clásico de los equipos de soporte. Las ventajas son la eficiencia (buenos resultados de impregnación, con una implementación relativamente pequeña), y los inconvenientes, los de las dificultades para atender enfermos complejos, que requieren una estructura específica, y la relativa vulnerabilidad, especialmente, la de los equipos pequeños aislados y con escaso soporte institucional o problemas de gestión inadecuada.

b) Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias (camas específicas): la dimensión que parece razonable es la de 1624 camas y deben tenerse en cuenta los aspectos de confortabilidad (enfermos, familias, y equipo), accesibilidad de familias y ambiente, con un equipo completo. Otro aspecto a tener en cuenta es el de la composición de complejidad (“case mix”) de los enfermos (agónicos, complejos, crónicos), que producirán resultados muy distintos en los datos funcionales (estancia media, mortalidad, costes).

c) Hospices (centros específicos de cuidados paliativos): se han desarrollado en la cultura anglosajona. Las ventajas e inconvenientes ya han sido descritas previamente. No hay ningún centro en España de estas características.

d) Sistemas integrales sectorizados (combinación de unidad de cuidados paliativos + equipos de soporte que intervienen en los hospitales y en la

comunidad). Allí en donde sean posible, son los más aconsejables, por razones de atención coherente continuada, y de posibilidades de gestión de casos (144).

El hecho de que los equipos de cuidados paliativos sean o no “servicios” depende de la autonomía y la dependencia que tengan dentro de su ubicación. Que existan cerca de 200 equipos de cuidados paliativos en España, permite establecer comparaciones de resultados. Los datos fundamentales más relevantes son:

- Supervivencia mediana: permite distinguir el patrón “Hospice” o de cuidados terminales (4 semanas) del “continuing care” (varios meses).
- Estancia media o mediana: depende de la composición de complejidad de enfermos, de la disponibilidad de un sistema integral y de factores sociales y culturales (ámbito rural versus urbano), y oscila entre 4-5 días (atención de enfermos predominantemente agónicos), 15-20 días (predominio de enfermos agónicos y complejos), 20-25 días (mixto de enfermos agónicos, complejos, y crónicos en un sistema integral), y 40-45 días (enfermos predominantemente crónicos con importante compromiso social).
- Mortalidad: permite describir la proporción de enfermos avanzados complejos que ingresan para control de una “crisis de necesidades” transitoria, y que son dados de alta.

2.4.2.6.- Programas gubernamentales de Cuidados Paliativos.

El desarrollo de programas gubernamentales de cuidados paliativos parte de la constatación de que la implementación de los cuidados paliativos responde a una necesidad de todo sistema sanitario, en el que existen enfermos avanzados y terminales de todo tipo, en todos los ámbitos de atención, y que su atención adecuada es un derecho fundamental. Debe ser una prioridad de los programas de salud pública. A esta constatación de principio se añaden, actualmente, los resultados de la implementación de programas OMS, que han demostrado

eficacia, eficiencia, y efectividad, asociadas a una amplia satisfacción de enfermos, familias, y profesionales, con una gran aceptación social. Este modelo es el modelo Catalán.

Una fórmula interesante es la de la financiación mixta (parcial o total, como en las experiencias de la Asociación Española contra el Cáncer) o catalítica (financiación inductiva, durante un período de tiempo limitado, seguida de evaluación de resultados y asunción posterior por parte de los recursos públicos, como en la experiencia de los equipos “MacMillan”, en el Reino Unido).

2.4.2. 6.1.- Algunos resultados en Cataluña (1990-1995).

En Cataluña, el departamento de Sanidad y la OMS, diseñaron en 1989 un proyecto piloto para la planificación e implementación de cuidados paliativos. En 1989, la situación según describen ellos mismos era precaria: existían dos equipos de cuidados paliativos (hospital de la Santa Creu de Vic y Hospital de la Creu Roja de Lleida), que atendían a unos 300 enfermos. El consumo de morfina era de 3,5 Kg por millón de habitantes y año y se realizaban cuatro cursos de cuidados paliativos. En 1995, después de cinco años de priorización de un programa público de cuidados paliativos, los resultados han sido satisfactorios tanto en eficacia, como en eficiencia y satisfacción de usuarios (145,146,147):

1.- Número de equipos específicos: 65

- Equipos de soporte hospitalario: 16
- Equipos de soporte domiciliario: 40
- Unidades de cuidados Paliativos Hospitalarias: 17
 - Hospital de Agudos: 2
 - Centros sociosanitarios: 15

2.- Cobertura para cáncer: 38% (5000/13000), la más alta del mundo para un programa público.

3.- Porcentaje con dolor controlado en el último mes: 80% (según encuesta poblacional aleatoria de 300 familiares de enfermos).

4.- Porcentaje de enfermos que toman morfina en el último mes: 68%.

5.- Consumo de morfina: 11,4 kg/millón/año. 1994.

6.- Cambios en el uso de recursos en el último mes de vida:

- Uso de servicios de urgencias hospitalarios:

- Población general de cáncer: 44%.

- Equipo de soporte hospitalario: 20%.

- Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria: 5%.

- Porcentaje de muertes en el domicilio:

- Población general de cáncer: 35%.

- Equipo de soporte Hospitalario: 50%

- Equipo de soporte domiciliario: 65%

- Coste medios día/cama:

- Hospital de agudos: 30.000 pts.

- Unidad de cuidados Paliativos: 10.000 pts.

- Ahorro en 1994 por 250 camas de Cuidados Paliativos: > 1400 millones de pesetas.

2.5- Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

Las Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias (UCPH) se definen en el momento actual, como Unidades Hospitalarias especializadas en la atención integral del paciente en fase terminal dentro del marco asistencial de los Cuidados Paliativos. Por ello lo ideal es que las UCPH formen parte global de un programa con soporte domiciliario, consultas externas y de valoración intrahospitalaria con los diferentes servicios de los Hospitales de agudos, y dentro de cada área de salud (127,128,144). De no ser así, los programas creados no atenderán de una forma continuada al paciente, y las UCPH, al igual que los diferentes niveles asistenciales, verán más difícil el control global del paciente en todas sus facetas (físicas, psicosociales e incluso espirituales), el conseguir una menor estancia hospitalaria y un lugar de fallecimiento en el domicilio.

Con respecto a quién debe llevar a cabo las UCPH, existe un consenso general sobre la conveniencia de que sean equipos multi e interdisciplinarios (148), que independientemente de la especialidad médica (Geriatría, Oncología, Medicina Interna,

Neurología, Anestesia, etc), tenga formación específica en Medicina Paliativa y sobre todo si la unidad no va a ser monográfica oncológica, sino ampliada a todo tipo de patologías en fase terminal, sería aconsejable formación específica en Geriatría (por lo que puede aportar esta especialidad en el manejo del paciente anciano (149) o en otras patologías prevalentes como neurológicas, cardiorespiratorias y de VIH. En la práctica, hoy en día la gran mayoría de las UCPH de hospitales de agudos son llevadas por oncólogos mientras que en las ubicadas en centros de perfil sociosanitarios existe una mayor diversidad de especialidades (geriatras, neurólogos, internistas, oncólogos, etc).

El equipo de profesionales de la UCPH debe de ser siempre interdisciplinar constituido como pilar básico por el médico especialista, el correspondiente personal de enfermería, el psicólogo clínico, y el trabajador social, y si es posible equipo rehabilitador (terapeuta ocupacional, y fisioterapeuta), voluntariado y asistencia religiosa (a demanda según el tipo que profese el paciente). De igual modo deberían de tener acceso a otras especialidades a modo de interconsulta (39) como por ejemplo, traumatólogos, cirugía, radioterapia, oncología, infecciosas, anestesistas... La UCPH debe de realizar un gran esfuerzo por estar en continua y buena coordinación con los diferentes programas proveedores de sus pacientes tanto procedentes de Hospitales de Agudos (Oncología, Geriatría, Medicina Interna, Nefrología, Neurología, Infecciosas, Neumología, Cardiología, ...), como del domicilio (equipos de soporte si los hay, sino directamente con el médico de atención primaria), e incluso del medio institucional (residencias tanto de válidos como de asistidos).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (40) ha marcado las bases terapéuticas (atención integral, el enfermo y la familia son la unidad a tratar, promoción de la autonomía y la dignidad, concepción terapéutica activa e importancia del “ambiente”) y los instrumentos básicos (control de síntomas, apoyo emocional y comunicación, cambios en la organización y un equipo interdisciplinar) a emplear en los Cuidados Paliativos y con ello en las UCPH. Centrándonos en los cambios organizativos como uno de los instrumentos básicos del cuidado paliativo, las UCPH deben de ser unidades hospitalarias flexibles, que nada tienen que ver con el concepto de hospitalización tradicional y que deben de intentar adaptarse a las necesidades de los pacientes en fase terminal, siendo estas adaptaciones uno de los objetivos de la gestión de calidad de las propias UCPH (150).

Algunas recomendaciones de prestaciones especiales por lo general comunes en estas unidades, siempre entendidas como prestaciones a aplicar de forma individual para cada paciente, dependiendo de su situación clínica y psicosocial, y de obligada necesidad de consenso con todo el equipo, y sobre todo con los órganos directivos del Hospital, son las siguientes:

- Horario de visita abierto las 24 horas, sin limitación en el número de visitantes y según las circunstancias, sin limitación de edad (es lógico que una madre ingresada quiera despedirse de su hijo de 1 año, como que un nieto de 4 años quiera hacer lo propio con su abuelo ingresado de 80 años).
- Dietas a demanda del paciente, pudiendo incluso traer comida sus familiares previo conocimiento del personal sanitario, e incluso disponer de un pequeño office para que la familia si quiere colabore implicándose en la alimentación del paciente.
- Bloqueo de camas para acompañamiento permanente del familiar en caso necesario. Asi como posibilidad de cambio de habitación de pacientes en función de la cercanía de muerte o situación emocional.
- Posibilidad de abandonar el centro durante horas o incluso días (fín de semana).
- Medidas de socialización como: posibilidad de que el paciente esté vestido con su ropa de calle; sala de estar de pacientes con prensa, TV, teléfono público; comedor común al resto de pacientes intentando que sea lo más confortable posible, con comidas plato a plato, mantel, ...; poder fumar en las zonas habilitadas de la Unidad para tal fin o en casos excepcionales con control en la habitación; poder beber vino u otra bebida en las comidas si esa era su costumbre; poder salir de la Unidad a otras dependencias del hospital (a ver conocidos que coincidan que están ingresados, a la cafetería, al jardín, a la capilla).

- Sala polivalente para las reuniones de equipo, reuniones con una familia o entre las familias, para la posibilidad de terapia ocupacional en grupo sin necesidad de salir de la unidad, etc.

Por todas éstas características y prestaciones específicas de las UCPH, hacen que los centros sociosanitarios se puedan acercar más que los rígidos y costosos hospitales de agudos a estos estándares de calidad, si éstos se quieren considerar como tales.

2.5.1.- Características y prestaciones con respecto al anciano.

El anciano en las UCPH se va a beneficiar de todos y cada uno de los cambios organizativos descritos anteriormente pero a parte va a necesitar de unos específicos de acorde a sus características, como son las modificaciones de la Unidad en relación con sus alteraciones sensoriales, cognitivas, de la marcha, y de pérdida funcional, que le motivan por la agresividad ambiental de la propia institución, un alto riesgo de yatrogenia con inmovilidad, caídas, y desorientación (cuadros confusionales agudos producidos simplemente por el propio ingreso hospitalario). Por ello es útil que las UCPH sigan las indicaciones tradicionales de todas las Unidades de Geriatria (151,152,153), que de igual forma beneficiarían sin duda al adulto joven:

- Eliminación de barreras arquitectónicas con pasamanos, rampas, ascensores; en especial en lo referente al baño, con adaptaciones del lavabo y retrete y con ducha con asidero y directamente en el suelo antideslizante, con amplitud suficiente para silla de ruedas. De igual forma la existencia de un baño asistido con bañera a ser posible de hidroterapia, es útil en el manejo del dolor y la ansiedad del anciano con patología terminal y sdr. de inmovilidad asociado. Importantes también son los suelos antideslizantes, y que no produzcan deslumbramientos por el excesivo abrillantamiento y encerado.

- Iluminación uniforme de la Unidad en todas sus dependencias, incluidas las habitaciones, con luces indirectas que no provoquen deslumbramientos, ni tampoco poca iluminación con sombras y contrastes poco definidos.
- Posibilidad de colocar en su habitación objetos personales habituales y orientadores a la realidad en su domicilio (fotos, relojes, plantas, TV, ...).
- Medidas típicas de orientación a la realidad: en todas las dependencias de la Unidad, incluidas las habitaciones, reloj de pared con calendario a ser posible de día a día; buena señalización (simbólica) de cada una de las dependencias de la Unidad, con colores diferentes en tonos pastel para cada dependencia (habitaciones, sala de estar, comedor, pasillos-control de enfermería); habitaciones perfectamente señalizadas con el número y el nombre del paciente, éstos en un tamaño suficientemente grande.
- Camas con posibilidad de regulación de altura, así como sillones geriátricos móviles que faciliten la posibilidad de desplazamiento por la Unidad y fuera de ésta, a pesar incluso de presentar un severo sdr. de inmovilidad.
- Posibilidad que en determinados casos individualizados y bajo control, pueda despedirse de seres queridos animados, es decir animales de compañía, tan frecuentes y de inestimable ayuda en el anciano durante su vida en el domicilio.
- La “dog therapy”, de probada utilidad en centros residenciales geriátricos, Alzheimer, minusválidos psíquicos, unidades oncológicas pediátricas, probablemente también podría ser de utilidad en este tipo de pacientes y de unidades.

El anciano va a ser uno de los grupos sociales más desfavorecidos desde el punto de vista económico, por lo que tras estudio correspondiente del trabajador social se debería de permitir a las UCPH el poder proporcionar dieta para el acompañante cuyo perfil en estos casos suele ser el de esposo anciano, de matrimonio sin hijos, sin recursos económicos suficientes y desbordado para aprender a realizar esta actividad instrumental que conlleva compra y cocina, teniendo en cuenta sus condicionantes culturales y el momento psicoemocional que atraviesa.

De vital importancia para la gestión del alta del anciano con importante problemática sociofamiliar añadida es el punto expuesto previamente de permitirle salidas programadas de fin de semana o incluso varios días a domicilio, para así poder disminuir la ansiedad que provoca en la familia y en ocasiones en el propio paciente la vuelta a domicilio, despejándose así la incertidumbre sobre su control y cuidados en su propio domicilio.

Por último, comentar, que las UCPH por la tipología de enfermo que atienden en su mayoría deben de ser consideradas como sociosanitarias, formando parte de un marco asistencial mayor, especializado y ampliado cada vez más en sus diferentes tipologías de enfermos atendidos de características comunes sociosanitarias, paliativos, convalecientes, rehabilitadores, crónicos, psiquiátricos, y en donde el principal grupo de usuarios lo va a constituir el anciano frágil o el paciente geriátrico, con necesidad de un nivel asistencial adecuado a su patología principal (18,28,29). Esto debe de tenerse en cuenta a la hora de evaluar sus necesidades y la gestión de calidad (con estándares diferentes a medir) con su correspondiente coste-beneficio de las UCPH, siendo diferentes según sea su ubicación de Hospital de Agudos a Hospital de Media-Larga Estancia, con un claro perfil sociosanitario, más acorde con la tipología propia del enfermo que está atendiendo.

2.6.- Características hospitalarias del anciano con enfermedad oncológica en fase terminal.

Los criterios de ingreso en las UCPH para el paciente con enfermedad oncológica en fase terminal suelen ser (44):

- Control de síntomas físicos (especialmente dolor y disnea) o psíquicos (Sdr. confusional agudo) no controlados en el domicilio.
- Urgencias paliativas (riesgo de sangrado masivo, de compresión de vías aéreas superiores, compresión medular, hipercalcemia).
- Cuadros interrecurrentes de su comorbilidad pulmonar, cardiaca, metabólica, no controlables desde el domicilio y en las que la intención curativa del proceso alivie la sintomatología del paciente.
- Causas sociofamiliares: Claudicación familiar, o situación familiar que dificulte la atención del paciente en el medio domiciliario.
- Deseo expreso del paciente.
- Claudicación del equipo asistencial domiciliario.

De todos estos criterios de ingreso, las causas sociofamiliares, son las más frecuentes como motivo de ingreso en las UCPH (30), aunque en el anciano va a ser difícil de

aislar solo una causa, desencadenando el ingreso cualquier mínimo empeoramiento de su situación sanitaria que suele motivar la pérdida de autonomía, desbordando una problemática social básicamente ya en el límite, al presentar el anciano una doble fragilidad, la del propio envejecimiento añadida con la de la enfermedad oncológica (154).

Con respecto a los síntomas (155) los dos estudios al respecto prospectivos (156, 157) y agrupando una población hospitalaria y ambulatoria entre los dos de 2635 pacientes, muestran que el anciano con patología tumoral oncológica con respecto al adulto no anciano presenta un número similar de síntomas pero con diferencias en sus prevalencias. Con relativa ventaja presenta una menor prevalencia de ciertos síntomas como son el dolor, depresión, vómitos, sin presentar diferencias respecto a la disnea, y si una mayor prevalencia de síntomas comunes en la práctica geriátrica (estreñimiento, incontinencia urinaria, trastornos del sueño, sdr. confusionales agudos, demencia con trastornos conductuales). En la percepción del dolor, varios estudios retrospectivos específicos (158,159) han encontrado una disminución significativa en el anciano con respecto al adulto, con un menor uso de opiodes, defendiendo la disminución del umbral doloroso en el anciano. No obstante, otros estudios en una línea similar no han corroborado estos hechos (31,160).

En lo relativo al manejo farmacológico es bien sabido las alteraciones de por si fisiológicas del envejecimiento (5) tanto farmacodinámicas (disminución del volumen plasmático y de la masa magra corporal con aumento de la grasa corporal, disminución del flujo renal, del filtrado glomerular, del aclaramiento de creatinina, de la capacidad de concentración y de dilucción, disminución del flujo y la masa hepática, y de la capacidad metabólica de reacciones fase I) como farmacocinéticas (disminución del nº de receptores y aumento o disminución de la sensibilidad del receptor). La vida media de los fármacos hidrosolubles disminuye mientras que la de los liposolubles aumenta. Globalmente aumentan las concentraciones de los fármacos por su disminuida eliminación renal y hepática, y a pesar que el nº de receptores a los fármacos está disminuido con mucha frecuencia su sensibilidad está aumentada (161). Por todo ello los fármacos comunes en cuidados paliativos pueden provocar un aumento de sus efectos secundarios sobre todo los efectos anticolinérgicos, fallo renal y hepático, sdr. confusional agudo, caídas, retención urinaria, alteraciones visuales, RAM. Para disminuir estas complicaciones se seguirán las normas de prescripción geriátricas: iniciar los

tratamientos con dosis bajas e incrementar la dosis con mayor lentitud y dosis que en el adulto no anciano con revisiones regulares del tratamiento a fin de disminuir al mínimo el nº de medicamentos (tarea difícil ya que a los habituales que tomaba el paciente se suman los nuevos para el control paliativo).

Cara al alta hospitalaria, dado el alto incumplimiento y errores que muestra el anciano en la toma de la medicación en su domicilio, generalmente por no comprender adecuadamente la posología, es necesario educar al paciente y a la familia en la correcta posología de cada fármaco, especialmente lo referente a opiodes y psicotrópicos, siguiendo un estricto control por parte de los equipos de soporte y del médico de atención primaria.

Con respecto al tratamiento farmacológico de los síntomas destacar la validez en líneas generales de los diferentes protocolos de actuación (162,163), tomando las precauciones generales descritas anteriormente y algunas de las siguientes consideraciones:

- La escalera de la OMS se muestra útil en el anciano (164). Los AINES (al margen de la conocida toxicidad gastrointestinal) son los fármacos más frecuentemente implicados en la génesis del fracaso renal agudo prerrenal. La morfina y el tramadol se eliminan en un 90% por vía renal, con lo cual sus diferentes y abundantes metabolitos van a estar aumentados. Con respecto al uso de la metadona (165,166), por su vida media larga, y la gran variabilidad interindividual que muestra, en un principio es de menor indicación que en el adulto no anciano por el posible aumento de efectos secundarios. La rotación de opiodes (167) especialmente de morfina a metadona, indicada en dolores que dejan de responder a morfina, aparición de cuadros confusionales, y/o aparición de reacciones de sensibilidad a la morfina, en un principio puede estar menos indicada en el anciano o realizarla con una menor dosis de la habitual. Rotaciones de morfina a fentanilo parecen más viables en el anciano. No obstante algunos autores (168) encuentran en su práctica, resultados positivos en rotaciones a metadona en pacientes ancianos, que hay que tener en cuenta, en espera de nuevas publicaciones.

- De las benzodiacepinas se recomienda utilizar las de vida media muy corta (midazolam, triazolam) como hipnóticos de conciliación, y las de vida media corta (loracepan, alprazolam) como hipnóticos de conciliación-despertares frecuentes, y como ansiolíticos. En la angustia es más sensible el alprazolam. No son recomendables benzodiacepinas de vida media larga (diacepam) que por su liposolubilidad esta aumentada en el anciano, aumentando el riesgo de efectos secundarios (169,170) .

- Los antidepresivos tricíclicos en el anciano a penas presentan indicaciones por sus elevados efectos anticolinérgicos, ya que para el dolor neuropático está más indicado la gabapentina (171), y para los trastornos depresivos los inhibidores de la serotonina, especialmente la sertralina con menos efectos secundarios (náuseas, vómitos, insomnio) y vida media más corta. Otro antidepresivo útil en el anciano cuando se busca una acción sedante sobre todo nocturna, con insomnio de despertar precoz, es la trazodona (172).

- De los neurolépticos, ampliamente utilizados en medicina paliativa, el más potente antipsicótico y por ello el más utilizado en el medio hospitalario es el haloperidol, pero el de mayor efectos secundarios, por lo que una vez sobrepasada la fase aguda es útil el cambio a los nuevos antipsicóticos con menos efectos secundarios como la risperidona. Igualmente destacar las medidas no farmacológicas de gran utilidad en los cuadros confusionales agudos y de fácil aplicación en las UCPH (medidas de orientación a la realidad expuestas anteriormente, evitar la presencia de muchos familiares y si de al menos uno para que lo tenga como referencia de realidad, evitar las restricciones físicas, la comunicación en frente del paciente, en frases cortas, sin hacerle razonar ya que esto aumentaría su agitación, luz indirecta por la noche, ...) (173,174).

- No hay publicaciones con respecto a diferencias de absorción en el anciano de fármacos por vía subcutánea utilizados en Medicina Paliativa (morfina, tramadol, metadona, hioscina, haloperidol, levomepromacina, metoclopramida, midazolam, dexametasona) ni tampoco en lo referente a la hipodermoclisis, por lo que tiene las mismas indicaciones que en el adulto (175).

En lo referente a las características psicológicas del anciano con patología oncológica terminal, los estudios muestran que en general, el anciano acepta la muerte mejor que el joven, con la experiencia de toda una vida en la que apoyarse (176-181). La idea de muerte no presenta la carga de ansiedad-angustia con que se vive en edades más jóvenes, y los familiares la aceptan con mayor resignación. Siempre significará enfrentarse a la pérdida de un ser querido pero no con el dramatismo de la pérdida de un niño o de un adulto más joven. Por la situación de soledad y sobre todo en los hombres ancianos de incapacidad de desarrollar actividades de la casa, los cónyuges de los ancianos pueden presentar un alto riesgo de duelo y de institucionalización, que habrá que prevenir con la atención psicológica del duelo y sobre todo con la búsqueda de necesidad de soporte social, tanto de ocio como de realización de ayuda en sus actividades básica e instrumentales diarias.

Con respecto a la información, los ancianos también tienen derecho (182) y desean mayoritariamente que se les comunique la verdad sobre el diagnóstico y el pronóstico (38). A pesar de ello, de forma generalizada y sobre todo en nuestro país, al anciano se suele dejar al margen, con conspiraciones de silencio (183) habituales a pesar de vivir con la certeza del diagnóstico, independientemente de que se lo hayan dicho o no. Si el anciano no presenta sus funciones corticales alteradas, independientemente de la barrera familiar, la comunicaciación, por otro lado característica básica en geriatría, directa con el anciano, va a ser esencial, realizándola en un ambiente de tranquilidad, abandonando falsos paternalismos, mostrándole nuestro respeto, transmitiéndole el no abandonarle y que contará con nuestra ayuda cuando la necesite (184).

Por último los dilemas éticos que más incidencia van a presentarse en el anciano (185,186) son la alimentación y la hidratación artificial (187), que generalmente con una buena comunicación con la familia y con el propio paciente si no hay alteraciones cognitivas, suelen resolverse, reduciendo la angustia y evitando este tipo de medidas.

2.6.1- Manejo Geriátrico específico

El anciano presenta unas características cada vez más definidas y estudiadas en la Geriátría (pluripatología, polifarmacia, presentación atípica de enfermedad, síndromes geriátricos, farmacocinética y farmacodinámicas específicas, alteraciones funcionales, mentales y sociales, etc) que hacen de la enfermedad una clínica, un plan de cuidados y un seguimiento diferentes con respecto al adulto no anciano (54,55,56), y que al igual que en otras esferas de la medicina, en la medicina paliativa, pueden modificar su respuesta y su manejo asistencial.

Muy pocos estudios se han llevado a cabo en el cuidado paliativo analizando las características específicas del anciano ante el proceso del morir, sobre todo en el campo clínico y no tanto en el psicológico y/o social. Sin embargo si parece útil el ir incorporando los beneficios y la experiencia de la Geriátría a la práctica de la Medicina Paliativa en la atención al anciano, aunque no obstante cada vez más conforme el interés por los pacientes terminales vaya aumentando y con ello la investigación en este campo específico, se pueda realizar al igual que en el resto de disciplinas una medicina cada vez más basada en la evidencia.

2.6.1.1.- La Valoración Geriátrica Exhaustiva.

El trabajo de equipo multi e interdisciplinario y la atención integral del enfermo, son elementos característicos de la práctica geriátrica desde sus orígenes (41,42,149). La dinámica de valoración en la Medicina Paliativa, es semejante a la habitual en Geriátría, y exige de una historia clínica específica, con la elaboración de un listado de problemas y un plan de cuidados y de seguimiento interdisciplinario. La valoración clínica en Medicina Paliativa, comprende (44):

- Recoger los diagnósticos de enfermedad más relevantes, tratamientos farmacológicos recibidos, incluidos la necesidad de Metadona en pacientes adictos a drogas por vía parenteral, la esperanza de vida según su situación clínica, a través de los índices de Karnofsky o la escala ECOG, como escalas de uso más generalizado.
- Realizar una anamnesis específica de síntomas paliativos (dolor, disnea, tos, secreciones, hipo, anorexia, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, disfagia,

depresión, ansiedad, insomnio, delirium, etc), con una hoja resumen de síntomas recogiendo de igual forma su intensidad, según las diferentes escalas (por ejemplo la escala analógica visual del dolor, o la escala de 0-4 para otros síntomas, 0:ausencia, 1:leve, 2:moderado, 3:severo, 4:incapacitante).

- Estudio de la situación funcional y del grado de independencia.

- Valoración psicosocial que comprende al menos el identificar la existencia o no de cuidador principal, así como de sus características económicas (pensiones y ayudas comunitarias), valoración de los problemas psicológicos, recogiendo el grado de información que tiene el paciente y la familia sobre la enfermedad y su pronóstico, y por último la actitud de la familia ante el paciente y la enfermedad.

- Exploración física, incluyendo piel para la detección de úlceras por presión, tumorales y/o vasculares.

Con todos estos datos se realizará un orden de prioridades en el tratamiento de acuerdo a los síntomas y situaciones que más le preocupen al paciente. La Valoración Geriátrica Exhaustiva (188,189) podría ampliar la valoración específica paliativa en cuanto a algunos aspectos de “la entrevista estructurada” y la detección de los grandes síndromes geriátricos, con reconocimiento de los mismos e inclusión en el listado de problemas y el plan de cuidados. En la valoración funcional aporta no solo escalas validadas internacionalmente como el índice de Katz o índices propios de nuestro país como el Índice de Incapacidad Física de la Cruz Roja, sino la importancia del cambio en la realización o no de las actividades básicas de la vida diaria e incluso en algunos casos de las actividades instrumentales medibles con el Índice de Lawton. La valoración sensorial me indicará su situación visual y auditiva de vital importancia para prevenir yatrogenia institucional, caídas, cuadros confusionales, ..., a través de la toma de medidas específicas indicadas desde terapia ocupacional, para mejorar la comunicación y la orientación durante su estancia en la UCPH.

La valoración mental (190) se ve ampliada por test propios también ampliamente validados en la práctica geriátrica como el MiniExamen Cognoscitivo de Lobo, el Pfeiffer, necesarios para establecer la situación cognitiva del paciente, así como escalas de estadiaje (General Deterioration Scale, GDS, y el Clinical Dementia Rating, CDR) y de valoración de trastornos conductuales en pacientes demenciados (Behave-AD o el Neuropsychiatric Inventory) para detectar los trastornos de conducta más invalidantes en el entorno familiar y hospitalario y poder establecer el plan terapéutico más adecuado. En la valoración afectiva, a las escalas más o menos utilizadas en paliativos oncológicos de depresión y de ansiedad de Goldberg (191), se puede considerar el añadir la utilización de la escala de depresión de Yesavage (181), totalmente validada en el anciano independiente de su patología, aunque no validada de forma específica en la enfermedad terminal.

De igual modo la valoración geriátrica añade el importante estudio del riesgo de caídas y alteraciones de la marcha, riesgos extremadamente aumentados en los ancianos con patología terminal, por la propia enfermedad y sobre todo por la farmacología utilizada para el control de síntomas, y que pueden producir un alto porcentaje de caídas, con las consecuencias de morbi-mortalidad asociadas y de institucionalización, con mayor problemática de alta hospitalaria (192).

La valoración nutricional en el enfermo en fase terminal es fundamental para el control de varios de los síntomas más frecuentes, como son la anorexia y el estreñimiento, y de una alta incidencia en el anciano (193). Es de gran utilidad el realizar una historia nutricional recogiendo: la presencia o no de problemas de la boca propios de la edad avanzada (adoncia, uso de prótesis, enfermedad periodontal) que se añaden a los problemas de la boca propios de la enfermedad en fase terminal como la xerostomía, de alta incidencia también en el anciano sin enfermedad en fase terminal, muguet, saburra, úlceras, ...; sus hábitos alimenticios, sobre todo a nivel de condimentos (no merece la pena el pautarle dieta sin sal, sin picantes, etc), de textura, de toma o no de bebida alcohólicas, número, calidad y cantidad de comidas habituales que realiza y que más le gustan; dificultades de deglución y, utilización de nutrición enteral (tipo, ritmo de infusión, complicaciones, cuidados y controles correspondientes). Estos datos van a tener una finalidad siempre de confort sin necesidad de mantener unos buenos parámetros

nutricionales, muy útiles sin embargo en cualquier enfermedad que no se encuentre en fase terminal.

La valoración farmacológica (161) en el anciano debe de incluir no solo los tratamientos oncológicos y analgesia utilizados, sino todos los fármacos que este tomando en el momento del ingreso hospitalario, teniendo en cuenta las características del anciano en la tendencia a la utilización irregular de fármacos (no comprenden prescripciones) y sobre todo a la automedicación, ocultando fármacos que para él o su cuidador no son considerados importantes, como laxantes, hipnóticos, y analgésico menores sobre todo AINES, que se asocian a una gran comorbilidad a añadir a su patología terminal.

Al listado de problemas y al plan de cuidados, específico de la medicina paliativa, se deberían de añadir los propios que pueden aparecer en el anciano, sobre todo en la patología terminal no oncológica, como el sdr. de privación sensorial, el sdr. de inmovilidad, las caídas, el deterioro cognitivo con su estadiaje y la presencia de sus trastornos conductuales, la yatrogenia medicamentosa, nutrición enteral, úlceras por presión, incontinencia de esfínteres, todos ellos síndromes geriátricos que me van a condicionar un alto riesgo de dependencia, comorbilidad e institucionalización.

Por último la Gestión del Alta (10,11) presente en las Unidades Hospitalarias Geriátricas y que utilizan la valoración geriátrica como su principal herramienta, puede ser de gran utilidad en las UCPH. Para ello desde que el paciente ingresa se detectarán los principales marcadores de dificultad y/o imposibilidad de alta hospitalaria con las necesidades de recursos correspondientes (terapia ocupacional, fisioterapia, residencias, UCPH sociosanitarias en el caso de UCPH de hospitales de agudos, necesidad de equipo de soporte, de ayuda comunitaria, éxitus en la unidad, ...).

Éstos marcadores van a ser los ya conocidos en la práctica geriátrica: ausencia de cuidadores principales o no válidos, dependencia funcional en las AVD básicas sobre todo deambulación, caídas y alteraciones de la marcha, demencia, sonda nasogástrica, úlceras por presión, privación sensorial; y ampliados por las características de la fase terminal de la enfermedad como son (39,46,194,195) especialmente el mal control de síntomas, problemas

psicológicos como el miedo a la muerte, la claudicación emocional, y el preservar su casa de la muerte, creyendo que el hospital es el mejor dador de cuidados y atención de su familiar.

2.7.- Cuidados Paliativos en enfermedades no oncológicas.

Las UCPH no acaban de ser utilizadas por la enfermedad terminal no oncológica como por la oncológica, a pesar de que en la mayoría de los programas de cuidados paliativos se contemplan la inclusión de esta tipología de pacientes (196). Esto es en parte a la dificultad de establecer un pronóstico de vida menor de 6 meses. No es objeto el entrar en profundidad en la discusión de los criterios de definición de enfermos terminales no oncológicos. A este respecto, destacar la importante iniciativa en este campo, de la National Hospice Organization americana, publicado recientemente en 1995 y posteriormente revisadas y actualizadas en el 96 unas recomendaciones (67,197,198) tras una revisión sistemática de los principales indicadores de mortalidad, editando una guía de recomendaciones con el fin de que los médicos puedan incluir a la enfermedad no oncológica en fase terminal en la asistencia gratuita de Hospice Care. No significan que deban de ser asumidas en nuestro país, pero si que pueden ser también de utilidad, aunque con algunas modificaciones más de acordes a nuestro sistema gratuito y público de salud.

Debido a que estas enfermedades a pesar de haber llegado a una fase terminal, su pronóstico de supervivencia puede ser mayor de 6 meses, relacionado éste directamente con el esfuerzo terapéutico (198), hay que especificar más claramente cuales van a ser los motivos de ingreso en las UCPH y cuando van a ser de otro nivel asistencial como unidades de larga estancia. No hay publicaciones al respecto, y existe una gran dificultad de establecer estos criterios. Parece lógico que el problema social que va a acompañarles en un grado mayor y de peculiaridades un tanto diferentes, que al paciente oncológico (por la mayor: dependencia AVD, deterioro cognitivo, uso de nutrición enteral, sondas nasogástricas, úlceras por presión; y por un mayor periodo de enfermedad, con un estadio previo de cronicidad de alto riesgo de sobrecarga), no debería de ser, en un principio, la única razón de ingreso, excepto la de descarga del cuidador principal con un tiempo concedido hasta la vuelta al domicilio o a otro nivel asistencial. Si parece que puedan ser de mayor utilidad las causas clínicas que van a poder necesitar de un manejo paliativo, sobre todo la concurrencia de procesos agudos sobre su base de enfermedad terminal que no se van a poder manejar en el domicilio, así reagudizaciones en el enfermo cardiopulmonar, cuadros infecciosos, fracturas o cualquier otra cirugía que se decide no operar, infartos de miocardio, infartos cerebrales, gangrenas secas progresivas, etc.

El control y el tratamiento de estos pacientes en su mayoría, pacientes geriátricos, se va a beneficiar en su manejo tanto crónico como agudo de la disciplina geriátrica y paliativa (199). La toma de decisiones con respecto a las actitudes diagnósticas y terapéuticas es una constante que va a marcar todo su manejo. Para facilitar el proceso de toma de decisiones, la valoración de los riesgos y beneficios, bajo la aplicación de los principios de bioética, se propone el análisis sistemático de los siguientes cinco puntos (200,201):

- 1.- Enfermedad fundamental que marca la terminalidad (estadio, pronóstico, evolución y progresión de la misma).
- 2.- Frecuencia de complicaciones asociadas a la misma. Conforme avanza la enfermedad aumenta el número de complicaciones y de gravedad de las mismas.
- 3.- Análisis detallado de la crisis actual (severidad, posibilidades de recuperación, grado de agresividad de la intervención terapéutica, previsión de dicha intervención sobre el confort del paciente).
- 4.- Opinión del enfermo y de la familia, o actitud del enfermo ante los cuidados junto con la opinión de los cuidadores en los pacientes con deterioro cognitivo. Evitar juicios subjetivos sobre la “calidad de vida” del paciente.
- 5.- Grado de control sintomático y confort.

Es aconsejable valorar siempre de forma individualizada, si es beneficioso para el enfermo (sin abandonar a la familia), el inicio del tratamiento curativo (antibióticos, diuréticos, broncodilatadores, ...), junto al inicio de obligado cumplimiento del control de síntomas (opioides, hioscina, corticoides, ...). Posteriormente la evolución del paciente indicará bien ir aumentando el control paliativo disminuyendo el tratamiento curativo tradicional, o bien por el contrario, manteniendo el tratamiento sintomático, completar el tratamiento curativo. Debe de primar siempre en el tratamiento los principios paliativos de “no hacer más daño, evitando la futilidad y el encarnizamiento terapéutico”, pero sin olvidar que en estos pacientes, el tratamiento curativo tradicional de su patología, en muchas ocasiones, a la vez va a ser el que mejore la sintomatología considerada como paliativa.

Escapa el describir los tratamientos específicos curativos de las principales complicaciones típicas en los pacientes con patología no oncológica, así como el manejo específico geriátrico de estas patologías crónicas, manejo geriátrico que debe de continuar durante su recorrido durante la fase de terminalidad. Si va a ser importante el destacar los factores pronósticos respectivos de enfermedades avanzadas de un órgano y los beneficios del control paliativo en el anciano dentro de las patologías terminales no oncológicas más frecuentes:

a) Medidas Generales para todos los pacientes: no indicar maniobras de resucitación (202) y dejarlo claramente expuestas dentro de las prescripciones. Medidas como la sedación hay que contemplarlas cuando el paciente se encuentra cerca de la muerte y no hay un control óptimo de la disnea y delirium principalmente, al igual que de cualquier otro síntoma.

b) Enfermedad cardiaca avanzada: Insuficiencia cardiaca crónica. (203)
Los mejores predictores pronósticos independiente de la edad son la fracción de eyección, la tolerancia al ejercicio y la concentración de noradrenalina. Entre los factores sociofamiliares importantes a tener en cuenta en los ancianos, destaca el vivir en soledad. El vivir solo se asocia con un peor pronóstico en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (204). Existen pocos estudios sobre el pronóstico en pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca congestiva. Se ha observado en pacientes mayores de 65 años hospitalizados por insuficiencia cardiaca severa (III-IV NYHA), el peor pronóstico se asocia a un mayor deterioro de la función sistólica (entendida como Fracción de eyección menor de 45%) y a causas determinadas como infarto agudo de miocardio o valvulopatía aórtica (205,206). Aproximadamente el 40% de las muertes son repentinas y presumiblemente se deben a arritmias y otro 40% son por deterioro hemodinámico progresivo de la insuficiencia cardiaca (207,208).

Con respecto al manejo sintomático los síntomas de disnea y de angina van a mejorar con pequeñas dosis de morfina, comenzando con 5-10 mg de morfina retardada cada 12 horas, ascendiendo la dosis lentamente hasta su control óptimo que puede estar en 10-30 mg cada 12 horas, con suplementos extra de morfina para control de las crisis de disnea o angina,

sobre todo nocturnas. Si la ansiedad es importante, es de utilidad añadir a la morfina benzodiazepinas de vida media corta como el loracepam (209).

c) Enfermedad pulmonar avanzada: Obstrucción crónica al flujo Aéreo.

Aunque resulta extraordinariamente difícil establecer el pronóstico de la enfermedad pulmonar avanzada, existen una serie de parámetros que se relacionan con un peor pronóstico; así destacaré (203,210).

- El grado de severidad de la obstrucción al flujo aéreo valorado por FEV1 (con una FEV1 < 0,75, la mortalidad al año es de un 30% y del 95% a los 10 años). Además, la frecuencia de episodios de insuficiencia respiratoria aguda aumenta cuando el FEV1 disminuye por debajo del 25% del valor normal previsto. Cabe resaltar que el FEV1 es el factor pronóstico que mejor se correlaciona con la mortalidad.
- La severidad de la hipoxemia ($pO_2 \leq 55$ mmHg con O_2 suplementario o StO_2 suplementario).
- La hipercapnea ($pO_2 \geq 50$ mmHg).
- El grado de reversibilidad de la obstrucción tras test broncodilatador medido por un FEV1 < 30% del predicho junto disnea en reposo y a veces acompañada de síntomas como fatiga y tos nos indican enfermedad pulmonar crónica severa.
- La presencia de cor pulmonare crónico o insuficiencia cardiaca derecha.
- La pérdida de peso progresiva en > 10% de forma no intencionada durante los últimos seis meses.
- Una taquicardia de >100 latidos por minuto en reposo, en paciente con enfermedad obstructiva crónica severa.

- Los pacientes con predominio del enfisema presentan un pronóstico peor tras el inicio de la insuficiencia respiratoria que los que padecen predominantemente bronquitis crónica.

Con respecto al manejo de los síntomas en las fases hay que tener en cuenta que el declinar lento y progresivo, con numerosos reagudizaciones de esta patología hace que sea aconsejable el determinar con el paciente y la familia decisiones como traqueostomía, ventilación mecánica, ingreso en UCI, para evitarlos en situaciones de urgencias (211). En el anciano y más aún en situación terminal, no van a tener estas técnicas indicaciones, y en España no suelen llevarse a cabo, pero en pacientes más jóvenes y en USA , es necesario recoger este dato como obligatorio de inclusión en programas de cuidados paliativos, y solo cuando no van a optar por estas medidas en algunas de sus exacerbaciones se incluyen en el programa independientemente de la edad, medidas por otro lado que no van a proporcionar confort, y que ni tampoco en estas situaciones de terminalidad van a aumentar el pronóstico (198). Las mismas indicaciones expuestas previamente sobre la disnea van a ser de utilidad en esta patología, reforzando esta actitud, estudios que muestran una disminución del consumo de oxígeno y del gasto ventilatorio tanto en reposo como en ejercicio, con una mayor tolerancia al ejercicio, sin producir cambios significativos en la PO₂ y PCO₂ (212,213).

d) Enfermedad renal avanzada: Insuficiencia renal crónica. La exclusión del programa de diálisis es la causa más común de muerte en aquellos pacientes recibiendo esta terapia sustitutiva. Las causas más frecuentes de exclusión de programas de diálisis son: la edad y la diabetes mellitus (214). Otras causas son aquellas en las que el enfermo no es competente para comprender los tratamientos (demencia, accidentes cerebrovasculares y comas) o bien en aquellos casos en los que los efectos secundarios de la diálisis sean intolerables (215). La situación de terminalidad en pacientes con enfermedad renal avanzada y que no van a ser dializados puede venir determinada por los siguientes puntos (203):

- Manifestaciones clínicas de uremia (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, etc.
- Diuresis menor de 400 ml/día.

- Hiperkaliemia mayor de 7 meq/l/dl y que no responde al tratamiento.
- Pericarditis urémica.
- Síndrome hepatorenal.
- Sobrecarga de fluidos intratable.

Es frecuente en el anciano encontrar insuficiencia renal crónica con indicación de diálisis y que no la realizan, en la mayoría de los casos por ageismo. En estos casos la inclusión en programas de cuidados paliativos va a ocurrir en estadíos ya avanzados, con creatininas superiores a 6 mgr/dl. No ocurre lo mismo con los ancianos que siguiendo sus programas de diálisis, dejan de ser susceptibles del mismo, ocurriendo la muerte a los pocos días o las pocas semanas (216,217). La morfina y el loracepam con el manejo expuesto anteriormente, reduce el disconfort generalizado de la uremia, así como el haloperidol es el fármaco indicado para control de los vómitos producidos por la uremia. La boca seca y el sabor metálico muy frecuente en estos pacientes, se va a beneficiar de las medidas generales de salivas artificiales, chupar trozos de hielo, de piña helada, de limón, manzanilla.

e) Enfermedad hepática avanzada: Cirrosis hepática. Se considera que la terminalidad viene determinada por una afectación hepática crónica progresiva e irreversible; es decir aquella cirrosis con insuficiencia hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh (tabla 2.7.1) en la que se ha descartado el tranplante de hígado (203,218). La afectación renal conocida como síndrome hepatorenal no tiene tratamiento eficaz y generalmente se considera como indicadora también de situación terminal.

Tabla 2.7.1. Clasificación de Child-Pugh:

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Encefalopatía hepática	No	Grado I-II	Gr. III-IV
Ascitis	No	Ligera	Masiva

Bilirrubina (mg/dl)	< 2	2-3	> 3
Albúmina (g/dl)	>3,5	2,8-3,5	< 2,8
Protombina	> 50%	30-50%	< 30%

Grado A: 5-6, supervivencia media de 5 años.

Grado B: 7-9, supervivencia media de 2 años.

Grado C: 10-15, supervivencia media de 1 año.

El pronóstico global de los enfermos con hepatopatías avanzadas es malo y la mayoría de estos enfermos fallecen a causa de hemorragia digestiva, encefalopatía grave o por carcinoma hepatocelular sobreañadido (219). Ante un anciano con hepatopatía en fase terminal con hemorragia digestiva solo en casos muy seleccionados se le administrará tratamiento activo de soporte hidroelectrolítico y transfusiones, siendo lo más frecuente el tratamiento sintomático de la misma con sedación si fuera necesaria. Ante la encefalopatía con agitación, los neurolépticos son el tratamiento de elección (haloperidol subcutáneo), intentando como siempre disminuir al máximo las sujeciones mecánicas. El prurito debido a colestasis mejora con resincolesteramina oral junto con tratamiento tópico de hidratantes y lociones de calamina. En la ascitis refractaria, se realizarán junto con la administración de diuréticos, paracentesis evacuadoras que cuando la supervivencia estimada es superior a un mes podrían asociarse junto con seroalbúmina humana intravenosa (siempre y cuando la calidad de vida del paciente sea buena (220). Ante síntomas secundarios a infección bacteriana grave, como fiebre y dolor se tratarán de forma sintomática con analgésicos y antitérmicos, utilizando antibióticos en casos seleccionados de mejor pronóstico.

f) Demencia muy evolucionada: es una de las enfermedades cuya prevalencia está aumentando en el anciano y es el diagnóstico más prevalente en ancianos institucionalizados. Además del aumento del número de ancianos con demencia, estamos también experimentando un aumento en la expectativa de vida de los enfermos con demencia. Esto es así por los tratamientos cada vez más agresivos frente a infecciones que están siendo utilizados; por la mayor prevención de las complicaciones; por la información y ayuda que están recibiendo los familiares y que hace que entienda la importancia de participar en el

cuidado, etc. Por todo ello la demencia en situación muy avanzada constituye uno de los grupos de mayor frecuencia de ocupación de camas hospitalarias y residenciales.

Los factores pronósticos que definen mejor la situación de terminalidad son (203):

- Estadío FAST mayor de 7c (dependencia absoluta para todas las Actividades de la vida diaria, con imposibilidad de deambular, con total desconexión del medio: mutismo total y/o no reconocimiento de familiares.
- Desnutrición proteicoenergética o pérdida de peso progresiva en > 10% de forma no intencionada durante los últimos seis meses.
- Infecciones urinarias y/o respiratorias de repetición.
- Úlceras por presión, disfagia a sólidos o líquidos, o portador de sonda nasogástrica.

Los principales síntomas en estos pacientes van a ser el dolor, los trastornos de conducta (movimientos repetitivos, agitación, somnolencia, gritos agresividad), los trastornos de ritmo sueño-vigilia, anorexia, y las secreciones respiratorias (221,222). En el paciente demenciado es necesario la búsqueda de los síntomas, sobre todo el dolor (en las movilizaciones, en la cura de la úlceras), que por su parte van a motivar a su vez los trastornos de conducta descritos previamente. Es importantísimo el pase de visita con el personal de enfermería para la transmisión de la impresión del dolor en el paciente demenciado, utilizando una escala visual no verbal. Por último no hay que olvidar la importancia de los cuidados del paciente demenciado específicos de demencia al igual que los propios del paciente geriátrico inmovilizado descritos en cualquier tratado de Geriátrica.

El principal problema aparece en una reagudización ante un nuevo episodio infeccioso, que es la principal causa de muerte en el paciente demenciado. En estos momentos es importantísimo el algoritmo descrito anteriormente en la toma de decisiones, para decidir el

tratamiento activo más idóneo, sin olvidar nunca el tratamiento de los síntomas paliativos (buscapina para las secreciones, morfina para la disnea, etc).

Poco a poco, conforme la disciplina paliativa vaya impregnando las diferentes especialidades médicas (Geriatría, neurología, cardiología, neumología, ...) los enfermos con enfermedad terminal no oncológica recibirán una atención más especializada de cuidados paliativos, participando así de sus recursos y de sus beneficios, intentando conseguir el paradigma, en muchas ocasiones difícil de encontrar y de definir, de que sea cual sea la patología terminal, los enfermos en el momento actual de enorme desarrollo técnico de la Medicina, tengan una muerte digna (223-228).

2.8.- Aspectos éticos de los Cuidados Paliativos.

Según Wilkinson (229), la ética puede definirse como el “estudio sistemático de las acciones voluntarias que definen la conducta de los seres humanos”, y es descriptiva o normativa, según sea más antropológica o bien analice lo considerado “correcto” o “bueno” socialmente. La bioética consistiría en la aplicación de la ética a las ciencias de la salud, y la ética clínica, en la aplicación de los principios y la metodología de la bioética a la práctica clínica habitual y a la toma de decisiones en la atención de enfermos (230).

La creciente importancia de la ética clínica viene determinada por la necesaria adaptación de la organización sanitaria a una sociedad en la que conviven valores muy distintos y que confluyen de forma determinante en el proceso cotidiano de toma de decisiones,

haciéndolo más “democrática” y compartido entre el enfermo, la familia y el equipo, o los equipos, terapéuticos, comparado con una situación previa paternalista, en la que la toma de decisiones se basaba en el poder omnímodo del médico, justificada en su aparente gran eficacia y el conocimiento en manos limitadas. Este proceso es irreversible y alcanza actualmente a todos los ámbitos de decisión, desde los puramente clínicos hasta la asignación de recursos. Se trata de un proceso positivo, pero complejo, en el que estamos en una fase inicial.

En el ámbito latinomediterráneo (231) se dan características muy específicas, relacionadas con el tradicional paternalismo médico, la esfera de la información o el papel relevante de la familia, que son completamente distintas de las del norte de Europa o los países anglosajones, donde existe una sociedad que ha potenciado más los aspectos individuales de la toma de decisiones, o en países africanos, en lo que existe mayor participación de la comunidad. Por tanto, hay diferencias culturales muy relevantes que no podemos olvidar.

El mismo concepto de muerte digna ya es un ejemplo patente de la variabilidad individual de valores, como lo es el de vida digna y de su uso potencialmente anómalo. Hay tópicos que las describen (rápida-corta, en el domicilio, sin sufrir, acompañado de la familia o incluso precipitada por la eutanasia), pero sería insensato aplicar principios tan genéricos a un individuo. Por tanto, muerte digna es aquella considerada digna por una persona concreta, en un momento concreto, de acuerdo con valores y experiencias individuales y sujeta a variaciones en el tiempo. Por ejemplo, hay muchas personas que han manifestado su deseo genérico de tener una muerte rápida y que cambian de opinión al llegar a su proceso de morir; otras habían decidido no ser informadas y reclaman información, y algunas otras, en fin, que se habían pronunciado a favor de la eutanasia, al acontecer su experiencia de morir, aceptan de buen grado las situaciones progresivas de deterioro, o bien al revés.

Es también frecuente que consideremos “mejor” la muerte en el propio domicilio (231), pero esta situación puede convertirse en una auténtica tortura para un enfermo con síntomas muy complejos y dificultades de ajuste familiar y de accesibilidad al sistema sanitario de atención.

En un valor tan individual como éste, es adecuado que los médicos, los profesionales sanitarios u otros, como las organizaciones sociales o religiosas, definan qué es la muerte digna: todas serían formas de paternalismo, muchas están llenas de prejuicios “morales” y pueden ser manipuladas.

2.8.1.- Principios

Los principios de la ética (230) incluyen unos aspectos “clásicos”, a los que se han ido incorporando, de acuerdo con valores y consensos sociales, los siguientes:

- 1.- Beneficiencia (actuar siempre en beneficio del enfermo)
- 2.- No maleficiencia (no dañar al enfermo)
- 3.- Autonomía (capacidad del enfermo para tomar decisiones).
- 4.- Justicia (derecho a ser bien atendido)
- 5.- Equidad (derecho a que no haya diferencias en la provisión de servicios).

Otros principios a considerar serían:

- 6.- Respeto por las personas y sus creencias (enfermos, familiares, equipos, otro),
- 7.- Gratuidad por la atención sanitaria (Europa).
- 8.- Proporcionalidad del tratamiento en enfermos incurables (evitar el encarnecimiento terapéutico).
- 9.- Honestidad en la intención de las actuaciones sanitarias.

10.- Información adecuada sobre el proceso y las decisiones.

Estos últimos aspectos atañen muy directamente al paciente anciano. Podríamos añadir muchos otros aspectos, en los que habría un gran consenso social. Sin embargo, es importante tener en cuenta los matices y las distintas interpretaciones de cada uno de ellos, así como su variabilidad en áreas distintas y en la evolución. En Europa, por ejemplo, existe un claro consenso social sobre la gratuidad y universalidad de la atención sanitaria, mientras que en Estados Unidos y en los países del tercer mundo es distinto por diversas razones (232).

Otro aspecto, sobre todo en el anciano, que incluye diferencias notabilísimas entre culturas es el de la información y el papel distinto de los familiares. Hay prácticas comunes en el mundo latino que son consideradas escandalosas en el anglosajón y viceversa; es preciso que se estructure una discusión respetuosa, realista y constructiva. Por otra parte, deben definirse bien las prioridades y conocer las contradicciones de la situación. Por ejemplo, estamos llevando a cabo un intenso debate sobre la eutanasia e ignoramos que en muchos hospitales de nuestro país se aplica cotidianamente el “cocktail lítico”, con la finalidad de sedación, a enfermos agónicos sin ningún tipo de información, la realidad del “consentimiento informado” en ensayos terapéuticos, en los que, en ocasiones, la hoja a firmar para este consentimiento es la única información explícita que ha recibido el enfermo sobre su diagnóstico.

2.8.2.- Elementos de la ética clínica

Podemos considerar varios apartados en la descripción de los aspectos éticos de los cuidados paliativos (tabla 2.8.2.1.) (233).

2.8.2.1.- Curativo-paliativo

En el caso de la atención de enfermos de cáncer sobrevienen varios puntos clave en la evolución, con cambios de situación muy relevantes (234,235):

a) Paso de la posibilidad de curación a la certeza de la no curación. En la inmensa mayoría de enfermos con tumores sólidos, la diseminación es sinónima de no curación.

b) En esta situación, y en muchas otras, en que los beneficios del tratamiento específico son cuestionables (cáncer de pulmón, gástrico, cabeza y cuello, páncreas, cérvix uterino, etc), la indicación de tratamiento específico es, en gran parte, opcional y conlleva una cuestión de valores que, en el mejor de los casos, conseguirá una mejora de la supervivencia con más o menos toxicidad y de la de la calidad de vida. Por tanto, es incuestionable que la decisión debe ser basada en los valores del enfermo, quien, a su vez, requiere información adecuada sobre la situación de sus posibilidades.

Tabla 2.8.2.1.- Aspectos éticos en cuidados paliativos:

a) Aspectos asistenciales:

Proceso de toma de decisiones
 Curativo-paliativo
 Principio doble efecto
 Enfermedad avanzada y terminal
 Atención agónica
 Equipo
 Equipo y otros equipos

b) Información-comunicación:

“Verdad”/diagnóstico/pronóstico

Familia
Consentimiento informado

c) Vida y muerte:

Prolongación
Acortamiento y eutanasia

d) Asignación de recursos:

Decisiones sobre individuos
Eficiencia, coste-efectividad
Equidad, cobertura, calidad

Tomado cita 233

En caso de que no haya expectativas de beneficio, por ejemplo en enfermos con cáncer de pulmón con metástasis cerebrales múltiples, estaría claro que no debe realizarse tratamiento específico. En el supuesto de que haya posibilidades de respuesta al tratamiento (enferma con cáncer de mama hormonodependiente), está también claro que éste debe iniciarse.

Sin embargo, en todos los casos, el “balance” entre coste (toxicidad, molestias, incomodidades, traslados, análisis, costes) y beneficio (posible mejora de la supervivencia y de la calidad de vida) reside exclusivamente en el enfermo, debidamente asesorado y sin presiones de ningún tipo (en ocasiones se confunde interesadamente la inducción de esperanza con las expectativas poco realistas de respuesta a un tratamiento).

En esta situación, por ejemplo, debería abandonarse el tratamiento específico antineoplásico siempre que haya progresión o no respuestas, o toxicidad excesiva (subjetiva y objetiva), o sencillamente cuando el enfermo quiera hacerlo. Los problemas más comunes en el cese del tratamiento antineoplásico vienen determinados generalmente por la dificultad de los propios médicos en informar de que no harán más tratamiento específico (vivido como el “no

hay nada más que hacer”), o las expectativas inadecuadas de tratamiento de 2ª, 3ª o 4ª “líneas”, sin posibilidades reales de respuesta y claramente censurables fuera del contexto de la investigación. La integración de equipos de cuidados paliativos en centros oncológicos facilita los límites de este tipo de decisiones (236).

También, en todos los casos, debe realizarse el tratamiento paliativo adecuado. O sea, no hace falta que el enfermo sea “terminal” para recibir tratamiento analgésico adecuado (237), respuestas adecuadas a las demandas emocionales o soporte adecuado a la familia.

c) Paso de enfermedad avanzada-terminal a la situación de agonía, en el que hay que redefinir objetivos y métodos.

2.8.2.2.- Toma de decisiones en la enfermedad terminal (238)

Los elementos de la toma de decisiones en enfermedad avanzada y terminal son múltiples e incluyen a todos los actores, en un proceso gradual, en el que hay que evitar situaciones de gran antagonismo. En la tabla 2.8.2.2. se describen los elementos a tener en cuenta cuando debemos decidir el tratamiento ante una complicación “aguda” en el curso de una situación avanzada (233).

Hay elementos dependientes del enfermo, como su biografía y valores (muchas veces expresados anteriormente, como el de no ser sometido a tratamientos que prolonguen artificialmente en caso de coma), sus planes personales (ver a la familia en el domicilio, hacer un corto viaje, no desplazarse al hospital), su grado de información y adaptación a la situación (enfermo plenamente informado y aceptando frente a enfermo en proceso de negación), estado emocional (depresión reactiva severa o euforia), síntomas (dolor severo no controlado, disnea intratable). Es evidente que, con todos esos elementos, el enfermo debe ser incluido a expresar sus preferencias, expectativas o elecciones. La familia desempeña un papel determinante, muy especialmente cuando el enfermo ha delegado en ella explícitamente muchos aspectos de la toma de decisiones (“lo de mi enfermedad, háblelo con mi esposa”) o en el equipo (“hagan lo

que crean más conveniente para mí”), o también cuando el paciente no está en condiciones (deterioro cognitivo, estados confusionales), y la capacidad de apoyo familiar al enfermo en la toma de decisiones depende de su propio ajuste a la situación, su equilibrio y su estado relacional con el enfermo y el equipo.

Tabla 2.8.2.2. Toma de decisiones clínicas:(tomado cita 233)

Enfermo	Enfermo	Familia
Biografía	Información	Expectativas
Experiencias	Ajuste	Ajuste
Valores	Síntomas	Funciones
Planes	Estado emocional	Consenso

Enfermedad	Tratamiento
Situación	Complejidad
Pronóstico	Eficacia
Impacto	Método
Possible respuesta al tratamiento	Consulta con otros equipos

Definir objetivos

Realistas
 Razonables
 Consensuados
 Prioridad:enfermo

Revisión frecuente

Instaurar tratamiento

Orientando los objetivos

Proporcionado

Revisables

Siempre: Control de síntomas

Información

Soporte

Flexibilidad

Valorar siempre la “demanda”.

Es evidente que el estado de la enfermedad (deterioro, pronóstico, evolución previsible, tipo de complicaciones) y el tipo y complejidad de la complicación determinarán las posibilidades y actitudes. Por ejemplo, podemos combinar distintas situaciones:

- a) Situación preagónica y fiebre.
- b) Situación preagónica y obstrucción intestinal.
- c) Enfermedad avanzada con sobreinfección respiratoria y disnea.
- d) Disfagia absoluta en cáncer localizado de esófago superior y apetito conservado.
- e) Obstrucción intestinal múltiple y debilidad extrema.
- f) Aparición de metástasis cerebral única sintomática con buena calidad de vida previa y enfermedad controlada.

En estos casos las distintas “indicaciones” (sonda nasogástrica, antibióticos parenterales, radioterapia) se aplican de forma muy variable, según el contexto evolutivo de la enfermedad (239).

La posibilidad de respuesta a la complicación y sus secuelas y la complejidad de su tratamiento son elementos cruciales. Aquí cabe aplicar el concepto de “proporcionalidad”, eficacia previsible, efectividad (y sentido común) de la terapéutica concreta. Por ejemplo, no es lo mismo administrar antibioticoterapia oral de amplio espectro que cefalosporinas de tercera generación vía endovenosa.

Otro ejemplo muy frecuente es el de la indicación de transfusión de concentrados de hemáties. Si consideramos que la anemia tiene una función relevante en los síntomas predominantes o existe una buena respuesta previa duradera, y su producción es gradual, o existe una demanda muy explícita del enfermo, es razonable realizar una transfusión. En cambio, si la anemia es moderada y estamos ante un “síndrome sistémico” severo se producen pérdidas intensas que se repetirán con alta probabilidad (sangrado de la carótida), no ha habido respuesta previa a la transfusión o ha tenido efectos colaterales, evanescentes, podemos trabajar en la dirección de la adaptación y no crear falsas esperanzas de mejora con la transfusión.

El equipo y su grado de consenso sobre la situación o el método adecuado interdisciplinar de toma de decisiones son aspectos que añaden mucha racionalidad (240). Las situaciones ideales son las de criterios claros protocolizados, asociados a la frecuente discusión interdisciplinar. En caso de incompetencia del enfermo para tomar decisiones, el equipo debe, con la familia, tomar las que sean coherentes con la evolución y respetuosas con los valores expresados por el enfermo, de manera multi e interdisciplinar.

Es muy recomendable tener preparadas y discutidas las situaciones previsibles, que deben constar en la documentación clínica en caso de que intervengan otros equipos (médicos de guardia). La actitud preventiva es la clave de la toma racional de decisiones.

Independientemente de la decisión a tomar con respecto al tratamiento de una complicación, deben siempre tomarse medidas de control de síntomas, soporte emocional y responder razonablemente a las demandas explícitas.

2.8.2.3.- Situación de agonía

En la situación de agonía los dilemas frecuentes se centran en los de hidratación y nutrición, sedación frente a control de síntomas (241) y los principios de la intencionalidad y/o doble efecto (242).

La definición clara de objetivos y su distinción de los efectos secundarios, el concepto de intencionalidad terapéutica, la gradualidad y la participación del enfermo, familia y equipo en la toma serena de decisiones son los aspectos metodológicos y conceptuales a destacar.

Para describirlos expondremos tres casos:

- **Caso 1:** enfermo agónico que presenta agitación, delirio y crisis de pánico, con impacto familiar, en el que hemos descartado causas metabólicas tratables y yatrogenia. Comentamos con el enfermo la posibilidad de tratarlo y de que puede aparecer sedación. Comentamos la situación con la familia.

Iniciamos el tratamiento con dosis bajas de midazolam, soporte, presencia y relajación; transcurridas 48 horas, tras aumentar gradualmente el midazolam, alterna períodos de coma vigil con otros de somnolencia profunda.

En este caso el objetivo del tratamiento era controlar el síntoma de agitación y delirio; debido a la combinación de deterioro y efectos secundarios, el efecto es la sedación, que acompaña también el deterioro.

- **Caso 2:** Enferma agónica con dolor y disnea intensos, con ansiedad e insomnio asociados, por lo que escalamos gradualmente las dosis de morfina, y añadimos dosis bajas de

midazolam, según el grado de disnea y ansiedad. A las 36 horas el dolor está controlado y aumenta la disnea, razón por la que aumentamos gradualmente el midazolam. La enferma nos pide más sedantes para dormir. A las 72 horas fallece por paro respiratorio.

Es un ejemplo del doble efecto en el que, atendiendo la petición de la enferma, aumentamos gradualmente la dosis de sedante, aunque puedan acentuar el riesgo de insuficiencia respiratoria.

- **Caso 3:** Enfermo agónico, con pronóstico de días o semanas, con dolor intenso y ansiedad extrema, y gran impacto familiar. El enfermo no está informado. La familia y la enfermera de noche llaman al médico de guardia muy desbordados y solicitan que controle la situación con un suero para que “no se entere de nada”.

El médico prescribe un suero con morfina a dosis altas, clorpromacina y diazepam; el enfermo entra en coma farmacológico e hipotensión a las 12 horas y fallece a las 36 horas.

En este caso, los objetivos han consistido en la sedación y el acortamiento de la situación, como fruto de un estado de desbordamiento emocional de los cuidadores. No se ha intentado controlar el dolor con dosis escaladas graduales, ni se ha permitido al enfermo tomar parte en la decisión. Parece que el equipo y la familia han tratado su propia angustia. Ésta es la situación conocida como “cocktail lítico”

2.8.2.4.- Dilemas bipolares

A veces se presentan dilemas antagónicos, que normalmente son fruto del desbordamiento de los equipos y de las familias ante situaciones difíciles. Por ejemplo, propuestas de “cocktail lítico” inmediatamente después de realizar un acto quirúrgico que no ha respondido a las expectativas o a múltiples transfusiones.

Los equipos consultores de cuidados paliativos deben introducir principios de coherencia y sentido común, evitando las decisiones reactivas o debidas al impacto de la situación en otros equipos, sin tener en cuenta la gradualidad ni los intereses del enfermo (243).

2.8.2.5.- Equipo, y otros equipos.

La toma de decisiones y el proceso de consenso en los equipos dependen de la combinación de la experiencia, las actitudes, la formación en aspectos éticos, un método correcto interdisciplinar de toma de decisiones y la aplicación de los principios expuestos de respeto por los valores del enfermo, de la familia y de los otros miembros del equipo. Aunque es imposible alcanzar un consenso del 100%, generalmente se toman las decisiones razonablemente. Es aconsejable tener protocolizadas las situaciones más frecuentes y revisar frecuentemente las decisiones tomadas en cada caso (244).

La generalización de los cuidados paliativos, especialmente de los equipos de soporte, genera la necesidad de consenso con otros equipos tratantes, basada en el respeto, la protocolización y la racionalidad en la toma de decisiones.

2.8.2.6.- Información y comunicación

Los aspectos claves en el ámbito de los cuidados paliativos son la conspiración de silencio, la aplicación defectuosa del consentimiento informado y el manejo de la negación. Los métodos clave son la formación de los profesionales en comunicación (245).

2.8.2.7.- Cuidados paliativos y Eutanasia

La demanda individual de eutanasia es muy poco frecuente en enfermos tratados en unidades de cuidados paliativos y siempre debe responderse a ella con respeto, aumentando el soporte y la atención. La mayoría de los autores, Gómez-Batista (233), Astudillo (246), Gómez Sancho (247), coinciden en que la mayoría de los casos han sido reversibles aplicando este principio.

El debate social y profesional sobre la eutanasia y la actitud ante las demandas de eutanasia son temas ineludibles de la ética clínica.

Con respecto al debate social sobre la eutanasia, muy frecuente en nuestros medios, un resumen la posición de la Medicina Paliativa sería (246-252):

a) Hay muchas confusiones sobre los conceptos relacionados, como la eutanasia (precipitación deliberada de la muerte a petición de un enfermo con enfermedad incurable), la muerte digna (concepto con valor personal no manipulable) y la llamada anteriormente “eutanasia pasiva”, consistente en la no adopción de medidas extraordinarias para prolongar la vida innecesariamente, designada como buena práctica del sentido común aceptada.

b) La prevalencia de la petición de eutanasia es muy escasa, menor del 0,3% de las visitas de servicios de cuidados paliativos, y, en su mayor parte, está relacionada con síntomas mal controlados, abandono familiar y sanitario, siendo reversible en casi todos los casos al prestar mayor atención. En muchas ocasiones puede ser una demanda verbal de más soporte, así como puede serlo también socialmente.

Debe admitirse que se presentan situaciones de gran deterioro y sufrimiento y que generan razonablemente deseos de acortar la vida. En todo caso, las experiencias individuales y sus demandas deben ser analizadas con mucho respeto.

c) La discusión social sobre la eutanasia tiende a convertirse en una discusión moral y filosófica (respetable) entre partidarios y detractores, muy alejada de la realidad asistencial que vivimos cotidianamente.

Para la Medicina Paliativa, la discusión verdaderamente relevante es la de cómo extender rápidamente a práctica de los cuidados paliativos a todos los enfermos que la necesitan y que expresan claramente su interés por ser bien cuidados, y más raramente el interés por la eutanasia.

d) Con respecto a la necesidad de crear una legislación sobre la eutanasia, la OMS publica que no es en ningún caso urgente y técnicamente muy difícil de aplicar normativas a situaciones tan individuales y de garantizar todos los derechos, por lo que no parece lógico desarrollar una legislación para facilitar la eutanasia antes de promover la buena atención de los enfermos con el desarrollo de los cuidados paliativos. En otras palabras, el posible beneficio para unos pocos que se alcanzaría con la legalización de la eutanasia podría ser contrarrestado por un uso impropio generalizado, especialmente en enfermos geriátricos avanzados y en un contexto de limitación de prestaciones. Es lógico que la sociedad y los profesionales tengan dudas sobre una decisión como ésta.

e) Una respuesta racional puede consistir en desarrollar conjuntamente los cuidados paliativos y los comités de ética clínica, y que con estas medidas, más metodológicas, puede darse respuesta a la inmensa mayoría de situaciones difíciles.

2.8.2.8.- Aspectos éticos en la asignación de recursos (233) .

Desde un punto de vista asistencial, los equipos de cuidados paliativos deben tomar decisiones de priorización del uso de sus recursos por enfermos individuales. Los criterios de decisión deben ser consensuados con el equipo e incluir una evaluación de necesidades, demanda, opciones alternativas, compromiso del equipo y otros factores. En ocasiones se trata de tomar decisiones muy difíciles; el equipo debe ser consciente de que no puede hacerse responsable de la falta de recursos en un área y optimizar los alternativos (233).

El desarrollo de los cuidados paliativos y la constatación de su eficacia y eficiencia están generando el debate lógico para la aplicación de sus principios a todos los enfermos que se pueden beneficiar. Así, la experiencia adquirida en la atención de enfermos terminales con cáncer puede ser utilizada como referencia para atender, a todo tipo de enfermos con enfermedades avanzadas crónicas en fase terminal.

Desde un punto de vista de la asignación de recursos a los servicios sanitarios, debe tenerse en cuenta que:

- En un contexto presupuestario restrictivo, la cuestión de la eficacia, eficiencia, coste-efectividad y factores de priorización son siempre cruciales.

- Cada vez se dispone de más información general y más conciencia entre profesionales, usuarios y gestores sobre la importancia de la eficiencia y del coste-efectividad en la provisión de los servicios sanitarios.

- Los nuevos modelos de provisión de servicios sanitarios, en los que diversos proveedores compiten ante un planificador-financiador, pueden cambiar radicalmente las prioridades en los próximos años.

- Aparentemente, la implementación razonable de los cuidados paliativos mejora el sistema sanitario en un área definida, por su eficiencia, y al limitar el uso de otros métodos de efectividad más cuestionable. Conviene investigar en este campo para tener más datos a favor de la implementación de los cuidados paliativos.

- El 90% de los recursos para atender enfermos de cáncer se consumen en los últimos seis meses de vida con medidas que no modifican el curso de la enfermedad ni la calidad de vida (235). Los profesionales dedicados a la oncología deben realizar una evaluación objetiva de los resultados reales que se obtienen en el tratamiento de la mayoría de enfermos avanzados de cáncer. Es indudable que se logran avances, pero afectan a tumores de muy baja prevalencia. Lo cierto es que más del 60% de enfermos mueren a causa de la enfermedad y que los resultados de la investigación clínica no aportan respuestas realmente relevantes en la

supervivencia desde hace años, sólo diferencias inestimables en la supervivencia, analizadas con métodos cuestionables, y que tienen un impacto muy pequeño en la calidad de vida de los enfermos. Además, el coste personal, social, económico y de esfuerzo del personal sanitario en realizar tratamientos agresivos con tan escasos beneficios debe ser tenido más en cuenta.

- Hasta el momento, en oncología, el balance entre los presupuestos sanitarios preventivos, curativos, y paliativos estaba injustamente desplazado hacia tratamiento de la enfermedad, con una efectividad muy cuestionable, sobre todo en el tercer mundo, donde el 90% de los casos de cáncer son incurables en el momento del diagnóstico.

2.8.3.- Aspectos éticos propios del anciano.

Los aspectos más frecuentes, junto a los ya descritos anteriormente, que se presentan en el anciano con enfermedad oncológica terminal son: el problema de la información (253), la nutrición y la hidratación artificiales (254,255), y el problema del control del dolor (256). Otros aspectos éticos típicos del anciano, escapan al objeto de este capítulo (ensayos clínicos en ancianos, abusos y malos tratos, problemas éticos en residencias de ancianos, ingreso en UCI, reanimación cardiopulmonar, enfermedad de Alzheimer, eutanasia, transplantes, etc). Igualmente escapa el problema ético de la decisión de tratamiento activo (farmacológico, quirúrgico, radioterapia) que aparece en el paciente anciano oncológico, ya que este punto, solo se refiere al anciano oncológico en fase terminal.

- **El problema de la información:** el derecho al ejercicio de un principio básico de la bioética, el de autonomía, tiene como base lo que se conoce como consentimiento (o rechazo) informado, y presupone la posibilidad por parte del paciente de disponer previamente de una información veraz y completa acerca de las diferentes condicionantes y opciones que constituyen y se derivan de suproceso morboso (253). En este contexto, y analizada la cuestión en un plano global, difícilmente podría plantearse la posibilidad de ocultar información en cualquiera de sus formas.

En cuanto al deseo de conocimiento de la verdad en caso de enfermedad grave con muerte a corto plazo, según la encuesta descrita en el libro blanco de Geriátría, en el 60%

de los ancianos consultados la respuesta fue positiva, frente a un 21% que dijo que no, y un 10% que no se planteó el tema. Los varones parecen ser más valientes e interesados en conocerla para poder afrontar las nuevas circunstancias. Estos resultados que fueron obtenidos en personas con un estado de salud generalmente bueno, podrían diferir, incluso aumentando, si los afectados se encontraran en situación terminal (257).

Sin embargo a pesar de ello, en la práctica médica aún hoy, sigue muy desarrollada la idea ante un cáncer en situación terminal, de ocultar la información al paciente, dándosela a la familia, realizando lo que en Medicina Paliativa se viene a denominar “conspiración de silencio”. Esta “conspiración” conduce a una falta de respeto tal, que hace que el anciano, como paciente enfermo, no participe en la toma de decisiones ante su enfermedad, decisiones como sedación, ingreso hospitalario, ubicación, lugar de muerte, tratamientos, etc... (258,259).

Aunque cada caso hay que tratarlo de forma individualizada, el anciano con cáncer en situación terminal tiene derecho a conocer su enfermedad, su pronóstico, al igual que a participar en cada uno de los diferentes cuidados que se le vayan ofertando de acuerdo al estadio de su enfermedad.

- **Manejo del dolor:** existe todavía la creencia de que en el anciano con cáncer cuando aparece dolor, este es de intensidad inferior (256). No hay datos suficientes que apoyen esta idea y los datos aparecidos muestran que aunque el adulto no anciano presenta una tendencia a presentar unas puntuaciones mayores del dolor, éstos no son estadísticamente significativas como para apoyar esta idea. No se deben restringir el uso de analgésicos, especialmente los opioides, aunque es necesario el manejarlos como el resto de medicamentos en la práctica geriátrica, con cautela, debido a un aumento de sus efectos secundarios.

- **Nutrición e hidratación artificial:** en el anciano oncológico en fase terminal, este problema presenta características similares a las del adulto no anciano. A diferencia de éste

la muerte, tiene menos de tragedia y parece menos injusta que la del joven, porque, frecuentemente ha llegado a aceptar el hecho de que la vida es finita y que la muerte es algo natural. Por ello, el paciente no suele poner problemas a la decisión de no utilizar nutrición e hidratación artificial. La familia, por el mismo sentimiento, tampoco pone los impedimentos que en el adulto no anciano o en los niños. Generalmente con una buena comunicación entre equipo y el paciente - familia, sin conspiración de silencio, participando mutuamente, pero sobre todo, con participación directa del paciente, y en caso de no estar capacitado, de la familia con el equipo, la nutrición e hidratación artificial no suele de ser un problema ético de toma de una difícil decisión como ocurre con el anciano en otro tipo de patologías (Alzheimer y/o otras enfermedades degenerativas, enfermedad cerebrovascular, etc), o como ocurre con el anciano oncológico pero en situación de no terminalidad (254,255).

2.9.- Declaración de los derechos de los enfermos terminales (260)

Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.

Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias.

Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.

Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.

Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aún cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.

Tengo derecho a no morir solo.

Tengo derecho a no experimentar dolor.

Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.

Tengo derecho a no ser engañado.

Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.

Tengo derecho a morir con paz y dignidad.

Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mías que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.

Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás.

Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte.

Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

Tengo derecho a ser asistido espiritualmente de acuerdo a mi propia religión.

Michigan Inservice Education Council.

SEGUNDA PARTE:
Aportación personal.

MATERIAL Y MÉTODO:

3.1.- Lugar de realización del estudio:

El estudio ha sido realizado en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Virgen de la Poveda de la Comunidad de Madrid.

3.1.1.- Hospital Virgen de la Poveda:

Es un Hospital perteneciente a la red pública de Hospitales del Sistema Regional de Salud (S.R.S.) de la Comunidad Autónoma de Madrid (C.A.M.), calificado por el propio SRS como hospital de crónicos (261) y según el listado de Hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 1995 como Hospital Geriátrico de actividad pública (262).

El hospital (figura 3.1.1.) se encuentra situado a 5 Km de la localidad de Villa del Prado, pueblo de la Comunidad Autónoma de Madrid, a 60 km de la ciudad de Madrid, y a cerca de 28 km de la de Móstoles y de 22 Km de la de Alcorcón. Está sectorizado dentro del área sanitaria VIII, donde coexiste con dos Hospitales terciarios de la red pública del Insalud, con importantes actividades docentes y de investigación: el Hospital de Móstoles, en la ciudad de Móstoles, y la Fundación Hospitalaria de Alcorcón de entrada en funcionamiento en el 1997, en la ciudad de Alcorcón.

El Hospital Virgen de la Poveda tiene adjudicado como hospital de referencia para la realización de exploraciones complementarias y para la necesidad de derivación ante una

urgencia hospitalaria, a la Fundación Hospitalaria de Alcorcón, aunque por ser el Hospital del S.R.S de la C.A.M., también tiene como hospital de referencia en cuanto al banco de sangre y a la realización de exploraciones complementarias de laboratorio y microbiología se refiere, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, sectorizado en el área 1 de Madrid, y único Hospital Terciario de la ciudad de Madrid transferido al S.R.S. de la C.A.M.

Figura 3.1.1.- Mapa de la situación del Hospital y del área VIII, área sanitaria donde se encuentra sectorizado



3.1.1.1.- Oferta de Servicios Hospitalarios:

En el momento actual su actividad asistencial es la de un Hospital de Crónicos con actividad asistencial de Media y Larga Estancia Hospitalaria (263), con un total de 220 camas funcionantes, y con las siguiente oferta de servicios (Figura 3.1.1.1.1.):

- 80 Camas de Media Estancia Hospitalaria distribuidas en:
 - Unidad de Cuidados Paliativos: 20 camas.

- Unidad de Convalecencia-Rehabilitación: 40 camas.
- Unidad de Demencias: 20 camas.

- 140 Camas de Larga Estancia Hospitalaria, de las cuales 20 camas son específicas de Demencias con severos trastornos de conducta.

Figura 3.1.1.1.- Oferta de servicios del Hospital Virgen de la Poveda desde el año 1997:

Media Estancia Hospitalaria		Larga Estancia Hospitalaria	
Convalecencia Rehabilitación Unidad de Demencias	Cuidados Paliativos	Unidad de Demencias	

Esta oferta de servicios no ha sido siempre la misma, ya que tradicionalmente el Hospital desde su origen el 18 de Julio de 1978, solo ofertaba larga estancia hospitalaria. En un principio se abrió como un pabellón más de lo que era entonces el Hospital Provincial (el actual Hospital Universitario Gregorio Marañón), con un total de 240 camas, de las cuales, 80 camas eran específicas de salud mental. A partir de la gestión de 1996 (264) comenzó el Hospital a modificar su oferta de servicios. Se abrieron camas de media estancia, comenzando en 1997 con 20 camas: 4 camas de cuidados paliativos y 16 camas de convalecencia-rehabilitación. En septiembre del mismo año se ampliaron a 10 camas de cuidados paliativos y a 26 camas de convalecencia-rehabilitación, y en mayo del 1998 se ampliaron a 20 camas de cuidados

paliativos y 40 de convalecencia-rehabilitación, oferta que es la que se ha mantenido hasta la actualidad (265,266).

Las especialidades médicas con las que cuenta el hospital son:

- Geriatría, dependen de ella la Unidad de Cuidados Paliativos y la Unidad de Demencia tanto la de media como la de larga estancia hospitalaria.
- Medicina Interna, de la que dependen el resto de Unidades hospitalarias.
- Rehabilitación, de quien dependen el servicio central de rehabilitación.

Como Servicios Centrales de uso común para todas las Unidades, posee:

- Rehabilitación, con un médico especialista en Rehabilitación como médico responsable y del cual dependen Terapia Ocupacional (1 terapeuta ocupacional) y Fisioterapia (dos fisioterapeutas), con sala propia de terapia ocupacional y sala propia de fisioterapia.
- Laboratorio, con dos técnicos analistas, que cubren un horario de 12 horas (turno mañana y tarde de lunes a sábado), con posibilidad de realización de analíticas urgentes y las programadas en 48 horas, aunque en ocasiones están dentro del mismo turno. Las exploraciones complementarias que pueden realizar son:
 - Hemogramas, bioquímicas (Na, K, Ca, glucosa, creatinina, urea, CPK, Colesterol, colesterol-HDL, bilirrubina total, bilirrubina libre, GOT, GPT, fosfatasa alcalina, hierro sérico, proteínas totales, amilasa), gasometrías, y sistemático de orina.
 - Urocultivos

- Radiología, con un técnico de radiodiagnóstico, que cubre el horario de mañana de lunes a viernes y algún sábado, que realiza radiografías de tórax, de abdomen, y óseas. La realización de la radiografía suele ser en el mismo día.
- Trabajo Social, un diplomado en trabajo social.
- Psicología Clínica, un psicólogo clínico.

Igualmente posee dos agentes pastorales, con capilla propia dentro del Hospital, y que cubren la presencia de sacerdote todos los días por la mañana de lunes a viernes y algunos fines de semana. Determinadas Unidades (Unidad de Cuidados Paliativos, de Convalecencia-rehabilitación y de Demencias Media estancia) tienen protocolos establecidos de utilización propios con estos servicios centrales. Así por ejemplo Cuidados Paliativos con psicología clínica, terapia ocupacional y el trabajador social. Demencias con terapia ocupacional y con el trabajador social. Y por último, convalecencia-rehabilitación con rehabilitación.

3.1.1.2.- Procedencia de los pacientes:

Debido a las características administrativas sanitarias de la C.A.M. referidas anteriormente, el Hospital Virgen de la Poveda trabaja mutuamente con dos administraciones públicas, el Insalud y el S.R.S. Al encontrarse sectorizado en el área VIII, el Hospital es de referencia para el Hospital de Móstoles en cuanto a la derivación y utilización de pacientes que se ajusten a su oferta de servicios de media y larga estancia hospitalaria. Lo mismo ocurre con el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que aunque no es de área, puede derivar y utilizar de igual modo cualquiera de las Unidades. El resto de Hospitales de la red Insalud de Madrid, puede también utilizar los servicios del Hospital, pero al no ser el de referencia, podrán remitir los enfermos, una vez que se hallan agotado los propios de su área correspondiente (Hospital de la Fuenfría, y Hospital de Guadarrama, a parte de algunos servicios concertadas con entidades privadas o religiosas) y tras pasar el consentimiento de aceptación por parte de la administración central del Insalud. Igual ocurre con la Fundación Hospitalaria de Alcorcón que a pesar de estar sectorizado dentro del mismo área que el Hospital Virgen de la Poveda, al ser de gestión privada, cualquier derivación hacia el Hospital Virgen de la Poveda debe de pasar primero por la aceptación central del Insalud.

La derivación de pacientes por parte de los diferentes hospitales, se realiza siguiendo el protocolo establecido por admisión y que queda reflejado en la figura 3.1.1.2.1., y presentado en la comisión sociosanitaria de las diferentes áreas donde participa, área VIII, área 1 y área 5. Los ingresos se realizan antes de las 15,00 horas, aunque en muchas ocasiones se realizan pasada esta hora.

INSTITUCIÓN: HOSPITAL VIRGEN DE LA POVEDA.			
REPRESENTANTE/S EN LA CSSA 1: DR. GÓMEZ PAVÓN. (Geriatra) DR. MENDOZA MENDOZA (Sº de Admisión). Gerente en Funciones			
DIRECCIÓN: CARRETERA DEL HOSPITAL S/N. VILLA DEL PRADO. 28630-MADRID			
TELÉFONO:	91-8608000	FAX:	91-8620100
E-mail:			
DEFINICIÓN DE LA INSTITUCIÓN:			
<ul style="list-style-type: none"> ● OBJETIVOS: Atención médica especializada y cuidados de enfermería en régimen de ingreso Hospitalario de Media Estancia en las áreas de Cuidados Paliativos, Rehabilitación, Convalecencia y demencia, así como pacientes de larga estancia necesitados de ingreso hospitalario.. ● RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> * 140 camas de Larga Estancia (de las cuales 20 específicas de demencias). * 60 camas de Media Estancia: <ul style="list-style-type: none"> -20 Paliativos -20 Rehabilitación. -20 Convalecencia. * 20 camas de Unidad de Demencia. ● CRITERIOS DE ACCESO: <ul style="list-style-type: none"> * Media Estancia: <ul style="list-style-type: none"> A) Pacientes Convalecientes: Pacientes con patologías crónicas, tras reagudizaciones resueltas en su Hospital de referencia, que requieran completar convalecencia tras tratamiento médico o quirúrgico, siempre que esta convalecencia o la complejidad de los procedimientos que deban realizárseles (curas, etc.) No permitan que pueda ser llevada a cabo en su domicilio. B) Pacientes tributarios de Programas de rehabilitación: Pacientes que, debiendo seguir terapia rehabilitadora, no puedan, por su situación o por las características del proceso patológico que padecen, efectuarla de forma ambulatoria. Podrán ser incluidos pacientes procedentes de Hospitales de Agudos, así como procedentes de centros socio-sanitarios o su domicilio. C) Pacientes terminales: que cumplan los criterios al respecto definidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, para pacientes oncológicos o las recomendaciones de la NHO para pacientes no oncológicos que necesiten de un ingreso hospitalario al no poder ser controlados en el domicilio. E) Pacientes demenciados: para control de trastornos de conducta y/o que se encuentren incluidos en los criterios A y B. * Larga Estancia: Pacientes que, además de su problema médico o de enfermería, añaden una importante carencia social. Para estos pacientes, tributarios en principio de ser incluidos en camas de larga estancia, será requisito imprescindible aportar documentación que demuestre que ha sido solicitada plaza de Residencia, así como la puntuación obtenida en el baremo. ● DINÁMICA DE UTILIZACIÓN: <p>Petición de ingreso mediante solicitud escrita, remitida por Fax y a la atención del Sº de Admisión de este Hospital. En ella se deberá adjuntar la siguiente documentación (adjuntar además nº de teléfono y persona con la que se debe poner en contacto nuestro Sº de Admisión):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de Alta Clínica en debida forma. -Informe de Enfermería al alta. -Informe Social. -Si el paciente es mayor de 65 años y en donde se disponga de Equipo de Valoración Geriátrica: Valoración Geriátrica para continuidad de cuidados. -Si el paciente es menor de 65 años y la solicitud se refiere a terapia rehabilitadora: Valoración del médico rehabilitador para continuidad de cuidados. -Acreditación de la solicitud de plaza de Residencia Socio-sanitaria en el caso de la Larga Estancia. <p>Los mismos documentos en caso de solicitudes procedentes de su domicilio o de centros Socio-Sanitarios. Las solicitudes serán contestadas en un plazo no superior a las 24-48 horas.</p> 			
OFERTAS DE COORDINACIÓN:			
NECESIDADES DE COORDINACIÓN:			
<p>Es importante no dejar lugar a dudas tanto al paciente como a la familia del mismo, los objetivos perseguidos con el ingreso. Es decir, que se tratan de ingresos de Media Estancia, que causarán alta hospitalaria en el momento en que esta esté indicada, y que por tanto deberán reintegrarse a su domicilio.</p>			

Datos de su actividad asistencial vienen reflejados en la tabla 3.1.1.2.1. Tal y como se recoge en las sucesivas memorias del Hospital (año 1997, 98, 99 y 2000) (263-266), aunque hay procedencias de casi todos los Hospitales públicos de la C.A.M., el grueso de pacientes procede del Hospital de Móstoles, del Hospital Gregorio Marañón, y en tercer lugar, aumentando de forma paulatina, de la Fundación Hospitalaria de Alcorcón. Como podemos ver aunque el hospital depende solo del S.R.S. y no tiene ninguna comunicación con la consejería de bienestar social, la tipología de pacientes, encuadra claramente en la definición de paciente de perfil sociosanitario con tendencia a la cronicidad. y por lo tanto podemos afirmar que se trata de un Hospital de perfil sociosanitario. Así es considerado por la administración central del S.R.S. de la C.A.M., estando en marcha junto con otro hospital de características similares, el Hospital de Guadarrama (267,268), distintos proyectos sociosanitarios (análisis de coste por el RUG-III, el conjunto mínimo de base de datos, etc).

Tabla 3.1.1.2.1.- Actividad asistencial del Hospital Virgen de la Poveda años 1997 al 1999.

	1996	1997	1998	1999
Nº Ingresos:	85	194	260	235
Estancia Media:	1075 días	395 días	266 días	269 días
Ingresos Larga Estancia:	85	18	15	26
Ingresos Media Estancia:	-	176	245	209
Cuidados Paliativos	-	55	97	92
Convalecencia	-	61	90	69
Rehabilitación	-	60	58	48

3.1.2.- Unidad de Cuidados Paliativos:

La Unidad está formada por una Unidad de Hospitalización y de consultas externas, de ingresos programadas, de pacientes con enfermedad oncológica y no oncológica en fase terminal. El número de camas hospitalarias de la Unidad ha sido variable (265,266,263) siendo en su inicio en febrero de 1997 de 4 camas, aumentando estas a 10 camas en septiembre de 1997, y posteriormente en Marzo de 1998 a 20 camas hospitalarias, número que conserva hasta la actualidad. La Unidad es de referencia del Hospital de Móstoles, estableciendo con él, un programa coordinado de atención al enfermo oncológico terminal del área VIII. También recibe enfermos procedentes de cualquier otro Hospital de la Comunidad de Madrid así como de las Unidades domiciliarias (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, ESAD, y/o Unidades Móviles de cuidados paliativos, de la Asociación Española contra el Cancer). De las cuatro fases de desarrollo que marca la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (fase de propuestas, fase de proyecto, fase inicial, fase de consolidación y fase avanzada), la Unidad se encuentra en fase de consolidación (269): tras pasar la fase inicial (inicio de actividades clínicas, con consenso externo, y con investigación descriptiva y medidas de proceso), se encuentra en una fase de realización de investigación clínica y básica, participando activamente en programas de docencia externa, con ya evaluación de resultados, que caracterizan la fase de consolidación..

3.1.2.1.- Indicadores de Estructura:

La Unidad de Cuidados Paliativos se encuentra situada en el momento actual en la planta baja del Hospital, en la denominada Unidad de Hospitalización número 3, inaugurada para tal fin en Septiembre de 1999 (figura 3.1.2.1.1). Hasta entonces estaba situada en la primera planta, Unidad número 8, con unas características similares a las que se describen a continuación. De las 20 camas, 3 son individuales y el resto son de dos camas. Son habitaciones con calefacción y aire acondicionado, buena iluminación natural (amplio ventanal en cada habitación con vistas de todas las habitaciones al jardín externo principal), cama articulada de accionamiento manual, armarios individuales para cada paciente, sillón articulado, uno por paciente, que hace las veces de cama supletoria para acompañantes, mesita de noche funcional y baño completo asistido, con lavabo, retrete y ducha, dotado de asideros, apoyabrazos, grifos

monomandos adaptados, puerta corredera de acceso al baño ...Todo ello con decoración que intenta ser lo más relajante y orientador posible (tonos pastel con suelos antideslizantes de diferente color).

Como elementos comunes y cercanos pero físicamente a continuación de la zona de las camas hospitalarias, la Unidad tiene:

- Rincón-cocina de uso exclusivo de familiares, donde pueden calentar o preparar algún alimento que ellos conocen como especial para el enfermo. Está dotado de nevera, y microondas, así como de un pequeño fregadero con los correspondientes armarios propios de cocina.
- Sala de estar amplia, tipo solarium con vistas y salida directa a todo el jardín central, que sirve de espacio, creo que acogedor, para los familiares con necesidad de hablar o descansar fuera de la habitación, y que permite una mejor “socialización” de estos pacientes, es decir, poder compartir con otros pacientes emociones o experiencias comunes en momentos cercanos a la muerte.
- Comedor común, con espacio suficiente para 15 personas, que hace las veces de sala de TV, que también permite la mejor “socialización”.
- Pequeña sala de estar, utilizada como sala polivalente, con sofás y mesa central baja, que hace las veces de sala de reuniones del equipo inter y multidisciplinar, como de sala de comunicación del personal sanitario con los familiares y/o el paciente, como de sala de descarga emocional de la tensión ante el hecho de la cercanía de la muerte o del suceso de ésta.



- Control de enfermería correspondiente situado al final de la habitaciones y entre el comedor y el rincón cocina por un lado, y el solarium, la sala de estar y los despachos por el otro.
- 1 despacho que hace las veces de despacho para la asistencia hospitalaria y para las consultas externas de hospitalización de cuidados paliativos y de geriatría.

Desde el punto de vista de **recursos humanos** la unidad cuenta con los siguientes profesionales:

- 1 Médico responsable, especialista en Geriatría, a tiempo completo con un médico especialista en Medicina Interna a tiempo parcial en cuanto que éste también cubre a tiempo completo una unidad de larga estancia del Hospital.
- El correspondiente personal de enfermería, distribuidos según patrón de cuidados máximos, en los tres turnos.
- 1 Psicólogo clínico, que aunque pertenece a Servicios Centrales, casi toda su actividad se centra en la Unidad.
- 1 trabajador social, a tiempo parcial ya que es un servicio central, pero con quien se ha realizado protocolo de actuación para intervención en menos de 24 horas en la Unidad.
- 1 médico rehabilitador, a tiempo parcial, que aunque también es servicio central, se ha realizado protocolo de actuación para intervención en menos de 24 horas en la Unidad, incluido fisioterapia.

- 1 terapeuta ocupacional, también a tiempo parcial, que aunque depende de rehabilitación, se ha realizado un protocolo de actuación para trabajo en equipo diario en la Unidad.

- 2 sacerdotes, los comunes del Hospital, con una actividad especial en la Unidad.

3.1.2.2.- Líneas guías de Calidad Asistencial.

Algunas organizaciones médicas internacionales han publicado una serie de “líneas guía” que servirían como auditoría externa de dicha calidad (233), destacando aquellas que justifican que el funcionamiento de la Unidad pueda diferir en algunos aspectos del funcionamiento del resto de las Unidades del Hospital. Siguiendo estas indicaciones, los principales indicadores que la Unidad ha establecido desde el principio son las siguientes:

A) En el momento del ingreso:

- Evaluación por parte del médico con una demora inferior a dos horas.
- Plan inicial tras evaluación rápida de síntomas.

B) En las primeras horas:

- Oportunidad de expresión de las necesidades por parte del enfermo y la familia.
- Entrevista con la familia.
- Orientación del paciente y la familia en la Unidad y explicación de la normativa existente.
- Valoración de las preferencias en la dieta.
- Reevaluación completa a las 24 horas.

C) Calidad del entorno:

- Adecuada limpieza, medidas de confort y respeto a la intimidad
- Creación de un ambiente agradable y fácilmente accesible para pacientes y familiares.

D) Durante el ingreso:

- Evaluación continuada de las expectativas de familiares y enfermos.
- Supervisión continua del grado de control de síntomas y del grado de ansiedad familiar.

Considerando las recomendaciones existentes para la calidad asistencial en cuidados paliativos y las líneas guía establecidas en la Unidad, nuestra Unidad de cuidados Paliativos cuenta con una serie de prestaciones especiales y normativa de funcionamiento específica que se detalla a continuación (270):

A) Horario de visita abierto las 24 horas sin limitación en el número de visitantes ni en la edad de los mismos. Si los visitantes son niños menores de 8 años, si el paciente puede bajar al hall, será el lugar de visita, sino es el caso, el niño le podrá visitar comentando a la familia riesgos-beneficios, decidiendo la propia familia y el enfermo al respecto.

B) Posibilidad de abandonar el centro durante un periodo de horas e incluso días (fin de semana) si la situación clínica del paciente lo permite y con la aprobación del médico responsable de la Unidad.

C) Bloqueo de camas para acompañamiento permanente del familiar si así lo desea y si a criterio del médico de la Unidad contribuye a la atención integral del enfermo y familia, y siempre y cuando la demanda asistencial lo permita.

D) Cambio de habitación de pacientes en función de la gravedad, cercanía de la muerte y situación emocional si a criterio del médico de la Unidad contribuye a la atención integral del enfermo y familia.

E) Dietas especiales para pacientes ingresados a demanda del paciente y de su situación clínica según menús posibles por parte del departamento de dietética.

F) Dieta para acompañantes permanentes a criterio de la trabajadora social en relación con sus datos socioeconómicos.

G) Sala de Terapia Ocupacional para trabajo en grupo e individual para el establecimiento formal de una sesión diaria de terapia ocupacional por parte de la terapeuta ocupacional en colaboración con un auxiliar y voluntario u objetor de conciencia adscrito a la unidad. Siempre es de las salas polivalentes de la Unidad.

H) Posibilidad de que los pacientes estén vestidos con ropa de calle, siempre y cuando la situación clínica lo permita, con libertad de movimiento por todo el hospital, cafetería, jardines, pudiendo fumar en las zonas habilitadas para tal fin y en casos determinados si a criterio del médico de la Unidad contribuye a la atención integral del enfermo y familia.

3.1.2.3.- Procedencia y Criterios de ingreso de los pacientes:

Al igual que el resto del Hospital, la Unidad de Cuidados Paliativos tiene un flujo similar de pacientes. Recibe los pacientes principalmente de Móstoles, que consitituye cerca del 60% de ocupación de la Unidad, y del resto de Hospitales, sobre todo de la Fundación Hospitalaria Alcorcón y del Hospital Gregorio Marañón (figura 3.1.2.3.1.).

De forma específica, con el Hospital de Móstoles, en 1998, se ha realizado un programa, “Programa de enfermo oncológico terminal del área VIII”, en donde la Unidad constituye la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria del programa y por lo tanto del área de Móstoles. Este programa se ha realizado en conjunto con coordinación de tres administraciones diferentes, por un lado el Insalud, a través del servicio de Oncología del Hospital de Móstoles, donde hay establecido un oncólogo coordinador responsable del programa; por otro lado la Asociación Española Contra el Cáncer, con una Unidad Móvil de Cuidados Paliativos de atención de los pacientes a domicilio y con sede en atención primaria; y por último el S.R.S. de la C.A.M., que establece la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Virgen de la Poveda como camas hospitalarias específicas y propias para los pacientes del área de Móstoles. Estos pacientes

siguen un protocolo de derivación diferente que el resto de pacientes paliativos, y éste consiste simplemente en remitir, ya sea la coordinadora de cuidados paliativos de Oncología del Hospital, ya sea el médico de la Unidad Móvil de Cuidados Paliativos de la Asociación Española Contra el Cáncer, la solicitud de ingreso, ingresando generalmente en el mismo día si es necesario o bien al día siguiente. Los indicadores de actividad de los años 1998 y 1999 quedan recogidos en la tabla 3.1.2.3.1. Por lo tanto los pacientes oncológicos del área VIII de Móstoles son derivados a la Unidad tanto desde cualquier unidad de hospitalización del hospital, como desde la urgencia hospitalaria, como desde el domicilio, y generalmente no suele tardar el ingreso en producirse más de 6-8 horas desde su solicitud.

Con respecto al resto de pacientes, tienen que seguir el protocolo habitual del hospital, figura 3.1.1.2.1., y suelen ingresar en algunas ocasiones si el motivo es urgente en el día o bien lo más habitual, al día siguiente de la petición de ingreso. El Insalud ha autorizado todas las peticiones de ingreso hospitalario en nuestra Unidad, siendo lo habitual el ingreso de los pacientes en los tiempos referidos anteriormente.

Figura 3.1.2.3.1.- Procedencia de los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos:

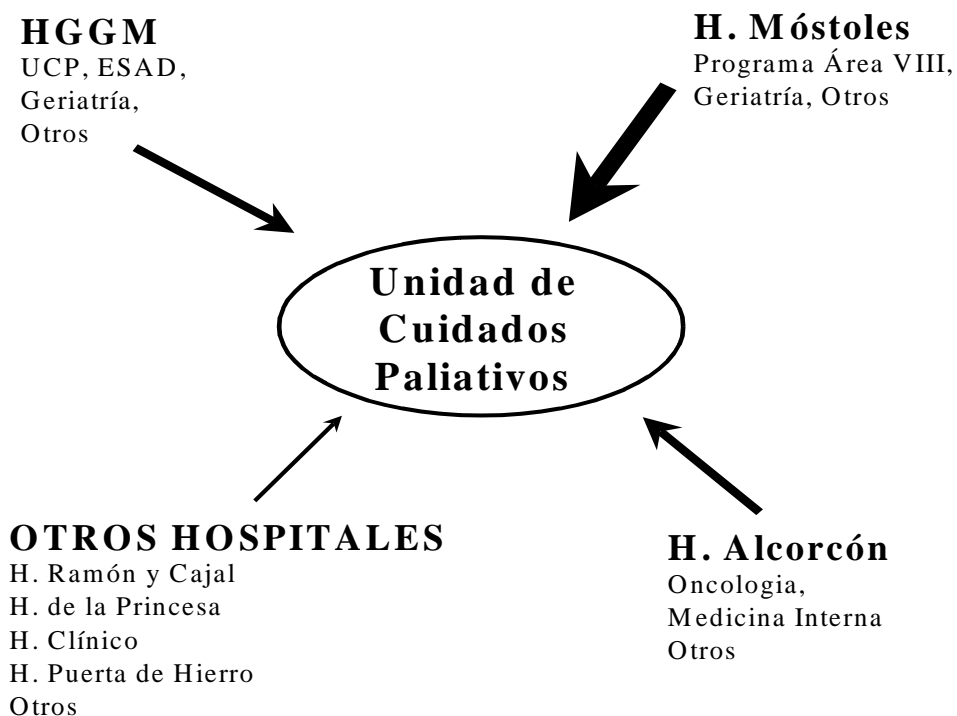


Tabla 3.1.2.3.1.- Indicadores de actividad del programa “paciente oncológico terminal del Área VIII”:

Indicadores	Año 1998	Año 1999	Total
DE ACTIVIDAD:			
1.-Nº INGRESOS:	45	48	93

Hospital	32	37	69
UMCP	13	11	24
2.- MOTIVO INGRESO:			
Sociosanitario	30	25	55
Sanitario	10	18	28
Social	5	5	10
3.-N° ESTANCIAS	664	770	1434
Est. Media	15	16	15
4.- Expl. complementarias H. Móstoles	0	2	2
5.- Traslado H. de Móstoles	0	0	0
DE COORDINACIÓN			
1.- Tiempo Respuesta de Admisión	97% < 8 H.	96% < 8 H.	96% < 8 H.
2.- Tiempo Ingreso	100% < 24 H.	96% < 24 H.	98% < 8 H.
3.- Peticiones ingreso según protocolo	100%	100%	100%
4.- Informes de alta vía fax	100%	100%	100%
5.- Reuniones equipos	3	3	3

Los criterios de ingreso establecidos en la Unidad son los siguientes (270):

Paciente con enfermedad oncológica en fase terminal (criterios de la SECPAL) o bien con enfermedad no oncológica en fase terminal (criterios de la Sociedad Americana de Cuidados Paliativos):

1.- Desde el Hospital:

- Desde cualquier servicio del Hospital, incluido la urgencia, pacientes convalecientes de un proceso hospitalario (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) y/o con necesidad de control de síntomas físicos, psíquicos y/o sociales específicos.

2.- Desde el domicilio:

- Síntomas físicos o psíquicos y /o situaciones sociales (claudicación o sobrecarga familiar) no controlables en el domicilio.
- Situación clínica, dependiendo del pronóstico del paciente y de su control desde el domicilio, en la que pudiera estar indicada alguna medida de aplicación hospitalaria dentro del contexto paliativo:
- Urgencias Paliativas no susceptibles de tratamiento oncológico específico.
- Cuadros interrecurrentes de su patología acompañante o de base, pulmonar, cardíaca, metabólica, ... como por ejemplo: reagudización de su EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva, neumonías, cetosis diabética, infecciones urinarias, etc.

3.2.- Diseño.

El estudio es observacional descriptivo.

Los criterios de inclusión, debían de cumplirse los dos, fueron:

1.- Paciente con ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos entre el 1 de Febrero de 1997 al 1 de Enero del 2000.

2.- Paciente con enfermedad oncológica terminal, según criterios definidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (14):

- Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada.
- Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento curativo, con acuerdo o consenso para no aplicar estos tratamientos.
- Pronóstico de vida limitado (más del 90% es previsible que fallezcan antes de los seis meses).

Los criterios de exclusión fueron:

- Paciente con ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos con enfermedad no oncológica en fase terminal.
- Paciente que no tenga el protocolo de recogida de datos totalmente completo.

No se ha realizado muestreo de la población, por lo que la población se ha estudiado en su totalidad, coincidiendo en este caso población a estudio con muestra a estudio.

Se definen dos grupos a estudio:

- **Grupo Anciano: Pacientes mayores de 65 años.**
- **Grupo Adulto no anciano: Pacientes menores o igual de 65 años.**

Las distintas variables a estudio, cerca de 161, están descritas en el apartado 3.2.1., fueron recogidas siguiendo el protocolo de recogida de datos, en dos tiempos:

- **Al ingreso hospitalario**, dentro de las primeras 24 horas, excepto si era festivo o fin de semana, que se recogía en el primer día laborable.
- **Al alta hospitalaria**, con recogida de 0 a 7 días, ya que o bien se recogían el mismo día del alta antes de remitir la historia al archivo o bien generalmente

todos los martes, día dedicado exclusivo al estudio (recogida de datos, introducir datos en base de datos, etc).

3.2.1.- Protocolo recogida de datos:

Los ingresos en la Unidad generalmente son por la mañana de forma programada o urgentes, y antes de las 15,00 horas. En algunas ocasiones son por la tarde a cualquier hora de la misma. En el primer caso la historia clínica suele estar abierta en el momento del ingreso por el médico responsable de la Unidad o en su caso por el médico a tiempo parcial. En el segundo caso suelen ser los médicos de guardia quien reciben al paciente, realizando el protocolo de ingreso establecido (hoja de Valoración Global Estructurada, e ingreso en hoja de evolución y tratamiento), sin abrir la historia clínica propiamente dicha, que será abierta al día siguiente por los médicos habituales de la Unidad.

La Unidad tiene aprobados por la junta facultativa, los siguientes protocolos de actuación: “evaluación y control de síntomas” (271) y el “Reglamento Interno” (270), que comprende la historia clínica, el Resumen informatizado de ingreso y de evolución, y la Valoración Global Estructurada del ingreso.

En las siguientes páginas se exponen los modelos de Valoración Global Estructurada al ingreso, y de Resumen de ingreso y de evolución.

**HOSPITAL VIRGEN DE LA POVEDA
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

VALORACIÓN GLOBAL ESTRUCTURADA AL INGRESO

Cama: Nombre:
Fecha: Dr.:

ÍNDICE DE KARNOSKY

- 100 Vida normal
90 Síntomas mínimos
80 Vida normal con esfuerzos
70 No puede hacer su trabajo pero se ocupa de su persona
60 Precisa ayuda alguna vez
50 Precisa ayuda considerable y frecuente asistencia médica
40 Precisa estar encamado y requiere asistencia especial
30 Grave. Requiere hospitalización. Muerte no inminente
20 Muy Grave. Requiere tratamiento activo para seguir vivo.
10 Moribundo
0 Éxito.

ÍNDICE DE KATZ

- Vestirse
Asearse
Bañarse
Control de esfínteres
Comer
Deambular

ÍNDICE DE LAWTON

- Uso del teléfono
Ir de Compras
Preparación de las comidas
Cuidado de la casa
Lavar la ropa
Uso transporte público
Tomar la medicación
Manejo del dinero

Síntomas: Dolor, Alucinaciones, angustia, anorexia, ansiedad, ascitis, ataque de pánico respiratorio, boca seca, caquexia, compresión medular, candidiasis, confusión, convulsiones, debilidad, delirio, depresión, derrame pleural, diarrea, disfagia, disnea, edemas, estertores, estreñimiento, fiebre, fractura patológica, hemorragia, hipo, ictericia, incontinencia, insomnio, linfedema, náuseas, obstrucción intestinal, pérdida de peso, pirosis, prurito, retención urinaria, ronquera, Sd. Cava superior, somnolencia, tos, tristeza, úlceras, vómitos.

Dolor:

Causa	Localización	Factores		E.V.A. Conductual
		Exacerbantes	Mitigantes	

Síntoma /Signo	Intensidad: 0: no síntoma, 1:leve, 2: moderado, 3: severo, 4: muy severo

NUTRICIÓN:

Dieta:

Problemas de deglución:

Dolor boca:

Boca:

Ritmo intestinal:

ÚLCERAS: SI-NO, TIPO, GRADO Y LOCALIZACIÓN:

PSICOSOCIAL: Conoce el Dx:

El pronóstico:

Conspiración de silencio:

Respuesta ante la enfermedad (fase de adaptación):

Ansiedad, angustia, depresión, Insomnio:

Cuidador principal (cónyugue e hijos):

Recibe ayuda comunitaria(Pública-Privada):

Respuesta ante la enfermedad:

GERIATRÍA
CUIDADOS PALIATIVOS

N° de Cama: 336
 80 años

Y SERVICIOS SOCIALES
Comunidad de Madrid

Fecha de ingreso: 06-sep-00

PROCEDENCIA: UMCP-Mostoles

Motivo ingreso: Sobrecarga familiar ante la inmovilidad progresiva del paciente

Al ingreso

VALORACIÓN GLOBAL

Karnosky: 50

Katz: 3 (ayuda baño, aseo y vestirse, resto independient

Movilidad: deambula con andador

No conocidas

ALERGIAS:

Antecedentes Personales

LISTADO DE PROBLEMAS

Ca urotelial dx en noviembre del 85 actualmente asintomático.

Ca. Epidermoide de pulmón dx en junio del 99 con Mts. Hepáticas y mediastínicas que recibió tto. Con quimioterapia con neuropatía sensitivo-motora 2º a taxol.

Control por UMCP desde donde nos lo remiten por sdr. De inmovilidad progresivo con sobrecarga del cuidador principal (mujer de 76 años).

Al ingreso y durante su estancia

Al ingreso: Disnea de mínimos esfuerzos, boca seca, estreñimiento, dolor de características pleuríticas costado derecho con cefaleas que cede con AAS, insomnio de despertar precoz y de conciliación y tto, depresivo reactivo a situación sociofamiliar ante la dependencia progresiva. Tto. De la marcha con marcha inestable con alto riesgo de caídas.

TTo. Rehabilitador

TTo. Social:

EXPL. COMPLEMENTARIAS (Fecha petición-realización-llegada. Resultados):

PENDIENTE:

Fdo.: Dr. Gómez Pavón

La recogida de las variables se realizaba siguiendo el protocolo de recogida de datos, de la siguiente forma:

1.- Recogida de datos al Ingreso Hospitalario: se recogían directamente del paciente, una vez realizada la historia clínica. Esto se realizaba normalmente o bien en el mismo día del ingreso (si éste se producía antes de las 15.00 horas) o al día siguiente del ingreso (si éste se producía pasadas las 15.00 horas). Si era día festivo o fin de semana, ya era el primer día laborable cuando se llevaba a cabo la realización de la historia clínica y de la recogida de datos. Los casos de ingreso en situación agónica y de fallecimiento en horas, ingresaban generalmente urgentes por la mañana, y de lunes a viernes, siguiendo el mismo modelo dicho anteriormente.

Generalmente la gran mayoría de las historias han sido realizadas por el médico responsable, 182 pacientes (85,44%), con un pequeño número por el otro médico habitual sobre todo en épocas de vacaciones, 28 pacientes (13,14%), habiendo solo 3 casos de pacientes (1,40%) en situación agónica pero que han ingresado por la tarde, falleciendo en el mismo día del ingreso y sin historia clínica habitual abierta; sí estaba realizada la historia de ingreso habitual en la hoja de evolución de un paciente por parte del cualquier médico de guardia. En estos 3 casos los datos han sido sacados de la documentación de protocolo al ingreso (hoja de “Valoración Global Estructurada” y de las hojas de evolución y tratamiento. Estos datos se han confirmado ante cualquier duda con el propio médico de guardia, con la familia, y con el personal de enfermería. Con respecto a la familia, si es que ha faltado algún dato en concreto, debido a que el fallecido, permanece por ley en el Hospital 24 horas, se les ha entrevistado (1 paciente) durante este periodo o bien si no se les ha localizado, se les ha entrevistado vía telefónica (2 pacientes).

2.- Recogida de datos al Alta Hospitalaria: Se recogían directamente de la documentación clínica de archivo del paciente, y generalmente se realizaba en el momento del alta, después de realizar el alta hospitalaria y antes de bajar la historia a archivo. En algunas ocasiones, se recogían todos los martes, que era el día específico fijado para revisión de datos del estudio, introducción de datos al ordenador, etc. La documentación clínica de archivo del paciente, comprende y está ordenada en el siguiente orden:

- a) Documentación administrativa de admisión que recoge datos de filiación, procedencia, fecha de ingreso y alta, y diagnósticos al alta.
- b) Informe de alta hospitalario o de éxitus.
- c) Fotocopias u originales de informes médicos previos del paciente y de solicitud de ingreso hospitalario.
- d) Historia clínica propiamente dicha.
- e) Hoja resumen de ingreso y de evolución médica.
- f) Hojas de evolución y hojas de tratamiento médicos diarios.
- g) Documentación de exploraciones complementarias: hojas de resultados de laboratorio, de interconsultas hospitalarias, las radiografías y los electrocardiogramas.
- h) Documentación de enfermería: los modelos del CARDEX comunes en hospitales del S.R.S. de la C.A.M. que recogen documento de ingreso con historia de enfermería, gráficas de cuidados diarios, hojas de evolución y de tratamiento de enfermería.

El modelo de protocolo de recogida de datos se expone en las siguientes hojas.

**ESTUDIO “ANCIANO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN FASE TERMINAL
EN EL MEDIO HOSPITALARIO SOCIOSANITARIO”**

PROTOCOLO AL INGRESO

Nombre:	Edad:	Sexo: H-V	Fecha
Ingreso:			
Procedencia: Hospital, nombre y servicio: Domicilio: Área sanitaria: Otros			
Tipo de Ingreso: Social-Sanitario-Sociosanitario			
Tipo de Neoplasia/s:			

CARACTERÍSTICAS GERIÁTRICAS:			
Nº Enfermedades:	Nº de Fármacos:	Katz	Inmovilismo
Alt. Sensorial	Alt. de la marcha:	Deterioro cognitivo:	
SNG	Sonda vesical:	Gastrostomía:	
Incontinencia	I. Urinaria	I. Fecal	
Alt. De la boca:	Enf. Periodontal- Falta piezas dentarias-adonconcia-uso de prótesis bucal		
Úlceras	Por presión-Tumoral-Vascular.	Nº:	Grado medio:

SÍNTOMAS AL INGRESO:			
Dolor	Tipo: nociceptivo visceral- nociceptivo somático-Por desafereenciación. Causas: 1-2-3->3		
	EVA: Si-NO, Puntuación: Conductual: Si-No Puntuación:		
Prob. Boca	Tipo: seca-dolorosa-infectada-candida.		
Anorexia	Estreñimiento	Náus-Vómitos	Hipo Diarrea
	Difagia: líquidos-Sólidos-Mixta	Disnea	Tos: seca-productiva Secreciones
Depresión	Ansiedad	Angustia	Delirium: Inhibido-agitación-mixto
Insomnio: De conciliación-de despertar precoz-mixto		Debilidad	Somnolencia
Edema/Ascitis/derrame	Disuria	Prurito	Fecaloma
Otros:			
Nº síntomas al ingreso:			

ASPECTOS PSICOLÓGICOS:		
Conoce el dx	Conoce el pronóstico	Conspiración de silencio
ASPECTOS SOCIALES:		
Existe cuidador principal: Si-No	Tipo: cónyugue-hijos-otro familiar-otros	
Rotación: Sí-No	Ayuda informal: Si-No	
Sobrecarga: Sí-No		
Ayuda comunitaria: Sí-No	Tipo: Privada-Pública	

ESTUDIO “ANCIANO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN FASE TERMINAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO SOCIOSANITARIO”

PROTOCOLO AL ALTA

Fecha Alta:	Destino: Exitus-Hospital- Domicilio- Residencia-Otros		
Asumen el alta Hospitalaria: Si-No			
CARACTERÍSTICAS GERIÁTRICAS durante el ingreso:			
Caídas	Nº de caídas:		
Úlceras	Por presión-Tumoral-Vascular.	Número:	Grado medio:
Complicaciones úlcera: Hemorragia-infección			
SÍNTOMAS de nueva aparición durante el Ingreso:			
Dolor	Tipo: nociceptivo visceral- nociceptivo somático-Por desafrenciación. Causas: 1-2-3->3		
	EVA: Si-NO, Puntuación: Conductual: Si-No Puntuación.		
Prob. Boca	Tipo: seca-dolorosa-infectada-candida.		
Anorexia	Estreñimiento	Náus-Vómitos	Hipo Diarrea
	Difagia: líquidos-Sólidos-Mixta	Disnea	Tos: seca-productiva Secreciones
Depresión	Ansiedad	Angustia	Delirium: Inhibido-agitación-mixto
Insomnio: De conciliación-de despertar precoz-mixto		Debilidad	Somnolencia
Edema/Ascitis/derrame	Disuria	Prurito	Fecaloma
Otros:			
Nº síntomas de nueva aparición durante el ingreso:			
USOS TERAPEUTICOS:			
1.- Uso Opioides: Si-No	Morfina, dosis:	Metadona, dosis:	Fentanilo, dosis:
Tramadol, dosis:	Codeína, dosis:	Dihidrocodeína, Dosis:	
Indicación opioide: Dolor-Disnea-Tos-Diarrea-Sedación terminal-Otros:			
2.- Uso vía subcutánea: Si-No	Nº de vías:	Vida media:	Nº
Fármacos:			
Indicación vía: Control síntomas-Agonía- Control de síntomas más agonía.			
Administración: Bolo-Bomba			
Complicaciones vía: Hemorragia-No permeabilidad-Extracción- Induración/tumefacción, infección local.			
Hipodermocclisis: Si-No	ml/24 horas:		
3.- Uso sedación terminal: Sí-No			
Indicación: Dolor-disnea-agitación-Otros:			
Fármacos: Midazolam, dosis:	Vía:	Morfina, Dosis:	Vía:
Otros:			
Coexistencia con otros fármacos: haloperidol-Hioscina-metoclopramina-Morfina			
USO DE RECURSOS:			
Terapia Ocupacional	Fisioterapia	Exploraciones complementarias: Sí-No	
Hemograma, Nº:	Bioquímica, Nº:	Gasometrías, Nº:	Niveles Fármacos, Nº
Urocultivos, Nº	Otros cultivos, Nº:		
Rx tórax, Nº:	Rx abdomen, Nº:	Rx óseas, Nº:	
Traslado Hospital de referencia: Si-No, Causa:			

3.2.2.- Variables a estudio

Las variables recogidas en el protocolo de datos y su definición se exponen a continuación.

3.2.2.1.- Al ingreso Hospitalario.

Se recogían los siguientes datos:

1.- De la documentación administrativa de admisión:

- Nombre del paciente, **edad, sexo, fecha de ingreso.**
- **Procedencia** quedando reflejado si era:
 - del hospital (nombre del hospital y del servicio que lo remite).
 - del domicilio (refiriendo área sanitaria).
 - de otros (refiriendo nombre y lugar).

2.- De la realización directa al paciente de la Historia clínica:

1.- NEOPLASIA del paciente causante de su situación de fase terminal.

2.- CARACTERÍSTICAS GERIÁTRICAS. Se recogen las especificadas como tal por parte de uno de los tratados principales de medicina geriátrica americana (Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Hazzard WR, Bierman EL, Blas JP, Ettiner WH and Halter JB, eds. McGraw. New York, 1994 (272) y por parte de publicaciones geriátricas del presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología española (Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Guillen Llera F y Pérez del Molino Martín J, eds. Masson. Madrid 1994 (273):

- **Nº de enfermedades concomitantes**, entendidas como antecedentes previos de enfermedades del paciente, que se encontraban en situación activa, y que llevaban un tratamiento ya sea farmacológico y/o no farmacológico (dieta o rehabilitación), por

ejemplo hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía isquémica, ... no se recogían episodios agudos previos del paciente (hemorragia digestiva aguda, fracturas, cirugías, etc). Con respecto a las enfermedades osteoarticulares, osteoporosis y osteoartrosis, se recogen solo cuando son activas, es decir en el caso de la osteoporosis cuando tienen una manifestación clínica (fracturas previas de cadera, aplastamientos vertebrales múltiples, fractura de Colles, de Húmero), y en el caso de la osteoartrosis cuando hay clínica de dolor y/o deformidades, con tratamiento médico o bien con tratamiento rehabilitador.

- **Número de fármacos:** recogidos toda los fármacos que tomaba el paciente, no se recogían las dosis, ni el número de tomas. Por ejemplo un paciente que tomaba AAS, tramadol, lactulosa, domperidona, ranitidina, flaxiparina, y midazolam, el número total era de 7.

- **Índice de Katz,** se utiliza la variación de este índice de versión numérica realizada por Rubenstein (274) (tabla 3.2.1.1.), en donde se valoran las 6 actividades de la vida diaria con un 0 si es dependiente y con 1 si es independiente, así 0 sería dependencia para todas las Actividades de la vida diaria y 6 independiente para todas las actividades de la vida diaria. Para la dependencia o no de una actividad se utiliza los conceptos del índice habitual de katz (275).

Tabla 3.2.2.1.- Índice de Katz numérico (274):

	Aseo	Baño	Vestirse	Andar	Esfínteres	Comer
Dependencia	0	0	0	0	0	0
Independencia	1	1	1	1	1	1

- **Síndrome de inmovilidad:** entendido como inmovilismo, es decir dependencia para todas las actividades de la vida diaria. Índice de Katz 0.

- **Alteraciones sensoriales:** entendidas como alteraciones de la agudeza visual (cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatías, etc) o de la auditiva (presbiacusia,

hipoacusias de diferentes etiologías). Estos datos eran recogidos del paciente y/o familia, con informes clínicos correspondientes y se confirmaban en la exploración clínica del paciente.

- **Alteraciones de la marcha y del equilibrio:** causadas por las diferentes patologías, incluidas el cáncer y que producían las alteraciones de la marcha que le hacían ser dependiente en la movilidad o bien alto riesgo de caídas.

- **Deterioro cognitivo:** entendido como demencia, definida por los criterios del DSM-IV, referido por la familia, en ocasiones con informes previos y confirmado mediante la realización de una MEC inferior a 22. No son valorados otros deterioros cognitivos diferentes a demencia.

- **Criterios DSM-IV, Asociación Psiquiátrica Norteamericana (276), 1995, de demencia:**

1.- Pérdida de memoria (reciente y remota)

Junto a presencia de al menos uno de los siguientes síntomas :

- Deterioro del pensamiento abstracto (refranes)
- Deterioro del Juicio.
- Afasia, Apraxia , agnosia.
- Dificultades cognitivas que interfieren con el trabajo y las actividades sociales.

2.- Evidencia de una causa específica como una enfermedad cerebrovascular, Alzheimer, etc.

- **Sonda nasogástrica:** reflejando a su vez el tipo ya sea Levin o Fleka

- **Gastrostomía**

- **Sonda vesical,** no se incluían los pacientes que tenían ureteres abocados.

- **Incontinencia de esfínteres:** Se recogía este dato cuando el paciente presentaba una incontinencia solo de orina, o solo fecal, o bien doble incontinencia tanto fecal como urinaria. Los portadores de sonda vesical eran ya considerados como incontinencia urinaria.

- **Ateraciones de la Boca:** informadas en la entrevista por paciente, familiares y confirmadas por exploración directa. Se recogían el uso de prótesis dentales, alteraciones periodontales (enfermedad periodontal crónica, resto de piezas dentarias, piezas dentarias cariadas, etc), falta de piezas dentarias (se recogía solo si o no referidos a la falta de más dos piezas dentarias), adodoncia (cuando no había ningún diente, y a la vez no usaba prótesis).

- **Úlceras:** Este dato se recogía en conjunto con la historia clínica de enfermería, y comprendía la presencia o no de úlceras por presión, tumorales, y de úlceras vasculares. A continuación se recogían sin hacer distinción en el tipo de úlceras descritas anteriormente, el número de úlceras, y el grado de cada una de ellas:

-Grado 0= Úlcera fina o delgada que afecta a epidermis y deja expuesta la dermis subyacente.

-Grado 2= Úlcera delgada que afecta toda la piel: se extiende por toda la dermis hasta la grasa subcutánea.

-Grado 3= Úlcera que llega hasta la fascia profunda.

-Grado 4= Úlcera que abarcamúsculos, llegando a afectar articulaciones y/o huesos.

3.- FRECUENCIA DE SÍNTOMAS: Se recogen como variables los síntomas referidos como habituales y de estudio en los principales tratados de Medicina Paliativa españoles (Cuidados Paliativos en Oncología. Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Casas J y Viladiu Quemada P, eds. Editorial JIMS. Barcelona, 1996 (277) y americanos (Oxford textbook of palliative medicine. Doyke D y cols (eds). Oxford University Press. Oxford, 1993 (278). Son síntomas siempre referidos por el paciente durante la entrevista estructurada de

anamnesis. Cuando este presenta deterioro cognitivo, sdr. confusional agudo o imposibilidad de comunicación (agonía), se recogen los síntomas referidos por la familia, y/o referidos-comprobados por el personal de enfermería durante la realización de sus respectivos cuidados. En el caso de que no exista familia y el paciente tenga problemas de comunicación son los referidos por el personal de enfermería. Los síntomas que se recogen son siempre los síntomas “activos”, es decir, síntomas que en el momento del ingreso hospitalario no están controlados. Por ejemplo un paciente puede tener dolor controlado en su domicilio, pero en el momento del ingreso, en la entrevista estructurada, no lo refiere como tal, y si en cambio refiere vómitos, insomnio y depresión. Por lo tanto estos son los síntomas que se recogen en el protocolo como variables y no el dolor.

3.1.- Dolor: definido como sensación generalmente localizada de malestar, molestia o aflicción, resultante de la estimulación de las correspondientes terminaciones nerviosas especializadas. Se recoge en prime lugar la presencia o no de dolor. En los casos en que existía dolor, se recogían a la vez las siguientes variables:

3.1.1.- El tipo de dolor según fisiopatología: Según fisiopatología se clasificaba en (279):

- Dolor nociceptivo visceral: producido por activación de nociceptores de vísceras torácicas o abdominales. Sus características es de un dolor constante, de estiramiento, de presión, y referido a zonas cutáneas. Se puede acompañar de disfunción autonómica (náuseas, vómitos, sudoración). Ejemplos: cáncer páncreas, metástasis pulmonar o hepáticas, etc. Responde bien a opioides.
- Dolor nociceptivo somático: activación de nociceptores cutáneos, y de tejidos profundos. Las características son de dolor constante, bien localizado, profundo. Ejemplos: metástasis óseas, dolor musculoesquelético, incisión quirúrgica.
- Dolor de desaferenciación: producido por descargas espontáneas y paroxísticas en los nervios periférico y central inhibitor y/o interacción nociceptora aferente simpatico-somática. Las características son de sensación de quemazón, disestesia paroxística o eléctrica. Ejemplos: plexopatías

metastásis braquiales y lumbosacras, neuralgias post-herpética. Neuropatías por vincristina y platino.

3.1.2.- Las causas y el número total de causas productoras del dolor, recogiendo causas de dolor como una consecuencia directa del tumor (extensión del tumor primario, óseas, nerviosas, etc); dolor como una consecuencia de la terapia tumoral (cirugía, radioterapia, quimioterapia); dolor como una consecuencia indirecta de tumores (sdr. paraneoplásicos, desequilibrios metabólicos, infecciones óseas, de tejidos blandos, articulares). No son recogidos las causas de dolores sin relación con el cáncer y/o secundarios a enfermedades concomitantes.

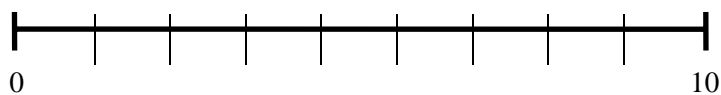
Un ejemplo de todo lo anterior sería un paciente con cáncer de pulmón con afectación pleural, metastásis vertebrales múltiples y masa en fosa iliaca derecha con compromiso del nervio ciático, presentaba al ingreso dolor en costado derecho, dolor en espalda, dolor con impotencia funcional en miembro inferior izquierdo y dolor bucal por importante enfermedad periodontal, con restos totalmente cariados de piezas dentarias. Como variable a estudio se recogió: presencia de dolor; atendiendo a fisiopatología: dolor nociceptivo visceral, somático y de desafrenciación; atendiendo a las causas: dolor costal por afectación neoplásica pleural, dolor óseo por afectación vertebral, dolor neuropático por afectación, compresión, neoplásica del nervio ciático, y por último dolor bucal de tipo neuropático por afectación de ramas del nervio maxilar por grave enfermedad periodontal 2º a empeoramiento de su situación bucal de base con la quimioterapia. En total 4 causas diferentes de dolor.

Hay un tipo de dolor frecuente en pacientes con inmovilidad, que es el dolor nociceptivo musculoesquelético u osteomuscular, que aparece con la movilización del paciente durante los cuidados de enfermería. Este dato se recogía cuando la inmovilidad era causada directa o indirectamente por el

cáncer, y lo refería el paciente o bien era referido por enfermería por observación directa durante los cuidados.

3.1.3.- Intensidad del dolor. Este dato se realizó a través de la Escala Visual Analógica (figura 3.1.3.1.), mostrándosela al paciente y recogiendo la puntuación que el paciente refiere, de 0 a 10 en una figura milimetrada en 10 cm.

Figura 3.1.3.1.- Escala Visual Analógica. El espacio comprendido es de 10 cm:

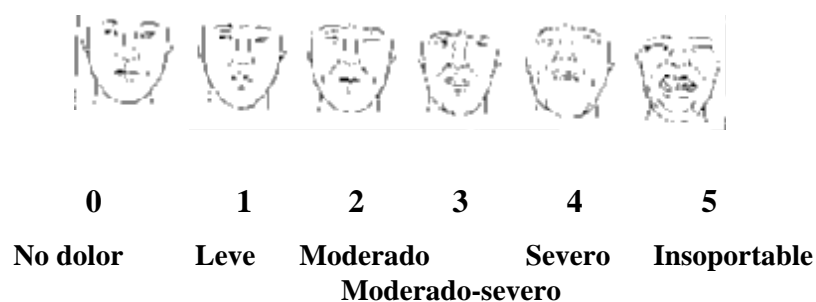


No dolor

El mayor dolor imaginable

En los casos en que la variable dolor era recogido por parte de la enfermería, este era valorado según escala de expresión facial (280), valorado de 0 a 10, según la figura 3.1.3.2.

Figura 3.1.3.2. Escala de dolor según expresión:



3.2.- Síntomas Digestivos:

- **Problemas de la boca (281)** : se recogen, los diagnósticos de boca seca (sensación referida por el paciente), cándida (ya sean el clásico muguet o la candidiasis atrófica de la lengua, y diagnosticada por exploración médica directa del paciente), séptica (infección bucal diferente a la cándida, de diagnóstico por el médico en la exploración del paciente), dolor bucal (referido como tal por el paciente, la familia y/o el personal de enfermería).

- **Anorexia:** entendido como falta o pérdida de apetito.

- **Estreñimiento:** Se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas, o infrecuentes (menos de una deposición cada dos días) (282).

- **Náuseas/vómitos:** entendido como náuseas (sensación desagradable referida vagamente al epigástrico y el abdomen, y que suele terminar en vómitos) y/o vómitos (acción y efecto de expulsar violentamente por la boca lo contenido en el estómago).

- **Difagia:** definida como dificultad de deglución. A la vez se clasificaba según la dificultad en tragar la diferente textura de los alimentos en disfagia a :
 - Sólidos
 - Líquidos
 - Mixta: la presencia de las dos anteriores.

- **Hipo:** entendido por el ruido característico producido por contracción espasmódica involuntaria del diafragma que causa comienzo de la inspiración que se interrumpe repentinamente por cierre de la glotis.

- **Diarrea:** Definida como el aumento de la frecuencia, volumen o fluidez de las deposiciones.

3.3.- Síntomas respiratorios:

- **Disnea:** Dificultad respiratoria.

- **Tos:** Expulsión súbita y ruidosa de aire de los pulmones. A la vez se clasificaba en:
 - Tos seca o irritativa sin expectoración.
 - Tos productiva: con expectoración más o menos abundante.

- **Secreciones:** referido a la presencia de mucosidad en vías respiratorias (cavum, traquea) con mayor o menor dificultad de expulsión y corroboradas por exploración médica de auscultación de abundantes ruidos respiratorios de vías altas.

3.4.- Síntomas neuropsiquiátricos:

- **Ansiedad (283) :** estados de combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de sentimiento de incertidumbre y temor, no atribuibles a peligro real, que se presentan ya sea a manera de crisis o bien como estado persistente, y acompañado de cambios fisiológicos (taquicardia, sudoración, temblor, ...). En la ansiedad predominan los componentes psicicos con un sentimiento penoso de espera y malestar interior, con inquietud que equivale a un nerviosismo manifestado psicomotoramente sobre una sensación de inseguridad. Una vez que el paciente referida ansiedad, se le pasaba el Test de Goldberg de Ansiedad (284), dándola como positiva con una puntuación de más de 5.

- **Test de Goldberg de Ansiedad** (contar un punto por cada respuesta positiva, ansiedad más de 5)

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| 1.- ¿Se siente tenso/a, nervioso/a? | 2.- ¿Está usted inquieto? |
| 3.- ¿Está usted irritable? | 4.- ¿Le cuesta relajarse? |

En caso de existir dos respuestas positivas, efectuar las siguientes preguntas:

- 5.- ¿Duerme usted mal?

- 6.- ¿Tiene usted dolor de cabeza, dolores cervicales?
- 7.- ¿Tiene usted alguna de las siguientes manifestaciones?: temblores, hormigueos, sensación de desequilibrio, sudores, necesidad de orinar frecuentemente.
- 8.- ¿Está usted inquieto por su salud?
- 9.- ¿Le cuesta conciliar el sueño?

- **Angustia** (285) : Variable diagnosticada por el psicólogo clínico y dato recogido de la historia del psicólogo clínico de la Unidad. Referido explícitamente a **angustia ante la muerte**. Ansiedad en la que predominan los componentes somáticos con sensación de peligro, amenaza o incluso de muerte inminente, constricción física y opresión torácica. Todos estos pacientes tenían una puntuación superior a 5 en el test de Goldberg de ansiedad y además la sensación que referían era la descrita previamente.

- **Depresión** (286) : Pesimismo y tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso, a veces concomitantes con sentimiento de culpa y preocupaciones somáticas, con frecuencia de proporciones exageradas. Todos los pacientes que referían pesimismo, tristeza y/o sentimientos de culpa, se les pasaba el test de Goldberg de depresión (284), anotando la variable depresión cuando eran positivas de más de dos puntos.

Test de Goldberg de depresión (contar un punto por cada respuesta positiva, más de 2, 50% de posibilidades de padecer una depresión)

- 1.- ¿Encuentra usted que le falta energía?
- 2.- ¿Tiene usted poco interés por hacer las cosas?
- 3.- ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
- 4.- ¿Ha perdido usted la esperanza en que mejore la situación?

En caso de existir una respuesta positiva, efectuar las siguientes preguntas:

- 5.- ¿Le cuesta concentrarse?
- 6.- ¿Ha perdido el apetito?
- 7.- Se despierta demasiado pronto por la mañana?
- 8.- ¿Se encuentra usted fatigado?
- 9.- ¿Es por la mañana cuando se encuentra peor?

- **Insomnio (287)** : dificultad para iniciar el sueño o mantener el sueño, o bien la falta de sueño reparador (sueño aparentemente adecuado en cantidad, pero que deja al sujeto con la sensación de no haber descansado). Cuando los pacientes referían dificultad en el sueño o bien sensación de a pesar de dormir no descansar, la presencia de insomnio era clasificado en:

- **Insomnio de conciliación:** dificultada para conciliar, iniciar el sueño o bien de volverse a dormir.
- **Insomnio de despertar precoz:** independientemente de presencia o no de insomnio de conciliación una vez dormido, se despierta de forma muy temprana, sin posibilidad de volver a dormir.
- **Insomnio mixto:** presencia de los dos anteriores.

No se recoge el insomnio de despertares frecuentes, que es una forma exagerada de la estructura del sueño habitual en el anciano, y que se caracteriza por presentar despertares frecuentes durante la noche, pero volviéndose a dormir, y éstos son independientes a la presencia o no de problemas de conciliación o de despertar precoz. No se ha recogido ya que independientemente de la edad, los dos insomnios más importantes en un paciente con cáncer son los de conciliación y los de despertar precoz, siendo difícil el encontrar el insomnio de despertares frecuentes de forma aislada, siendo lo más habitual que éste insomnio aparezca entrevelado con los anteriores.

- **Síndrome Confusional Agudo (Delirium) (288)** : definido según criterios de DSM-IV. A su vez se clasificaba en:

- **Agitado:** con predominio de la agitación psicomotora.
- **Inhibido:** cuadro confusional agudo sin apenas agitación psicomotriz.
- **Mixto:** aquel en donde no hay un claro predominio de la agitación o de la inhibición.

Criterios DSM-IV de síndrome confusional agudo:

- a) A) Capacidad reducida para mantener la atención a estímulos externos y para prestar atención a otros nuevos estímulos.
- b) B) Pensamiento desorganizado y con lenguaje incoherente.
- c) C) Al menos dos de las siguientes características:
 1. Nivel de conciencia reducido.
 2. Alteraciones de percepción: ilusiones, alucinaciones.
 3. Actividad psicomotora aumentada o disminuida.
 4. Alteraciones del ritmo sueño-vigilia.
 5. Desorientación témporo-espacial o en persona.
 6. Alteración de la memoria.

3.5.- Síntomas Generales:

- **Debilidad:** incapacidad del paciente para hacer las cosas que desea por fatiga muscular (289).

- **Somnolencia:** entendida como tendencia involuntaria al sueño diurno, independientemente de la causa (medicamentosa, psicológicas, metabólica, etc).

- **Prurito:** sensación de picor, con necesidad de rascado. En los casos de que el paciente no lo pueda referir por deterioro cognitivo, sdr. Confusional y/o otras alteraciones de la comunicación, era lo referido por la familia y corroborado por el

personal de enfermería en cuanto a presencia de lesiones de rascado o intención del paciente de rascado frecuente.

- **Edema/ascitis/ Derrame pleural:** presencia de linfedema, de ascitis o de derrame pleural a la exploración médica.

- **Fecaloma:** obstrucción rectal por masa fecal seca y compacta.

Estos dos últimos más que síntomas son signos exploratorios, pero por su alta frecuencia y discomfort que originan, en la mayoría de los estudios de síntomas de cuidados paliativos están incluidos como tales, motivo por el cual también lo incluyo.

- **Disuria:** sensación de molestia desagradable durante la micción.

4.- ASPECTOS PSICOSOCIALES: Las variables estudiadas en este punto fueron:

4.1.- Aspectos psicológicos:

- Depresión, ansiedad, angustia ante la muerte, insomnio y tipo de insomnio: todas ellas ya descritas previamente en el anterior apartado.

- Tres variables referidos por la familia al ingreso hospitalario y corroborados luego en la entrevista por parte del médico o el psicólogo, dejándolo reflejado en la historia clínica del paciente. Si no existe familia o cuidador principal son datos sacados de la anamnesis médico y/o psicólogo con el paciente. Cuando

no hay familia o cuidador principal, y no hay posibilidad de comunicación con el paciente, estos tres datos no eran recogidos. Estas tres variables son (290):

- Conoce el diagnóstico: entendido como que ha sido informado por su médico o cualquier médico sobre que tiene una enfermedad oncológica.

- Conoce el pronóstico: entendido como que ha sido informado por su médico o cualquier médico sobre su situación de fase terminal de su enfermedad oncológica.

- Conspiración de silencio: entendida como que tanto como si conoce o no el diagnóstico y/o el pronóstico de su enfermedad oncológica, la familia no habla con el paciente al respecto.

4.2.- Aspectos sociales:

- **Existencia de cuidador principal:** entendido como persona o personas que asumen el cuidado del paciente y se responsabilizan de sus tramitaciones socioeconómicas. Si existía a la vez se recogía:

- Tipo de cuidador: cónyuge, hijos, familiares, amigos, vecinos, otros.

- Rotación del paciente por el cuidador: Cuando el paciente debe de rotar de casa en casa por diferentes cuidadores.

- Recibe ayuda informal: entendida como si recibe apoyo de familiares o vecinos en el cuidado directo o de trámites socioeconómicos del paciente.

- Sobrecarga del cuidador principal: cuando el cuidador/es expresaban su incapacidad en el cuidado del paciente, al preguntarles la pregunta número 22 de la entrevista de carga del cuidador de Zarit (291): En general, ¿se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar de su familiar??"

- **Recibe ayuda comunitaria:** entendido como ayuda a domicilio ya sea privada o pública, y en sus diferentes modalidades (ayuda al cuidado del enfermo, ayuda al cuidado de la casa, etc).

4.- TIPO DE INGRESO: Aunque el paciente oncológico en fase terminal, por definición es un paciente sociosanitario (18), en donde es muy difícil separar lo sanitario de lo social, de acuerdo al motivo del ingreso se clasificaba el ingreso como:

- Sanitario: en donde el motivo de ingreso fué una causa sanitaria, pero sin problema social acompañante, o bien con este resuelto, con perspectivas de gestión de alta favorable a vuelta a su lugar de procedencia.

- Social: el motivo del ingreso es exclusivo social, es decir con control de su situación sanitaria, totalmente estable, el paciente no tiene soporte social para mantenerse en el medio comunitario.

- Sociosanitario: el motivo del ingreso es una situación clínica descompensada con una situación social con perspectiva de gran dificultad de alta hospitalaria por su situación social. El ingreso por situación agónica es considerado sociosanitario.

3.2.2.2.- Al Alta Hospitalaria.

Se recogían los siguientes datos:

1.- Del informe médico de alta:

- **Fecha de alta.**
- **Destino al alta:** quedando reflejado si era:
 - A domicilio (ya fuera el habitual o de otro familiar).
 - Exitus
 - A Hospital de agudos, pasando en éste más de 48 horas.
 - A Residencias
 - Otros destinos.

2.- De las hojas de evolución médica diaria y del resumen de ingreso y evolución:

1.- Caídas: Se reflejaba si el paciente había sufrido durante su ingreso alguna caída, y el número de las mismas.

2.- Úlceras: Este dato, al igual que en el protocolo de ingreso hospitalario se recogía en conjunto con la historia clínica de enfermería, y comprendía la presencia o no de nuevas úlceras diferentes a las del ingreso hospitalario, por presión, tumorales, y de úlceras vasculares. A continuación se recogían sin hacer distinción en el tipo de úlceras descritas anteriormente, el número de úlceras, y el grado de cada una de ellas. Por último se recogían complicaciones de cada una de las úlceras (hemorragia o infección), sin hacer distinción en el tipo de las úlceras.

3.- Frecuencia de Síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario: Se recogían síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario o bien síntomas que al ingreso hospitalario no estaban activos, es decir estaban controlados, y durante el ingreso hospitalario se han descontrolado. Reflejan la aparición de síntomas que no eran problema al ingreso hospitalario.

Se recogen como variables todos los síntomas que se han definido al ingreso hospitalario, con las mismas definiciones y características de estudio. Para recoger un síntoma como positivo, debía de estar reseñado en la hoja de evolución médica diaria y en la hoja de resumen de ingreso y de evolución. Con respecto al dolor, se recogía las mismas especificaciones que al ingreso, recogiendo los datos de intensidad por la escala EVA, no recogiendo intensidades que no estuvieran reflejadas con la puntuación de la escala, es decir no era válido recoger datos de la historia como dolor intenso, moderado, insoportable, en estos casos se dejaba en blanco el apartado correspondiente a la intensidad del dolor.

4.- Frecuencia de uso de fármacos opiodes: se recogían de la hoja de tratamiento médico diario, de la de historia clínica, de la de evolución médica diaria y de la de tratamiento de enfermería, los siguientes datos:

1.- Si el paciente había tomado o no un fármaco opioide. Si la respuesta era positiva se reflejaba el/los tipos de opiodes: morfina, metadona, fentanilo, tramadol, codeína, dihidrocodeína. Recogiendo a la vez dosis media oral durante el ingreso hospitalario. Este cálculo se realizaba sumando las dosis diarias de todo el ingreso hospitalario a través de la hoja de tratamiento de enfermería y dividiéndola por el número de días ingresado a partir de la prescripción del fármaco en cuestión. Las equivalencias utilizadas han sido las siguientes:

- Morfina: subcutánea 2:1 oral, intravenosa 3:1.
- Metadona: subcutánea 2:1 oral, intravenosa 3:1.
- Tramadol: subcutánea 1:1 oral.

2.- Indicación del uso del fármaco opioide prescrito al ingreso o durante el ingreso. Se recogía según la hoja de evolución médica diaria, y de la historia clínica al ingreso.

Las indicaciones que se recogían eran las siguientes:

- Control del dolor.
- Control de disnea.
- Control de tos.
- Control de diarrea.
- Sedación terminal: ver definición en punto 6.
- Otros

En muchos pacientes se da el caso de varios fármacos opiodes y de varias indicaciones a la vez. Por ejemplo pacientes que han pasado del tramadol a morfina

para control del dolor. O pacientes que han pasado de morfina a metadona por rotación de opioides. O pacientes con dolor que se ha tenido de subir la dosis de morfina para el control de la disnea (aquí se recogen indicación de dolor y de disnea).

5.- Frecuencia de uso de vía subcutánea: Se recogían de las hojas de tratamiento médico diario, de las de evolución médica diaria, de las de evolución y de las de tratamiento de enfermería, el uso o no de la vía subcutánea. En caso afirmativo se recogían los siguientes datos:

- Indicación de la vía:

- Control de cualquier síntomas: en aquellos pacientes que no se encuentran en situación de agonía.
- Situación de agonía: pacientes independientemente del control de síntomas o no, que se encuentren en situación agónica.
- Control de síntomas más agonía: aquellos pacientes que en un principio estuvo indicada para el control de síntomas pero que luego entran en situación agónica.

- Nº de vías subcutáneas que tuvo el paciente durante el ingreso, dado por la hoja de tratamiento de enfermería. Se recogían la suma diaria de todas las vías que el paciente había tenido durante su ingreso hospitalario.

- Duración de la vía subcutánea: entendido como el número de días que había durado una vía subcutánea, contando desde el momento en que se pone.

- Nº de fármacos administrados: sumando el número de fármacos prescritos subcutáneos.

- Administración del medicamento: en bolo o en bomba de perfusión subcutánea de 24 horas Baxter® que son las que dispone el Hospital.

- Complicaciones de la vía subcutánea: reflejadas en la hoja de evolución de enfermería y/o médicas, en esta última sobre todo están reflejadas las complicaciones de infección. Primero se recogía el dato de complicación si o no, en caso positivo, se recogía: hemorragia, no permeabilidad de la vía, extracción voluntaria o involuntaria de la vía por parte del paciente, induración/tumefacción, infección local (entendida como con signos de celulitis de rubor, dolor, tumefacción, aumento de temperatura).

- Indicación de hipodermocclisis, es decir de sueroterapia subcutánea. En caso positivo, se recogía los mililitros pautados en 24 horas.

6.- Frecuencia de uso de sedación terminal: definida sedación terminal (292) como “procedimiento médico para paliar los síntomas de los pacientes en fase terminal produciendo intencionadamente una pérdida de su conciencia”. El dato era recogido de la hoja de evolución médica diaria. En los pacientes con dato positivo, se recogía.

1.- Indicación de la sedación terminal. Cabe resaltar la definición de agitación como agitación psicomotora con inquietud, aumento de la actividad, con sensorio y conciencia alterada, con o sin agresividad u otras conductas delirantes.

2.- Fármacos utilizados: midazolam o morfina, recogiendo a la vez la dosis utilizada (suma de dosis diaria hasta la muerte, dividido por el número de días desde que se uso hasta la muerte), vía utilizada (vía subcutánea o intravenosa), coexistencia de la morfina o el midazolam con otros fármacos habituales en situaciones de agonía (haloperidol, morfina, hioscina, metoclopramina).

7.- Frecuencia de uso de recursos: De la hoja de evolución médica diaria se recogían:

- El no asumir el alta hospitalaria: por parte del cuidador principal o cuidadores, recogida de la información de la historia clínica resultante de la gestión del alta.

- El uso de terapia ocupacional y /o de fisioterapia.

- El uso de exploraciones complementarias: estas se recogían de las hojas de laboratorio, de las radiografías presentes en la historia clínica, así como de las que aparecen con resultados escritos en la hoja de evolución médica diaria. Se recogían si se realizaba o no la exploración y el número de las mismas, agrupadas por:

- Hemogramas.
- Bioquímicas.
- Gasometrías.
- Niveles séricos de fármacos.
- Urocultivos.
- Otros cultivos (sobre todo de úlceras).
- Radiografías de tórax.
- Radiografías de abdomen.
- Radiografías óseas.

- Traslado a Hospital: ya sea para realización de exploración complementaria o consulta externa de especialista, o bien ante una urgencia que no se pudiera controlar en el Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Virgen de la Poveda.

- Nº de Estancias: dato obtenido directamente en la base de datos y resultante de la resta del campo Fecha de alta menos Fecha de ingreso. Este mismo campo era estudiado por estancias de igual o menos de 3 días, de 4 a 10 días, de 11a 20 días, y mayor de 20 días.

- Estancia Media: es la media del N° total de estancias.

- Coste/cama: variable resultante de multiplicar el campo estancia por el precio de la misma atendiendo al coste/cama/día dado por el departamento de gestión del Hospital de:
 - Coste cama-día en 1997 de 15.630 pts.
 - Coste cama-día en 1998 de 17.213 pts.
 - Coste cama-día en 1999 de 18.718 pts.

3.3.- Análisis estadístico.

Todos los datos se recogieron en base de datos de Microsoft Access® versión 2.0 de Windows 97 (293) y fueron analizados con el programa estadístico SPSS® versión 7.0 bajo Windows 97 (294).

3.3.1.- Análisis descriptivo.

Todas las variables cualitativas fueron expresadas en términos de porcentajes y las variables cuantitativas en media +/- desviación estandar, expresándolas en sus correspondientes tablas. Las frecuencias de las variables cualitativas se expresan en forma gráfica de diagrama de barras y de sectores (295).

Los datos se ofrecen en el siguiente orden: primero datos de frecuencia y medias +/- desviación estandar de la muestra a estudio, seguido de los datos de la población anciana, y por último de los datos comparativos entre la población anciana y el grupo adulto no anciano.

3.3.2.- Inferencia estadística.

En todos los casos se ha considerado como estadísticamente significativos valores de p inferiores al 5%, con intervalos de confianza del 95%. Los análisis realizados han sido los siguientes (295,296):

3.3.2.1.- Análisis bivariante.

Se consideraron diferencias estadísticamente significativas con valores de p menor de 0,05 y se utilizaron intervalos de confianza del 95%. Básicamente el análisis realizado ha sido de:

- Comparación de proporciones con Chi cuadrado para variables cualitativas, y uso de la exacta de Fisher cuando alguna de las celdas tenía un valor menor del 20% de la muestra o igual a cero.

- Comparación de medias independientes, para variables cualitativas con variables cuantitativas, con normalidad evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. según Kormogorof, con la T de Student, no obstante en casi todas las comparaciones el tamaño de las muestras ha sido superior a 30. En distribuciones que no siguen la normalidad, la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney

- Regresión lineal entre dos variables cuantitativas, con regresión lineal múltiple entre varias variantes cuantitativas, una dependiente y el resto de variables independientes.

Los análisis realizados han sido los siguientes:

- **Características de la muestra:** comparación de proporciones en el análisis de la diferencia de frecuencias de sexo entre la población anciana y el grupo adulto no anciano.
- **Frecuencia de Neoplasias:** comparación de proporciones en el análisis de la diferencia de frecuencias de neoplasias registradas entre la población anciana y el grupo adulto no anciano.
- **Características Geriátricas:** comparación de proporciones en el análisis de la diferencia de frecuencias entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano, de Sdr. de inmovilidad, alteraciones sensoriales, alteraciones de la marcha y del equilibrio, deterioro cognitivo, caídas, uso de sonda nasogástrica (fleka, Levin), uso de sonda vesical, uso de sonda vesical y nasogástrica, incontinencia (doble, urinaria, fecal) , alteraciones de la boca (uso de prótesis, alteraciones periodontales, falta más de 2 piezas, adonocia), presencia de úlceras (por presión, tumorales, vasculares), complicaciones de las úlceras (hemorragias e infección). Se realizó comparación de medias independientes con distribución normal entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano en nº de enfermedades, nº de fármacos, índice de katz, nº de caídas, nº de úlceras y grado de las úlceras.
- **Frecuencia y tipo de síntomas:** Comparación de medias independientes entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano, con el número de síntomas al ingreso y durante el ingreso hospitalario. Igualmente, comparación de proporciones entre grupo anciano y adulto no anciano en la presencia de todos los síntomas descritos previamente en material y método tanto al ingreso hospitalario como durante el

ingreso hospitalario. Por último, se realiza comparación de proporciones entre las frecuencias al ingreso y durante el ingreso hospitalario de la muestra a estudio y lo mismo con el grupo anciano.

- **Dolor:** Comparación de proporciones entre la presencia de los diferentes tipos de dolor según fisiopatología, según respuesta al tratamiento y según coexistencia de diferentes causas de dolor, entre el ingreso y durante el ingreso, tanto en la muestra a estudio, como en el grupo anciano, como entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano (al ingreso y durante el ingreso hospitalario). Igualmente comparación de medias independientes entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano con respecto a la intensidad del dolor.

- **Aspectos psicosociales:** Las diferentes variables de aspectos psicológicos y sociales se analizaron entre los dos grupos a estudio mediante con tabla de contingencia, utilizando como estadísticos la Chi cuadrado y la exacta de Fisher cuando el valor en algunas de las celdillas era menor del 20%.

- **Frecuencia de uso de fármacos opiodes:** Comparación de proporciones entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano en la indicación de fármacos opiodes y en el uso de fármacos opiodes. Comparación de medias independientes entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano con respecto a la dosis de fármacos opiodes utilizados.

- **Frecuencia de Uso de vía subcutánea:** Comparación de proporciones entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano en la indicación de vía subcutánea (control de síntomas, agonía, control de síntomas y agonía), administración en bolo o en bomba, complicaciones de la vía subcutánea (hemorragia, no permeabilidad, extracción, induración / tumefacción, infección local), y por último uso de hipodermocclisis. Comparación de medias independientes entre el grupo anciano y el grupo adulto en nº de vías subcutáneas, vida media de la vía subcutánea, nº medio de fármacos administrados, mililitros en 24 horas de hipodermocclisis.

- **Frecuencia de uso de sedación terminal:** Aquí la muestra utilizada es de 28 pacientes con sedación terminal. Comparación de proporciones entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano en todas las variables descritas en la sedación terminal, excepto realización de comparación de medias independientes, con una distribución no normal, utilizando la U de Mann-Whitney en la dosis de midazolam y de morfina.

- **Frecuencia de uso de los recursos:** Se compara entre el grupo anciano y el grupo adulto con comparación de medias independientes la estancia media, el número total de exploraciones complementarias, así como de cada uno de ellas y por último el coste por estancia. Entre los dos grupos se realiza comparación de proporciones en el resto de variables especificadas en este apartado en la descripción de las variables.

Posteriormente se realiza regresión múltiple lineal en la muestra, en el grupo anciano, y en el grupo adulto no anciano analizando la estancia media con el número total de exploraciones complementarias y el número de cada uno de ellas respectivamente.

3.3.2.2.- Análisis multivariante.

Se realiza el análisis de regresión logística lineal incluyendo en el modelo las variables que han sido significativas o que pueden guardar relación con la variable dependiente sedación terminal si. Los términos se dan en Odds ratio y en intervalo de confianza. El análisis se realiza en la muestra a estudio.

4.- RESULTADOS:

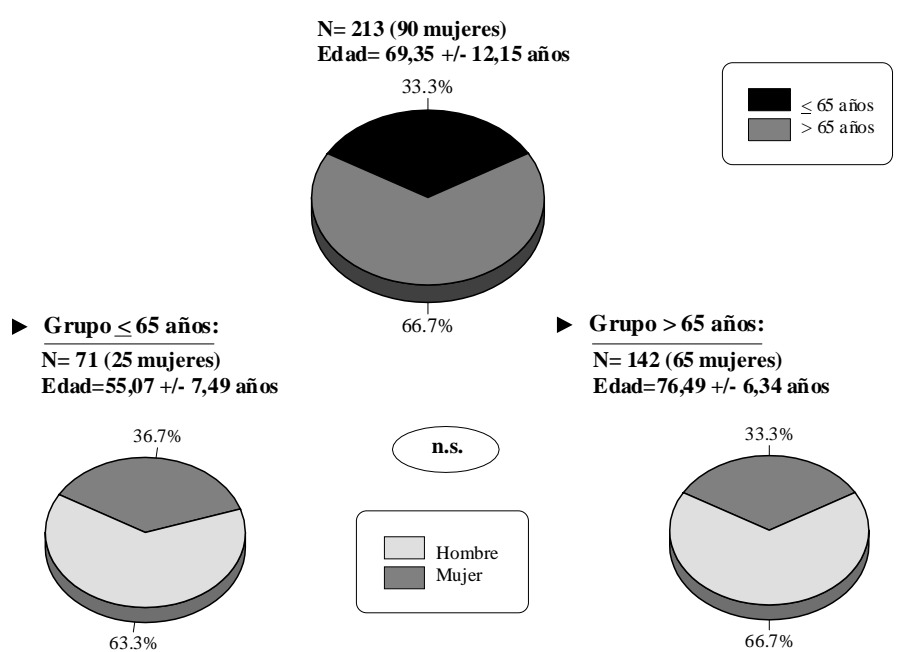
El número de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos desde el 1 de Febrero de 1997 al 1 de Enero del 2000, fue de 244. Son excluidos del estudio 31 pacientes: a) 29 pacientes con enfermedad no oncológica en fase terminal, b) 2 pacientes con enfermedad oncológica en fase terminal, excluidos por no tener protocolo al completo (mujer 38 años, VIH positiva, Sarcoma de Kaposi, imposibilidad de realizar historia clínica por alta voluntaria al ingreso hospitalario, y varón de 82 años con leucemia mieloide aguda, imposibilidad de completar protocolo al alta hospitalaria por extravío de parte de documentación clínica).

La muestra resultante a estudio, tabla 4.1 y figura 1, es de 213 pacientes, edad media de 69,35 +/- 12,15 años, rango 35-94 años, presentando un mayor porcentaje de hombres con respecto a mujeres (57,74% vs 42,26%). El grupo Anciano (pacientes mayores de 65 años) está constituido por 142 pacientes, de edad media 76,49 +/- 6,34 años, rango 66-94 años, con con 64 pacientes mujeres (45,78%). Con respecto al grupo Adulto no anciano (menor o igual de 65 años), el grupo está formado por 71 pacientes, de edad media 55,07 +/- 7,49 años, rango 35-65 años, con 26 pacientes mujeres (36,62%).

Tabla 4.1.- Edad y sexo de la muestra, y de los dos grupos a estudio:

	Total	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
N:	213	71 (33,33%)	142 (66,66%)	
Edad	69,35 +/- 12,15	55,07 +/- 7,49	76,49 +/- 6,34	
Sexo Masculino	123 (57,74%)	45 (63,38%)	77 (54,22%)	0,28
Sexo femenino	90 (42,26%)	26 (36,62%)	64 (45,78%)	

Figura 4.1.- Características de la muestra a estudio:



Comparando los dos grupos de edad, figura 4.1., la muestra a estudio está constituida en un porcentaje mayor por el grupo anciano, 33,33% vs 66,66%, y no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo entre ambos grupos (63,38% vs 54,22%, $p=0,21$), aunque en los dos, los hombres son mayoritarios.

Con respecto al tipo de neoplasias, las frecuencias y su distribución en los dos grupos de edad a estudio vienen reflejadas en la tabla 4.2 y las figuras 4.2, 4.3 y 4.4. La neoplasia más frecuente es la de pulmón (17,84%), seguida en orden decreciente de la de mama (9,38%), de la de cabeza-cuello (8,92%), de la de origen desconocido (8,45%), y de la de próstata, colon y gástrico, ambas tres alrededor del 7%. Si agrupamos las neoplasias de colon con las de recto, el grupo colon-recto ocuparían el segundo lugar con una frecuencia de 11,73%.

En relación a los dos grupos de edad a estudio, en el grupo Adulto no anciano la neoplasia más frecuente es la de pulmón (14,08%) seguida de la de mama (9,85%), la de cabeza-cuello (8,45%), la gástrica (8,45%) y la de cerebro (6,84%). El grupo colon-recto en el adulto no anciano ocuparía el segundo lugar (11,26%). En el grupo Anciano, la más frecuente es la de pulmón (18,30%), seguida de la de próstata y la de origen desconocido (ambas con frecuencia de 11,26%), y luego la de mama y cabeza cuello (ambas con frecuencia de 9,15 %). Igualmente el grupo colon-recto ocuparía el segundo lugar con una frecuencia de 11,96%.

Comparando frecuencias de ambos grupos, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas, es de destacar la mayor frecuencia en el grupo Anciano con respecto al grupo Adulto no anciano (más de un 5% de diferencia, p cercanas al nivel de casi

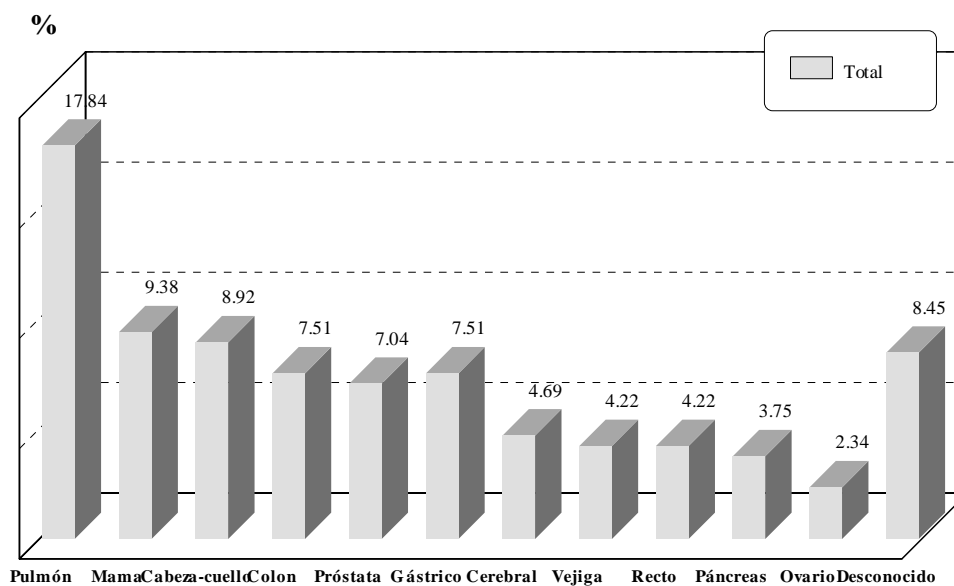
significativo) del cáncer de próstata (10,56% vs 2,81%), y del de origen desconocido (8,45% vs 2,81%), y por el contrario una menor frecuencia del cáncer cerebral (2,81% vs 8,45%) y de cánceres de otras localizaciones diferentes a las tradicionalmente descritas (4,92% vs 19,72%), fundamentalmente de los cánceres asociados a VIH (2 casos sarcoma de Kaposi y 1 caso de cáncer de vulva), de un caso de cáncer de pene, de un caso de osteosarcoma, y de un caso de rhabdomiosarcoma.

Tabla 4.2.- Neoplasias y su distribución según los grupos a estudio:

	Total	≤ 65 años	> 65 años	Valor P
N	213	71	142	
Pulmón	38 (17,84%)	10 (14,08%)	26 (18,30%)	0,56
Recto-Sigma	9 (4,22%)	3 (4,22%)	6 (4,22%)	0,71
Mama	20 (9,38%)	7 (9,85%)	13 (9,15%)	0,93
Cabeza y cuello	19 (8,92%)	6 (8,45%)	13 (9,15%)	0,93
Colon	16 (7,51%)	5 (7,04%)	11 (7,74%)	0,92
Próstata	15 (7,04%)	2 (2,81%)	15 (10,56%)	0,15
Origen desconocido	18 (8,45%)	2 (2,81%)	16 (11,26%)	0,06
Estómago	16 (7,51%)	6 (8,45%)	10 (7,04%)	0,92
Vejiga	9 (4,22%)	2 (1,40%)	7 (4,92%)	0,71
Páncreas	8 (3,75%)	4 (5,63%)	4 (2,81%)	0,52
Ovario	5 (2,34%)	2 (1,40%)	3 (2,11%)	0,87
Mieloma	5 (2,34%)	1 (1,40%)	4 (2,81%)	0,87
Cerebro	10 (4,69%)	6 (8,45%)	4 (2,81%)	0,1
Linfomas/leucemias	4 (1,87%)	1 (1,40%)	3 (2,11%)	0,85
Otras localizaciones	21 (9,85%)	14 (19,71%)	7 (4,92%)	0,001
Hepatocarcinoma	3 (1,40%)	2 (2,81%)	1 (0,70%)	
Esófago	3 (1,40%)	2 (2,81%)	1 (0,70%)	

Melanoma	3 (1,40%)	1 (1,40%)	2 (1,40%)
Hipernefroma	3 (1,40%)	2 (2,81%)	1 (0,70%)
Endometrio	3 (1,40%)	1 (1,40%)	2 (1,40%)
Sarcoma Kaposi	2 (0,93%)	2 (2,81%)	0
Rabdomiosarcoma	1 (0,46%)	1 (1,40%)	0
Osteosarcoma	1 (0,46%)	1 (1,40%)	0
Pene	1 (0,46%)	1 (1,40%)	0
Vulva	1 (0,46%)	1 (1,40%)	0

**Figura 4.2.- Frecuencias de neoplasias de la muestra a estudio:
N=213**



**Figura 4.3.- Frecuencias de neoplasias del grupo Anciano:
N=142**

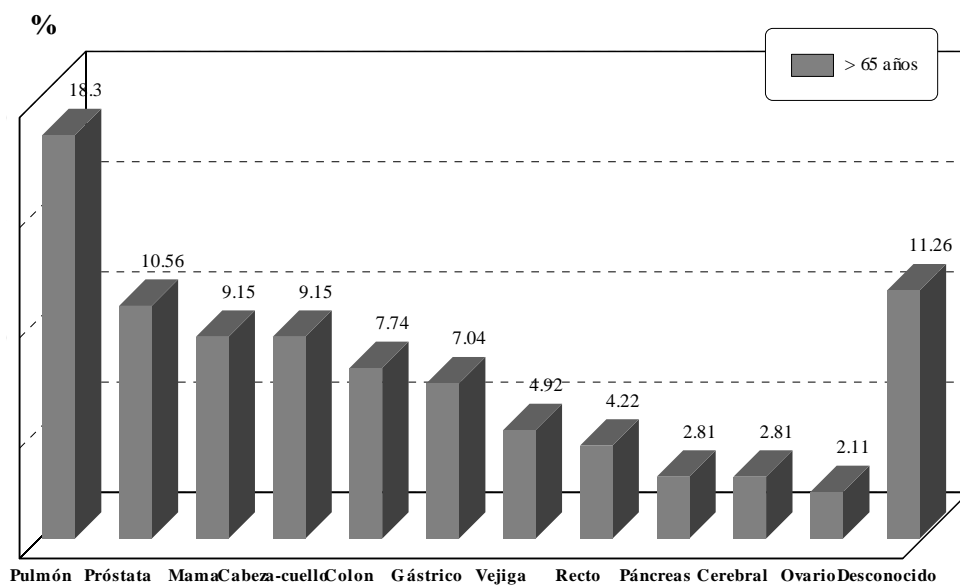
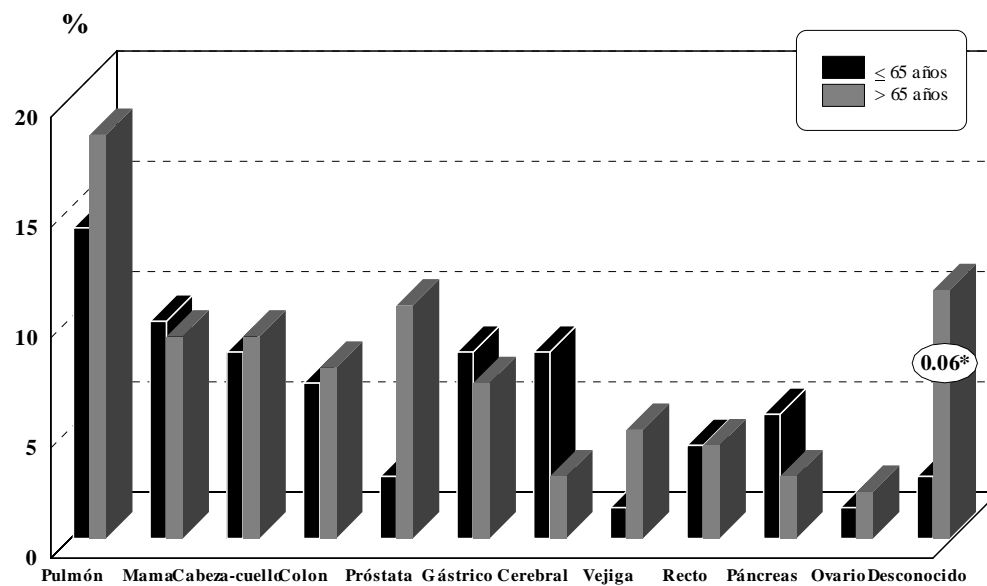


Figura 4.3.- Comparación de las frecuencias de neoplasias más frecuentes entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):



* Casi significativo, $p < 0,1$.

A continuación expondré los resultados de las diferentes variables a estudio en orden a los objetivos específicos propuestos:

- 1.- Características Geriátricas.
- 2.- Presencia de síntomas. A su vez dividido en:
 - 2.1.- Frecuencia y tipo de síntomas.
 - 2.2.- Dolor
- 3.- Aspectos psicosociales.
 - 3.1.- Psicológicos.
 - 3.2.- Sociales.
- 4.- Usos terapéuticos. A su vez dividido en:
 - 4.1.- Uso de fármacos opioides.
 - 4.2.- Uso de vía subcutánea.
 - 4.3.- Uso de sedación terminal.
- 5.- Uso de recursos

Todos los resultados están desarrollados de acuerdo a dos apartados. Un primer apartado que se refiere a los resultados globales de la muestra, (N=213), y específicamente del grupo Anciano en cuestión, (N=142), y un segundo apartado de comparación del grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano (N=142 y N=71 respectivamente). Estos dos apartados siempre aparecen en negrita para una mejor visualización.

4.1.- Características Geriátricas:

Las características Geriátricas de la muestra están descritas en la tabla 4.1.1. y figura 4.1.1. La muestra de nuestra serie hospitalaria presenta rasgos geriátricos importantes: una media de 2,95 +/- 1,70 de enfermedades activas concomitantes con el cáncer en fase terminal, un número de fármacos al ingreso hospitalario de 6,72 +/- 3,17, una dependencia en al menos 4 actividades de la vida diaria (índice de Katz 1,68 +/- 2,04) con un 30% de Sdr. de inmovilidad , más de un tercio de alteraciones sensoriales y de úlceras (37,55% y 39,43%), la mitad con incontinencia de esfínteres, fecal y/o urinaria, (54,92%), un poco menos de un tercio con alteraciones de la marcha y del equilibrio (22,53%), y cerca de una décima parte presenta deterioro cognitivo (7,98%) y algún episodio de caída (9,85%). Finalmente más de dos terceras partes de los pacientes presentan alteraciones bucales (86,38%), sobre todo en lo referente a uso de prótesis (34,74%) o de falta de piezas dentarias (23,94%). Comentar en este punto que los datos del total de alteraciones de la boca no coinciden con la suma de cada uno de estos problemas, y esto es debido a que en un mismo paciente coinciden varios de ellos.

Con respecto **al grupo Anciano**, tabla 4.1.2. y figura 4.1.2., éste es un grupo mayoritariamente geriátrico, con pluripatología (cerca de 4 enfermedades concomitantes de media), polifarmacia (7,21 medicamentos de media al ingreso), gran dependencia funcional (katz 1), alta frecuencia de incontinencia de esfínteres (69,01%), de deterioro cognitivo (11% de deterioro cognitivo) y de alteraciones sensoriales (54,92%), con importantes alteraciones de la marcha y del equilibrio (21,83%) con alta frecuencia de caídas (7,04%) y del número de caídas (una media de 1,12 por paciente anciano). Igualmente un 10% es portador de sonda nasogástrica, un 13% de sonda vesical y casi la mitad presentan úlceras (45,07%). De las úlceras las más frecuentes son las úlceras por presión (34%) seguidas de las tumorales (7,74%). Por último el 100% de los ancianos de nuestra serie presentan alteraciones de la boca en

relación con uso de prótesis bucales (45,07%), alteraciones periodontales (28,16%), falta de más de dos piezas dentarias (26,76%) y adodncia (13,38%).

**Figura 4.1.1.- Características Geriátricas en la muestra a estudio:
N=213**

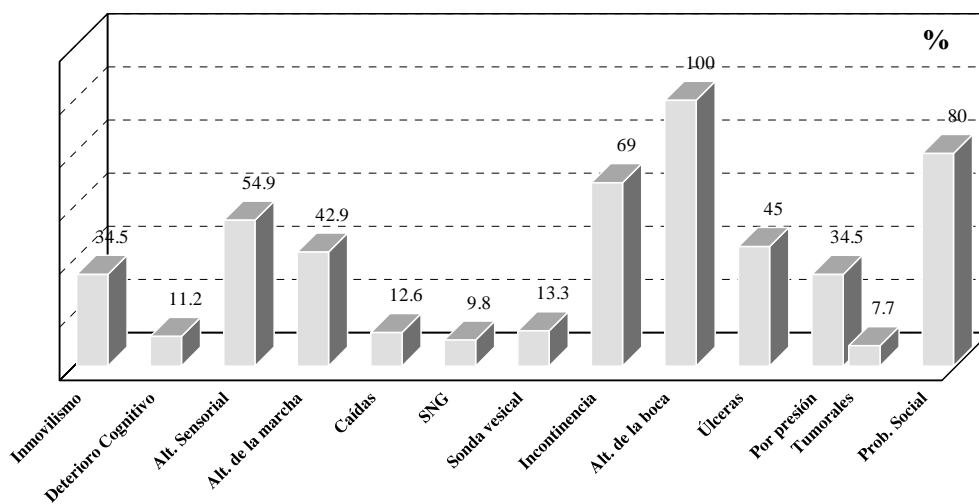


Tabla 4.1.1.- Características Geriátricas de la muestra a estudio:

	Total
	N= 213
Nº Enfermedades concomitantes	2,95 +/- 1,70
Número de Fármacos	6,72 +/- 3,17
Índice de Katz	1,68 +/- 2,04
Sdr. de Inmovilidad	66 (30,98%)
Alteraciones sensoriales	80 (37,55%)
Alteraciones de la marcha y del equilibrio	48 (22,53%)
Deterioro cognitivo	17 (7,98%)
Número de Caídas*	0,12 +/- 0,54
Frecuencia de Caídas*	20 (9,38%)
Sonda Nasogástrica	19 (8,92%)
Fleka	8 (3,75%)
Levin	11 (5,16%)
Gastrostomías	0
Sonda Vesical	25 (11,73%)
Sonda Nasogástrica y sonda vesical	5 (2,34%)
Incontinencia de esfínteres	117 (54,92%)
Doble incontinencia (fecal y urinaria)	73 (34,27%)
Incontinencia solo urinaria	34 (15,96%)
Incontinencia solo fecal	10 (4,69%)

* Durante el ingreso hospitalario.

Tabla 4.1.1.- Características Geriátricas de la muestra a estudio, continuación:

Total	
N= 213	
Alteraciones de la Boca	184 (86,38%)
Uso de Prótesis dental	74 (34,74%)
Alteración Periodontal	69 (32,39%)
Falta > 2 piezas dentarias	51 (23,94%)
Adodoncia	19 (8,92%)
Úlceras	84 (39,43%)
Por presión	60 (28,16%)
Tumoral	20 (9,38%)
Vascular	4 (1,87%)
Número de úlceras	0,87 +/- 1,53
Grado de úlceras	1,19 +/- 1,29
Complicaciones úlceras**	14 (6,57%)
Hemorragia**	3 (1,40%)
Infección**	11 (5,16%)

** Al ingreso y durante el ingreso hospitalario.

**Figura 4.1.2.- Características Geriátricas en el grupo Anciano:
N=142**

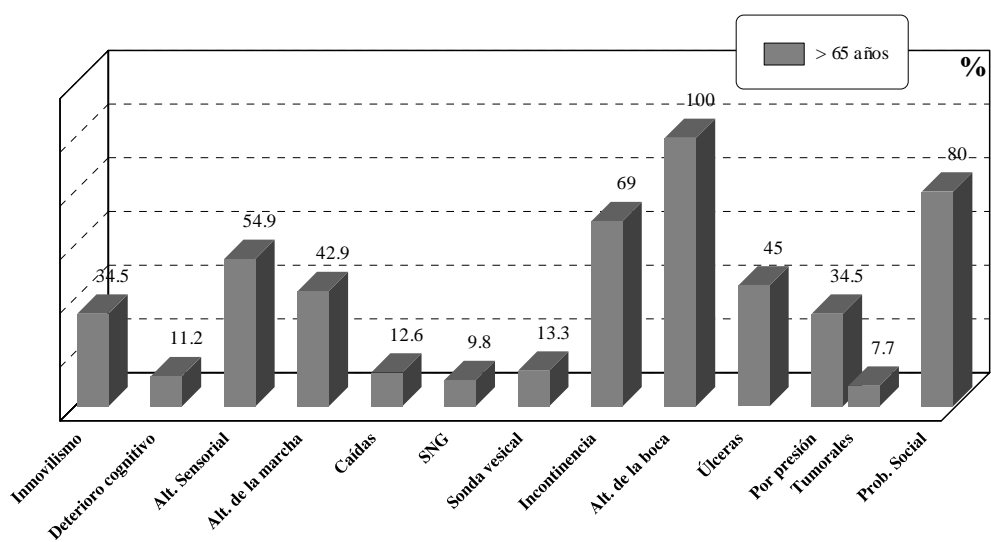


Tabla 4.1.2.- Características Geriátricas del Grupo Anciano:

	> 65 años
	N=142
Nº de Enfermedades concomitantes	3,75 +/- 1,61
Número de Fármacos	7,21 +/- 3,02
Índice de Katz	1,28 +/- 1,76
Sdr. de Inmovilidad	49 (34,50%)
Alt. sensoriales	78 (54,92%)
Alt. de la marcha y del equilibrio	31 (21,83%)
Deterioro cognitivo	16 (11,26%)
Número de Caídas*	0,29 +/- 0,75
Frecuencia de Caídas*	18 (12,67%)
Sonda Nasogástrica	14 (9,85%)
Fleka	6 (4,22%)
Levin	6 (4,22%)
Gastrostomías	0
Sonda Vesical	19 (13,38%)
Sonda Nasogástrica y sonda vesical	4 (2,81%)
Incontinencia de esfínteres	117 (54,92%)
Doble incontinencia (fecal y urinaria)	73 (34,27%)
Incontinencia solo urinaria	34 (15,96%)
Incontinencia solo fecal	10 (4,69%)

* Durante el ingreso hospitalario.

Tabla 4.1.2.- Características Geriátricas del Grupo Anciano:

> 65 años	
N=142	
Alteraciones de la Boca	142 (100%)
Uso de Prótesis dental	64 (45,07%)
Alteración Periodontal	40 (28,16%)
Falta > 2 piezas dentarias	38 (26,76%)
Adodoncia	19 (13,38%)
Úlceras	64 (45,07%)
Por presión	49 (34,50%)
Tumoral	11 (7,74%)
Vascular	4 (2,81%)
Número de úlceras	0,91 +/- 1,72
Grado de úlceras	1,23 +/- 1,32
Complicaciones úlceras**	10 (7,04%)
Hemorragia**	3 (2,11%)
Infección**	7 (4,92%)

** Al ingreso y durante el ingreso hospitalario.

Comparando el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano, tabla 4.1.3. y figura 4.1.3., el anciano con enfermedad oncológica en fase terminal presenta con respecto al joven, mayor pluripatología (3,75 +/- 1,61 vs 1,70 +/- 1,09, $p < 0,001$), mayor polifarmacia (6,07 +/- 4,23 vs 7,21 +/- 3,02, $p=0,04$), mayor dependencia funcional (índice de Katz 1,28 +/- 1,76 vs 2,48 +/- 2,34, $p < 0,001$), peor situación sensorial (54,92% vs 2,8%, $p < 0,001$), mayor incontinencia de esfínteres (69,01% vs 30,98%, $p < 0,001$), sobre todo de doble incontinencia y de incontinencia urinaria única (43,25% vs 18,30%, $p < 0,001$, y 19,01% vs 9,8%, $p=0,04$), mayor frecuencia de deterioro cognitivo (11,26% vs 1,40%, $p=0,02$), mayor frecuencia y número de caídas durante el ingreso hospitalario (12,67% vs 2,81%, $p=0,03$, y 0,29 +/- 0,75 vs 0,05 +/- 0,32, $p=0,001$, respectivamente) y mayor frecuencia de úlceras y específicamente de úlceras por presión (45,07% vs 28,16%, $p=0,02$, y 34,50% vs 15,49%, $p=0,006$, respectivamente). En lo referente a las alteraciones bucales, el grupo Anciano presenta más alteraciones (100% vs 59,15%, $p < 0,001$) sobre todo en cuanto que presenta más uso de prótesis y más adodoncia (45,07% vs 14,08%, y 13,38% vs 0%, $p < 0,001$).

En el resto de características típicas del paciente geriátrico, en la patología oncológica en fase terminal dentro del marco hospitalario de perfil sociosanitario, el anciano no presenta diferencias con respecto al joven. Así, no hay diferencias estadísticamente significativas, en la presencia de inmovilismo (entendido como índice de Katz 0 al ingreso hospitalario, 34,50% vs 23,94%, n.s.), en las alteraciones de la marcha y del equilibrio (21,83% vs 23,94%, n.s.), en ser portador de sonda nasogástrica o de sonda vesical (9,85% vs 7,04%, y 13,38% vs 8,45%, respectivamente, n.s.), y en incontinencia fecal aislada (5,63% vs 2,81%, $p=0,5$). En lo referente a las alteraciones de la boca el adulto no anciano con enfermedad oncológica en fase terminal presenta al igual que el anciano, una alta frecuencia de alteraciones periodontales y de falta de más de dos piezas dentales (21,83% vs 40,84%, $p=0,05$ y 26,76% vs 18,30%, n.s., respectivamente).

Figura 4.1.3.- Comparación de las frecuencias de las Características Geriátricas entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):

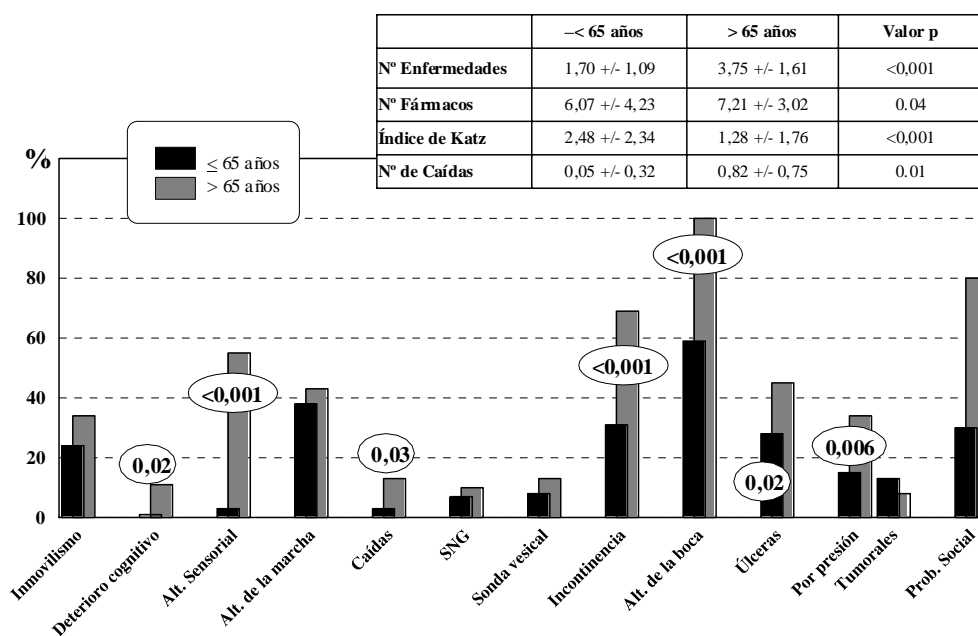


Tabla 4.1.3.- Comparación de las características Geriátricas entre el Grupo Anciano y el Grupo Adulto no anciano:

	Muestra N=213	≤ 65 años N=71	> 65 años N=142	Valor de p
Nº de Enfermedades	2,95 +/- 1,70	1,70 +/- 1,09	3,75 +/- 1,61	< 0,001
Número de Fármacos	6,72 +/- 3,17	6,07 +/- 4,23	7,21 +/- 3,02	0,04
Índice de Katz	1,68 +/- 2,04	2,48 +/- 2,34	1,28 +/- 1,76	< 0,001
Sdr. de Inmovilidad	66 (30,98%)	17 (23,94%)	49 (34,50%)	0,15
Alt. sensoriales	80 (37,55%)	2 (2,8%)	78 (54,92%)	< 0,001
Alt. marcha-equilibrio	48 (22,53%)	17 (23,94%)	31 (21,83%)	0,86
Deterioro cognitivo	17 (7,98%)	1 (1,40%)	16 (11,26%)	0,02
Número de Caídas*	0,12 +/- 1,54	0,05 +/- 0,32	0,29 +/- 0,75	0,001
Frecuencia de Caídas*	20 (9,38%)	2 (2,81%)	18 (12,67%)	0,03
Sonda Nasogástrica	19 (8,92%)	5 (7,04%)	14 (9,85%)	0,67
Fleka	8 (3,75%)	2 (2,81%)	6 (4,22%)	0,89
Levin	11 (5,16%)	5 (7,04%)	6 (4,22%)	0,58
Gastrostomías	0	0	0	
Sonda Vesical	25 (11,73%)	6 (8,45%)	19 (13,38%)	0,40
SNG y vesical	5 (2,34%)	1 (1,40%)	4 (2,81%)	0,87
Incontinencia	117 (54,92%)	22 (30,98%)	95 (66,90%)	<0,001
Doble	73 (34,27%)	13 (18,30%)	60 (42,25%)	<0,001
Urinaria	34 (15,96%)	7 (9,8%)	27 (19,01%)	0,04
Fecal	10 (4,69%)	2 (2,81)	8 (5,63%)	0,5

* Durante el ingreso hospitalario.

Tabla 4.1.3.- Comparación de las características Geriátricas entre el Grupo Anciano y el Grupo Adulto no anciano, continuación:

	Muestra N=213	≤ 65 años N=71	> 65 años N=142	Valor de p
Alteraciones boca	184 (86,38%)	42 (59,15%)	142 (100%)	< 0,001
Uso prótesis	74 (34,74%)	10 (14,08%)	64 (45,07%)	< 0,001
Alt. Periodontal	69 (32,39%)	29 (40,84%)	40 (28,16%)	0,08
Faltan >2 piezas	51 (23,94%)	13 (18,30%)	38 (26,76%)	0,23
Adodoncia	19 (8,92%)	0	19 (13,38%)	< 0,001
Úlceras	84 (39,43%)	20 (28,16%)	64 (45,07%)	0,02
Por presión	60 (28,16%)	11 (15,49%)	49 (34,50%)	0,006
Tumoral	20 (9,38%)	9 (12,67%)	11 (7,74%)	0,05
Vascular	4 (1,87%)	0	4 (2,81%)	0,19
Número de úlceras	0,87 +/- 1,53	0,70 +/- 0,02	0,91 +/- 1,72	0,14
Grado de úlceras	1,19 +/- 1,29	1,09 +/- 1,22	1,23 +/- 1,32	0,45
Complicaciones**	14 (6,57%)	4 (5,63%)	10 (7,04%)	0,92
Hemorragia**	3 (1,40%)	1 (1,40%)	3 (2,11%)	0,85
Infección**	11 (5,16%)	3 (4,2%)	7 (4,92%)	0,90

** Al ingreso y durante el ingreso hospitalario.

4.2.- Frecuencia de Síntomas:

Este apartado a su vez, para un mejor desarrollo del mismo, lo expondré en un primer subapartado de frecuencias y tipo de síntomas y en un segundo, específico del dolor, dada la importancia de este síntoma en cuidados paliativos.

4.2.1.- Frecuencia y tipo de síntomas

Como se ha comentado en Material y Método, dado que es un estudio hospitalario, no solo es interesante conocer la frecuencia de los síntomas al ingreso hospitalario, que son los que en la mayoría de las ocasiones marcan la necesidad del ingreso en la unidad, sino también la frecuencia de nuevos síntomas durante el ingreso hospitalario, síntomas diferentes a los del ingreso, de nueva aparición, que podrían condicionarme una problemática adicional, con una mayor estancia hospitalaria y una mayor dificultad al alta hospitalaria. Por ello los resultados referentes a los síntomas los desarrollaré, de acuerdo al protocolo de recogida de datos en dos secciones, una primera de frecuencia en la presencia de síntomas al ingreso hospitalario, y una segunda, de frecuencia en la presencia de síntomas aparecidos durante todo el ingreso hospitalario y diferentes a los recogidos al ingreso hospitalario.

El primer punto a analizar es el número medio de síntomas de forma global (tabla 4.2.1.1.). En nuestra serie el número medio de síntomas al ingreso hospitalario es de una media de 7,21 síntomas, y de 1,07 de nuevos síntomas durante el ingreso.

Estos datos son semejantes **en el grupo Anciano, y comparándolos con el grupo Adulto no anciano**, presenta en los dos apartados, una media discretamente menor sin llegar a ser estadísticamente significativa (6,99 +/- 1,83 vs 7,36 +/- 1,72, y 1,01 +/- 1,27 vs 1,13 +/- 2,17, n.s., respectivamente).

Tabla 4.2.1.1.- Frecuencia de síntomas de la muestra y de los grupos a estudio:

	Muestra	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
Síntomas al Ingreso Hospitalario:	7,68 +/- 1,77	7,36 +/- 1,72	6,99 +/- 1,83	0,15
Síntomas de nueva aparición durante el ingreso Hospitalario:	1,07 +/- 2,01	1,13 +/- 2,17	1,01 +/- 1,27	0,16

4.2.1.1.- Frecuencia de síntomas al ingreso hospitalario:

En la tabla 4.2.1.1.1. y figura 4.2.1.1.1. se exponen la frecuencia, en orden decreciente, de los síntomas de la muestra a estudio al ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria. Comentar lo ya comentado en material y método que estas frecuencias se refieren a la presencia de los síntomas no controlados, es decir síntomas “activos”, sin recoger los síntomas controlados en el momento del ingreso.

En nuestra serie hospitalaria, hay cuatro síntomas de frecuencias elevadas y próximos entre sí. El primer lugar lo ocupan, los problemas de la boca, boca seca más algunos de los diferentes problemas que suelen acompañar a la xerostomía (dolor, candidas y/o infección) con una frecuencia de 85,44%, seguido con una diferencia de casi un 10%, de tres síntomas sin apenas diferencias entre sí: el dolor, la debilidad y la anorexia, 74,64%, 70,89%, 69,95%, respectivamente. Un poco ya más alejado se encuentra la ansiedad (60,09%). El estreñimiento y el insomnio, con predominio del insomnio de conciliación, ocupan los siguientes lugares, con presencia en casi la mitad de la muestra (44,13% y 43,19%, respectivamente). Con respecto al resto de síntomas destacar la frecuencia elevada de sdr. confusional agudo (18,30%), sobre todo agitado (14,08%), y la no muy elevada sin embargo de depresión (23,47%).

Comentar que en la tabla no coincide el dato de los problemas de la boca con la suma total de estos problemas, ya que en un mismo paciente pueden darse varios a la vez.

Figura 4.2.1.1.1.- Frecuencia de síntomas al ingreso hospitalario en la muestra a estudio, N=213:

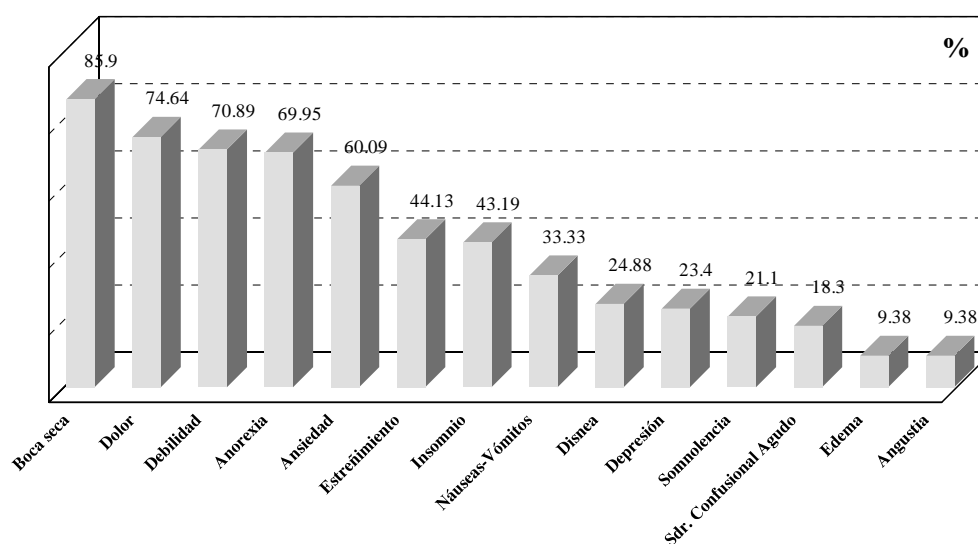


Tabla 4.2.1.1.1.- Presencia de Síntomas al ingreso hospitalario de la muestra a estudio:

N= 213

Problemas de la boca	182 (85,44%)
Boca seca	157 (73,70%)
Cándida	41 (19,24%)
Séptica	23 (10,79%)
Dolor*	7 (3,20%)
Dolor	159 (74,64%)
Debilidad	151 (70,89%)
Anorexia	149 (69,95%)
Ansiedad	128 (60,09%)
Estreñimiento	94 (44,13%)
Insomnio	92 (43,19%)
De conciliación	83 (38,96%)
Despertar precoz	4 (1,87%)
Mixto	5 (2,34%)
Naúseas/vómitos	71 (33,33%)
Disnea	53 (24,88%)
Depresión	50 (23,47%)
Somnolencia	40 (18,77%)
Sdr. Confusional Agudo	39 (18,30%)
Agitado	31 (14,08%)
Inibido	0
Mixto	9 (4,22%)

*El dolor bucal, está también incluido dentro del dolor.

Tabla 4.2.1.1.1.- Presencia de Síntomas al ingreso hospitalario de la muestra a estudio, continuación:

N= 213

Secreciones	29 (13,61%)
Angustia*	20 (9,38%)
Edema/ascistis/Derrame	20 (9,38%)
Tos	20 (9,38%)
Seca	18 (8,45%)
Productiva	2 (0,93%)
Disfagia	17 (7,98%)
Sólidos	2 (0,93%)
Líquidos	8 (3,75%)
Mixta	7 (3,28%)
Fecaloma	10 (4,69%)
Prurito	9 (4,22%)
Hipo	10 (4,64%)
Disuria	7 (3,28%)
Diarrea	5 (2,34%)

*Referido siempre a angustia ante la muerte.

El grupo Anciano presenta un orden similar a la de la muestra, tabla 4.2.1.1.2. y figura 4.2.1.1.2, con frecuencias discretamente diferentes, pero que no varían el orden. Los problemas de la boca (89,91%), sigue ocupando los primeros puestos junto con el dolor

(73,23%), la debilidad (71,12%) y la anorexia (69,71%). Son un poco inferiores las frecuencias con respecto a la muestra de la ansiedad (58,45%), y la angustia ante la muerte (5,63%), y un tanto superiores del estreñimiento (53,52%), las náuseas y vómitos (36,61%), la somnolencia (21,12%) y el Sdr. confusional agudo (19,01%).

Figura 4.2.1.1.2.- Frecuencia de síntomas al ingreso hospitalario en el grupo Anciano, N=142:

Tabla 4.2.1.1.2.- Presencia de Síntomas al ingreso hospitalario en el Grupo Anciano:

	> 65 años
	N= 142
Problemas de la boca	122 (85,91%)
Seca	107 (75,35%)
Cándida	28 (19,71%)
Séptica	14 (9,85%)

Dolor*	4 (2,81%)
Dolor	104 (73,23%)
Debilidad	101 (71,12%)
Anorexia	99 (69,71%)
Ansiedad	83 (58,45%)
Estreñimiento	76 (53,52%)
Insomnio	57 (40,14%)
De conciliación	53 (37,32%)
Despertar precoz	1 (0,70%)
Mixto	3 (2,11%)
Naúseas/vómitos	52 (36,61%)
Disnea	38 (26,76%)
Depresión	34 (23,94%)
Somnolencia	30 (21,12%)
Sdr. Confusional Agudo	33 (19,01%)
Agitado	26 (16,19%)
Inhibido	0
Mixto	7 (3,52%)

*Dolor bucal incluido también dentro de dolor.

Tabla 4.2.1.1.2.- Presencia de Síntomas al ingreso hospitalario en el Grupo Anciano, continuación:

	> 65 años
	N= 142
Secreciones	21 (14,78%)
Tos	16 (11,26%)

Seca	16 (11,26%)
Productiva	2 (1,40%)
Edema/ascistis/Derrame	13 (9,15%)
Angustia*	8 (5,63%)
Fecaloma	6 (4,22%)
Disfagia	8 (4,20%)
Sólidos	2 (1,40%)
Líquidos	3 (2,11%)
Mixta	3 (2,11%)
Prurito	5 (3,52%)
Diarrea	4 (2,81%)
Hipo	5 (3,52%)
Disuria	2 (1,40%)

*Referido siempre a angustia ante la muerte.

Comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano, tabla 4.2.1.1.3. y figura 4.2.1.1.3., el anciano presenta de forma específica mayor frecuencia de estreñimiento (53,52% vs 25,35%, $p < 0,001$), de sdr. confusional agudo (19,01% vs 8,45%, $p = 0,01$), con predominio del agitado (16,19% vs 5,63%, $p = 0,02$) y de menor frecuencia de angustia ante la muerte (5,63% vs 16,90%, $p = 0,03$). Con respecto al resto de síntomas aparecen algunas

diferencias en cuanto a frecuencias, incluso del orden de un 10%, pero que no alcanzan la significación estadística. Tal es el caso de una mayor frecuencia en el anciano de náuseas-vómitos (36,61% vs 26,76%, $p=0,19$), y de somnolencia (21,12% vs 14,08%, $p=0,29$), y en el adulto no anciano de insomnio (49,29% vs 40,14%, $p= 0,26$).

Figura 4.2.1.1.3.- Comparación de la frecuencia de síntomas al ingreso hospitalario entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):



Tabla 4.2.1.1.3.- Comparación de la presencia de Síntomas al Ingreso Hospitalario entre el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano:

	Muestra N= 213	≤ 65 años N= 71	> 65 años N=142	Valor de p
Problemas de la boca	182 (85,44%)	60 (76,05%)	122 (85,91%)	0,94
Boca seca	157 (73,70%)	50 (70,42%)	107 (75,35%)	0,94
Cándida	41 (19,24%)	13 (18,30%)	28 (19,71%)	0,95
Séptica	23 (10,79%)	9 (12,67%)	14 (9,85%)	0,69

Dolor*	7 (3,28%)	3 (4,22%)	4 (2,81%)	0,89
Dolor	159 (74,64%)	55 (77,46%)	104 (73,23%)	0,61
Debilidad	151 (70,89%)	50 (70,42%)	101 (71,12%)	0,95
Anorexia	149 (69,95%)	50 (70,42%)	99 (69,71%)	0,95
Ansiedad	128 (60,09%)	45 (63,38%)	83 (58,45%)	0,58
Estreñimiento	94 (44,13%)	18 (25,35%)	76 (53,52%)	<0,001
Insomnio	92 (43,19%)	35 (49,29%)	57 (40,14%)	0,26
De conciliación	83 (38,96%)	30 (42,25%)	53 (37,32%)	0,39
Despertar precoz	4 (1,87%)	3 (4,22%)	1 (0,70%)	0,85
Mixto	5 (2,34%)	2 (2,81%)	3 (2,11%)	0,87
Naúseas/vómitos	71 (33,33%)	19 (26,76%)	52 (36,61%)	0,19
Disnea	53 (24,88%)	15 (21,12%)	38 (26,76%)	0,46
Depresión	50 (23,47%)	16 (22,53%)	34 (23,94%)	0,95
Somnolencia	40 (18,77%)	10 (14,08%)	30 (21,12%)	0,29
Sdr. Conf. Agudo	39 (18,30%)	6 (8,45%)	33 (19,01%)	0,01
Agitado	31 (14,08%)	4 (5,63%)	26 (16,19%)	0,02
Inhibido	0	0	0	
Mixto	9 (4,22%)	2 (2,81%)	7 (3,52%)	0,71

*Dolor bucal incluido también dentro del dolor.

Tabla 4.2.1.1.3.- Comparación de la presencia de Síntomas al Ingreso Hospitalario entre el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano, continuación:

	Muestra N= 213	≤ 65 años N= 71	> 65 años N=142	Valor de p
Secreciones	29 (13,61%)	8 (11,26%)	21 (14,78%)	0,37
Angustia*	20 (9,38%)	12 (16,90%)	8 (5,63%)	0,03

Edema/ascistis/Derrame	20 (9,38%)	7 (9,85%)	13 (9,15%)	0,93
Tos	20 (9,38%)	4 (5,63%)	16 (11,26%)	0,14
Seca	18 (8,45%)	4 (5,63%)	16 (11,26%)	0,43
Productiva	2 (0,93%)	0	2 (1,40%)	0,44
Disfagia	17 (7,98%)	9 (12,67%)	8 (4,2%)	0,12
Sólidos	2 (0,93%)	0	2 (1,40%)	0,44
Líquidos	8 (3,75%)	5 (7,04%)	3 (2,11%)	0,16
Mixta	7 (3,28%)	4 (5,63%)	3 (2,11%)	0,34
Fecaloma	10 (4,69%)	4 (5,63%)	6 (4,22%)	0,90
Prurito	9 (4,22%)	4 (5,63%)	5 (3,52%)	0,71
Hipo	10 (4,64%)	5 (7,04%)	5 (3,52%)	0,42
Disuria	7 (3,28%)	2 (2,81%)	2 (1,40%)	0,85
Diarrea	5 (2,34%)	1 (1,40%)	4 (2,81%)	0,87

*Referido siempre a angustia ante la muerte.

4.2.1.2.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario.

Destacar, aunque ya está descrito en Material y Método, que en este apartado se recogen los síntomas de nueva aparición, es decir aquellos que no estén presentes en el momento del ingreso hospitalario, bien porque no existían antes, bien porque estaban controlados sin causar problemática al ingreso hospitalario. Los síntomas en un enfermo oncológico en fase terminal entre otras características, son “intensos y largos”, es decir tienen la característica de una vez controlados, y por la propia evolución de la enfermedad, pueden de

nuevo volver a incidir, descontrolándose y apareciendo como si de un nuevo síntoma se tratase, obligando a reajustar todo el plan asistencial. Igualmente, los síntomas son “cambiantes”, apareciendo nuevos, diferentes a los anteriores. Estos dos grupos de síntomas son los que se recogen en este apartado de resultados. Por lo tanto, son síntomas nuevos que al no estar presentes en el ingreso, no modifican la necesidad o no de ingreso hospitalario, pero que sin embargo, aparecen durante el mismo, pudiendo influir sobre los diferentes aspectos asistenciales del manejo hospitalario (tratamiento, alta, necesidad de exploraciones complementarias, ...). Podrían entenderse como “complicaciones” durante el ingreso.

Los resultados de la muestra están reflejados en la tabla 4.2.1.2.1. y en la figura 4.2.1.2.1. A diferencia que en los síntomas al ingreso, durante el ingreso, el principal nuevo síntoma hospitalario que hay que tener en cuenta es el sdr. confusional agudo (23,94%), sobre todo agitado, seguido después de la debilidad (15,02%) y de las secreciones (9,85%), siendo igualmente importante y con una frecuencia muy similar, el estreñimiento (8,45%), el insomnio (7,98%), la ansiedad (7,04%) y la anorexia (6,57%). Sin embargo, con una frecuencia intermedia están síntomas tan importantes como el dolor (7,04%), edema/ascitis/derrame pleural (4,69%), y la angustia ante la muerte (4,23%). El resto de síntomas tienen una frecuencia muy baja, de 0 a 1%, excepto el fecaloma (3,28%). Comentar que al igual que pasaba en los síntomas al ingreso, la frecuencia de los problemas de la boca no coincide con la suma total de éstos, ya que un mismo paciente puede presentar a la vez varios problemas de la boca.

Figura 4.2.1.2.1.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso en la muestra a estudio, N=213:

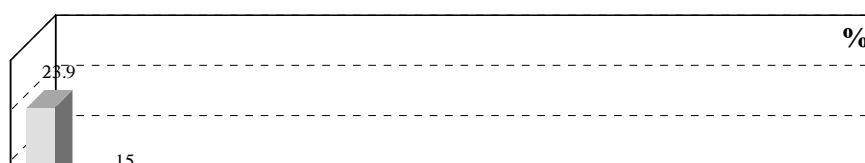


Tabla 4.2.1.2.1.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario de la muestra a estudio:

N= 213	
Sdr. Confusional Agudo	51 (23,94%)
Agitado	41 (19,24%)
Inhibido	6 (2,81%)
Mixto	4 (1,87%)
Debilidad	32 (15,02%)
Secreciones	21 (9,85%)

Estreñimiento	18 (8,45%)
Insomnio	17 (7,98%)
De conciliación	7 (3,28%)
Despertar precoz	6 (2,81%)
Mixto	4 (1,87%)
Ansiedad	15 (7,04%)
Dolor	15 (7,04%)
Anorexia	14 (6,57%)
Somnolencia	12 (5,63%)
Problemas de la boca	13 (6,10%)
Boca seca	10 (4,69%)
Cándida	8 (3,75%)
Séptica	2 (0,93%)
Dolor*	1 (0,46%)
Angustia**	9 (4,23%)
Edema/ascitis/Derrame	10 (4,69%)

Dolor bucal incluido también en dolor. **Referido siempre a angustia ante la muerte.

Tabla 4.2.1.2.1.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario de la muestra a estudio, continuación:

	N= 213
Fecaloma	7 (3,28%)
Disnea	4 (1,87%)
Naúseas/vómitos	3 (1,40%)
Depresión	2 (0,93%)
Prurito	2 (0,93%)

Tos	2 (0,93%)
Seca	2 (0,93%)
Productiva	0
Hipo	2 (0,93%)
Disfagia	1 (0,46%)
Sólidos	0
Líquidos	0
Mixta	1 (0,46%)
Diarrea	1 (0,46%)
Disuria	1 (0,46%)

El grupo Anciano, tabla 4.2.1.2.2. y figura 4.2.1.2.2., el sdr. confusional agudo (24,64%), la debilidad (15,49%) y las secreciones (12,67%), ocupan las mayores frecuencias y con el mismo en orden a las de la muestra. Estos tres síntomas constituyen lo que podemos denominar como principales “complicaciones hospitalarias” del anciano en cuanto a síntomas se refiere. A diferencia de la muestra, en el grupo Anciano, los tres síntomas anteriores son seguidas por el insomnio (9,85%), el estreñimiento, el dolor y la boca seca (los tres con 7,04%), la anorexia, la somnolencia y el edema/ascitis/derrame pleural (las tres con 5,63%). El resto de síntomas presentan ya frecuencias bajas que oscilan entre 0 y próximos al 1,5%.

Comparando el grupo Adulto no anciano con el grupo Anciano, tabla 4.2.1.2.3. y figura 4.2.1.2.3. no hay diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario, excepto en la angustia ante la muerte, mostrando el anciano menor frecuencia que el adulto no anciano (1,40% vs 9,85%, $p=0.01$). Destacar que en nuestra serie, aunque no se alcance nivel de significación estadística, el anciano presenta con respecto al adulto no anciano frecuencias tendentes a un mayor insomnio (9,85% vs 4,22%, n.s.), problemas de la boca (7,04% vs 4,22%, n.s.) y hacia una menor presencia de ansiedad (7,04% vs 11,26%).

Figura 4.2.1.2.2.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso en el grupo Anciano, N=142:

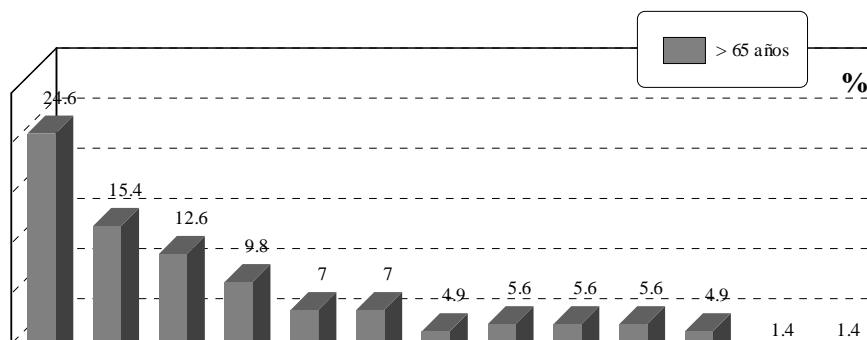


Tabla 4.2.1.2.2- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario en el Grupo Anciano:

> 65 años	
N= 142	
Sdr. Confusional Agudo	35 (24,64%)
Agitado	28 (19,71%)
Inhibido	4 (2,81%)
Mixto	3 (2,11%)
Debilidad	22 (15,49%)
Secreciones	18 (12,67%)
Insomnio	14 (9,85%)
De conciliación	7 (4,92%)

Despertar precoz	5 (3,52%)
Mixto	2 (1,40%)
Estreñimiento	10 (7,04%)
Dolor	10 (7,04%)
Problemas de la boca	10 (7,04%)
Boca seca	7 (4,92%)
Cándida	6 (4,22%)
Séptica	2 (1,40%)
Dolor*	1 (0,70%)
Somnolencia	8 (5,63%)
Anorexia	8 (5,63%)
Edema/ascistis/Derrame	8 (5,63%)
Ansiedad	7 (4,92%)
Fecaloma	5 (3,52%)

*Dolor bucal también incluido en dolor.

Tabla 4.2.1.2.2- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario en el Grupo Anciano, continuación:

	> 65 años
	N= 142
Disnea	4 (2,81%)
Naúseas/vómitos	2 (1,40%)
Angustia*	2 (1,40%)
Depresión	2 (1,40%)
Hipo	2 (1,40%)
Tos	2 (1,40%)

Seca	2 (1,40%)
Productiva	0
Disfagia	1 (0,70%)
Sólidos	0
Líquidos	0
Mixta	1 (0,70%)
Prurito	1 (0,70%)
Diarrea	1 (0,70%)
Disuria	0

*Referido siempre a angustia ante la muerte.

Figura 4.2.1.2.3.- Comparación de frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario en tre el grupo Adulto no Anciano y el grupo Anciano:

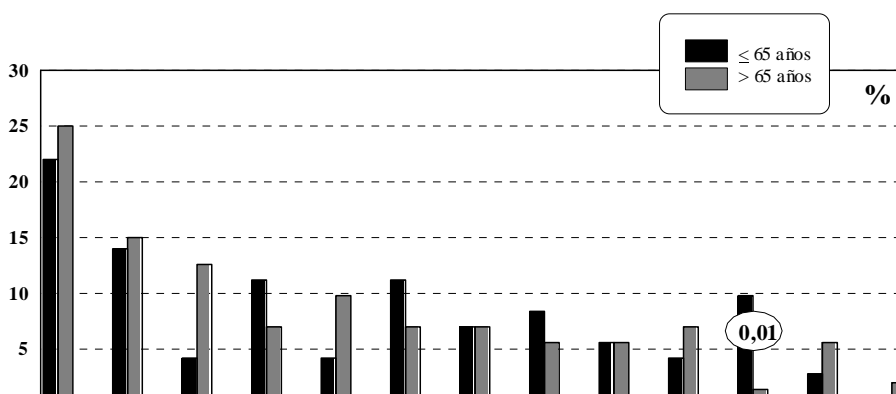


Tabla 4.2.1.2.3.- Comparación de la frecuencia de síntomas de nueva a aparición durante el ingreso Hospitalario entre el Grupo Anciano y el Grupo Adulto no anciano:

	Muestra N= 213	≤ 65 años N= 71	> 65 años N=142	Valor de p
Sdr. Conf. Agudo	51 (23,94%)	16 (22,53%)	35 (24,64%)	0,86
Agitado	41 (19,24%)	13 (18,30)	28 (19,71%)	0,95
Mixto	4 (1,87%)	1 (1,40%)	3 (2,11%)	0,85
Inhibido	6 (2,81%)	2 (2,81%)	4 (2,81%)	0,66
Debilidad	32 (15,02%)	10 (14,08%)	22 (15,49%)	0,68
Secreciones	21 (9,85%)	3 (4,22%)	18 (12,67%)	0,08
Estreñimiento	18 (8,45%)	8 (11,26%)	10 (7,04%)	0,43
Insomnio	17 (7,98%)	3 (4,22%)	14 (9,85%)	0,24

De conciliación	7 (3,28%)	0	7 (4,92%)	0,055
Despertar precoz	6 (2,81%)	1 (1,40%)	5 (3,52%)	0,60
Mixto	4 (1,87%)	2 (2,81%)	2 (1,40%)	0,85
Ansiedad	15 (7,04%)	8 (11,26%)	10 (7,04%)	0,15
Dolor	15 (7,04%)	5 (7,04%)	10 (7,04%)	0,77
Anorexia	14 (6,57%)	6 (8,45%)	8 (5,63%)	0,62
Somnolencia	12 (5,63%)	4 (5,63%)	8 (5,63%)	0,75
Problemas de la boca	13 (6,10%)	3 (4,22%)	10 (7,04%)	0,61
Seca	10 (4,69%)	3 (4,22%)	7 (4,92%)	0,90
Cándida	8 (3,75%)	2 (2,81%)	6 (4,22%)	0,89
Séptica	2 (0,93%)	0	2 (1,40%)	0,49
Dolor*	1 (0,46%)	0	1 (0,70%)	0,66
Edema/ascistis/Derrame	10 (4,69%)	2 (2,81%)	8 (5,63%)	0,56
Angustia**	9 (4,22%)	7 (9,85%)	2 (1,40%)	0.01

*Dolor bucal incluido también en dolor**Referido siempre a angustia ante la muerte.

Tabla 4.2.1.2.3.- Comparación de la frecuencia de nuevos síntomas durante el ingreso Hospitalario entre el Grupo Anciano y el Grupo Adulto no anciano, continuación:

	Muestra	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
	N= 213	N= 71	N=142	
Fecaloma	7 (3,28%)	2 (2,81%)	5 (3,52%)	0,89
Naúseas/vómitos	3 (1,40%)	1 (1,40%)	2 (1,40%)	0,53
Disnea	4 (1,87%)	0	4 (2,81%)	0,19
Depresión	2 (0,93%)	0	2 (1,40%)	0,44
Prurito	2 (0,93%)	1 (1,40%)	1 (0,70%)	0,80
Hipo	2 (0,93%)	0	2 (1,40%)	0,44
Tos	2 (0,93%)	0	2 (1,40%)	0,44

Seca	2 (0,93%)	0	2 (1,40%)	0,44
Productiva	0	0	0	
Disfagia	1 (0,46%)	0	1 (0,70%)	0,66
Sólidos	0	0	0	
Líquidos	0	0	0	
Mixta	1 (0,46%)	0	1 (0,70%)	0,66
Diarrea	1 (0,46%)	0	1 (0,70%)	0,66
Disuria	1 (0,46%)	1 (1,40%)	0	0,66

Por último, tabla 4.2.1.2.4., si comparamos las frecuencias de los síntomas de la muestra al ingreso con las frecuencias de los síntomas de nueva aparición durante el ingreso, la mayoría de los síntomas al ingreso presenta una diferencia estadísticamente significativa con $p < 0,001$, en orden de una mayor frecuencia de los síntomas al ingreso que durante el ingreso. Solo el Sdr. confusional agudo, las secreciones, la angustia ante la muerte y el edema/ascitis/derrame pleural no presenta diferencias estadísticamente significativas entre sus frecuencias al ingreso y durante el ingreso (18,30% vs 23,94%, 9,85% vs 13,61%, 9,38% vs 12,67%, y 9,38% vs 4,69%, respectivamente).

Datos similares se presentan en el **grupo Anciano**, tabla 4.2.1.2.5., apareciendo el sdr. confusional agudo, las secreciones, el edema/ascitis/derrame pleural y la angustia ante la muerte, como síntomas de nueva aparición durante el ingreso, con una elevada frecuencia, que hace que no aparezcan diferencias con respecto a su presencia en el ingreso hospitalario, constituyendo en el grupo Anciano por así decirlo una de las principales “complicaciones hospitalarias” en cuanto a síntomas paliativos se refiere.

Tabla 4.2.1.2.4.- Diferencias en la frecuencia de los principales síntomas de la muestra a estudio, al ingreso y durante el ingreso hospitalario:

	Al ingreso	Durante el ingreso	Valor de p
	N= 213	N= 213	
Problemas de la boca	182 (85,44%)	13 (6,10%)	< 0,001
Dolor	159 (74,64%)	15 (7,04%)	< 0,001
Debilidad	151 (70,89%)	32 (15,02%)	< 0,001
Anorexia	149 (69,95%)	14 (6,57%)	< 0,001
Ansiedad	128 (60,09%)	15 (7,04%)	< 0,001
Estreñimiento	94 (44,13%)	18 (8,45%)	< 0,001

Insomnio	92 (43,19%)	17 (7,98%)	< 0,001
Naúseas/vómitos	71 (33,33%)	3 (1,40%)	< 0,001
Disnea	53 (24,88%)	4 (1,87%)	< 0,001
Depresión	50 (23,47%)	2 (0,93%)	< 0,001
Somnolencia	40 (18,77%)	12 (5,63%)	< 0,001
Sdr. Conf. Agudo	39 (18,30%)	51 (23,94%)	0,19
Secreciones	29 (13,61%)	21 (9,85%)	0,29
Angustia*	20 (9,38%)	9 (12,67%)	0,05
Edema/ascitis/Derrame	20 (9,38%)	10 (4,69%)	0,08

*Referido siempre a angustia ante la muerte.

Tabla 4.2.1.2.5.- Diferencias en la frecuencia de los principales síntomas al ingreso y durante el ingreso hospitalario en el Grupo Anciano:

	Al ingreso	Durante el ingreso	Valor de P
	N= 142	N= 142	
Problemas de la boca	122 (85,91%)	10 (7,04%)	< 0,001
Dolor	104 (73,23%)	10 (7,04%)	< 0,001
Debilidad	101 (71,12%)	22 (15,49%)	< 0,001
Anorexia	99 (69,71%)	8 (5,63%)	< 0,001
Ansiedad	83 (58,45%)	7 (4,92%)	< 0,001
Estreñimiento	76 (53,52%)	10 (7,04%)	< 0,001
Insomnio	57 (40,14%)	14 (9,85%)	< 0,001

Naúseas/vómitos	52 (36,61%)	2 (1,40%)	< 0,001
Disnea	38 (26,76%)	4 (2,81%)	< 0,001
Depresión	34 (23,94%)	2 (1,40%)	< 0,001
Somnolencia	30 (21,12%)	8 (5,63%)	< 0,001
Sdr. Conf. Agudo	33 (19,01%)	35 (24,64%)	0,88
Secreciones	21 (14,78%)	18 (2,67%)	0,73
Edema/ascistis/Derrame	13 (9,15%)	8 (5,63%)	0,36
Angustia*	8 (5,63%)	2 (1,40%)	0,10

**Referido siempre a angustia ante la muerte.

4.2.2.- Dolor:

El dolor es sin duda uno de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos, y a la vez uno de los motores principales en el desarrollo de la Medicina Paliativa. El dolor presenta las características típicas de los síntomas presentes en el paciente oncológico en fase terminal, es multifactorial, cambiante, intenso y largo y tiene un carácter total multidimensional, con probabilidades razonables de control constituyendo este punto uno de los principales pilares del plan asistencial de cuidados paliativos del paciente oncológico en fase terminal.

Por ello en este apartado específico del síntoma dolor se analizan los datos relacionados con la frecuencia de los diferentes tipos de dolor, con el número de causas diferentes de dolor en un mismo paciente y con la intensidad media del mismo. Todos estos datos al igual que en los apartados anteriores están registrados al ingreso hospitalario y durante el ingreso hospitalario.

a) Frecuencia de los diferentes tipos de dolor

Comentar brevemente lo descrito también en material y método en lo referente a la recogida de la variable dolor. Al ingreso hospitalario se recoge el dato dolor cuando lo refiere el paciente o bien por métodos indirectos (familia y/o personal de enfermería). Como subapartado se recoge en el mismo paciente los datos referidos al tipo y las causas. Durante el ingreso hospitalario se recoge el dato dolor cuando lo refiere el paciente o bien lo refiere el personal de enfermería y se cumplen al menos una de las siguientes premisas: el dato dolor no está reflejado en el momento del ingreso, el dato dolor ha estado reflejado en el momento del ingreso pero bien es un tipo diferente de dolor o bien es una causa diferente quien me produce el dolor.

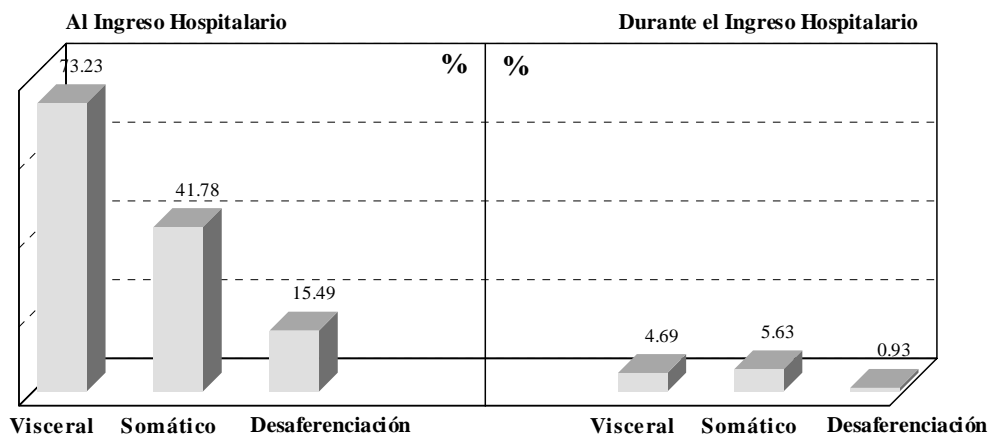
La figura 4.2.2.1. muestra las frecuencias de los diferentes tipos fisiopatológicos de dolor en la muestra a estudio al ingreso hospitalario. El más frecuente es el dolor nociceptivo visceral (73,54%), seguido del somático (41,78%) y en tercer lugar del dolor por desaferenciación (15,49%). La misma figura muestra las frecuencias durante el ingreso hospitalario, mostrando un aumento del dolor somático que iguala en frecuencia al dolor visceral (10%). La tabla 4.2.2.1. muestra la comparación de las frecuencias del dolor al ingreso y durante el ingreso hospitalario, observando que el dolor como síntoma es mucho más frecuente al ingreso hospitalario, aunque no por ello la aparición del dolor como nuevo síntoma durante el ingreso debe perder su importancia.

Tabla 4.2.2.1.- Comparación de la frecuencia de los tipos fisiopatológicos de dolor, al ingreso y durante el ingreso hospitalario en la muestra a estudio:

	Al ingreso N= 213	Durante el ingreso N= 213	Valor de p
Dolor	159 (74,64%)	15 (7,04%)	< 0,001

Nociceptivo Visceral	156 (73,23%)	10 (4,69%)	< 0,001
Nociceptivo Somático	89 (41,78%)	10 (4,69%)	< 0,001
Desaferenciación	33 (15,49%)	2 (0,93%)	< 0,001

Figura 4.2.2.1.- Frecuencia de los tipos de dolor según fisiopatología en la muestra a estudio, N=213:



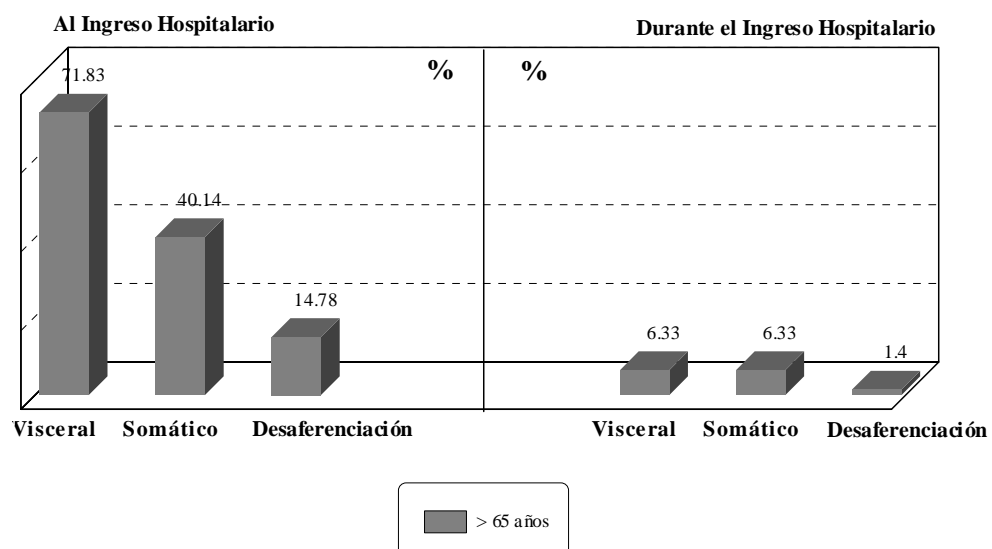
Con respecto al **grupo Anciano**, la figura 4.2.2.2. muestra las frecuencias de los diferentes tipos fisiopatológicos de dolor al ingreso hospitalario. No hay diferencias con respecto a lo descrito previamente en la muestra a estudio, siendo el dolor más frecuente el dolor nociceptivo visceral (71,83%), seguido del somático (40,14%) y en tercer lugar del dolor por desaferenciación (14,78%). La misma figura muestra las frecuencias del dolor aparecido como nuevo durante el ingreso hospitalario, mostrando un aumento del dolor somático que iguala en frecuencia al dolor visceral (6,33%).

La tabla 4.2.2.2. muestra la comparación de las frecuencias del dolor al ingreso y durante el ingreso hospitalario, observando al igual que en la muestra que el dolor en el grupo anciano como síntoma es mucho más frecuente al ingreso hospitalario, aunque no por ello la nueva aparición del dolor como nuevo síntoma durante el ingreso debería de perder su importancia.

Tabla 4.2.2.2.- Comparación de la frecuencia de los tipos fisiopatológicos de dolor, al ingreso y durante el ingreso hospitalario en el grupo Anciano:

	Al ingreso	Durante el ingreso	Valor de p
	N= 142	N= 142	
Dolor	104 (73,23%)	10 (7,04%)	< 0,001
Nociceptivo Visceral	102 (71,83%)	9 (6,33%)	< 0,001
Nociceptivo Somático	57 (40,14%)	9 (6,33%)	< 0,001
Desaferenciación	21 (14,78%)	2 (1,40%)	< 0,001

Figura 4.2.2.2.- Frecuencia de los tipos de dolor según fisiopatología en el grupo Anciano, N=142:



Comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano (figuras 4.2.2.3) en la frecuencia del dolor según el tipo fisiopatológico no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el anciano y el adulto no anciano tanto en las frecuencias de los diferentes tipos de dolor al ingreso (tabla 4.2.2.3. y tabla 4.2.2.4.) como de nueva aparición durante el ingreso hospitalario.

Tabla 4.2.2.3.- Comparación entre el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano de la frecuencia de los tipos fisiopatológicos de dolor al ingreso hospitalario:

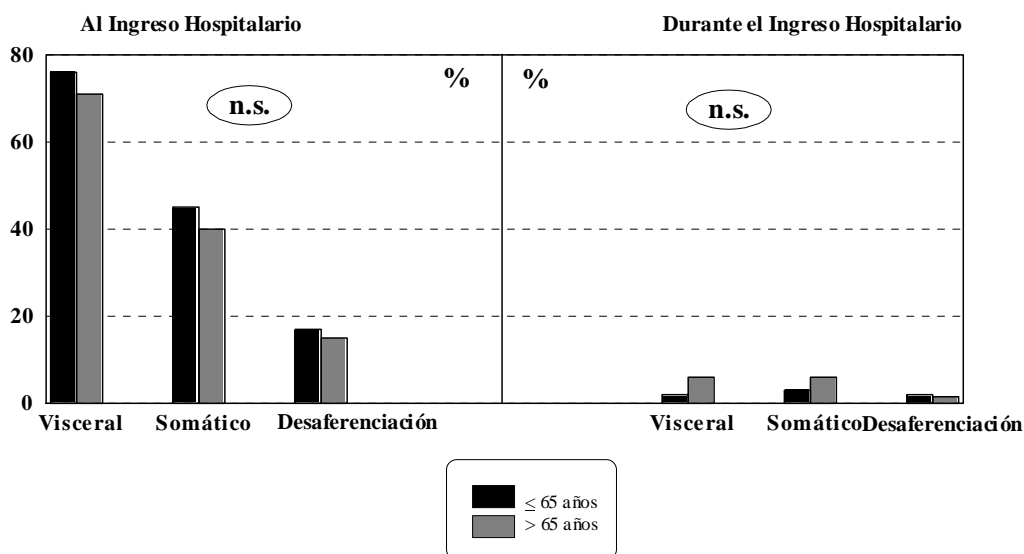
	Muestra	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
	N= 213	N= 71	N=142	
Dolor	159 (74,64%)	55 (77,46%)	104 (73,23%)	0,61
Nociceptivo Visceral	156 (73,23%)	54 (76,05%)	102 (71,83%)	0,62
Nociceptivo Somático	89 (41,78%)	32 (45,07%)	57 (40,19%)	0,58
Desaferenciación	33 (15,49%)	12 (16,90%)	21 (14,78%)	0,84

Tabla 4.2.2.4.- Comparación entre el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano de la frecuencia de los tipos fisiopatológicos del dolor de nueva aparición durante el ingreso hospitalario:

	Muestra	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
--	----------------	------------------	---------------------	-------------------

	N= 213	N= 71	N=142	
Dolor	15 (7,04%)	5 (7,04%)	10 (7,04%)	0,77
Nociceptivo Visceral	10 (4,69%)	1 (1,40%)	9 (6,33%)	0,20
Nociceptivo Somático	10 (5,63%)	2 (2,81%)	9 (6,33%)	0,44
Desaferenciación	2 (0,93%)	1 (1,40%)	2 (1,40%)	0,53

Figura 4.2.2.3.- Comparación entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142) de la frecuencia de los tipo de dolor según fisiopatología:



b) Coexistencia de diferentes causas de dolor:

En un mismo paciente coexisten siempre varios síntomas que causan distinto grados de problemática (discomfort, incapacitación, impacto emocional, etc). En el caso del dolor pueden coexistir diferentes causas de dolor en el mismo paciente. Por ello a continuación se expresan las frecuencias encontradas de uno o varios dolores de distintas causas en un mismo paciente. No hay que confundir el tipo de dolor (visceral, somático, desaferenciación) con la causa del dolor (compresión nerviosa, afectación cápsula de víscera, peritoneo, etc.). Así en un mismo paciente pueden coexistir varios dolores de tipo diferente y de causas diferentes (por ejemplo visceral torácico y dolor óseo lumbar en un cáncer de pulmón por afectación de pleura y de metástasis en columna lumbar), o bien pueden coexistir varios dolores del mismo tipo pero de causa diferente (por ejemplo dolor visceral torácico y de hipocondrio derecho en un cáncer de pulmón por afectación pleural y metástasis hepática). Los datos pues recogidos en este apartado, han sido en aquellos pacientes con dolor, la coexistencia de causa diferentes de dolor en un mismo paciente, independientemente del tipo del dolor.

La muestra a estudio en este caso está constituida por todos los pacientes que presentan dolor:

A) al ingreso hospitalario, N=159 (74,64%) divididos en grupo Adulto no anciano, N=55 (77,46%), y grupo Anciano, N=104 (73,23%);

B) durante el ingreso hospitalario, N= 15 (7,04%), divididos en grupo Adulto no anciano, N= 5 (7,04%), y grupo Anciano, N= 10 (7,04%).

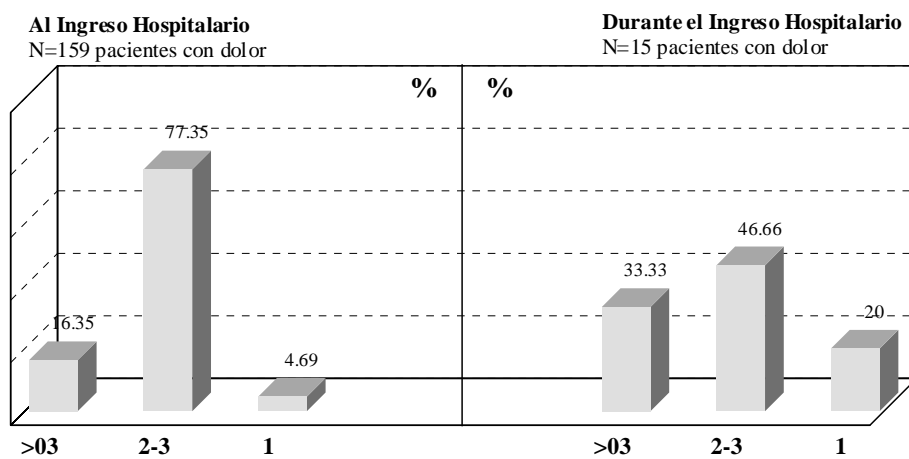
En la figura 4.2.2.4. se expresan los resultados obtenidos de la muestra a estudio en cuanto a las frecuencias al ingreso hospitalario de coexistir diferentes causas de dolor en un mismo paciente. Más de dos terceras partes de los pacientes presentan, a la vez, de dos a tres causas diferentes de dolor (77,35%), solo la mitad de una décima parte presenta una única causa de dolor (4,69%), y hasta un 16,35% presentan incluso más de tres causas distintas de dolor. En la misma figura se recogen los datos con respecto a la frecuencia de coexistencia de dolor de diferente etiología, nuevo durante el ingreso hospitalario. Sigue predominando también en el dolor de nueva aparición durante el ingreso la coexistencia de dos dolores de causa distinta (46,66%).

En la tabla 4.2.2.5. se interrelacionan las frecuencias al ingreso y durante el ingreso, observando como la coexistencia de dolor de dos causas diferentes tienen más peso al ingreso hospitalario, mientras que el dolor que aparece durante el ingreso hospitalario, hace que aumenten las causas de dolor, generalmente ya presente, a más de tres causas, pudiendo complicar todo el manejo hospitalario del paciente, o por el contrario, sea un dato nuevo, es decir un síntoma nuevo, con dolor con solo una causa.

Tabla 4.2.2.5.- Comparación de la frecuencia de coexistencia de dolor de diferentes causas en un mismo paciente, al ingreso y durante el ingreso hospitalario:

	Al ingreso N= 159	Durante el ingreso N= 15	Valor de p
> 3 causas	26 (16,35%)	5 (33,33%)	0,19
2-3 causas	123 (77,35%)	7 (46,66%)	0,02
1 causa	10 (4,69%)	3 (20%)	0,15

Figura 4.2.2.4.- Frecuencia de coexistencia de distintas causas de dolor en la muestra a estudio:



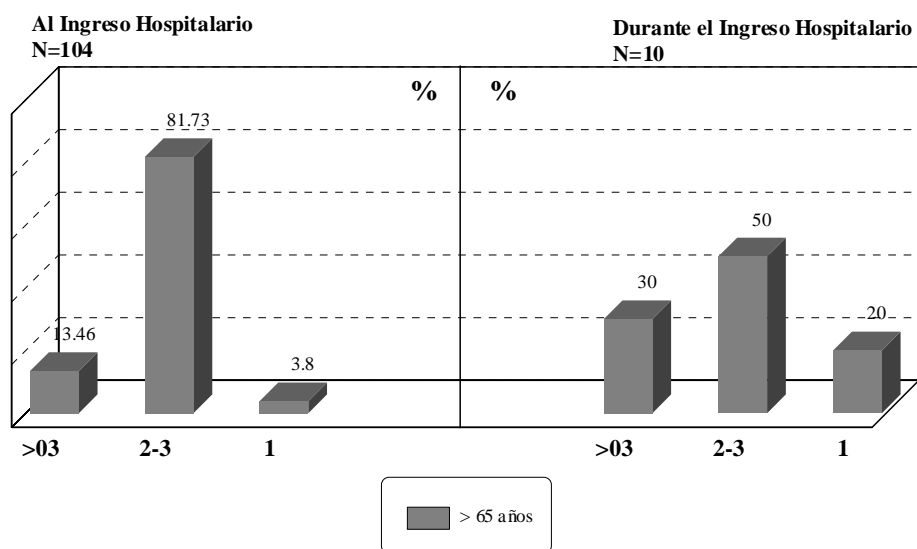
Con respecto al **grupo Anciano**, en la figura 4.2.2.5. se expresan los resultados obtenidos. Datos semejantes a los de la muestra: más de dos terceras partes de los pacientes presentan, a la vez, de dos a tres dolores de causa diferente (81,73%), una pequeña parte presenta una única causa de dolor (3,8%), y hasta un 13,46% presentan más de tres causas diferentes de dolor. En la misma figura se recogen también los datos con respecto a la frecuencia de coexistencia de dolor de causas distintas, nuevo durante el ingreso hospitalario. Igual que ocurre en la muestra sigue predominando en el dolor de nueva aparición durante el ingreso la coexistencia de dos causas diferentes de dolor (50%).

En la tabla 4.2.2.6. se interrelacionan las frecuencias al ingreso y durante el ingreso. A diferencia de la muestra, no hay diferencia estadísticamente significativa en la coexistencia de dolor de distintas causas al ingreso como durante al ingreso. Así el que apezca una nueva causa de dolor durante el ingreso hospitalario en el anciano, le produce a este un aumento considerable de coexistencia de las diferentes causas de dolor, aumentándole a dos, tres o incluso más de 3 causas de dolor, con lo que puede implicar como complicación en el manejo hospitalario.

Tabla 4.2.2.6.- Comparación de la frecuencia de coexistencia de dolor de diferentes causas en un mismo paciente, al ingreso y durante el ingreso hospitalario, en el grupo Anciano:

	Al ingreso	Durante el ingreso	Valor de p
	N= 104	N= 10	
> 3 causas	14 (13,46%)	3 (30%)	0,34
2-3 causas	85 (81,73%)	5 (50%)	0,05
1 causa	4 (3,8%)	2 (20%)	0,1

Figura 4.2.2.5.- Frecuencia de coexistencia de distintas causas de dolor en el grupo Anciano:



Comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano, en las frecuencias de la coexistencia de dolores de distinta etiología en el mismo paciente, no aparecen diferencias estadísticamente significativas, tanto al ingreso (tabla 4.2.2.7. y figura 4.2.2.6) como durante el ingreso (tabla 4.2.2.8. y figura 4.2.2.6).

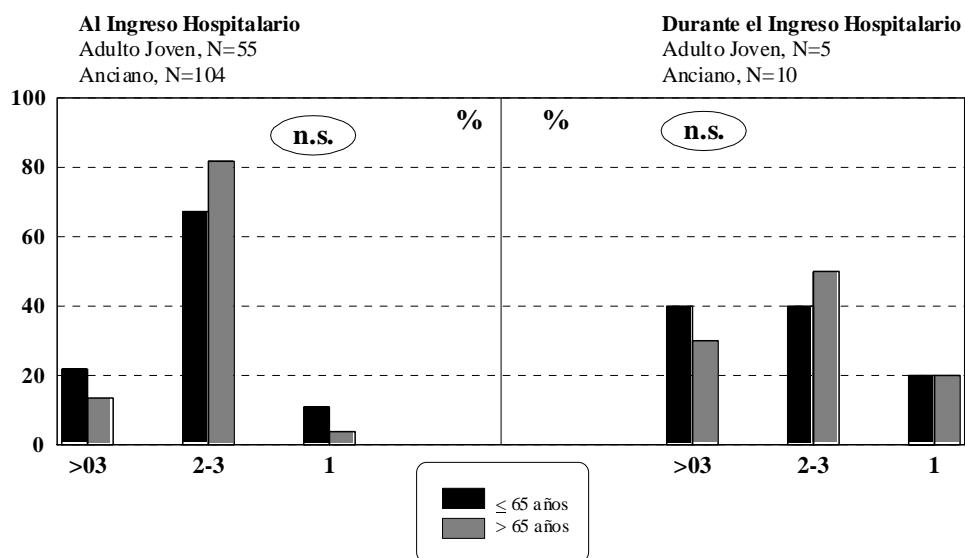
Tabla 4.2.2.7.- Comparación entre el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano de la frecuencia de coexistencia de dolor de diferente etiología al ingreso hospitalario:

	Muestra	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
	N= 159	N= 55	N=104	
> 3 causas	26 (16,35%)	12 (21,81%)	14 (13,46%)	0,25
2-3 causas	123 (77,35%)	37 (67,27%)	85 (81,73%)	0,06
1 causa	10 (4,69%)	6 (10,90%)	4 (3,8%)	0,1

Tabla 4.2.2.8.- Comparación entre el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano de la frecuencia de coexistencia de dolor de diferente etiología durante el ingreso hospitalario:

	Muestra N= 15	≤ 65 años N= 5	> 65 años N=10	Valor de p
> 3 causas	5 (33,33%)	2 (40%)	3 (30%)	0,25
2-3 causas	7 (66,66%)	2 (40%)	5 (50%)	0,85
1 causa	3 (20%)	1 (20%)	2 (20%)	0,49

Figura 4.2.2.6.- Comparación entre el grupo Adulto no Anciano y el grupo Anciano de la frecuencia de coexistencia de distintas causas de dolor:



c) Intensidad del dolor

La intensidad del dolor fue medida por la Escala Analógica Visual explicada en Material y Método. Por lo tanto se consideran como pacientes excluidos, perdidos para el análisis de esta variable aquellos pacientes que no hicieron la Escala Analógica Visual o bien en donde a pesar de hacerlo no quedó recogido en la historia.

Así para el estudio de la intensidad del dolor al ingreso hospitalario, del total de 180 pacientes (84,50%) que presentaban dolor, se pudieron recoger este dato en 148 pacientes (69,48%). Hubo pues, 32 pacientes perdidos (15,02%), sin haber diferencias estadísticamente significativas comparando los dos grupos de edad, 10 pacientes del grupo Adulto no anciano y 22 del grupo Anciano (14,08% vs 15,49%, $p= 0,81$). De los 32 pacientes excluidos, la valoración de la Escala Visual Analógica no estaba registrada en la historia clínica en dos pacientes y en el resto fue por imposibilidad de realizar la valoración el paciente (deterioro cognitivo, ceguera, sdr. confusional agudo, agonía), recogiendo en la historia clínica el dato de presencia de dolor según observación de enfermería y familiares.

En el dolor nuevo durante el ingreso hospitalario se perdieron de los 15 pacientes (7,04%), solo dos pacientes del grupo Anciano (1,40%), sin afectar de forma estadísticamente significativa a la comparación entre los dos grupos de edad (0% vs 1,40%, $p=0,42$). Los dos

pacientes perdidos fueron por no recoger en la historia el resultado de la Escala Visual Analógica.

La intensidad del dolor referida por el paciente en el momento del ingreso hospitalario y la referida durante el ingreso hospitalario con la aparición de un nuevo dolor viene recogida en la tabla 4.2.2.9.

Así la intensidad del dolor referida por el paciente (medido por Escala Visual Analógica) al ingreso hospitalario fue de 7,24 +/- 2,01. Una intensidad un punto menor es la referida en el dolor de nueva aparición durante el ingreso hospitalario, 6,87 +/- 2,92.

El grupo Anciano (tabla 4.2.2.9) al ingreso hospitalario, presenta una intensidad de dolor semejante a la muestra, y discretamente un poco menor si lo **comparamos con el grupo Adulto no anciano** (7,12 +/- 1,97 vs 7,34 +/- 2,21, p=0,46). Igual ocurre durante el ingreso (tabla 4.2.2.9.), con el dolor de nueva aparición, el grupo Anciano presenta una puntuación levemente inferior a la del grupo Adulto no anciano (6,82 +/- 2,97 vs 7,01 +/- 2,73, p= 0,65).

Tabla 4.2.2.9.- Comparación de la intensidad del dolor referido entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano:

	Muestra	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
Intensidad del dolor al Ingreso Hospitalario:	7,24 +/- 2,01	7,34 +/- 2,21	7,12 +/- 1,97	0,10
Intensidad del dolor nuevo durante el ingreso Hospitalario:				

6,87 +/- 2,92 7,01 +/- 2,73 6,82 +/- 2,97 0,65

4.3.- Aspectos Psicosociales

En este apartado se recogen los resultados por un lado de aspectos psicológicos (algunos tomados de frecuencia de síntomas) y por otro lado los aspectos sociales, de relevancia en ambos puntos en el enfermo oncológico en fase terminal.

4.3.1.- Aspectos psicológicos.

La tabla 4.3.1.1 y figura 4.3.1.1. recogen los datos de las variables a estudio de este apartado de la muestra. Hay una frecuencia alta de pacientes que no conocen el diagnóstico (36,61%), ni el pronóstico de la enfermedad (64,76% de los pacientes que saben que tienen una enfermedad oncológica) con conspiración de silencio activa (49,76%).

Con respecto **al grupo anciano** (tabla 4.3.1.1. y figura 4.3.1.2.) constituyen la mayoría de los resultados de la muestra en cuanto a los datos referidos anteriormente (50,70% presentan conspiración de silencio, 80% de los que conocen el diagnóstico no conocen el pronóstico de su enfermedad y un 65,49% mantiene la familia una conspiración de silencio).

Comparando los dos grupos de edad (tabla 4.3.1.1. y figura 4.3.1.3.) el anciano presenta de forma significativa un mayor desconocimiento de su diagnóstico, de su pronóstico y

presenta conspiración de silencio (50,70% vs 8,45%, 80% vs 18,46%, 65,49% vs 28,30%, respectivamente, $p < 0,001$).

El resto de variables ya han sido comentadas en el apartado de síntomas por lo que no volveré a insistir sobre ellas.

Tabla 4.3.1.1.- Comparación de los aspectos psicológicos al Ingreso Hospitalario entre el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano:

	Muestra N= 213	≤ 65 años N= 71	> 65 años N=142	Valor de p
No conoce diagnóstico	78 (36,61%)	6 (8,45%)	72 (50,70%)	< 0,001
Conspiración de silencio	106 (49,76%)	13 (18,3%)	93 (65,49%)	< 0,001
No conoce pronóstico*	68 (64,76%)*	12 (18,46%)*	56 (80%)*	< 0,001
Ansiedad	128 (60,09%)	45 (63,38%)	83 (58,45%)	0,58
Insomnio	92 (43,19%)	35 (49,29%)	57 (40,14%)	0,26
De conciliación	83 (38,96%)	30 (42,25%)	53 (37,32%)	0,39
Despertar precoz	4 (1,87%)	3 (4,22%)	1 (0,70%)	0,85
Mixto	5 (2,34%)	2 (2,81%)	3 (2,11%)	0,87
Depresión	50 (23,47%)	16 (22,53%)	34 (23,94%)	0,95
Angustia	20 (9,38%)	12 (16,90%)	8 (5,63%)	0,03

* porcentajes referidos al total de pacientes que si conocen el diagnóstico pero no el pronóstico. Para conocer el pronóstico de una enfermedad primero hay que saber la enfermedad.

Figura 4.3.1.1.- Aspectos Psicológicos en la muestra a estudio, N=213:

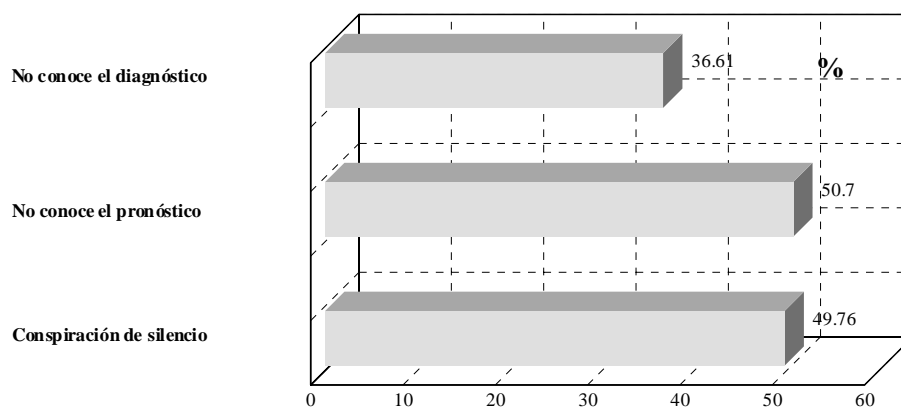


Figura 4.3.1.2.- Aspectos Psicológicos en el grupo Anciano, N=142:

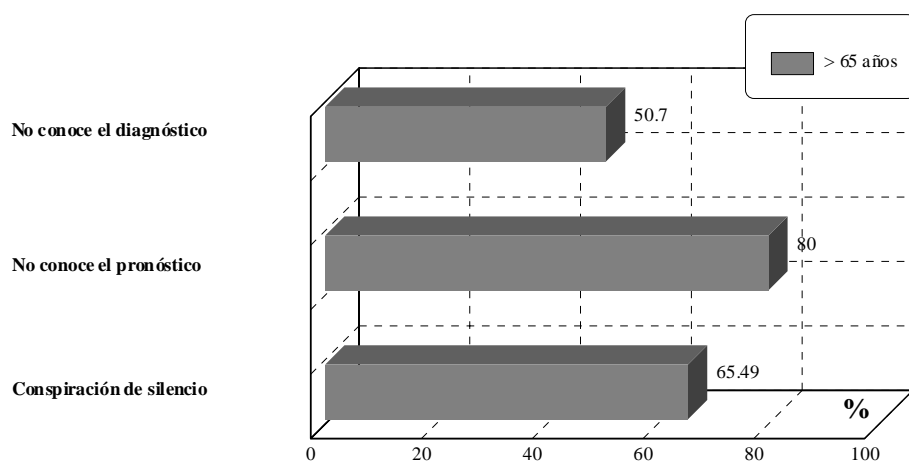
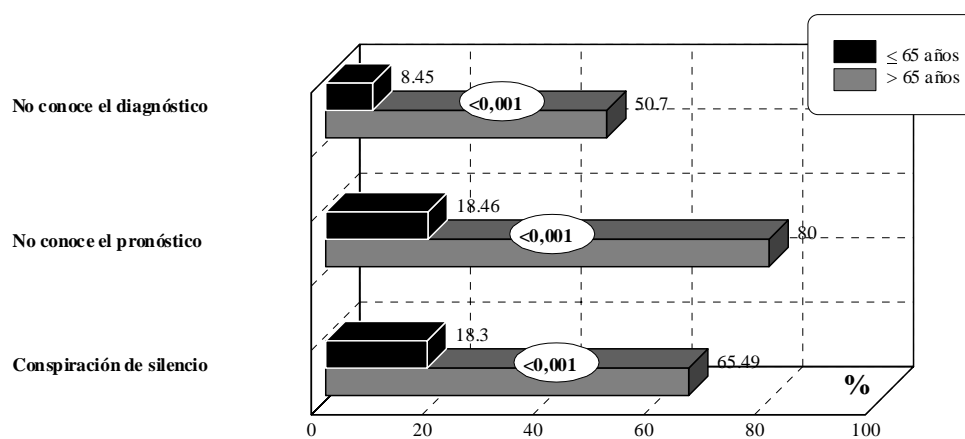


Figura 4.3.1.3.- Aspectos Psicológicos, comparación entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):



4.3.2.- Aspectos Sociales.

La tabla 4.3.2.1. recoge los datos de las variables sociales estudiadas en la muestra, en el anciano y su comparación del anciano con el adulto no anciano. En la muestra hay un alto porcentaje de ausencia de cuidador principal (cerca a un 30% de los pacientes). Cuando existe cuidador principal (figura 4.3.2.1.) este suele ser el cónyuge (68,66%), suele ser un cuidador fijo sin rotación del paciente por las casas de los cuidadores (74,66%), con importante ayuda informal (78,8%) pero algo importante a tener en cuenta con una gran sobrecarga (92,05%). Por último suelen haber poca ayuda comunitaria (20,18%) y en general presentan un alto nivel de rechazo del alta hospitalaria sin asumir el cuidado a domicilio (80,75%). En la tabla no coincide la suma de la ayuda comunitaria pública con la privada, porque algunos de estos pacientes tenían las dos ayudas.

En el grupo Anciano los datos son semejantes, con cifras de 72,53% de existencia de cuidador principal, pero este con respecto a la muestra suele ser menos el cónyuge (60,19%), con una mayor rotación (cerca del 40% tienen que rotar en su cuidado), con alta ayuda informal al cuidador principal (86,40%) e igualmente con gran sobrecarga (93,20%) (figura 4.3.2.2.).

Comparando los dos grupos de edad, figura 4.3.2.3., el anciano presenta diferencias estadísticamente significativas en cuanto a menor frecuencia del cónyuge como cuidador principal, mayor rotación, y mayor ayuda informal (60,19% vs 85,41%, 62,13% vs 100%, y

86,40% vs 58,33% respectivamente, $p < 0,001$). No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a presencia de cuidador principal, sobrecarga del cuidador principal, y negativa de asumir el alta. Igualmente no hay diferencias en cuanto a recibir ayuda comunitaria, pero si en cuanto al tipo de la misma, ya que el adulto no anciano en su mayoría es ayuda privada, mientras que en el Anciano es ayuda pública.

Tabla 4.3.2.1.- Comparación de los aspectos sociales al Ingreso Hospitalario entre el grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano:

	Muestra N= 213	≤ 65 años N= 71	> 65 años N=142	Valor de p
Existe Cuidador Principal	151 (70,42%)	48 (67,60%)	103 (72,53%)	0,55
Cónyugue*	103 (68,66%)	41 (85,41%)	62 (60,19%)	<0,001
Sin rotar*	112 (74,66%)	48 (100%)	64 (62,13%)	<0,001
Ayuda informal*	117 (78%)	28 (58,33%)	89 (86,40%)	< 0,001
Sobrecarga*	139 (92,05%)	43 (89,58%)	96 (93,20%)	0,65
Recibe ayuda comunitaria	43 (20,18%)	14 (19,71%)	29 (20,42%)	0,84
Pública**	30 (69,76%)	6 (28,57%)	26 (89,65%)	0,001
Privada**	22(51,16%)	10 (71,42%)	12 (41,37%)	0,04
No asumen el alta Hospital	172 (80,75%)	56 (78,87%)	116 (81,69%)	0,75

* porcentajes referidos al total de existencia de cuidador primario.** Porcentajes referidos al total de ayuda comunitaria.

Figura 4.3.2.1.- Aspectos Sociales en la muestra a estudio, N=213:

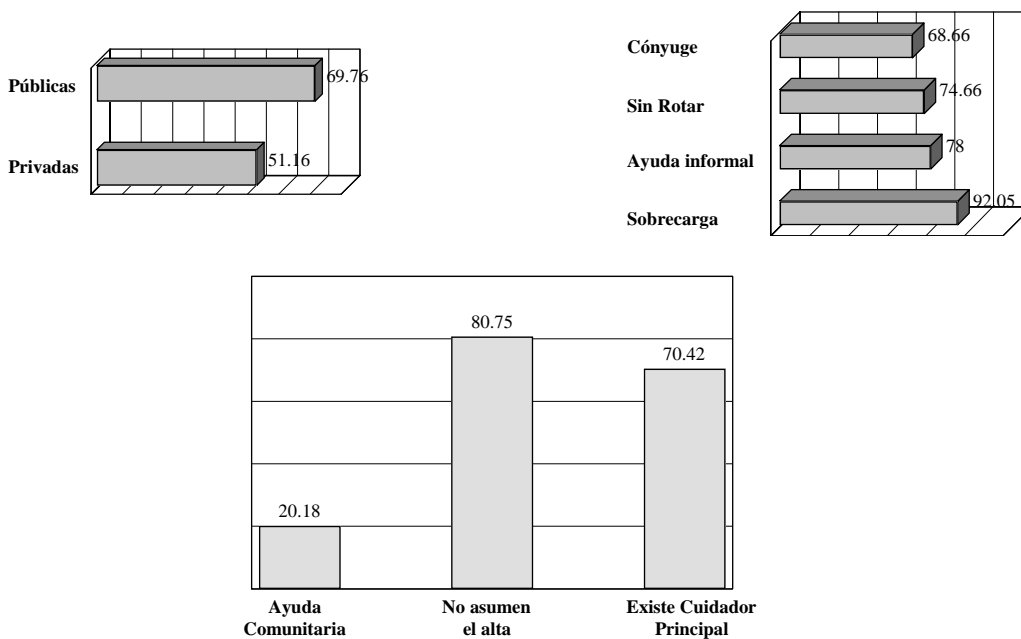


Figura 4.3.2.2.- Aspectos Sociales en el grupo Anciano, N=142:

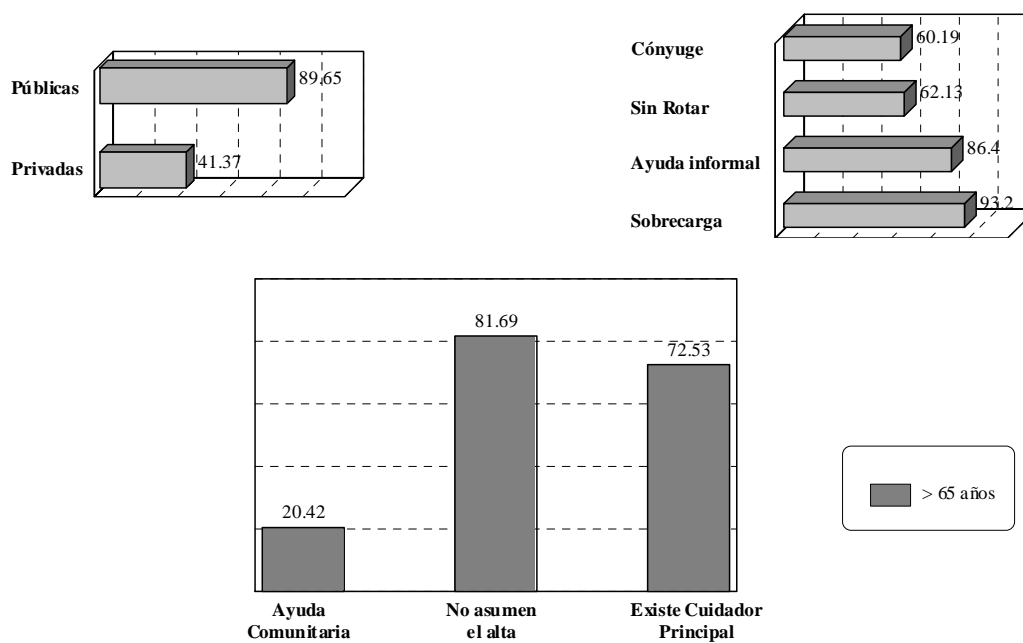
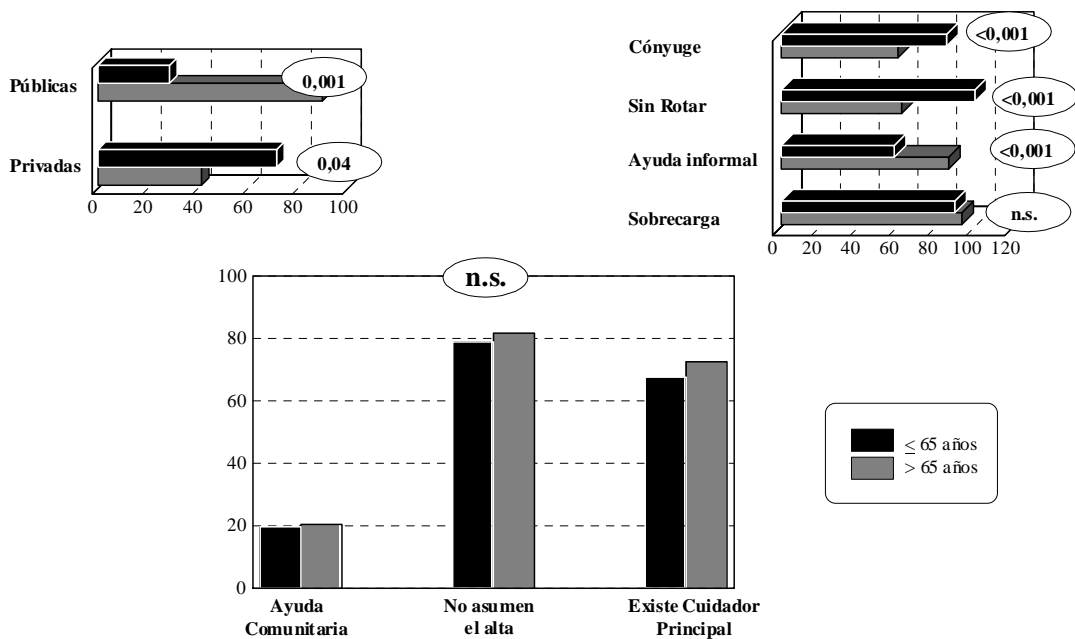


Figura 4.3.2.3.- Aspectos Sociales, comparación grupo Adulto no Anciano (N=71) y grupo Anciano (N=142):



4.4.- Terapéutica en el control de síntomas

En este apartado se recogen los resultados de los tratamientos de uso habitual en cuidados paliativos, como son el uso de fármacos opioides, de la vía subcutánea y por último de sedación terminal.

4.4.1.- Frecuencia del uso de los fármacos opioides:

Comentar que la frecuencia total del uso de opioides presentadas en las tablas no coinciden con la suma de los diferentes opioides utilizados. Esto es debido a que en un mismo paciente con frecuencia se cambia de un opioide a otro según respuesta a tratamiento. Por ejemplo, si no se controla el dolor con tramadol se pasa al siguiente escalón de opioide mayor, morfina y en este caso práctico, la frecuencia de uso de opioide es la misma, pero cambiaría la del uso de tramadol y la del uso de morfina respectivamente.

En este apartado a su vez se presentan los siguientes resultados:

- a) Frecuencia del uso e indicación de los fármacos opioides.

- b) Dosis medias utilizadas de los fármacos opioides.

A) Los fármacos opioides presentan las principales indicaciones en enfermos oncológicos terminales en el control del dolor, de la disnea, de la tos persistente, de la diarrea y por último en la sedación terminal. Este último punto será desarrollado más específicamente en el apartado correspondiente (4.4.3.). La morfina es uno de los fármacos que más frecuente suele estar presente en la sedación terminal de un paciente oncológico ya sea bien porque el paciente lo venía utilizando para controlar el síntoma correspondiente, bien porque se ha introducido en la agonía para el control de algún síntom o por último ya sea con la intención propia de sedación terminal del paciente. En este apartado solo se va reflejar cuando la morfina es el único fármaco utilizado en la sedación terminal del paciente.

En nuestra serie, tabla 4.4.1.1. y figura 4.4.1.1., la principal indicación como era de esperar es el dolor (72,76%), seguido de la disnea (23,94%), de la tos (4,69), de la diarrea (2,34%) y en último término de la sedación terminal (0,93%). En **el grupo anciano**, tabla 4.4.1.1. y figura 4.4.1.2., aparecen frecuencias semejantes, y **comparándolas con el grupo Adulto no anciano**, tabla 4.4.1.1. y figura 4.4.1.3., no hay diferencias estadísticamente significativas. Destacar que en el caso de la sedación terminal se usó dos veces la morfina como único fármaco, una vez para sedación terminal en un paciente adulto-joven agónico y sin control del dolor, y otra vez en un paciente anciano agónico y sin control de la disnea.

Tabla 4.4.1.1.-Comparación Anciano-Adulto no anciano de la indicación del uso de opioides:

Muestra	≤ 65 años	> 65 años	P
N= 213	N= 71	N=142	

Dolor	155 (72,76%)	54 (76,05%)	101 (71,12%)	0,54
Disnea	51 (23,94%)	13 (18,30%)	38 (26,76%)	0,23
Tos	10 (4,69%)	4 (5,63%)	6 (4,22%)	0,43
Diarrea	5 (2,34%)	4 (5,63%)	6 (4,22%)	0,87
Sedación terminal	2 (0,93)	1 (1,40%)	1 (0,70%)	0,80

Figura 4.4.1.1.- Frecuencia de indicaciones del uso de fármacos opioides en la muestra a estudio, N=213:

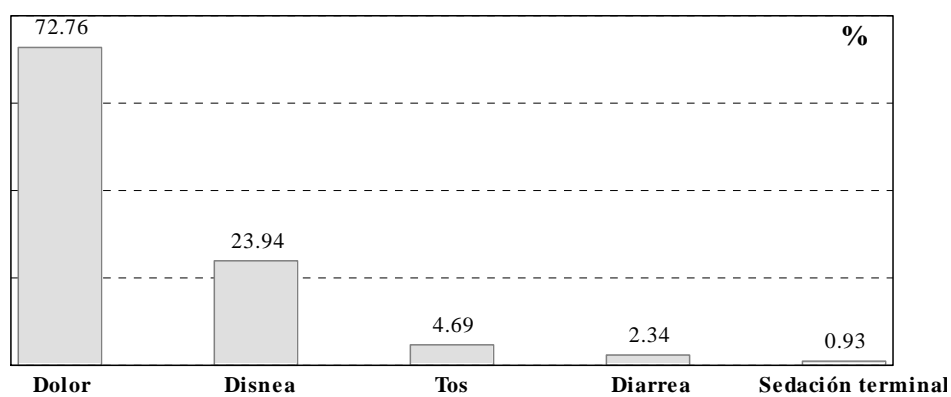


Figura 4.4.1.2.- Frecuencia de indicaciones del uso de fármacos opioides en el grupo Anciano, N=142:

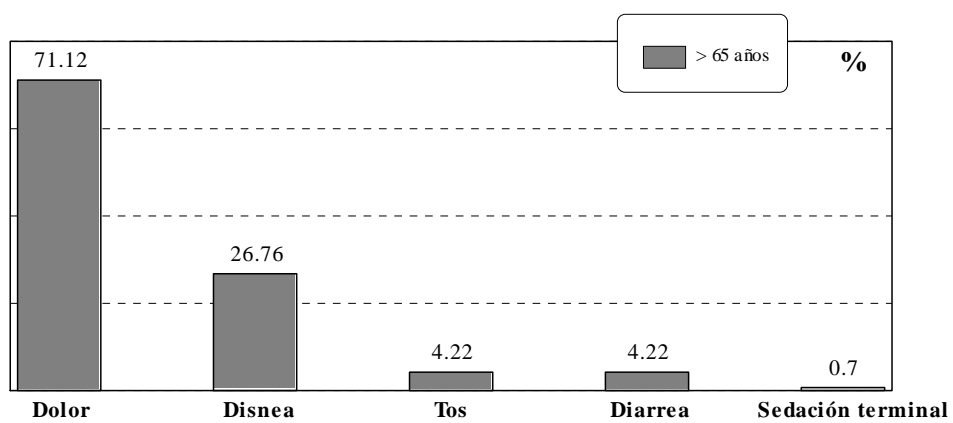
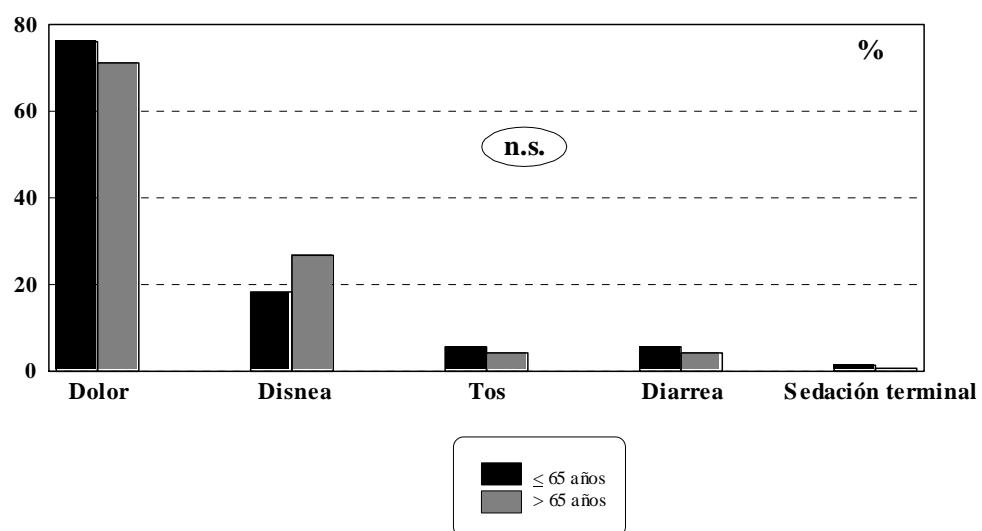


Figura 4.4.1.3.- Comparación de la frecuencia de indicaciones del uso de fármacos opioides entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):

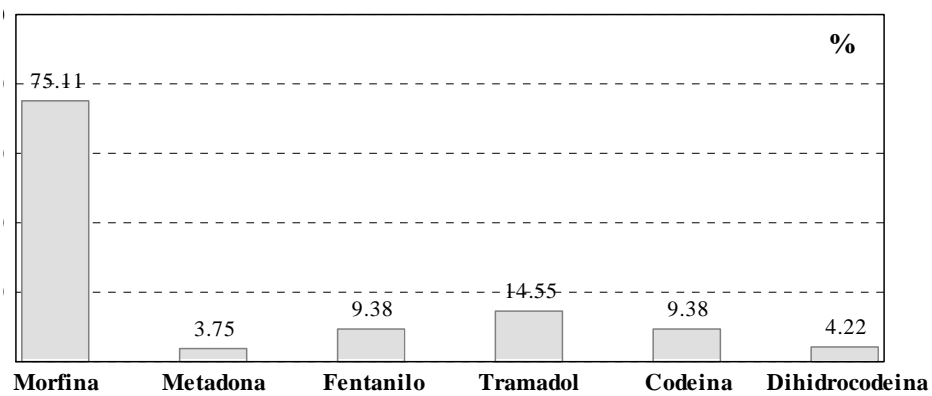


Con respecto a la frecuencia del uso de los diferentes fármacos opioides, tabla 4.4.1.2. y figura 4.4.1.4., el opioide más utilizado es la morfina (75,11%), seguido del tramadol (14,55%) y de la codeina y el fentanilo (ambos 9,38%).

Tabla 4.4.1.2.-Frecuencia del uso de fármacos opioides en la muestra a estudio:

	Total
	N= 213
Opioides	187 (87,79%)
Morfina	160 (75,11%)
Metadona	8 (3,75%)
Fentanilo	20 (9,38%)
Tramadol	31 (14,55%)
Codeina	20 (9,38%)
Dihidrocodeina	9 (4,22%)

Figura 4.4.1.4.- Frecuencia del uso de los diferentes fármacos opioides en la muestra a estudio, N=213:

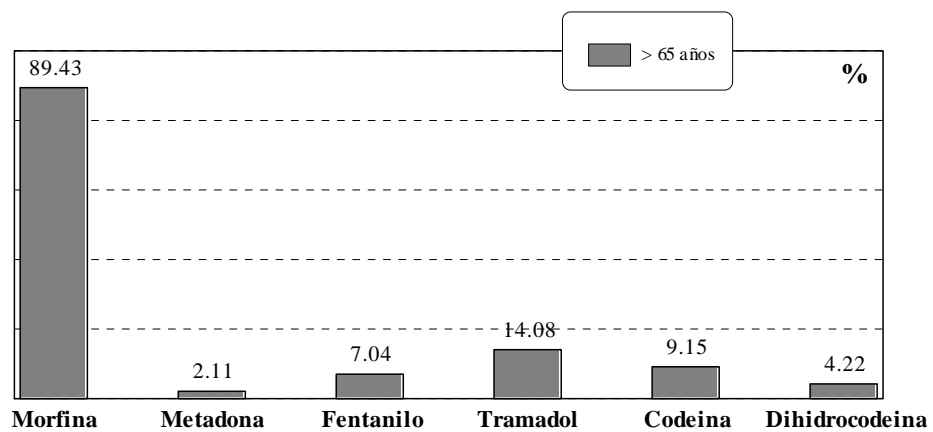


En el grupo anciano, tabla 4.4.1.3. y figura 4.4.1.5., los resultados son semejantes, la morfina sigue siendo el opioide más utilizado (78,87%), pero presenta un menor uso de la metadona (1,40%) y del fentanilo (7,04%).

Tabla 4.4.1.3.- Frecuencia del uso de fármacos opioides en el grupo Anciano:

	> 65 años
	N= 142
Opioides	127 (89,43%)
Morfina	112 (78,87%)
Metadona	3 (2,11%)
Fentanilo	10 (7,04%)
Tramadol	20 (14,08%)
Codeina	13 (9,15%)
Dihidrocodeina	6 (4,22%)

Figura 4.4.1.5.- Frecuencia del uso de los diferentes fármacos opioides en el grupo Anciano, N=142:

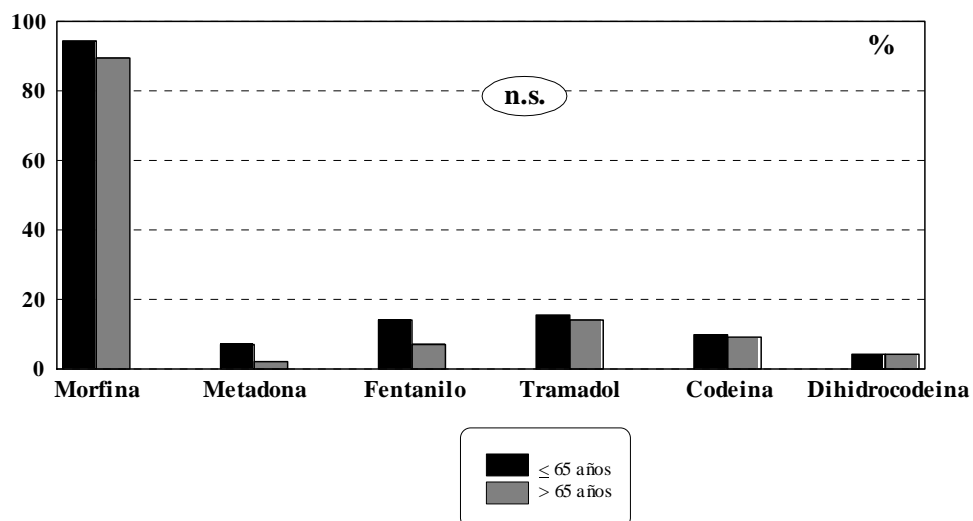


Comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano, no hay diferencias estadísticamente significativas, a pesar de que se sigue conservando lo dicho anteriormente de una menor frecuencia de uso en el anciano del fentanilo y de la metadona (tabla 4.4.1.4. y figura 4.4.1.6.).

Tabla 4.4.1.4.-Comparación Anciano-Adulto no anciano del uso de fármacos opioides:

	Muestra	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
	N= 213	N= 71	N=142	
Opioides	187 (87,79%)	67 (94,36%)	127 (89,43%)	0,42
Morfina	160 (75,11%)	48 (67,60%)	112 (78,87%)	0,12
Metadona	8 (3,75%)	5 (7,04%)	3 (2,11%)	0,16
Fentanilo	20 (9,38%)	10 (14,08%)	10 (7,04%)	0,21
Tramadol	31 (14,55%)	11 (15,49%)	20 (14,08%)	0,96
Codeina	20 (9,38%)	7 (9,85%)	13 (9,15%)	0,93
Dihidrocodeina	9 (4,22%)	3 (4,22%)	6 (4,22%)	0,71

Figura 4.4.1.6.- Comparación de la frecuencia del uso de los diferentes fármacos opioides entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):



B) Con respecto a la dosis media de los fármacos opioides usados, los resultados están expuestos en la tabla 4.4.1.5. En la misma tabla están expuestos los resultados con respecto al grupo Anciano, y la comparación del grupo Adulto no anciano con el grupo Anciano. Como se puede observar no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad, excepto que el anciano ha usado una menor dosis de metadona (7,12 +/- 3,01 vs 89,73 +/- 12,43, $p < 0,001$). Destacar que aunque no hay nivel de significación, el anciano ha tendido a usar una menor dosis que el adulto no anciano en el resto de los opioides (morfina, fentanilo, tramadol, codeina).

Tabla 4.4.1.5.-Comparación del grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano de la dosis de fármacos opioides:

	Muestra N= 213	≤ 65 años N= 71	> 65 años N=142	Valor de p
Morfina	212,74 +/- 377,84	260,46 +/- 504,76	179,46 +/- 192,31	0,98
Metadona	43,12 +/- 30,24	89,73 +/- 12,43	7,12 +/- 3,01	< 0,001
Fentanilo	74,24 +/- 52,34	81,84 +/- 59,29	69,78 +/- 25,23	0,10
Tramadol	161,12 +/- 43,42	169,11 +/- 74,62	159,87 +/- 32,23	0,32
Codeina	127,08 +/- 78,62	139,02 +/- 80,73	124,12 +/- 73,53	0,17
Dihidrocodeina	70,01 +/- 134,12	72,27 +/- 87,69	68,28 +/- 104,12	0,78

4.4.2.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea:

Los datos referidos a la muestra vienen reflejados en la tabla 4.4.2.1. y figura 4.4.2.1. Resaltar lo ya comentado desde el punto de vista metodológico que la indicación del uso de la vía subcutánea se registró en tres apartados:

- 1.- Indicación en pacientes en situación de agonía.
- 2.- Control de síntomas en paciente que no estaba en situación de agonía.
- 3.- Coincidencia de las dos indicaciones , es decir en un principio se indicó para el control del síntoma pasando posteriormente el paciente a situación agónica.

En dicha tabla se observa una alta frecuencia de uso de vía subcutánea (71,83%) y aunque el uso fundamental de la vía subcutánea va a ser en los últimos días previos a la muerte (situación agónica 38,02%) , el control de síntomas (sin contar situación agónica) presenta una frecuencia alta de hasta un 33,80%. El número medio de vías ha sido intermedio, de cerca de 2 vías por paciente, con una vida media también corta de alrededor de dos días. Ha habido pocas complicaciones (17,37%), destacando entre ellas la extracción (56,75% de todas las complicaciones) por parte del paciente o durante alguna maniobra de cuidado de enfermería, y la induración/tumefacción (48,64% de todas las compliaciones).

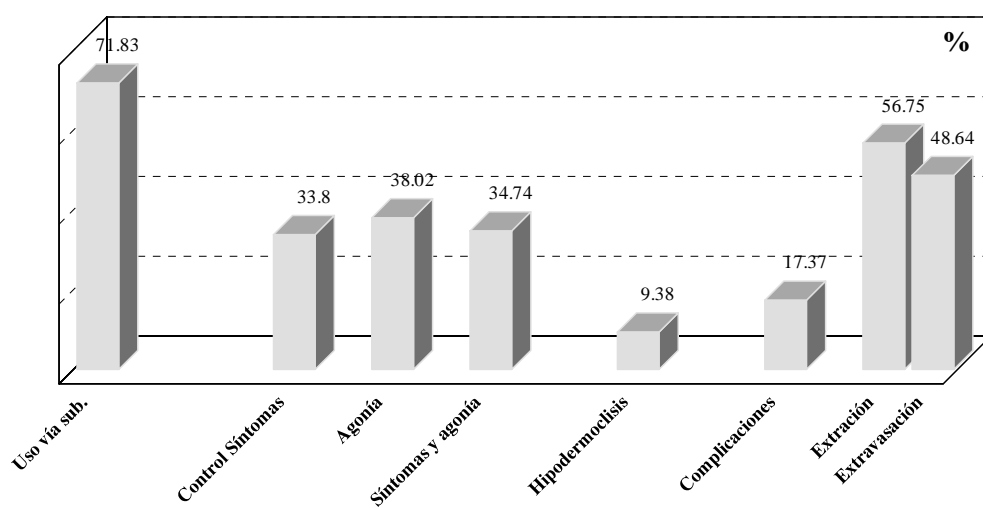
Tabla 4.4.2.1.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea en la muestra a estudio:

	Total
	N= 213
Vía subcutánea	153 (71,83%)
Indicación para Control Síntomas*	72 (33,80%)
Indicación para situación de Agonía*	81 (38,02%)
Indicación Control Síntomas y Agonía*	57 (34,74%)
Nº de vías subcutáneas	1,78 +/- 1,82
Vida media de la vía subcutánea	2,16 +/- 2,52
Nº medio fármacos administrados	1,47 +/- 1,32
Administración en bolo	131 (61,50%)
Administración en bomba	22 (10,32%)
Complicaciones de la vía subc.	37 (17,37%)
Hemorragia ^f	4 (10,81%)
No permeabilidad ^f	4 (10,81%)
Extracción ^Y	21 (56,75%)
Induración/Tumefacción ^f	18 (48,64%)
Infección Local ^f	2 (5,40%)
Hipodermocclisis	20 (9,38%)
Mililitros en 24 horas	998,28 +/- 187,5

*Referido a: Control de síntomas: aquellos pacientes que no se encuentran en situación de agonía. Situación de agonía: pacientes independientemente del control de síntomas o no, que se encuentren en situación agónica. Control de síntomas más agonía: aquellos pacientes que en un principio estuvo

indicada para control de síntomas pero que luego entran en situación agónica. ^f Porcentajes referidos al total de las complicaciones.

Figura 4.4.2.1.- Frecuencias del uso de la vía subcutánea en la muestra a estudio, N=213:



Referente **al grupo Anciano**, tabla 4.4.2.2. y figura 4.4.2.2., los datos son prácticamente semejantes a la muestra, destacando una menor frecuencia de complicaciones (15,49%) debidas sobre todo a extracción (58,82% de todas las complicaciones) y un menor número de vías subcutáneas (1,59 +/- 1,61) con una menor vida media (1,91 +/- 2,26 días).

Comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano, tabla 4.4.2.3. y figura 4.4.2.3, el uso de la vía subcutánea en el paciente anciano con enfermedad oncológica en fase terminal ingresado en nuestra unidad, no presenta diferencias estadísticamente significativa con respecto al Adulto no anciano. Resaltar que en nuestra serie en el uso de la vía subcutánea en el anciano, con respecto al adulto no anciano, aunque sin alcanzar nivel de significación, presenta una menor frecuencia de complicaciones (15,49% vs 23,94%, n.s.).

Figura 4.4.2.2.- Frecuencias del uso de la vía subcutánea en el grupo Anciano, N=142:

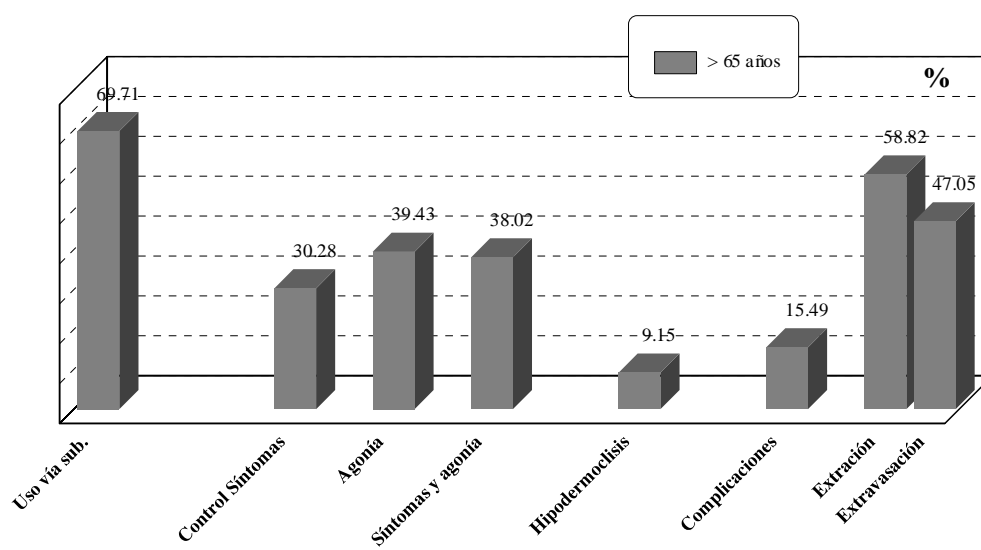


Tabla 4.4.2.2.- Uso de la vía subcutánea en el Grupo Anciano:

	> 65 años
	N=142
Vía subcutánea	99 (69,71%)
Indicación para Control Síntomas*	43 (30,28%)
Indicación para Agonía*	56 (39,43%)
Indicación Control de Síntomas y Agonía*	54 (38,02%)
Nº de vías subcutáneas	1,59 +/- 1,61
Vida media de la vía subcutánea	1,91 +/- 2,26
Nº medio fármacos administrados	1,47 +/- 1,37
Administración en bolo	86 (60,56%)
Administración en bomba	13 (9,15%)
Complicaciones de la vía subcutánea	22 (15,49%)
Hemorragia ^f	2 (11,76%)
No permeabilidad ^f	2 (11,76%)
Extracción ^f	10 (58,82%)
Induración/Tumefacción ^f	8 (47,05%)
Infección Local ^f	1 (5,88%)
Hipodermoclisis	13 (9,15%)
Mililitros en 24 horas	1025,78 +/- 250,25

*Referido a: Control de síntomas: aquellos pacientes que no se encuentran en situación de agonía. Situación de agonía: pacientes independientemente del control de síntomas o no, que se encuentren en situación agónica. Control de síntomas más agonía: aquellos pacientes que en un principio estuvo indicada para control de síntomas pero que luego entran en situación agónica. ^fPorcentajes referidos al total de las complicaciones.

Figura 4.4.2.3.- Comparación de las frecuencias del uso de la vía subcutánea entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):

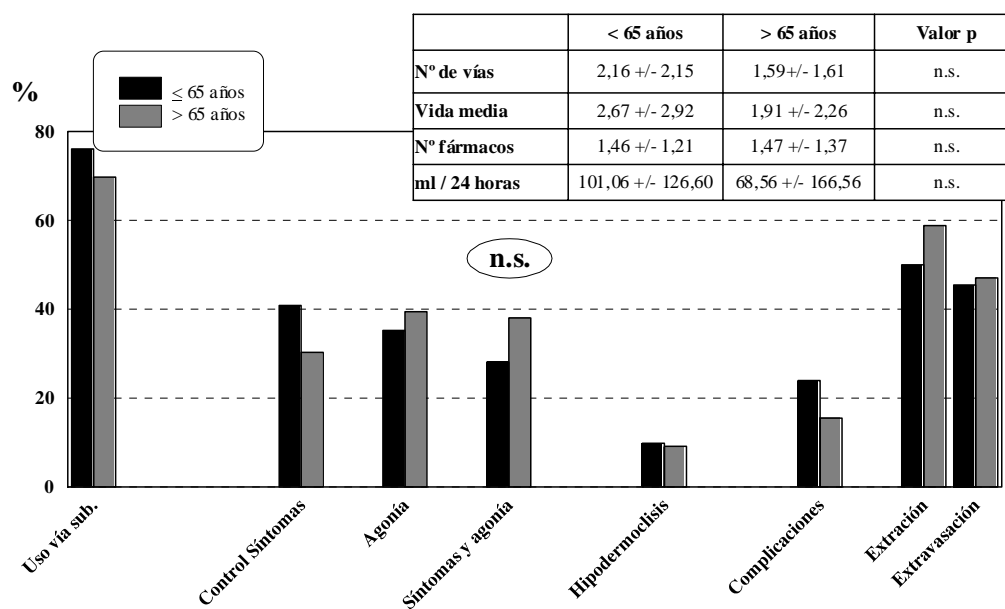


Tabla 4.4.2.3.- Comparación del Grupo Anciano y del Grupo Adulto no anciano en la frecuencia del uso de la vía subcutánea:

	Muestra N= 213	≤ 65 años N= 71	> 65 años N=142	Valor p
Vía subcutánea	153 (71,83%)	54 (76,05%)	99 (69,71%)	0,41
Indicación para Control Síntomas*	72 (33,80%)	29 (40,84%)	43 (30,28%)	0,16
Indicación para Agonía*	81 (38,02%)	25 (35,21%)	56 (39,43%)	0,65
Indicación Control más agonía *	57 (34,74%)	20 (28,10%)	54 (38,02%)	0,20
Nº de vías subcutáneas	1,78 +/- 1,82	2,16 +/- 2,15	1,59 +/- 1,61	0,05
Vida media de la vía subcutánea	2,16 +/- 2,52	2,67 +/- 2,92	1,91 +/- 2,26	0,05
Nº medio fármacos administrados	1,47 +/- 1,32	1,46 +/- 1,21	1,47 +/- 1,37	0,95
Administración en bolo	131 (61,50%)	45 (63,38%)	86 (60,56%)	0,80
Administración en bomba	22 (10,32%)	9 (12,67%)	13 (9,15%)	0,57
Complicaciones de la vía subc.	37 (17,37%)	17 (23,94%)	22 (15,49%)	0,18
Hemorragia ^f	4 (10,81%)	2 (9,09%)	2 (11,76%)	0,85
No permeabilidad ^f	4 (10,81%)	2 (9,09%)	2 (11,76%)	0,85
Extracción ^f	21 (56,75%)	11 (50%)	10 (58,82%)	0,08
Induración/Tumefacción ^f	18 (48,64%)	10 (45,45%)	8 (47,05%)	0,06
Infección Local ^f	2 (5,40%)	1 (4,54%)	1 (5,88%)	0,80
Hipodermoclisis	20 (9,38%)	7 (9,85%)	13 (9,15%)	0,93
Mililitros en 24 horas	998,28+/-187,57	985,27+/-125,82	1025,78+/-250,25	0,11

^{*}Referido a: Control de síntomas: aquellos pacientes que no se encuentran en situación de agonía. Situación de agonía: pacientes independientemente del control de síntomas o no, que se encuentren en situación agónica. Control de síntomas más agonía: aquellos pacientes que en un principio estuvo indicada para control de síntomas pero que luego entran en situación agónica. ^fPorcentajes referidos al total de las complicaciones.

4.4.3.- Frecuencia de la sedación terminal

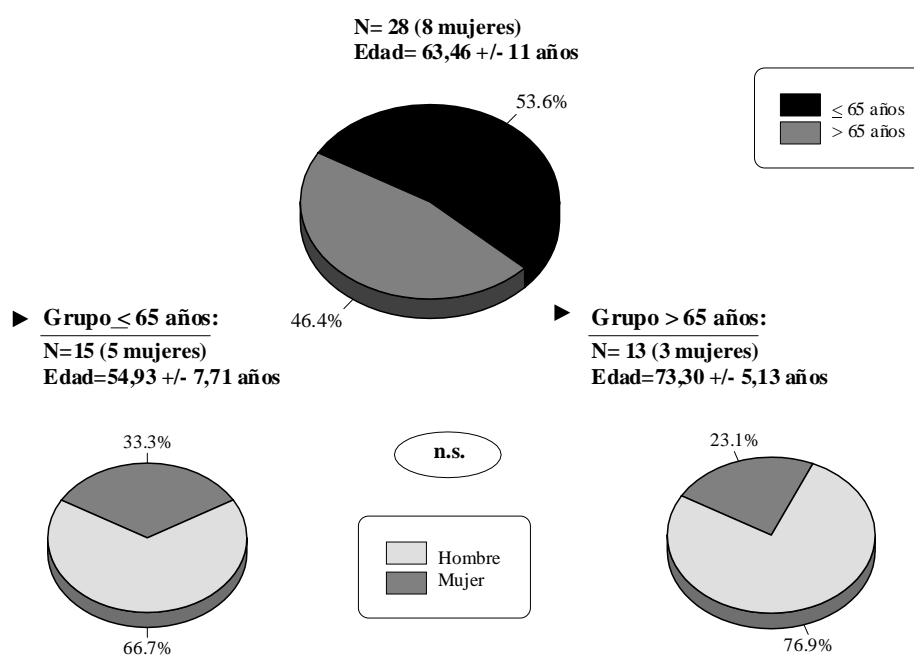
La sedación terminal es una de las herramientas de uso relativamente frecuente tanto en el medio domiciliario como en el medio hospitalario, y de indicación en cuidados paliativos para el control de un determinado síntoma ante un paciente próximo al deceso. Por ello es uno de los apartados independientes a analizar y a estudiar en nuestra serie hospitalaria.

La submuestra resultante a estudio, tabla 4.4.3.1 y figura 4.4.3.1, es de 28 pacientes, edad media de 63,46 +/- 11 años, rango años, presentando un mayor porcentaje de hombres con respecto a mujeres (71,42% vs 28,58%). El grupo Anciano (pacientes mayores de 65 años) está constituido por 13 pacientes (46,42%), de edad media 73,30 +/- 5,13 años, con una mayor frecuencia también de hombres con respecto a mujeres (76,92% vs 23,07%). Con respecto al grupo Adulto no anciano (menor o igual de 65 años), el grupo está formado por 15 pacientes (53,57%), de edad media 54,93 +/- 7,71 años, e igualmente que en el grupo anterior, existe un predominio de hombres con respecto a mujeres (66,66% vs 33,33%).

Tabla 4.4.3.1.- Edad y sexo de los pacientes en los que se ha usado sedación terminal:

	Total	≤ 65 años	> 65 años	Valor de p
N:	28	15 (53,71%)	13 (46,42%)	
Edad	63,46 +/- 12,15	54,93 +/- 7,71	73,30 +/- 5,13	
Sexo Masculino	20 (71,42%)	10 (66,66%)	10 (76,92%)	0,85
Sexo femenino	8 (28,57%)	5 (33,33%)	3 (23,07%)	

Figura 4.4.3.1.- Muestra a estudio de sedacion terminal, N=28:



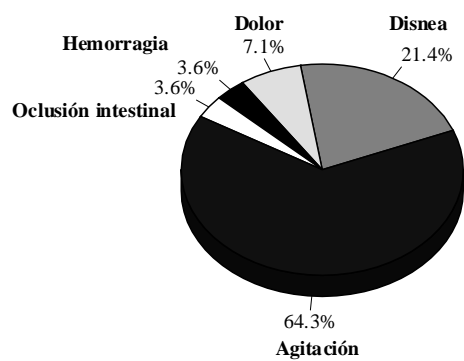
Los resultados se exponen en el siguiente orden: a) frecuencia de indicación de sedación terminal, b) Frecuencia de fármacos, dosis y vías usados en la sedación terminal, y c) análisis de los factores asociados a la sedación.

A) La frecuencia de indicación de sedación terminal de la muestra a estudio viene recogida en la tabla 4.4.3.2. y en la figura 4.3.2. En la muestra la principal indicación es la agitación, 18 pacientes (64,28%), seguido de disnea, 6 pacientes (21,42%), de dolor, 2 pacientes (7,14%), y de hemorragia masiva y de oclusión intestinal, ambos con un paciente cada uno (3,57%).

Tabla 4.4.3.2.- Frecuencia de indicación de Sedación Terminal de la muestra a estudio:

	Total
	N=28
Indicación por Agitación	18 (64,28%)
Indicación por Disnea	6 (21,42%)
Indicación por Dolor	2 (7,14%)
Indicación por Hemorragia Masiva	1 (3,57%)
Indicación por Oclusión Intestinal	1 (3,57%)

Figura 4.4.3.2.- Frecuencia de indicación de sedación terminal, características de la muestra a estudio, N=28:

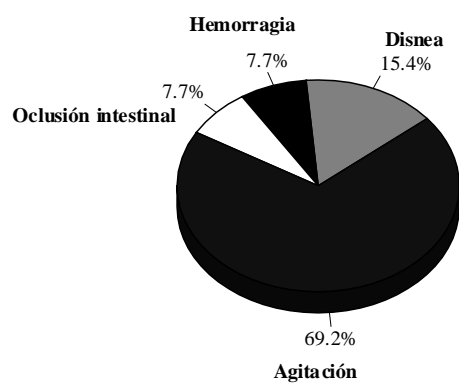


En el grupo Anciano , tabla 4.4.3.3. y figura 4.4.3.3., la frecuencia de indicación de sedación terminal de la muestra a estudio es muy similar a la muestra, siendo la agitación la primera causa, 9 pacientes (69,23%), seguido de la disnea, 2 pacientes (15,38%), y en último término un caso cada uno de hemorragia masiva y de oclusión intestinal (7,69% cada uno).

Tabla 4.4.3.3.- Frecuencia de indicación de Sedación Terminal del grupo Anciano:

	Total
	N=13
Indicación por Agitación	9 (69,23%)
Indicación por Disnea	2 (15,38%)
Indicación por Dolor	0
Indicación por Hemorragia Masiva	1 (7,69%)
Indicación por Oclusión Intestinal	1 (7,69%)

Figura 4.4.3.3.- Frecuencia de indicación de sedación terminal del grupo Anciano, N= 13:

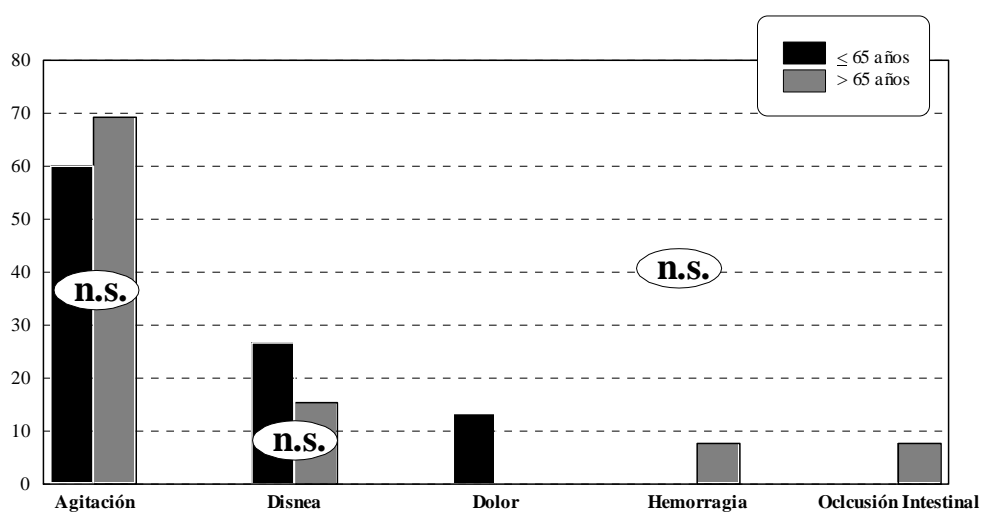


Comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano, tabla 4.4.3.4. y figura 4.4.3.4., no aparecen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la indicación de sedación terminal. En el caso del anciano no hay ningún caso de indicación de sedación por dolor, y en el caso del adulto no anciano los casos que han provocado sedación han sido el delirium agitado y el dolor.

Tabla 4.4.3.4.- Comparación del grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano en la frecuencia de indicación de sedación terminal:

	Muestra N= 28	≤ 65 años N= 15	> 65 años N=13	Valor p
Agitación	18 (64,28%)	9 (60%)	9 (69,23%)	0,74
Disnea	6 (21,42%)	4 (26,66%)	2 (15,38%)	0,79
Dolor	2 (7,14%)	2 (13,33%)	0	0,27
Hemorragia Masiva	1 (3,57%)	0	1 (7,69%)	0,46
Oclusión Intestinal	1 (3,57%)	0	1 (7,69%)	0,46

Figura 4.4.3.4.- Indicación de sedación terminal, comparación grupo Adulto no Anciano (N=15) y grupo Anciano (N=13):



B) Los resultados de la frecuencia de los fármacos utilizados, así como la dosis y la vía de administración con respecto a la muestra se encuentran expuestas en la tabla 4.4.3.5. El

midazolam es el fármaco utilizado (92,85% de los pacientes) mientras que la morfina solo se ha utilizado en dos pacientes (7,14%) con disnea y ambos con tratamiento previo con morfina. No obstante a pesar de que la morfina apenas se haya utilizado con la indicación de sedación terminal, aparece en casi todos los pacientes sedados (coexiste con el midazolam en 20 pacientes, 71,42%), debido a que la mayoría de los pacientes ya estaban tomando morfina previamente por alguna indicación en concreto. La vía de administración de la medicación para la sedación terminal ha sido la vía subcutánea (92,85%), excepto en dos casos en los que fue la vía intravenosa (7,14%). Las dosis medias (equivalentes orales) fueron de 36,27 +/- 20,12 mg/24 horas de midazolam y de 189,64 +/- 129,13 mg/24 horas de morfina.

Tabla 4.4.3.5.- Frecuencia de fármacos, dosis media y vía, usados la de Sedación Terminal de la muestra a estudio:

	Total
	N=28
Fármacos usados:	
Midazolam	26 (92,85%)
Morfina	2 (7,14%)
Coexistencia de otros fármacos con Midazolam:	
Morfina	20 (71,42%)
Haloperidol	18 (64,24%)
Buscapina	10 (35,71%)
Metoclopramida	6 (21,42%)
Dosis media (mg/24 horas):	
Midazolam	36,27 +/- 20,12
Morfina	189,64 +/- 129,13
Vías subcutánea de administración	26 (92,85%)
Vía intravenosa de administración	2 (7,14%)

En el grupo Anciano, tabla 4.4.3.6., el midazolam sigue siendo el fármaco más utilizado (92,30% de los pacientes) utilizándose la morfina solo en un paciente (7,69%) con disnea y ya con tratamiento previo con morfina. Igual que ocurre en la muestra, a pesar de que la morfina no se haya utilizado con la indicación de sedación terminal, coexiste con el midazolam en casi todos los pacientes, en 11 pacientes (84,61%). La vía subcutánea es la vía generalizada de administración (84,61%), excepto en los dos únicos casos de nuestra serie hospitalaria en los que fue la vía intravenosa (15,38%). Las dosis medias (equivalentes orales) fueron de 30,87 +/- 27,53 mg/24 horas de midazolam y de mg/24 horas de morfina.

Tabla 4.4.3.6.- Frecuencia de fármacos, dosis media y vía, usados en la Sedación Terminal del grupo Anciano:

	> 65 años
	N=13
Fármacos usados:	
Midazolam	12 (92,30%)
Morfina	1 (7,69%)
Coexistencia de otros fármacos con el Midazolam:	
Morfina	11 (84,61%)
Haloperidol	9 (69,23%)
Buscapina	4 (15,38%)
Metoclopramida	4 (15,38%)
Dosis media (mg/24 horas):	
Midazolam	30,87 +/- 27,53
Morfina	172
Vías subcutánea de administración	11 (84,61%)
Vía intravenosa de administración	2 (15,38%)

Comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano, tabla 4.4.3.7., no hay diferencias estadísticamente significativas, ni en el fármaco de elección para la sedación terminal, ni en la coexistencia de fármacos con el midazolam, ni en la dosis ni vía de administración de los fármacos utilizados en la sedación terminal.

Tabla 4.4.3.7.- Comparación del grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano en la frecuencia de fármacos, dosis media y vía, usados en la Sedación Terminal:

	Muestra N= 28	≤ 65 años N= 15	> 65 años N=13	Valor p
Fármacos				
Midazolam	26 (92,85%)	14 (93,33%)	12 (92,30%)	0,52
Morfina	2 (7,14%)	1 (6,66%)	1 (7,69%)	0,52
Coexistencia otros fármacos con midazolam:				
Morfina	20 (71,42%)	9 (60%)	11 (84,61%)	0,30
Haloperidol	18 (64,28%)	9 (60%)	9 (69,23%)	0,74
Hioscina	10 (35,71%)	6 (40%)	4 (15,38%)	0,91
Metoclopramida	6 (21,42%)	2 (26,66%)	4 (15,38%)	0,79
Dosis media (ml/24 horas):				
Midazolam	36,27 +/- 20,12	43,01 +/- 21,23	30,87 +/- 27,53	0,19
Morfina	186	210	172	
Vía subcutánea de administración	26 (92,85%)	15 (100%)	11 (84,61%)	0,20
Vía intravenosa de administración	2 (7,14%)	0	2 (15,38%)	0,44

C) En el análisis de las diferentes variables que pueden influir en la variable dependiente sedación terminal, comentar que el estudio no está diseñado para este tipo de análisis, con lo cual los datos deben de ser tomados con cautela y de forma orientativa. Estos datos han puesto en marcha un estudio prospectivo descriptivo en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos, para poder analizar de una forma más rigurosa los diversos factores que se asocian a la indicación de sedación terminal en un paciente con enfermedad oncológica en fase terminal.

Se han analizado todas las variables a estudio en cuanto a características geriátricas, frecuencia de síntomas, aspectos psicosociales, terapéuticas y uso de recursos. En las tablas y las figuras, solo se exponen los datos que consideramos más relevantes.

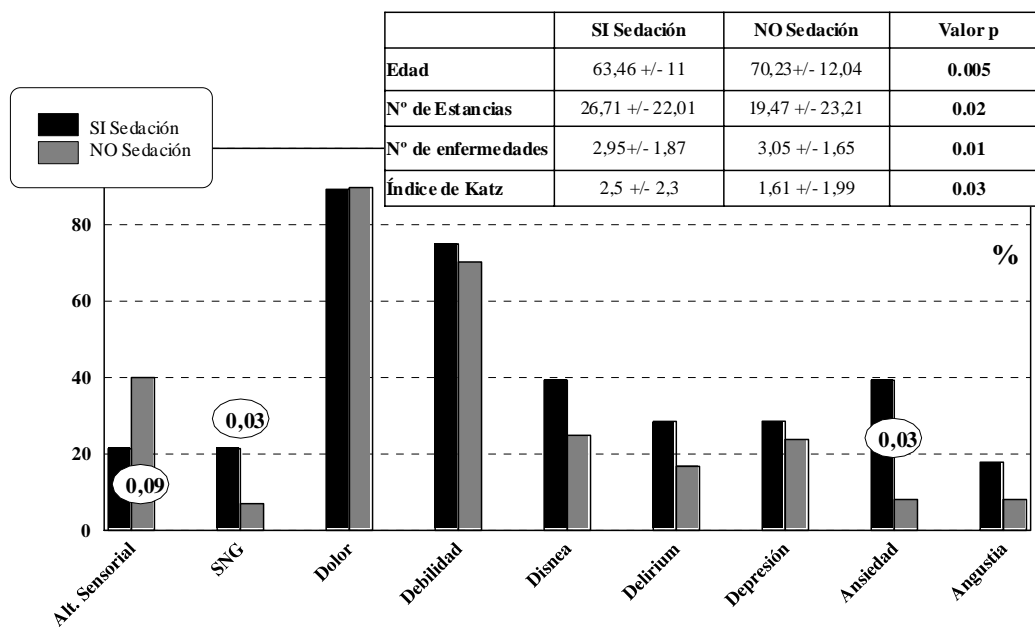
La tabla 4.4.3.8. y la figura 4.4.3.5, en el análisis bivariante, muestran que los factores asociados al uso de sedación terminal en nuestra serie han sido una edad media inferior, dentro del grupo Adulto no anciano (63,46 +/- 11 vs 70,23 +/- 12,04 años, $p=0,005$), una estancia media mayor, superior a la media (26,71 +/- 22,01 vs 19,47 +/- 23,21 días, $p=0,02$), un número de enfermedades mayor (2,21 +/- 1,87 vs 3,05 +/- 1,65, $p=0,01$), un peor índice de Katz al ingreso con dependencia en casi tres actividades de la vida diaria (2,5 +/- 2,3 vs 1,61 +/- 1,99, $p=0,03$), uso de SNG al ingreso (21,42% vs 7,02%, $p=0,03$), y por último presencia de Ansiedad al ingreso hospitalario (39,28% vs 19,45%, $p=0,03$).

Tabla 4.4.3.8.- Análisis de las variables relacionados con el uso de sedación terminal de la muestra a estudio (*):

	Muestra N=213	Sedación SI N= 28	Sedación NO N= 185	Valor de p
Edad	69,35 +/- 12,15	63,46 +/- 11	70,23 +/- 12,04	0,005
Sexo masculino	123 (57,74%)	20 (71,42%)	103 (55,67%)	0,17
Nº de Estancias	21,47 +/- 25,32	26,71 +/- 22,01	19,47 +/- 23,21	0,02
Nº de Enfermedades	2,95 +/- 1,70	2,21 +/- 1,87	3,05 +/- 1,65	0,01
Nº de Fármacos	6,72 +/- 3,17	6,02 +/- 4,9	6,85 +/- 4,39	0,35
Índice de Katz	1,68 +/- 2,04	2,5 +/- 2,3	1,61 +/- 1,99	0,03
Alteraciones sensoriales	80 (37,55%)	6 (21,42%)	74 (40%)	0,09
SNG	19 (8,92%)	6 (21,42%)	13 (7,02%)	0,03
No conoce el diagnóstico	78 (36,61%)	12 (42,85%)	66 (35,67%)	0,24
Conspiración del silencio	106 (49,76%)	11 (39,28%)	95 (51,35%)	0,59
Nº de Síntomas	7,68 +/- 1,77	7,78 +/- 1,83	7,47 +/- 1,07	0,57
Dolor	159 (74,64%)	25 (89,28%)	166 (89,72%)	0,97
Debilidad	151 (70,89%)	21 (75%)	130 (70,27%)	0,77
Disnea	53 (24,88%)	11 (39,28%)	46 (24,86%)	0,16
Sdr. Conf. Agudo	39 (18,30%)	8 (28,57%)	31 (16,75%)	0,21
Depresión	50 (23,47%)	8 (28,57%)	44 (23,78%)	0,75
Ansiedad	128 (60,09%)	11 (39,28%)	36 (19,45%)	0,03
Angustia	20 (9,38%)	5 (17,85%)	15 (8,10%)	0,19
Insomnio	92 (43,19%)	16 (57,14%)	93 (50,27%)	0,63

*Todos las variables de la tabla se refieren siempre al momento del ingreso hospitalario.

Figura 4.4.3.5.- Variables asociadas a la indicación de sedación terminal, N: 213:



Realizando un modelo de regresión múltiple logística, tipo condicional, (tabla 4.4.3.9.) solo las variables sonda nasogástrica y ansiedad se mantienen como independientes con Odds Ratios de 3,18 (1,11-9,08) y 5,53 (1,36-22,48).

Tabla 4.4.3.9.- Regresión múltiple logística en el análisis de variables asociadas al uso de sedación terminal:

	Muestra	Sedación SI	Sedación NO	Valor de p	OR
	N=213	N= 28	N= 185		
Edad	69,35 +/- 12,15	63,46 +/- 11	70,23 +/- 12,04	0,30	0,59(0,21-1,64)
Estancia	21,47 +/- 25,32	26,71 +/- 22,01	19,47 +/- 23,21	0,24	0,99(0,97-1,01)
Nº de enfermedades	2,95 +/- 1,70	2,21 +/- 1,87	3,05 +/- 1,65	0,45	1,31(0,57-3,45)
Katz	1,68 +/- 2,04	2,5 +/- 2,3	1,61 +/- 1,99	0,36	0,90(0,71-1,13)
SNG	19 (8,92%)	6 (21,42%)	13 (7,02%)	0,01	5,53(1,36-22,4)
Ansiedad	128 (60,09%)	11 (39,28%)	36 (19,45%)	0,03	3,18(1,11-9,08)

4.5.- Uso de Recursos:

El último apartado a presentar son los datos referidos a uso de los diferentes recursos hospitalarios con los que suele contar un hospital de perfil sociosanitario. Se recogen en tres puntos: a) Datos funcionales de la unidad y de tipología de pacientes, b) consumo de recursos propios del hospital (exploraciones complementarios y fisioterapia-terapia ocupacional), c) análisis del coste.

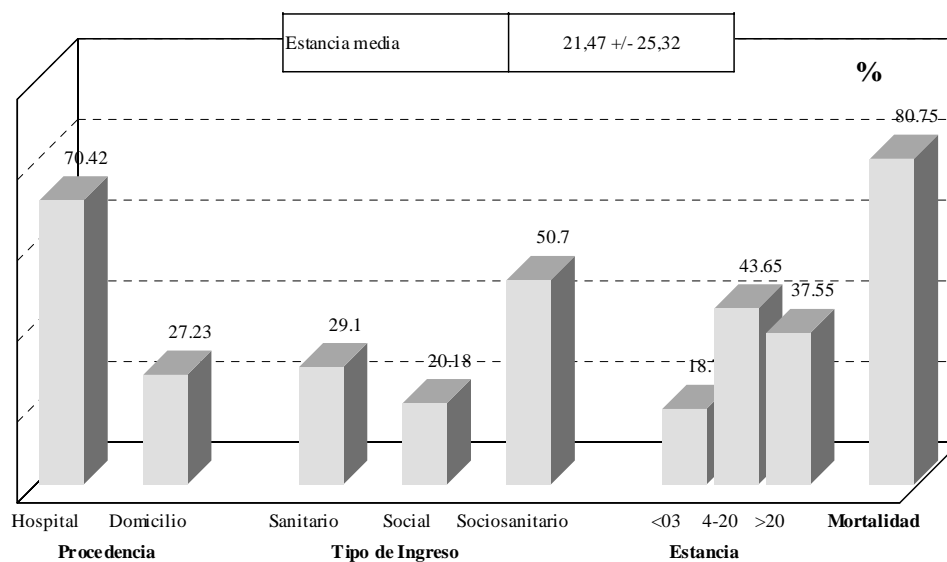
Destacar que en las exploraciones complementarias se han recogido tanto las propias que se pueden realizar en el hospital (hemograma, bioquímica, gasometrías, urocultivos, y radiografías de tórax, de abdomen, y óseas) como las que se realizan en hospitales concertados de referencia (serologías y cultivos diferentes a urocultivos, o cualquier otra exploración complementaria de laboratorio, se realizan en el Hospital Universitario General Gregorio Marañón, remitiendo la muestra sin necesidad de remitir al paciente). El resto de radioimagen (TAC, resonancias, ecografías, etc) se realiza trasladando el paciente al Hospital Fundación de Alcorcón, y cuando se necesita de una intervención de otros médicos especialistas (oncólogo, radioterapia, cirugía, etc) se traslada al paciente al Hospital de procedencia del enfermo.

La tabla 4.5.1., muestra las diferentes variables analizadas en nuestra serie de un total de 231 ingresos, en cuanto a datos funcionales y tipología de enfermos de nuestra Unidad. La unidad presenta datos funcionales típicos sociosanitarios, así es utilizada preferentemente por el grupo Anciano (66,66% vs 33,33%), con una estancia media de 21,47 +/- 25,32 días, con causas de ingreso preferentemente de perfil sociosanitario (50,70%), con una alta procedencia de unidades de agudos hospitalarias (70,4%). La tipología de enfermos es mixta, predominando por un lado los pacientes “complejos agudos” (62,45%), estancia considerada menor de 20 días y mayor de 4 días, y por el otro lado los “crónicos” de cuidados paliativos con estancia mayor de 20 días (37,55%). Hay un grupo de pacientes, pequeño pero importante de pacientes agudos que ingresan en situación de agonía (6,57%). La mortalidad en la Unidad es alta, de 80% de pacientes, los que define igualmente la característica sociosanitaria de los pacientes en cuanto a lugar de la muerte hospitalaria por dificultad de cuidados por parte de la familia en el domicilio.

Tabla 4.5.1.- Datos funcionales y de tipología de pacientes de la muestra a estudio:

N=213	
Grupo Anciano	142 (66,66%)
Sexo Masculino	123 (57,74%)
Estancia media	21,47 +/- 25,32
Estancias:	
≤ 3 días	40 (18,77%)
4-10 días	52 (24,41%)
11-20 días	41 (19,24%)
> 20 días	80 (37,55%)
Motivo ingreso:	
Sanitario	62 (29,10%)
Social	43 (20,18%)
Sociosanitario	108 (50,70%)
Procedencia:	
Hospital de Agudos	150 (70,42%)
Domicilio	58 (27,23%)
Residencia	5 (2,34%)
Destino al alta:	
Exitus Hospital	172 (80,75%)
Domicilio	33 (15,49%)
Residencia	3 (2,11%)
Traslado Hospital	5 (2,34%)

Figura 4.5.1.- Frecuencias de funcionalidad y de tipología de pacientes de la muestra a estudio, N=213:

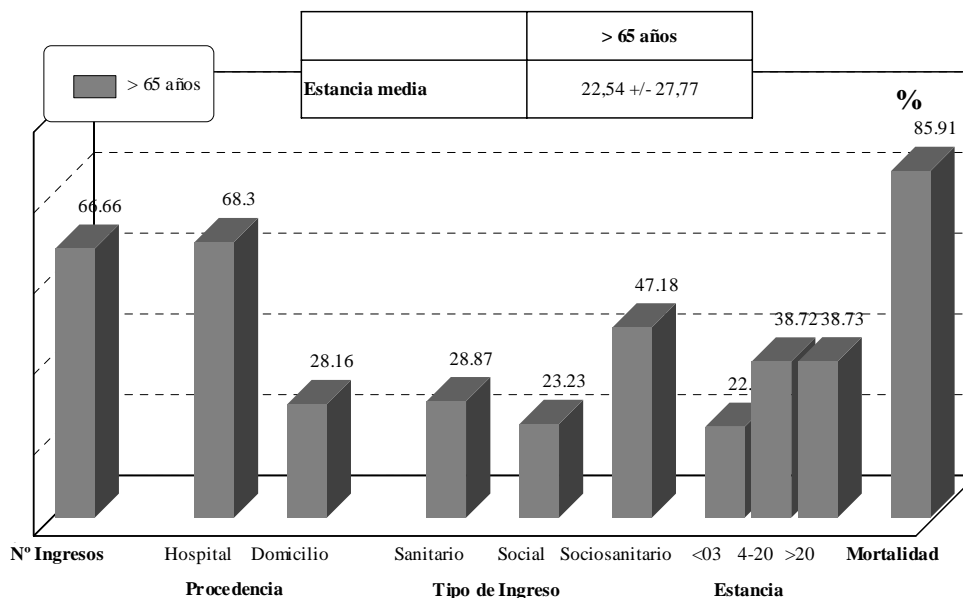


El grupo Anciano, analizado por si solo, tabla 4.5.2. y figura 4.5.2., presenta un perfil semejante al descrito en la muestra, es decir predominio de tipología de pacientes crónicos de cuidados paliativos (38,73%) junto con complejos (38,72%), con alta mortalidad en el unidad (85,91%), de procedencia de hospitales de agudos (68,30%) y de motivo de ingreso de perfil sociosanitario (47,18%).

Tabla 4.5.2.- Datos funcionales y de tipología de pacientes del grupo Anciano:

> 65 años	
N=142 (66,66%)	
Sexo Masculino	77 (54,22%)
Estancia media	22,54 +/- 27,77
Estancias:	
≤ 3 días	32 (22,53%)
4-10 días	29 (20,42%)
11-20 días	26 (18,30%)
> 20 días	55 (38,73%)
Motivo ingreso:	
Sanitario	41 (28,87%)
Social	33 (23,23%)
Sociosanitario	67 (47,18%)
Procedencia:	
Hospital de Agudos	97 (68,30%)
Domicilio	40 (28,16%)
Residencia	5 (3,52%)
Destino al alta:	
Exitus Hospital	122 (85,91%)
Domicilio	19 (13,38%)
Residencia	2 (1,40%)
Traslado Hospital	2 (1,40%)

Figura 4.5.2.- Frecuencias de funcionalidad y de tipología de pacientes en el grupo Anciano, N=142:

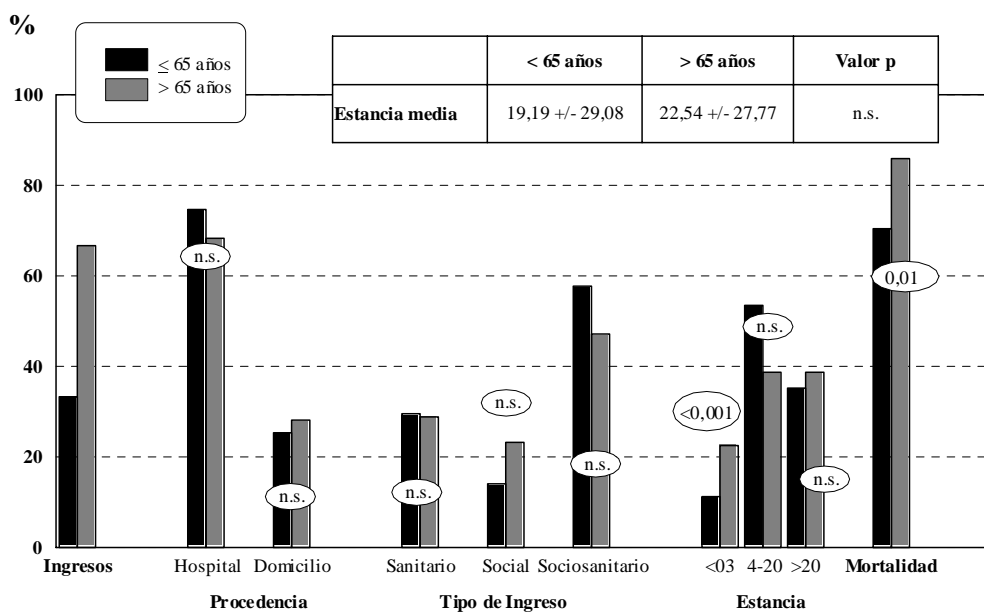


Comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano, (tabla 4.5.3 y figura 4.5.3.) el anciano se diferencia con el adulto no anciano en cuanto que tiene una mortalidad más alta en el hospital y presenta un mayor porcentaje de pacientes agónicos al ingreso (85,91% vs 70,42%, y 22,53% vs 11,26%, $p= 0,01$ y $< 0,001$, respectivamente). Estos datos reflejan que el anciano agónico consume más las unidades de cuidados paliativos hospitalarias de perfil sociosanitario, que los adultos jóvenes. Con respecto al resto de datos funcionales de la unidad, en nuestra serie el anciano no presenta datos de diferencia significativa estadística con respecto al joven, es decir, el joven que consume la Unidad, tiene rasgos muy comunes sociosanitarios con el anciano.

Tabla 4.5.3.- Comparación del grupo Anciano y Adulto no anciano en los datos funcionales y de tipología de pacientes:

	Muestra N=213	≤ 65 años N=71	> 65 años N=142	Valor de p
Sexo Masculino	123 (57,74%)	45 (63,38%)	77 (54,22%)	0,21
Estancia media	21,47 +/- 25,32	19,19 +/- 19,08	22,54 +/- 27,77	0,30
Estancias:				
≤ 3 días	40 (18,77%)	8 (11,26%)	32 (22,53%)	<0,001
4-10 días	52 (24,41%)	23 (32,39%)	29 (20,42%)	0,08
11-20 días	41 (19,24%)	15 (21,12%)	26 (18,30%)	0,75
> 20 días	80 (37,55%)	25 (35,21%)	55 (38,73%)	0,72
Motivo ingreso:				
Sanitario	62 (29,10%)	21 (29,57%)	41 (28,87%)	0,60
Social	43 (20,18%)	10 (14,08%)	33 (23,23%)	0,16
Sociosanitario	108 (50,70%)	41 (57,74%)	67 (47,18%)	0,19
Procedencia:				
Hospital de Agudos	150 (70,42%)	53 (74,64%)	97 (68,30%)	0,42
Domicilio	58 (27,23%)	18 (25,35%)	40 (28,16%)	0,78
Residencia	5 (2,34%)	0	5 (3,52%)	0,12
Destino al alta:				
Exitus Hospital	172 (80,75%)	50 (70,42%)	122 (85,91%)	0,01
Domicilio	33 (15,49%)	14 (19,71%)	19 (13,38%)	0,31
Residencia	3 (2,11%)	1 (1,40%)	2 (1,40%)	0,53
Traslado Hospital	5 (2,34%)	3 (4,22%)	2 (1,40%)	0,42

Figura 4.5.3.- Comparación de las frecuencias de funcionalidad y de tipología de pacientes entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):



B) Con respecto a la utilización de recursos intrahospitalarios, tabla 4.5.4. y figura 4.5.4., la mitad de los pacientes utilizan terapia ocupacional (51,17%) y en menor medida fisioterapia (20,18%). Se consumen pocas exploraciones complementarias, así un total de 38,96% de los pacientes ingresados ha necesitado de la realización de alguna de ellas, con predominio de las exploraciones complementarias de laboratorio (27,69% de pacientes), sobre todo hemograma y bioquímica (21,59% y 26,29% respectivamente de pacientes). Por otro lado el número medio de exploraciones complementarias realizadas ha sido de 1,44 +/- 2,62, con predominio como ya sea reflejado anteriormente de bioquímica y de hemograma (0,39 +/- 0,79 y 0,31 +/- 0,70, respectivamente). Solo hubo 3 consultas a especialistas (una a urólogo ante la imposibilidad de sondaje urinario en un paciente de 71 años con hepatocarcinoma y globo vesical con sdr. prostático y falsas vías urinarias, otra a traumatología ante una fractura de

vesical con sdr. prostático y falsas vías urinarias, otra a traumatología ante una fractura de cadera patológica de una mujer de cáncer de mama de 70 años, y otra al otorrinolaringólogo para poner una Sonda Nasogástrica a un paciente de 42 años de cáncer de laringe).

En el grupo Anciano, tabla 4.5.7. y figura 4.5.5., los resultados como es habitual son muy parecidos a los de la muestra. Terapia es el recurso más consumido y se utiliza más que fisioterapia (49,29% y 17,60%, respectivamente). Se realizan muy pocas exploraciones complementarias (1,22 +/- 2,25), existiendo con respecto a la muestra una menor frecuencia de pacientes a los que se les ha realizado una exploración complementaria de laboratorio (22,53%), sobre todo hemograma (16,19%) y bioquímica (32,39%). Igualmente a los ancianos se les ha realizado un menor número de estas exploraciones complementarias.

Por último **comparando el grupo Anciano con el grupo Adulto no anciano**, tabla 4.5.6. y figura 4.5.6., se confirma que de forma estadísticamente significativa el anciano oncológico en fase terminal ingresado en una unidad de cuidados paliativos de perfil sociosanitario, presenta menor frecuencia y N° de exploraciones complementarias de laboratorio (22,53% vs 38,02%, $p=0,02$; $0,60 \pm 1,35$ vs $1,19 \pm 0,08$, $p=0,07$), sobre todo de bioquímica (20,41% vs 38,01%, $p=0,009$; $0,32 \pm 0,73$ vs $0,54 \pm 0,89$, $p=0,07$) y de hemograma (16,19% vs 32,39%, $p=0,01$; $0,24 \pm 0,67$ vs $0,46 \pm 0,75$, $p=0,03$).

Tabla 4.5.4.- Análisis del consumo de recursos en la muestra a estudio:

Muestra	
N=213	
Terapia Ocupacional	109 (51,17%)
Fisioterapia	43 (20,18%)
Exploración complementaria	83 (38,96%)
Bioquímica	56 (26,29%)
Hemograma	46 (21,59%)
Gasometrías	7 (3,28%)
Nivel de fármacos	5 (2,34%)

Urocultivo	32 (15,02%)	
Otros cutivos	10 (4,69%)	
Total Microbiología	33 (15,49%)	
Rx tórax	30 (14,08%)	
Rx abdomen	27 (12,67%)	
Rx óseas	16 (7,51%)	
Total Radiología	42 (19,71%)	
Número Medio de Expl.*	1,44 +/- 0,34	Nº
Bioquímica	0,39 +/- 0,79	
Nº Hemograma	0,32 +/- 0,70	
Nº Gasometrías	0,02 +/- 0,15	
Nº Nivel de fármacos	0,01 +/- 0,12	Nº
Total laboratorio	0,79 +/- 1,55	
Nº Urocultivo	0,21 +/- 0,72	Nº
Otros cutivos	0,07 +/- 0,38	
Nº Total Microbiología	0,14 +/- 0,55	
Nº Rx tórax	0,18 +/- 0,55	
Nº Rx abdomen	0,15 +/- 0,45	
Nº Rx óseas	0,10 +/- 0,42	
Nº Total Radiología	0,43 +/- 1,02	
Consulta especialistas	3 (1,40)	

*Exploraciones Complementarias

Figura 4.5.4.- Frecuencias de uso de recursos intrahospitalarios en la muestra a estudio, N=213:

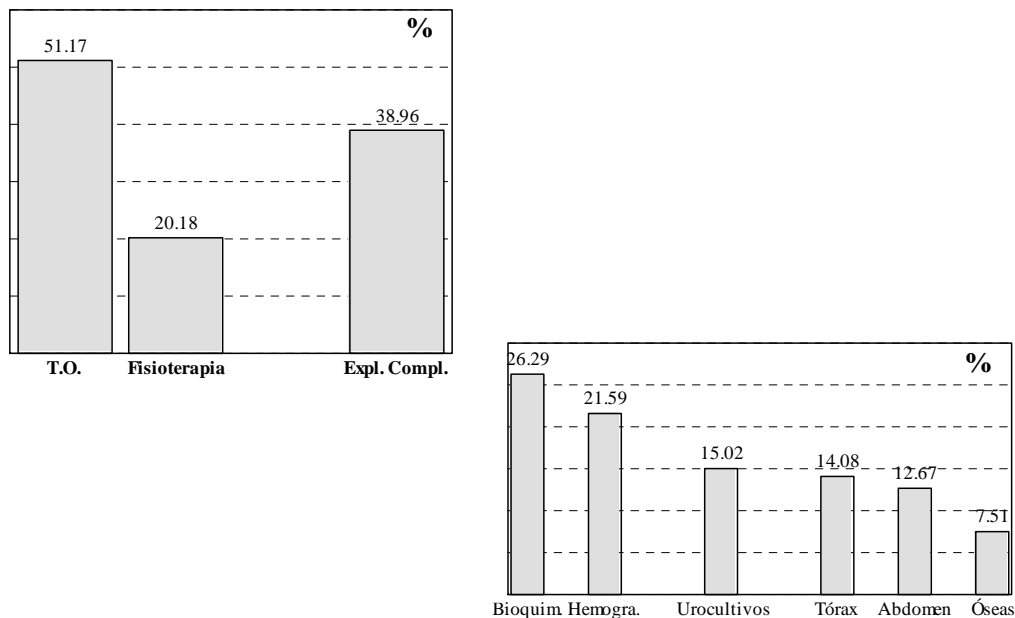


Tabla 4.5.5.- Análisis del consumo de recursos en el grupo Anciano:

> 65 años	
N=142	
Terapia Ocupacional	70 (49,29%)
Fisioterapia	25 (17,60%)
Exploración complementaria	52 (36,61%)
Bioquímica	29(20,41%)
Hemograma	23 (16,19%)
Gasometrías	4 (2,81%)
Nivel de fármacos	2 (1,40%)
Total laboratorio	32 (22,53%)
Urocultivo	20 (14,08%)

Otros cutivos	4 (2,81%)	
Total Microbiología	19 (13,38%)	
Rx tórax	20 (14,08%)	
Rx abdomen	16 (11,26%)	
Rx óseas	10 (7,04%)	
Total Radiología	38 (26,76%)	
Número Medio de Expl.*	1,22 +/- 2,25	Nº
Bioquímica	0,32 +/- 0,73	
Nº Hemograma	0,24 +/- 0,67	
Nº Gasometrías	0,02 +/- 0,14	
Nº Nivel de fármacos	0,01 +/- 0,08	
Nº Total laboratorio	0,60 +/- 1,35	
Nº Urocultivo	0,16 +/- 0,45	
Nº Otros cutivos	0,03 +/- 0,25	
Nº Total Microbiología	0,19 +/- 0,70	
Nº Rx tórax	0,19 +/- 0,54	
Nº Rx abdomen	0,13 +/- 0,43	
Nº Rx óseas	0,10 +/- 0,43	
Nº Total Radiología	0,42 +/- 0,99	
Consultas a especialistas	2 (1,40%)	

*Exploraciones Complementarias

Figura 4.5.5.- Frecuencias de uso de recursos intrahospitalarios en el grupo Anciano, N=142:

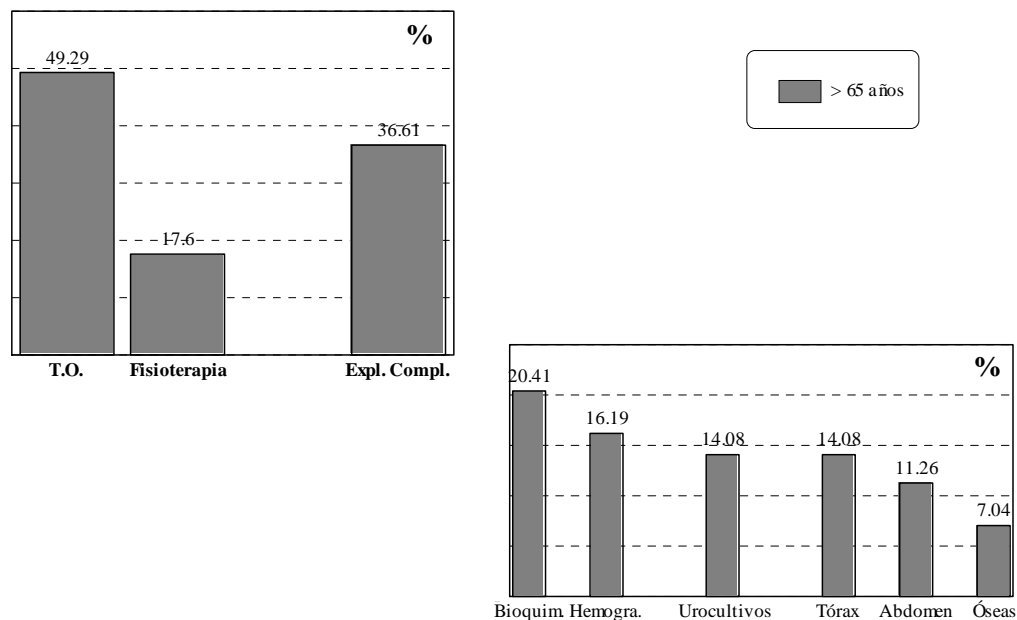


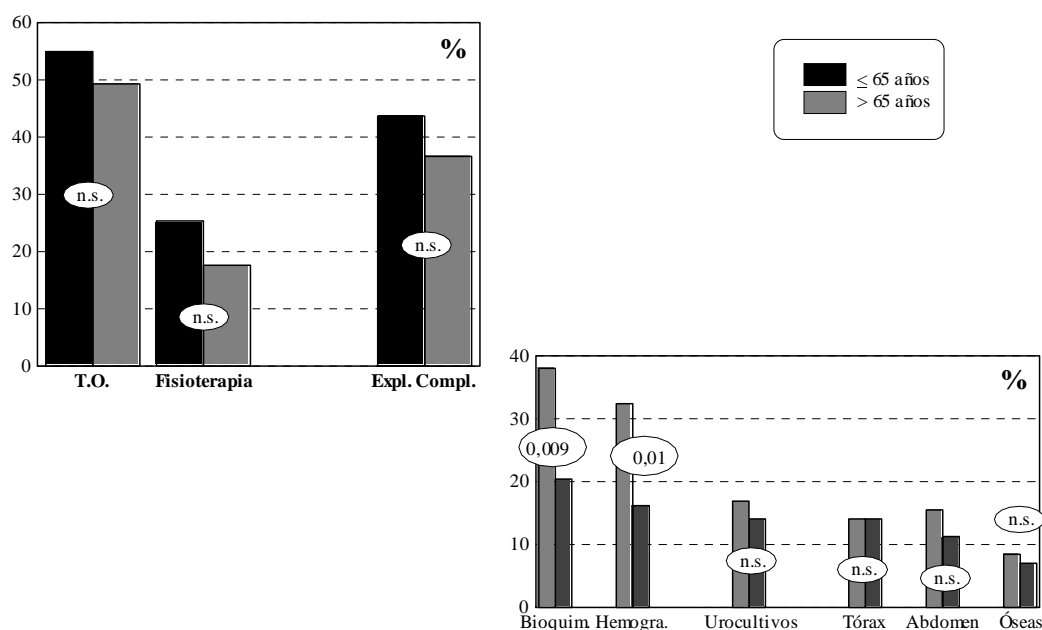
Tabla 4.5.6.- Comparación del grupo Anciano y Adulto no anciano en el consumo de recursos:

	Muestra N=213	≤ 65 años N=71	> 65 años N=142	Valor de p
Terapia Ocupacional	109 (51,17%)	39 (54,92%)	70 (49,29%)	0,52
Fisioterapia	43 (20,18%)	18 (25,35%)	25 (17,60%)	0,25
Exploración complementaria	83 (38,96%)	31 (43,66%)	52 (36,61%)	0,39
Bioquímica	56 (26,29%)	27 (38,02%)	29 (20,41%)	0,009
Hemograma	46 (21,59%)	23 (32,39%)	23 (16,19%)	0,01
Gasometrías	7 (3,28%)	3 (4,22%)	4 (2,81%)	0,89
Nivel de fármacos	5 (2,34%)	3 (4,22%)	2 (1,40%)	0,42
Total laboratorio	59 (27,69%)	27 (38,02%)	32 (22,53%)	0,02
Urocultivo	32 (15,02%)	12 (16,90%)	20 (14,08%)	0,73

Otros cutivos	10 (4,69%)	6 (8,45%)	4 (2,81%)	0,13
Total Microbiología	33 (15,49%)	14 (19,70%)	19 (13,38%)	0,31
Rx tórax	30 (14,08%)	10 (14,08%)	20 (14,08%)	0,83
Rx abdomen	27 (12,67%)	11 (15,49%)	16 (11,26%)	0,51
Rx óseas	16 (7,51%)	6 (8,45%)	10 (7,04%)	0,92
Total Radiología	42 (19,71%)	14 (19,70%)	38 (26,76%)	0,33
Número Medio de Expl.*	1,44 +/- 0,34	1,91 +/- 3,24	1,22 +/- 2,25	0,11
Nº Bioquímica	0,39 +/- 0,79	0,54 +/- 0,89	0,32 +/- 0,73	0,07
Nº Hemograma	0,32 +/- 0,70	0,46 +/- 0,75	0,24 +/- 0,67	0,03
Nº Gasometrías	0,02 +/- 0,15	0,03 +/- 0,17	0,02 +/- 0,14	0,66
Nº Nivel de fármacos	0,01 +/- 0,12	0,09 +/- 0,17	0,01 +/- 0,08	0,34
Nº Total laboratorio	0,79 +/- 1,55	1,19 +/- 1,84	0,60 +/- 1,35	0,01
Nº Urocultivo	0,21 +/- 0,72	0,31 +/- 1,09	0,16 +/- 0,45	0,26
Nº Otros cutivos	0,07 +/- 0,38	0,13 +/- 0,57	0,03 +/- 0,25	0,16
Nº Total Microbiología	0,14 +/- 0,55	0,44 +/- 1,66	0,19 +/- 0,70	0,21
Nº Rx tórax	0,18 +/- 0,55	0,18 +/- 0,58	0,19 +/- 0,54	0,90
Nº Rx abdomen	0,15 +/- 0,45	0,19 +/- 0,50	0,13 +/- 0,43	0,36
Nº Rx óseas	0,10 +/- 0,42	0,12 +/- 0,41	0,10 +/- 0,43	0,74
Nº Total Radiología	0,43 +/- 1,02	0,47 +/- 1,10	0,42 +/- 0,99	0,73
Consultas especialistas	3 (1,40%)	1 (1,40%)	2 (1,40%)	0,53

*Exploraciones Complementarias

Figura 4.5.6.- Comparación de las frecuencias de uso de recursos intrahospitalarios entre el grupo Adulto no Anciano (N=71) y el grupo Anciano (N=142):



C) En cuanto al coste que supone las estancias en la Unidad, aunque en el Hospital no está instaurada la contabilidad analítica, he realizado un coste de acuerdo al dado por el departamento de gestión, calculado este sobre los costes de farmacia, recursos humanos, y el porcentaje debido a hostelería global del hospital que dividido por el número de camas le corresponde a la Unidad de Cuidados Paliativos).

Los resultados según las estancias producidas en cada año y por el coste de la cama-día del año correspondiente, de la muestra a estudio quedan reflejados en la tabla 4.5.7.. Igualmente los mismos resultados referidos al anciano y al adulto no anciano están expuestos en las tablas 4.5.8. y 4.5.9. respectivamente.

Del total de estancias, 4.482 días , y por lo tanto del coste, 78.409.547 pts, el 70,88% es debido al grupo anciano, 3.177 días y 55.167.822 pts, respectivamente, mientras que

Del total de estancias, 4.482 días , y por lo tanto del coste, 78.409.547 pts, el 70,88% es debido al grupo anciano, 3.177 días y 55.167.822 pts, respectivamente, mientras que el grupo adulto no anciano consume un 29,12%, 1.305 días y 23.241.725 pts respectivamente (figura 4.5.6.).

Tabla 4.5.7.- Coste anual y total de las estancias producidas en la Unidad de Cuidados paliativos de la Muestra a estudio (N: 213):

	Estancias (días)	Nº Ingresos	Estancia media (días)	Coste (Pts.)	Coste medio/paciente (Pts.)
Año 1997	988	47	21,02 +/- 25,57	15.442.440	328.562,55
Año 1998	1.617	78	20,78 +/- 28,49	27.833.421	356.838,73
Año 1999	1.877	88	22,33 +/- 22,30	35.133.686	399.246,43
Total	4.482	213	21,47 +/- 25,32	78.409.547	368.119.92

Tabla 4.5.8.- Coste anual y total de las estancias producidas en la Unidad de Cuidados paliativos del grupo Anciano:

	Estancias (días)	Nº Ingresos	Estancia media (días)	Coste (Pts.)	Coste medio/paciente (Pts.)
Año 1997	823	36	22,86 +/- 28,73	12.863.490	357.319,16
Año 1998	1.168	56	20,93 +/- 31,51	20.104.784	359.014
Año 1999	1.186	50	24,04 +/- 22,91	22.199.548	443.990,96
Total	3.177	142	22,54 +/- 27,77	55.167.822	388.505,78

Tabla 4.5.9.- Coste anual y total de las estancias producidas en la Unidad de Cuidados paliativos del grupo Adulto no anciano:

	Estancias (días)	Nº Ingresos	Estancia media (días)	Coste (Pts.)	Coste medio/paciente (Pts.)
Año 1997	165	11	15 +/- 8,20	2.578.950	234.450
Año 1998	449	22	20,41 +/- 19,39	7.728.637	351.301,68
Año 1999	691	38	19,74 +/- 21,41	12.934.138	340.372,05
Total	1305	71	19,19 +/- 19,08	23.241.725	327.348,23

Figura 4.5.7.- Comparación del consumo de recursos entre el grupo Adulto Joven y el grupo Anciano: N° de estancias y coste total de estancia-día

N= 213
N° total de estancias: 4.482 días
Coste total:78.409.547 pts.

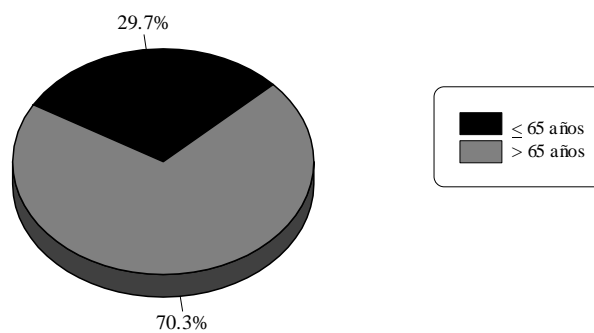
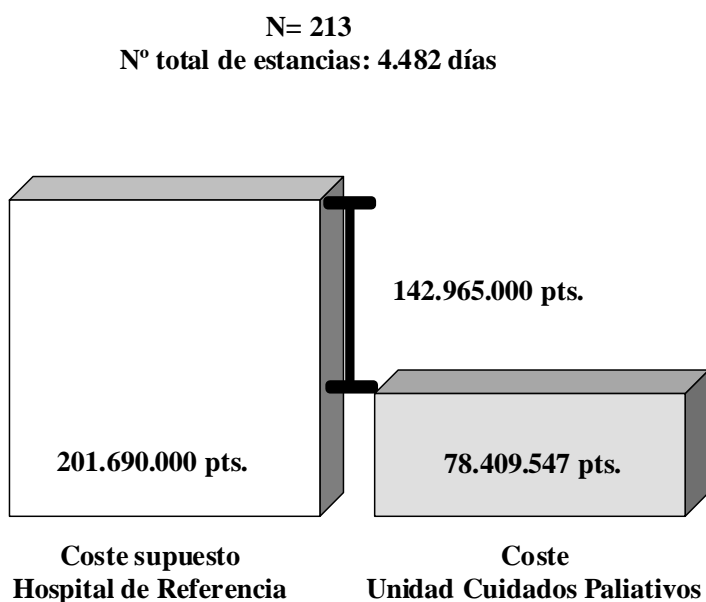


Figura 4.5.8.- Comparación del coste total por estancia del hospital de agudos con nuestra Unidad de Cuidados Paliativos a estudio:



Analizando los factores que se pudieran asociar a una mayor estancia hospitalaria, y por lo tanto un mayor consumo del recurso hospitalario, la tabla 4.5.10. muestra los resultados tanto de la muestra en conjunto como de cada grupo a estudio referidas a variables categóricas a estudio. La estancia no va a depender del sexo del paciente al ingreso, ni el consumo de los recursos de terapia ocupacional y de fisioterapia dependen de una mayor o menor estancia del paciente.

Igualmente la tabla 4.5.11., muestra un análisis bivalente de regresión lineal múltiple entre las diferentes variables cuantitativas relacionadas con la estancia. La edad es el único factor que se relaciona de forma lineal con una mayor estancia ($r: 0,50$, $p: 0,01$), y a la vez el consumo de recurso intrahospitalario asociado a una mayor estancia es la realización de hemogramas ($r: 0,21$, $p: 0,02$).

vez el consumo de recurso intrahospitalario asociado a una mayor estancia es la realización de hemogramas ($r: 0,21$, $p: 0,02$).

Analizando estos datos en cada grupo de edad, el grupo adulto no anciano conserva la relación lineal de la realización de más hemogramas conforme más estancia ($r: 0,27$, $p: 0,02$). En el grupo anciano, no existe ninguna relación lineal entre las variables a estudio y la estancia hospitalaria.

Tabla 4.5.10.- Análisis de las variables categóricas con la variable continua dependiente estancia, en la muestra y en cada grupo a estudio:

	Si	No	Valor P
MUESTRA:			
Sexo masculino	21,99 +/- 14,87	21,12 +/- 10,87	0,62
Terapia Ocupacional	21,04 +/- 12,02	21,87 +/- 11,03	0,60
Fisioterapia:	21,14 +/- 17,21	21,92 +/- 18,02	0,79
GRUPO ADULTO NO ANCIANO:			
Sexo masculino	19,87 +/- 12,21	19,01 +/- 21,01	0,61

Terapia Ocupacional	19,11 +/- 15,01	19,78 +/- 20,01	0,85
Fisioterapia:	19,12 +/- 11,03	19,82 +/- 17,10	0,87

GRUPO ANCIANO:

Sexo masculino:	22,51 +/- 19,04	22,89 +/- 27,10	0,57
Terapia Ocupacional	22,11 +/- 22,10	22,94 +/- 29,87	0,85
Fisioterapia:	22,23 +/- 20,14	22,99 +/- 28,11	0,87

Tabla 4.5.11.- Regresión lineal múltiple de las diversas variables con la variable dependiente estancia, en la muestra y en cada grupo a estudio:

	Muestra		Adulto no anciano		Anciano	
	Coefficiente	Valor P	Coefficiente	Valor P	Coefficiente	Valor P
Edad	2,50	0,01	0,8	0,39	1,17	0,24
Bioquímica	0,69	0,48	-0,44	0,65	0,99	0,30
Hemograma	2,21	0,02	2,27	0,02	0,23	0,42
GAB	-1,40	0,16	-1,48	0,14	-1,57	0,56
Niveles fármacos	-0,57	0,56	-1,31	0,19	1,42	0,15
Total bioquímica	-1,03	0,30	-0,44	0,65	0,99	0,32
Urocultivo	0,98	0,32	0,006	0,99	-1,07	0,28

Otros	1,38	0,16	0,06	0,94	0,39	0,06
Serología	0,40	0,68	0,42	0,67	-	-
Total Microbiología	-1,05	0,29	0,48	0,62	-0,37	0,70
Rx tórax	-0,007	0,99	1,02	0,31	0,64	0,51
Rx abdomen	-0,40	0,68	-1,55	0,12	0,61	0,54
Rx óseas	-0,30	0,97	-0,38	0,70	0,78	0,43
Total radiología	-0,24	0,80	0,54	0,58	0,65	0,52
Total expl*	1,71	0,08	1,33	0,18	-0,75	0,45

*Nº Total de exploraciones complementarias consumidas.

5.- DISCUSIÓN:

El número de pacientes con cáncer está aumentando debido básicamente, a la mayor esperanza de vida de la población general (297). La mayoría de los enfermos terminales y sus familias sufren un gran impacto emocional ante la inminente presencia de la muerte. Los cuidados paliativos representan la respuesta profesional y científica a las múltiples necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de los pacientes con enfermedad en fase terminal (298).

¿Quién debe llevar a cabo los cuidados paliativos? Existe un consenso general sobre la conveniencia de que grupos o equipos multidisciplinares con formación específica, desarrollen esta tarea específica (299).

Otra de las preguntas que se plantea con frecuencia es dónde deben llevarse a cabo los cuidados paliativos (299). No podemos hablar de un lugar idóneo, ya sea el hospital o el domicilio. Probablemente hay que individualizar en cada caso y en el fondo lo principal es que la infraestructura para atender sea la adecuada. Existe la idea de que el mejor entorno para el paciente terminal es su propio hogar (300-306). Sin embargo, esto exige una responsabilidad

por parte de la familia, que no siempre es la óptima. Por este motivo, es necesaria la creación de unidades de cuidados paliativos hospitalarias, de apoyo a la atención domiciliaria cuando esta no es posible. Los motivos que llevan a hospitalizar al paciente oncológico en fase terminal suelen estar comprendidos entre uno o varios de los siguientes:

- El enfermo no quiere estar en casa.
- La familia está tan perturbada que no puede encargarse del enfermo.
- Los familiares por una u otra razón se niegan.
- Familia muy reducida, o sin familia, es decir, sin cuidador primario.
- Existencia de niños muy pequeños en casa.
- Complicaciones sanitarias (control del dolor, disnea, delirium, complicaciones interrecurrentes, ...).

Un elemento fundamental para la permanencia del paciente oncológico terminal en su domicilio es que exista un cuidador primario y un equipo domiciliario para un buen control de síntomas en el domicilio (307). Este último punto es vital, ya que sino es así, a la situación estresante de la enfermedad, se le suma el no saber familiar y del médico de atención primaria de cómo actuar ante una mínima y frecuente en estos pacientes, variación del estado basal de los síntomas, que motivan una sobrecarga de la familia y de los profesionales de atención primaria, paulatina y progresiva que llevan a los profesionales, al paciente y a la familia a la claudicación, acudiendo a los servicios de urgencia y a la hospitalización del paciente (308). Con respecto al primer punto, estamos asistiendo ante una crisis que cada vez será mayor, del cuidador informal, es decir de la familia, de la existencia de cuidador primario. Aunque este punto se desarrollará más detenidamente en el apartado 5.4.2. de aspectos sociales, solo comentar, que los cuidadores principales, esposa e hijos, están incorporados al campo del trabajo, con graves dificultades para poder cuidar de sus familiares, siendo esto más llamativo en el caso del paciente anciano, en donde la ausencia de cónyuge es frecuente y son los hijos los que debe de asumir su cuidado (309). Hijos sin tiempo y en muchas ocasiones sin domicilios y situación económica adecuada.

La mayoría de los familiares, y en ocasiones, también de los pacientes, consideran ventajoso que la muerte ocurra en el hospital en lugar del domicilio por varios motivos (300, 301, 310-312):

- La esperanza de curación.
- El no constituir una carga familiar en el caso de los enfermos.
- La mejor atención integral o una mayor paliación de los síntomas en el caso de los familiares.

Por todo lo anterior por tanto, la existencia de Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias es algo que hoy en día no se cuestiona, y así viene reflejado en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos (313,314).

5.1.- Muestra a estudio

Continuando con el punto anterior, aunque está claro la necesidad y la utilidad de las Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias, un punto aún no claro y en debate es, donde situar esa Unidad de Cuidados Paliativos, si en un hospital terciario o bien en un hospital de media estancia de un coste menor (315,316). Aunque este punto se desarrollará en el apartado 5.6. de uso de recurso, comentar, que la utilización de centros hospitalarios de crónicos reconvertidos en centros de media estancia, tienen el inconveniente de estar situados lejos de la población a atender, lo que hace que no pueda cubrir al 100% las necesidades para las que se ha creado. Es decir por la ubicación, algunos enfermos y sus familiares, se niegan al traslado de su paciente a las Unidades correspondientes, no pudiendo ser atendidos de forma especializadas por dichas unidades, y pasando a ocupar camas hospitalarias de mayor coste, y con una calidad asistencial especializada menor, ya que ocupan camas de la propia urgencia, de medicina interna, de oncología, de neurología, de urología, ..., en donde no son atendidos por personal especializado en cuidados paliativos, y en muchas ocasiones siendo una verdadera carga para el

hospital, con un coste-calidad asistencial que podría ser puesto en duda (317). Pero también es cierto que no se puede obligar al paciente y a su familia a desplazarse 20-30 km. de su lugar habitual, más aún en situaciones de gran estrés como es la cercanía de la muerte. Es por ello que comienzan a aparecer unidades de cuidados paliativos hospitalarias en hospitales de agudos que utilizan a las unidades hospitalarias de centros de media estancia, como unidades de apoyo para pacientes con grave problemática sociofamiliar producida o aumentada por la grave situación sanitaria que constituye la enfermedad oncológica en fase terminal.

La muestra a estudio, a pesar de los condicionantes expuestos anteriormente de nuestra Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria, con distancia de los hospitales de referencia, con utilización de la misma cuando la familia no lo rechaza o bien cuando hay una grave situación sociosanitaria que impide que el paciente permanezca en su domicilio, es semejante a los trabajos publicados al respecto de otros autores en la bibliografía española, tanto en unidades ubicadas en hospitales de agudos como en hospitales de media estancia, hospitales de crónicos (115,318,319,320,321).

Los datos quedan reflejados en la tabla 5.1.1., en donde se expresan los datos de nuestra muestra con los del resto de los autores.

Tabla 5.1.1.- Datos comparativos de la muestra a estudio de las diferentes Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias en el ámbito nacional:

Autores, hospital y Año, referencia	Muestra	Edad media	Varones	Mujeres
Muestra a estudio, sociosanitario	213	69, 35	57,74%	42,26%
Viguria JM y cols, Sociosanitario, 99(318)	1500	69,2	64,4%	35,6%
Gomez Sancho y cols,Sociosanitario,96(115)	3522	68,4	57,69%	42,31%
Salud A y cols., H. Agudos, 96(319)	239	68,6	61,08%	38,92%
Pascual L y cols., H. Agudos, 99(320)	122	67	62,3%	37,7%
Carulla J y cols.*, 99(321)	880	68	58,8%	41,3%

*Estudio multicéntrico en Cataluña de las Unidades de Cuidados Paliativos ubicadas en domicilio, hospitales de agudos y de centros sociosanitarios.

En ellos podemos ver resultados semejantes con variaciones de porcentajes de sexo y de edad de entre 1-3% y 1-3 años, que no son significativos. Estos datos de muestra son tanto para estudios realizados en hospitales de agudos (Salud A y cols. (319), y Pascual L y cols (320)), como en hospitales de media estancia con un perfil más sociosanitario (Gómez Sancho M y cols (115), Viguria JM y cols. (318)). En todos ellos los varones son predominantes, alrededor del 57-64% mientras que las mujeres presentan una frecuencia del 37 al 42%. Esta mayor utilización de las Unidades de Cuidados Paliativos por parte del hombre viene dado por presentar éste un mayor riesgo de cáncer que la mujer y por lo tanto de una mayor mortalidad en relación con su mayor frecuencia (322).

Otro dato importante a destacar es que nuestra muestra presenta una edad semejante a la de los demás estudios realizados tanto en hospitales de agudos como en los de perfil sociosanitario, tabla 5.1.1. La edad de las diferentes muestras a estudio oscila entre los 67 años a los 70 años. Por lo tanto el global de estas muestras a estudio, es de pacientes ancianos, es decir pacientes de edad superior a 65 años.

Por lo tanto nuestra muestra es semejante a la del resto de publicaciones españolas al respecto, en lo referente a edad y sexo de pacientes ingresados, con edad media de 69,35 años y con un porcentaje de 57,74% de varones.

Con respecto a las diferentes neoplasias de la muestra a estudio, esta igualmente es semejantes a la de los diferentes autores españoles a los que hemos hecho referencia anteriormente, tabla 5.1.2..

Tabla 5.1.2.- Frecuencia de localización de neoplasias:

Series	Localizaciones más frecuentes*		
Muestra a estudio	Digestivo (20,64%)	Pulmón (17,84%)	Mama (9,38%)
Viguria JM y cols.	Pulmón (18,8%)	Digestivo (18,19%)	Mama (6,7%)
Gomez Sancho M y cols	Pulmón (22,14%)	Digestivo (15,33%)	Mama (11,53%)
Salud A y cols.	Digestivo (22,3%)	Pulmón (19,6%)	Mama (10,5%)
Pascual L y cols.	Pulmón (27,9%)	Colon-recto (12,3%)	Mama (8,2%)
Carulla J y cols.	Digestivo (21%)	Pulmón (20,9%)	Mama(8,3%)

*Digestivo: se refiere a la suma de las localizaciones del Cáncer en el colon, en el recto, en el estómago y en el esófago.

Por lo tanto la localización de tumores primarios de la serie a estudio es semejante a las publicadas en las otras series, predominando el cáncer de pulmón en el hombre, y el de mama en la mujer.

Cabe realizar una mención especial al alto porcentaje de tumores de cabeza-cuello de nuestra serie un 8,92% que ocupan un cuarto lugar después del de pulmón, colon-recto, y mama, respectivamente. La explicación podría estar dada al carácter sociosanitario de nuestra unidad al igual que de este tipo de cáncer. La mayoría de los tumores de cabeza-cuello son de pacientes bebedores y fumadores, y producen en el paciente una gran distorsión de su corporalidad (traqueostomías, deformidades de cuello y cara, con edema cicatrices, abundantes secreciones malolientes) que producen a la vez grave problemática social (rechazo, aislamiento, mayor dificultad de comunicación y de cuidados). Por ello estos pacientes ya sea previamente por sus hábitos tóxicos, como una vez que se encuentren en situación de terminalidad, frecuentemente finalizan en unidades de cuidados paliativos hospitalarias, probablemente en una mayor proporción que el resto de las localizaciones de los demás cánceres (323,324).

Con respecto a las localizaciones tumorales en relación con los grupos a estudio, aunque se dispone de una menor iconografía específica al respecto (publicaciones de asistencia hospitalaria de cuidados paliativos en relación con grupos de estudio de edad mayor a 65 años), sí que existe la correspondiente a la epidemiología del cáncer y de la mortalidad del mismo en

la población anciana. Por ello puedo hacer una extrapolación de esos datos para con respecto a la muestra del grupo de edad mayor de 65 años, grupo anciano (325).

La incidencia y prevalencia de los distintos tipos de cáncer pueden experimentar una gran variabilidad, hacia más o hacia menos, en el curso del tiempo (326), esta afirmación, válida con carácter general, resulta especialmente cierta en los estudios llevados a cabo sobre población de edad (327). Se admite que, en los países desarrollados las tumoraciones malignas constituyen la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares, para las personas mayores de 65 años. Su incidencia y prevalencia aumentan de manera progresiva a lo largo de la vida, sin detenerse al menos hasta alcanzar el individuo los 85 años. Mientras en la población más joven las tasas de cáncer han disminuido en algunos países hasta un 23%, por encima de los 65 años estas tasas se han elevado un 17%. (328). A nivel global, parece que las tasas estandarizadas de mortalidad han descendido entre los años 1980 y 1990, aunque esto, no es así para la población de más edad. En Estados Unidos, según el programa SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) del Instituto Nacional del Cáncer, se calcula que la mitad de los cánceres ocurren en personas que han superado los 65 años y que el 67,9% de las muertes por cáncer tienen lugar en este grupo etario (329). En su conjunto se estima que en aquel país el cáncer representa el 20% del total de muertes por encima de los 65 años, proporción muy similar a la española.

Pero estas afirmaciones no son universales para todos los tipos de cáncer, pues, mientras algunos aparecen casi exclusivamente en edades muy avanzadas, otros son difíciles de encontrar entre la población anciana. Así, el carcinoma de próstata suele ser considerado el tumor típicamente geriátrico, ya que a los 70 años puede ser demostrado en histológicamente en la cuarta parte de los varones (330) y se ha llegado a afirmar que por encima de los cien años prácticamente todos los varones lo tienen, al menos in situ.

El cáncer de pulmón es uno de los que ha aumentado su frecuencia en el curso de los últimos años. Ocupa el primer lugar en cuanto a incidencia en la población anciana masculina, incrementándose ésta al menos hasta los 80 años, para experimentar una disminución aparente de esta incidencia en edades más extremas, probablemente por darse en ellas un descenso de los factores de riesgo que lo condicionan específicamente el consumo del tabaco (331). Otros

tumores malignos de alta prevalencia, como el carcinoma de colon o el de mama, también parecen mantener su tendencia a aparecer con mayor frecuencia según se eleva la edad de la población estudiada. En el caso del carcinoma de mama, además, parece haber experimentado un importante aumento en cuanto a su prevalencia en las mujeres de edad avanzada en los últimos 20-30 años (332). En cambio, los tumores ginecológicos, en cambio, tienden a hacerse menos comunes en las mujeres de edad avanzada.

Con respecto a la población española, y en relación con la mortalidad, estos datos aparecen en una reciente revisión en el 1995 (333), en donde la principal fuente de información es la procedente de los certificados de defunción, que, en el caso de esta patología, cabe considerar como aceptablemente fiables. De acuerdo a ellos se acepta que en España el cáncer constituye en la población por encima de los 65 años la segunda causa de mortalidad en ambos sexos, con unas tasas brutas de 229 por mil. En ellas el cáncer de pulmón ocupa el primer lugar, seguido del cáncer del colon y recto, seguido del de estómago, próstata, mama, vejiga y útero. En el hombre anciano, la primera causa es el cáncer de pulmón, seguido del de colon y recto en segundo lugar, y próstata y estómago en tercero y cuarto lugar respectivamente. En la mujer anciana la mortalidad debida a cáncer es en primer lugar del cáncer de mama, seguida del de colon y recto, estómago y pulmón.

Atendiendo a estas publicaciones, nuestra serie (tabla 4.2.) muestra al cáncer de pulmón como el primer lugar dentro del grupo Anciano, con una frecuencia del 18,30%, seguido del colon más el de recto (11,96%), próstata (10,56%) y mama (9,15%).

Un dato importante a destacar es la alta incidencia de cáncer de origen desconocido en el grupo anciano con respecto al grupo adulto no anciano (11,26% vs 2,81%, $p:0,06$). La frecuencia del cáncer de origen desconocido en las diferentes publicaciones oscila entre un 3-7%, sin realizar inferencias de edad (115,318-321). En nuestro estudio, al realizar esta inferencia, se observa que el peso de ese porcentaje lo lleva el grupo anciano. En nuestro medio este punto es tal, que ocupa el cáncer de origen desconocido la no desdeñable posición de tercer puesto en la población anciana, muy cercana al segundo puesto, diferencias solo de 0,70% con respecto a la suma de cáncer de colon y recto.

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer aún hoy en la población anciana deja mucho que desear (334). Tal es así que hace sólo diez años, un editorial de la revista Lancet se preguntaba literalmente porqué se trata tan mal el cáncer en el anciano (335). Es cierto que los mayores consultan más tarde al médico ante cualquier enfermedad, y el cáncer no es una excepción. Los síntomas del cáncer pueden ser inespecíficos, con condicionantes culturales y económicos que explicarían el retraso en la decisión de acudir al sistema sanitario. Los mayores tiene ideas preconcebidas sobre el cáncer, muchas veces erróneas, que influyen de forma negativa en ellos para acudir al médico, como que el cáncer es secundario a un traumatismo o que es una enfermedad contagiosa (336).

Pero sobre todo los prejuicios están entre los profesionales que muchos de ellos aún hoy creen como un mito que la palabra cáncer en el anciano significa que no hay nada que hacer (337). Es un hecho bien demostrado que las decisiones diagnósticas y terapéuticas en los pacientes mayores son menos activas, ofreciéndose menos diagnósticos etiológicos y de extensión y por lo tanto menos tratamientos. Muchas de estas decisiones están basadas más en los prejuicios sobre la edad, ageismo, o en el subjetivismo médico que en datos contrastados o en la valoración cuidadosa de todos los factores implicados. En la toma de decisiones en el diagnóstico y con ello en el tratamiento activo del cáncer, los factores que deberían de tenerse en cuenta son la edad fisiológica, aceptación de las pruebas diagnósticas y con ellas de tratamiento del paciente y de la familia, comorbilidad y situación funcional y mental (338). Para mejorar la precisión en la toma de decisiones en el paciente anciano con cáncer, resulta útil considerar cuatro elementos: edad, comorbilidad, situación funcional y estadio del cáncer, que a su vez van a ser los mejores predictores de la esperanza de vida del paciente (339). Aunque no es motivo de trabajo este punto, si quisiera remarcar que recoge el dato habitual de otras series en donde el diagnóstico y con ello el tratamiento activo subsiguiente del cáncer en el anciano está en que en lugar del diagnóstico y tratamiento estándar óptimo basado en la evidencia de un determinado cáncer, se ofrece un diagnóstico y un tratamiento subóptimo, con lo que se limitan las posibilidades de curación y con ello la equidad (340-341).

Los datos expuestos anteriormente junto con una mayor incidencia de cáncer en el anciano y un diagnóstico tardío del cáncer, son unas de las principales razones por lo que el anciano oncológico es el principal usuario de lo programas de cuidados paliativos.

5.2. Características Geriátricas:

Los criterios para considerar a un paciente geriátrico varían de unos autores a otros, pero generalmente se consideran como tales aquellos pacientes ancianos que cumplen tres o más de los siguientes requisitos (35,36,342):

- Ser mayor de 75 años.
- Padecer una enfermedad aguda o crónica que provoque incapacidad funcional.
- Presentar pluripatología, polifarmacia.
- Existencia de factores psíquicos (deterioro cognitivo) que condicionen su evolución.
- Existencia de factores sociales que condicionen su evolución.

Estos pacientes geriátricos se asocian a (35,36,343):

- Peor precisión diagnóstica.
- Mayor mortalidad hospitalaria.
- Peor situación funcional y afectiva.
- Mayor polifarmacia.

- Mayor utilización de los recursos sanitarios, con una mayor estancia media (del orden de 2 veces más de estancias), con mayor frecuencia de reingresos
- Mayor consumo de recursos sociales tanto comunitarios como de institucionalización.

Por lo tanto el paciente geriátrico presenta un mayor coste total en lo referente a su asistencia tanto sanitaria como social (344).

Nuestra muestra a estudio es claramente geriátrica, tabla 4.1.3., debido en parte al peso de un 66,66% de población mayor de 65 años. Así de forma global cumple más de tres de los apartados descritos anteriormente para definir a un paciente anciano. Existe una media de cerca de 3 enfermedades concomitantes, con un consumo elevado de fármacos del orden de 7 fármacos como media, con un índice de dependencia de al menos cerca de dos actividades de la vida diaria, presentando incontinencia cerca del 50% de la muestra, con cerca de un tercio de la muestra con inmovilidad y úlceras por presión, y si atendemos a la problemática social, tabla 4.3.2.1., cerca de un 80% las familias no asumen el alta hospitalaria, con un tercio de la población sin cuidador primario, y cerca de un 92% de sobrecarga del cuidador principal.

Atendiendo a los anteriores resultados el cáncer en fase terminal, per se, presentaría suficiente entidad como para producir en el paciente una situación de dependencia funcional, de aspectos psicológicos y sociales, fundamentalmente como para convertir al paciente, en paciente con las características de definición de paciente geriátrico. Evidentemente cuanto más años tenga una persona más posibilidades tendrá de cumplir los criterios de paciente geriátrico. El cáncer en situación de terminalidad, añade en el grupo anciano, a las características propias del envejecimiento, la aceleración de las características para su clasificación dentro de paciente geriátrico (dependencia funcional, problemática psicológica, problemática social, y polifarmacia fundamentalmente).

En el grupo Anciano, tabla 4.1.2., el anciano oncológico terminal presenta características claramente geriátricas, aún con edades no muy altas, y con clara presencia de síndromes geriátricos: una media de cerca de 4 enfermedades concomitantes, consumo de 7 fármacos de media, con dependencia para dos actividades de la vida diaria, con dos tercios de la

población con incontinencia urinaria (66,90%), con la mitad de los pacientes con úlceras (45,07%), con un tercio de pacientes con inmovilidad (34,50%), con alta frecuencia de caídas (12,67%) y con alteraciones sensoriales en más de la mitad de los casos (54,92%). Igualmente presentan deterioro cognitivo un 11,26%, y problemática social en cuanto no asumir el alta hospitalaria en un 81,69%, con un 18% de ausencia de cuidador principal y un 93,20% de sobrecarga del cuidador principal.

Esta afirmación se pone de manifiesto cuando examinamos estos datos en los pacientes menores de 65 años, en donde nos encontramos datos semejantes, con cifras un poco inferiores a las dadas anteriormente, pero que hacen del paciente adulto no anciano con cáncer en fase terminal un paciente con dependencia funcional, con alteraciones psíquicas y sociales que le incluyen dentro de las características de paciente geriátrico, aún sin cumplir el dato de la edad.

En el análisis de comparación entre las dos muestras, el anciano oncológico en fase terminal presenta diferencias significativas con respecto al adulto no anciano en mayor comorbilidad, mayor consumo de fármacos, peor índice de Katz, más alteraciones sensoriales, mayor frecuencia de deterioro cognitivo, mayor número de caídas, mayor incontinencia y mayor úlceras por presión. Pero sin embargo en otras características típicas geriátricas y de síndromes geriátricos no aparece diferencias estadísticamente significativas como la inmovilidad, las alteraciones de la marcha y el equilibrio, el uso de sonda vesical o sonda nasogástrica, y la incontinencia fecal.

Este punto creo que es importante, para poder atender que los beneficios de la geriatría no son sólo y exclusivamente del paciente anciano, sino independientemente de la edad, estos beneficios podrían manifestarse en pacientes que cumplan características independientemente de la edad, semejantes al paciente geriátrico. La geriatría ha demostrado que no todos los pacientes ancianos son susceptibles de beneficiarse de la asistencia geriátrica, sino que específicamente son los denominados pacientes geriátricos. Estos beneficios se concretan en una mayor precisión diagnóstica, menor mortalidad, mejoría de su situación afectiva y funcional, menor consumo de fármacos, y mejor utilización de los recursos sanitarios y sociales, ya que reduce a estancia media, la frecuencia de reingresos, de institucionalización y los costes totales de asistencia (35,36,345).

En lo referente a la asistencia de paciente oncológico terminal, la atención geriátrica cada vez más forma parte del equipo de atención de las Unidades de Cuidados Paliativos tanto hospitalarias como domiciliarias (345,347). En relación con las unidades hospitalarias son sobre todo en unidades situadas en hospitales de media estancia o de crónicos, en donde el geriatra suele participar como responsable de la Unidad de Cuidados Paliativos. En unidades hospitalarias de hospitales de agudos suelen ser por regla general oncología quien se haga cargo de estos pacientes (34).

Aunque no se hayan realizado estudios correspondientes a la utilidad y ventajas de la práctica geriátrica en el paciente anciano oncológico en fase terminal, parece lógico pensar que ya que se trata de un paciente geriátrico, pudiera haber un paralelismo y por lo tanto poder hacer una extrapolación de datos, de los estudios realizados con el paciente geriátrico no oncológico terminal. E igualmente parece lógico continuar pensando, que estos beneficios pueden mantenerse en todo paciente independientemente de la edad, que presente características de definición de paciente geriátrico.

Por ello, dentro de la esfera de los cuidados paliativos, en donde el mayor porcentaje lo forman los ancianos, sobre todo si se incluye la patología no oncológica, y en donde la enfermedad terminal, tanto oncológica como no oncológica, produce, independientemente de la edad, una serie de cambios en el paciente que lo convierten en paciente geriátrico, la práctica geriátrica constituye una herramienta fundamental de trabajo con probables claros beneficios en el marco asistencial (348).

5.3.- Frecuencia de Síntomas:

En la discusión seguiré la misma distribución que en la presentación de resultados.

5.3.1.- Frecuencia y tipo de síntomas

Los estudios más significativos en la exposición de frecuencia de síntomas son los mostrados en las referencias 16, 115, 318-321, 349-358. Todos ellos son realizados sobre población oncológica en fase terminal y se han publicado mostrando los datos en la muestra a estudio, realizando posteriormente en algunos de ellos inferencia estadística por grupos de edad, 320, 321, 349, 354, 356, 357, 358. Es por ello que en la tabla 5.3.1.1. se exponen los datos a modo de síntesis de los estudios. Son datos referidos a la población a estudio.

Con respecto al **número medio de síntomas al ingreso** los datos de nuestra muestra presentan una frecuencia media de 7,68 +/- 1,77, semejante a los datos publicados en las diferentes series que oscilan entre el 6-12.

En el grupo Anciano de nuestra serie presenta una media de síntomas al ingreso de 7. Igualmente no hay diferencias entre el número de síntomas de acuerdo a la edad. Aunque hay escasez de datos al respecto, las publicaciones al respecto muestran datos semejantes con rango medio entre los diferentes autores de 3-12 (320, 321, 349, 354, 356, 357, 358).

En lo referente a **los síntomas de nueva aparición durante el ingreso**, nuestra serie muestra solo una media de alrededor de 1 síntoma. Como he comentado anteriormente estos síntomas reflejan aquellos que síntomas que no eran presentados como activos en el momento del ingreso. Los síntomas activos, síntomas descontrolados en la mayoría de los casos son síntomas claves que motivan el diagnóstico en el hospital ya sea por su imposibilidad de control en el domicilio, ya sea por motivar la claudicación familiar y del paciente (319). Sin embargo los síntomas nuevos, de aparición durante el ingreso, podrían considerarse como complicación del paciente durante el ingreso. Complicación que en muchos casos refleja la causa de una complicación clínica frecuente en el ámbito nosocomial como infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, anemia severa, alteraciones cardiovasculares, como es el caso de aparición de síntomas como el sdr. confusional agudo, la debilidad, la disnea, secreciones, etc.

En el grupo anciano igualmente la media de nuevos síntomas es tan sólo de 1 y sin mostrar diferencias con respecto al adulto no anciano. Estos datos no quiere decir que los pacientes hospitalizados en nuestra unidad sean pacientes estables, sin complicaciones. Estos pacientes su ingreso y en gran medida su evolución y manejo clínico viene condicionado por los síntomas al ingreso, tales como dolor, disnea, vómitos, que aunque sean controlados, pueden de nuevo descontrolarse conforme avanza la enfermedad o aparece cualquier cambio o complicación clínica.

5.3.1.1.- Frecuencia de síntomas al ingreso hospitalario:

En la tabla 5.3.1.1. se exponen las frecuencias de los síntomas de las series tipo, anteriormente mencionadas, en las que cabe destacar varios aspectos (16):

- El grupo de síntomas de mayor prevalencia es el que podríamos considerar “síndrome sistémico”, constituido por debilidad, anorexia y pérdida de peso, que son, además, las que más suelen preocupar a los enfermos.
- La frecuencia de dolor es variable (60-85%), y casi nunca en las diferentes series, incluida la nuestra, es el más prevalente de los síntomas en los enfermos terminales,

aunque esto depende de la procedencia de las series. Cuanto más complejo sea el paciente, enfermos hospitalarios, más incidencia de dolor.

- La boca seca, o más bien los problemas de la boca son síntomas muy frecuentes (en unas series más que otras, dependiendo de lo que agrupen), que generan mucho malestar con un tratamiento sencillo y eficaz, pero frecuentemente olvidados por ser considerados síntomas menores.
- La agrupación de sdr. Neuropsicológicos (ansiedad, incluyendo angustia ante la muerte, depresión, sdr. Confusional agudo) constituyen ingualmente un grupo muy relevante de síntomas.
- Hay síntomas de frecuencia intermedia como los vómitos, la disnea o los sdr. Confusionales, pero de gran impacto para el enfermo y la familia.

Tabla 5.3.1.1.- Frecuencia (%) de síntomas en 9 series:

H. Sta. Creu (250 enf)(349)		ICO (300 enf)(350)		St. Christ (6677 enf)(348)	
Debilidad	92	Debilidad	88	Pérdida de peso	77
Ansiedad	80	Dolor	85	Dolor	71
Pérdida de peso	79	Ansiedad	81	Anorexia	67
Anorexia	78	Depresión	79	Disnea	51
Dolor	69	Pérdida de peso	77	Tos	50
Estreñimiento	67	Boca seca	76	Estreñimiento	47
Boca seca	65	Anorexia	73	Debilidad	47
Depresión	59	Estreñimiento	68	Náuseas/vómitos	40
Insomnio	51	Somnolencia	63		
Miccional	47	Disnea	56		

Tabla 5.3.1.1.- Frecuencia (%) de síntomas en 9 series, continuación:

Morir de cáncer (300 enf)(352)		Multicéntrico (321 enf)(16)		Agonía (176 enf)(351)	
Debilidad	92	Debilidad	91	Debilidad	82
Pérdida de peso	83	Anorexia	85	Anorexia	80
Anorexia	79	Dolor	82	Boca seca	70
Dolor	70	Pérdida de peso	79	Confusión	68
Boca seca	64	Ansiedad	69	Estreñimiento	55
Somnolencia	58	Boca seca	68	Disnea	47
Ansiedad	57	Depresión	65	Disfagia	46
Estreñimiento	56	Estreñimiento	63	Ansiedad	45
Insomnio	52	Insomnio	55	Depresión	39
Depresión	51	Disnea	52	Parálisis	32

Donnelly (1000 enf)(356)		Grond (1635 enf)(355)		Pascual (122 enf)(320)	
Dolor	82	Dolor	78	Astenia	94
Astenia	67	Insomnio	59	Anorexia	77
Anorexia	64	Anorexia	48	Somnolencia	61
Pérdida de peso	60	Estreñimiento	33	Dolor	57
Boca seca	55	Sudoración	28	Ansiedad	56
Estreñimiento	51	Náuseas	27	Estreñimiento	56
Disnea	51	Disnea	24	Boca seca	55
Depresión	49	Disfagia	20	Insomnio	54

Insomnio	41	Vómitos	20	Náuseas,vómitos	45
Vómitos	37			Disnea	43

()Referencias bibliográficas.

Con respecto **al grupo Anciano**, los estudios anteriores no reflejan datos descriptivos de frecuencia de síntomas con respecto al grupo anciano, sino que son datos de toda la población, realizando posteriormente inferencia para estudiar las diferencias por edad, asumiendo que los datos descriptivos de la muestra también lo son en el grupo anciano. El grupo Anciano en nuestro estudio presenta una frecuencia similar a la descrita anteriormente en la muestra y en las muestras de los diferentes estudios, en donde estudian grupos de edad. Los problemas de la boca, ocupan el primer lugar. Esto quizás es debido a la intención de recoger el dato en su más amplio conjunto de patología, boca seca, cándida, séptica, y dolorosa. Algunas series recogen problemas de la boca como solo dolor bucal o sequedad de la boca, serie de St. Christopher's Hospice, solo sequedad de boca, serie de Marcos Gómez, serie de Pascual L, etc. Por otro lado recordar la descripción de la muestra en la tabla 4.1.2. de las características geriátricas propias en el anciano, en donde el 100% de los ancianos ingresados presentaban una problemática bucal entendida esta como uso de prótesis dental, alteraciones periodontales, y falta de piezas dentales y/o adoncia. La boca de nuestros mayores, debido a las situaciones socioeconómicas por las que han pasado, presentan grandes deficiencias, que las predisponen a una mayor problemática en relación con la enfermedad, y más aún con la enfermedad oncológica en fase terminal (359).

El anciano independientemente de la enfermedad oncológica, presenta como problema frecuente descrito la xerostomía. Aunque no está claro su causa, ésta podría estar en relación con la polifarmacia, la pluripatología, o bien también en relación con propio envejecimiento, aún no bien evidenciado la relación causa-efecto, de una discreta atrofia de las glándulas salivares (360,361). En el anciano oncológico en fase terminal, este problema aumenta de forma considerable en relación a dos causas fundamentales (362,363,364):

- La toma habitual de los fármacos con efectos anticolinérgicos (opioides, hioscina, benzodiacepinas, etc).
- Las alteraciones que el propio cáncer y los tratamientos activos recibidos producen en la boca, en la regeneración y función de la mucosa bucal alterada fundamentalmente por los siguientes factores:
 - Cambios crónicos en el medio local, tales como la disminución de la saliva y la candidiasis orofaríngea presente hasta en el 70% de los pacientes con cáncer avanzado.
 - Una pobre higiene bucal local que permite que los residuos conformen una barrera física que cubre las papilas gustativas, con fatiga del gusto causado por la estimulación continua de las papilas gustativas por elementos necróticos en la boca.
 - El propio tumor puede afectar también directamente la regeneración de la mucosa bucal.
 - Las deficiencias nutricionales también afectan directamente la regeneración de la mucosa bucal.

Por ello en nuestra serie en el anciano los problemas de la boca, pero en particular los problemas relacionados con la boca seca ocupan el primer lugar de los síntomas referidos por los pacientes cuando se les pregunta en la valoración geriátrica estructurada e intencionadamente por ellos.

El dolor sigue siendo uno de los síntomas principales, y al igual que en todas las series descritas anteriormente. Algunos autores (y es también un extendido mito entre los sanitarios) consideran que los ancianos tienen menor sensibilidad al dolor (365). Es un tema controvertido, y que de ser asumido con ligereza aumentaría el riesgo ya existente de no valorar y tratar adecuadamente el dolor en el anciano, con el consiguiente deterioro de su calidad de vida. Este punto se expone más en profundidad en el apartado 5.3.2. , solo destacar que en nuestra serie, el dolor en el anciano oncológico en fase terminal presenta una alta prevalencia, siendo el segundo

síntoma en frecuencia. El dolor, agudo o crónico, benigno o maligno, somático, visceral o neuropático, en el anciano, por sus características inherentes y descritas en geriatría, tiene un especial riesgo de ser menos reconocido y peor valorado en la práctica, por diferentes razones entre las que destacan (366, 367, 368, 369):

a) Dificultad para comunicar el dolor, por presencia de deterioro cognitivo, depresión, trastornos sensitivos, afasias, etc., con miedo a molestar, exceso de respeto al personal sanitario, con miedo a la institucionalización y a la dependencia.

b) Creencias erróneas sanitarias sobre la diferente sensibilidad al dolor del anciano, la mala tolerancia a los analgésicos, sobre todo opioides, y que el dolor y el discomfort son problemas inherentes a la edad.

c) Presencia de otras patologías diferentes a la patología principal y que producen dolor, sobre todo osteomuscular, que hace que el personal sanitario no las preste el suficiente interés.

d) Gran prevalencia del dolor crónico, “dolor maligno”, con mayor agotamiento del paciente, familia y del personal sanitario, requiriendo de un abordaje diferente, con un seguimiento multidisciplinar a largo plazo, con necesidad de dosis mayores de fármacos, y de medidas no farmacológicas de vital importancia para su control.

e) Presentarse de forma atípica, en forma de síndromes geriátricos como el sdr. de inmovilidad, trastornos neuropsiquiátricos como depresión, ansiedad, insomnio, trastornos de conducta, etc. y verse alterado tanto su presencia, su valoración y por supuesto su tratamiento por la comorbilidad (por ejemplo, insuficiencia cardíaca con disnea de pequeños esfuerzos, disminuye la presentación del dolor osteoarticular en una artrosis de cadera al disminuir la disnea la movilidad, pero al mismo tiempo ambos se potencia en una misma presentación, al disminuir de igual forma el dolor la movilidad, dando el resultado final de un sdr. de inmovilidad).

La debilidad, astenia, es el siguiente síntoma en frecuencia en nuestra serie en el anciano. En este síntoma cabe resaltar lo dicho en los problemas de la boca. La frecuencia de

este síntoma aumenta si se pregunta específicamente por él. El anciano está más predispuesto que el adulto no anciano a la presencia de este síntoma independientemente de la enfermedad oncológica (por sus problemas de enfermedades crónicas incapacitantes, trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, polifarmacia) (42, 51, 170). Pero es la enfermedad oncológica en fase terminal quien agrava aún más esta situación basal, aumentando la situación de dependencia funcional y con ello social del anciano. El cáncer en estadio avanzado, provoca cambios metabólicos, que a su vez son los responsables de la anorexia y la caquexia (370). Estos conducen a anomalías estructurales y funcionales en los músculos que aumentan las ya existentes en el anciano, que originan la atrofia muscular y la debilidad (289). En otras ocasiones el cáncer provocará directamente daño neurológico causado por una lesión nerviosa periférica, o central (metástasis cerebral). Otra causa fundamental de la debilidad es la frecuente afectación de suprarrenales dando lugar a un cuadro de debilidad generalizada más o menos brusca, ante la cual puede ser útil el uso de corticoides, teniendo en cuenta que estos sobre todo en el anciano, pueden enmascarar una septicemia o bien ser causantes de cuadros psicóticos y aumentar la debilidad sobre todo proximal por la miopatía esteroidea (371).

La debilidad generalizada progresiva es un indicador inequívoco de progreso de la enfermedad y de cercanía de la muerte, aumentada esta por el reposo prolongado en la cama (372). Este dato en nuestra serie podría explicar la frecuencia tan elevada de este síntoma en el anciano, ya que cerca del 40% de los ingresos han presentando una estancia menor de diez días y de ellos un 20% menor de 4 días, siendo el exitus su destino más frecuente al alta hospitalaria.

La anorexia constituye en nuestra serie el cuarto síntoma en frecuencia. Son muchas las causas de anorexia en el paciente oncológico terminal y más aún en el paciente anciano y hospitalizado (373, 374). Entre ellas destacar la concomitancia con otros síntomas como estreñimiento, náuseas y vómitos, los problemas de la boca, disnea, dolor, depresión y ansiedad, igualmente la comida poco apetitosa y la presentación de la misma en grandes raciones, y por último los propios cambios metabólicos del tumor (lipólisis, proteólisis, liberación de caquexinas, etc) causantes directas de la anorexia y la caquexia (362, 375). Independientemente del cáncer la anorexia y generalmente con ello la pérdida de peso es un problema frecuente en la práctica geriátrica, se calcula que hasta un 40% de los mayores de 70 años la padecen. Las causas fundamentales de anorexia en el anciano son (376):

- Las debidas al propio envejecimiento, disminución de la tasa metabólica basal, con disminución de la masa magra corporal, unido a un estilo de vida más sedentario, determina un menor consumo de calorías que puede determinar una ingesta inadecuada, unido a una disminución del gusto y del olfato lo que hace que la comida sea menos placentera favoreciendo la anorexia.
- Las psicosociales, viven solos, pobreza, dificultad para la realización de las comidas, depresión, deterioro cognitivo.
- Las causas médicas debida a su pluripatología (enfermedad de parkinson, demencia, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiacas).

Entre estas últimas cabe citar el cáncer, que aumenta la frecuencia de este síntoma al igual que ocurre con otros síntomas que son frecuentes en el anciano per se.

La ansiedad constituye igualmente un síntoma frecuente en el anciano oncológico en fase terminal, y en nuestra serie ocupa el quinto puesto en frecuencia. La ansiedad es difícil de diagnosticar y de medir sobre todo en el anciano, por ello la necesidad de datos objetivos para recoger esta variable (377, 378). Más aún en el anciano oncológico terminal, en donde junto con las causas propias que se presentan en el anciano (soledad, problemática social, polifarmacia, pluripatología, inactividad física, ...), la enfermedad oncológica en fase terminal añade a muchos ancianos simultáneamente trastornos emocionales, con dificultades en el hogar, problemas financieros... Así algunos ancianos muestran la ansiedad con introversión por los trastornos emocionales y la dura realidad de saberse próximos a fallecer, o bien confusos y temerosos antes de su muerte, porque reconocen las implicaciones del estado debilitante con la dependencia y el sentirse carga para sus familiares, sobre todo sus hijos (379, 380).

El siguiente síntoma en importancia es el estreñimiento. El estreñimiento constituye una entidad de gran importancia en la población anciana debido a su alta prevalencia, complicaciones, tendencia a la cronicidad y ansiedad propia que genera en el anciano. Entre los cambios fisiológicos debido al envejecimiento destacar que no se han encontrado diferencias significativas al comparar el tránsito colónico entre ancianos y jóvenes sanos. Sin embargo, al estudiar la fisiología anorectal, se han objetivado variantes importantes entre ambos grupos. Así

el esfínter anal interno se relaja con volúmenes rectales más pequeños en los ancianos, y esto es aún más marcado en el caso de las mujeres. La disminución de la presión en el esfínter anal puede ser debida, en parte a cambios en la masa muscular y contractilidad en relación con la edad, y en parte a lesión del nervio pudiendo asociado al descenso del periné en las mujeres ancianas, o incluso al envejecimiento del sistema nervioso central (381, 382). Sobre esta base el cáncer aumenta en el anciano la frecuencia de presentación de estreñimiento por el uso de fármacos anticolinérgicos que favorecen los trastornos de la motilidad intestinal hacia una disminución de la misma, fármacos de uso habitual como opioides, antidepresivos, benzodiazepinas, antiácidos. Otros factores son la baja ingesta de líquidos por los problemas de la boca y la anorexia descritos anteriormente, el encamamiento prolongado, y la afectación directa del cáncer de estructuras propias relacionadas con la defecación (374).

Otros síntomas frecuentes en el grupo anciano son el insomnio, la depresión, y el sdr. confusional agudo.

Los problemas de todo tipo en relación con el sueño son muy comunes a cualquier edad, pero todos los estudios coinciden en señalar que su frecuencia aumenta con el envejecimiento, así como en el sexo femenino (383). Algunos autores presentan frecuencias de hasta un 40% de la población de edades por encima de los 70 años (384). Con el envejecimiento se producen una serie de modificaciones en el patrón del sueño que hacen de este un sueño más ligero, con frecuentes despertares nocturnos y con sensación subjetiva de un menor rendimiento del sueño, junto con más cabezadas nocturnas, aumentando el tiempo en la cama, sin disminuir el tiempo total de sueño. Igualmente las características geriátricas de polifarmacia, pluripatología y problemática psicosocial influyen de manera negativa en el sueño. Pero es sobre todo en el paciente oncológico terminal cuando los problemas del sueño aumentan en relación directa con alteraciones orgánicas producidas por el propio cáncer (fármacos, afectación sistema nervioso,..), como en relación generalmente con un adecuado control de síntomas, como dolor, disnea, vómitos, pero sobre todo por causas psicológicas como ansiedad, depresión, temor a fallecer mientras duerme, y en el hospital, que es el medio de nuestro estudio, miedo a un medio no familiar, y ruidoso, con frecuente aburrimiento diurno y cabezadas para pasar el tiempo, que motivan fragmentaciones del sueño fisiológico habitual (385).

Con respecto a la depresión, los problemas del humor constituyen un problema de primera magnitud en la población anciana (386, 387). Por un lado los cambios y acontecimientos vitales que experimenta el anciano propios de la sociedad de nuestros días, la jubilación y la consiguiente pérdida de nivel económico, la aparición de enfermedades físicas, muchas de ellas muy incapacitantes, lo que provoca una situación de dependencia, la viudedad y los fallecimientos de familiares y amigos que favorecen la soledad, etc. Por otro lado los cambios neurobiológicos que se producen en el fenómeno del envejecimiento, y que suponen una mayor vulnerabilidad neuroquímica para padecer una depresión. Y como siempre a todo ello los efectos causados en el anciano por el propio cáncer, en donde la tristeza es natural, siendo casi siempre de tipo reactivo. En ocasiones se debe a síntomas mal controlados sobre todo el dolor, la disnea y los vómitos. Por lo que para el diagnóstico de depresión sobre todo en el anciano más que atender a los signos orgánicos muy frecuentes en el paciente terminal (debilidad, astenia, insomnio, pérdida de peso) atendiendo más a los síntomas propios psicológicos como sentimiento de desesperanza, pérdida de autoestima, sentimientos de culpabilidad e ideas de suicidio (388).

El cáncer provoca una convulsión en el mundo interior de quien lo padece, que se encuentra de repente ante algo que no puede dominar y que tampoco, a su parecer, dominan los médicos. El paciente se interioriza y empieza a plantearse interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor y de la muerte, etc (389). El anciano no sacará en muchas ocasiones sus preocupaciones si no se les pregunta a cerca de ellas, y, a menos que éstas sean reconocidas y atendidas. Los temores fundamentales son en el anciano sobre todo la dependencia que produce en sus familiares con el cambio de situación sociofamiliar y frecuente institucionalización que produce la enfermedad, más que en muchas ocasiones, el propio sentimiento de muerte (10, 154).

Con respecto al sdr. confusional agudo, delirium, que decir tiene que este aumenta de forma progresiva con la edad (174, 288). En el anciano esta tendencia no es solo producido por los cambios del envejecimiento, sino por la mayor incidencia de enfermedades y un mayor uso de fármacos. El envejecimiento determina cambios morfológicos, de neurotransmisión, bioquímico-fisiológicos y funcionales que favorecen la aparición de esta entidad. A medida que

avanza la edad del individuo, se producen pérdidas de neuronas, disminución del flujo plasmático cerebral, del número de neurotransmisores y de sus receptores en todo el cerebro. Todas estas alteraciones hacen que la homeostasis del cerebro del anciano ante cualquier agente agresor (enfermedades agudas, fármacos, etc) sea menos y favorezca la aparición del delirium. El cáncer de nuevo predispone al anciano a presentar esta patología, bien directamente por afectación orgánica cerebral como por sus condicionantes: uso de fármacos anticolinérgicos, mayor frecuencia de riesgo de alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas, así como gran estrés psicológico y social que conlleva la propia enfermedad (390, 391).

Con respecto a la disnea, síntoma de una gran incapacitación e impacto emocional, la edad por sí misma tiene una gran repercusión sobre la capacidad pulmonar y la eficiencia ventilatoria. En los ancianos sanos puede esperarse una reducción de los volúmenes pulmonares a la cuarta parte de los valores esperables en jóvenes sanos. Estos cambios son consecuencia de los efectos de la edad en el esqueleto, músculos respiratorios y elasticidad pulmonar, así como secuelas del tabaquismo y enfermedades crónicas como el Parkinson, etc. Con la edad también se produce una disminución de la tolerancia subjetiva al ejercicio, consecuencia de la menor eficiencia del intercambio gaseoso (392, 393). A pesar de todo ello, es importante señalar que en ninguno de los estudios mencionados de los síntomas, se han podido objetivar diferencias estadísticamente significativas entre la disnea, tanto su prevalencia como su percepción entre los ancianos oncológicos en fase terminal y los otros grupos de edad (320, 321, 349, 354, 356, 357, 358).

Resumiendo la presencia de los síntomas al ingreso hospitalario del grupo anciano de nuestra serie, son semejantes al resto de publicaciones relatadas previamente, en donde los principales suelen ser los problemas de la boca, el dolor, la debilidad, la anorexia, la ansiedad, el estreñimiento y el insomnio, y en menor medida las náuseas y los vómitos, la disnea, la depresión y el sdr. confusional agudo. Todos ellos son síntomas de una alta frecuencia en la población anciana independientemente del cáncer, ya sea por causas propias debidas al envejecimiento como por causas propias del paciente geriátrico (pluripatología, polifarmacia, condicionantes psicosociales). Y en todos ellos el cáncer pero sobre todo en situación de terminalidad aumentará sus riesgos de padecerlos.

Es por ello que ante esta situación podría caber esperar que **comparando el grupo anciano con el adulto no anciano**, el primero presentara un mayor número y frecuencia en la presentación de síntomas. Esto no es así y coincidiendo con la mayoría de los estudios, el enfermo terminal geriátrico no se asocia con un mayor número de síntomas (320, 321, 349, 354, 356, 357, 358). Como he referido anteriormente, el cáncer en fase terminal, produce una serie de cambios que son independientes de la edad.

El anciano oncológico en fase terminal parece “disfrutar” de una menor prevalencia de ciertos síntomas especialmente impactantes como dolor, depresión, ansiedad y angustia ante la muerte (155). Síntomas que no son estadísticamente significativos, pero que presentan una cierta menor tendencia en los diferentes estudios con respecto al anciano. Pero sin embargo si que el anciano muestra unos síntomas muy propios del paciente geriátrico, estadísticamente significativos de mayor prevalencia que en el joven, como son el delirium, el estreñimiento y los síntomas urinarios considerados éstos como incontinencia.

Los datos expuestos anteriormente aparecen de igual forma en nuestra serie hospitalaria, en donde **el grupo anciano presenta con respecto al adulto no anciano**, de forma estadísticamente significativa más estreñimiento, más sdr. confusional agudo, y más incontinencia, con una menor angustia ante la muerte. En esta línea, uno de los mayores estudios prospectivos sobre 2.266 pacientes con enfermedad oncológica remitidos a una clínica del dolor, Grond et al (357), demostró que los pacientes ancianos con enfermedad oncológica terminal presentaban de forma estadísticamente significativas más anorexia, estreñimiento, delirium y síntomas urinarios que los enfermos más jóvenes. Y este estudio confirma los que sugerían estudios previos no prospectivos (321, 356, 358), y que muestran resultados semejantes a nuestra serie.

5.3.1.2.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario

Los dos síntomas más frecuentes de nueva aparición durante el ingreso hospitalario con diferencia al resto son el sdr. confusional agudo y la debilidad. Esto es explicable por las complicaciones médicas hospitalarias frecuentes como la infección nosocomial (394, 395), las

alteraciones hidroelectrolíticas, así como la proximidad ante la muerte. Como he comentado anteriormente cerca del 40% de los ingresos han presentando una estancia menor de diez días y de ellos un 20% menor de 4 días, siendo el exitus su destino más frecuente al alta hospitalaria. Otro factor a tener en cuenta en la presentación de estos dos síntomas es el uso intensivo de fármacos con potente efecto anticolinérgico, con vías como la subcutánea o en ocasiones la intravenosa, como son los opiodes y los ansiolíticos (midazolam), así como corticoides o antidepressivos, muchos de ellos para control de síntomas como dolores difíciles (396, 397).

A estos dos síntomas le sigue en importancia las secreciones y el estreñimiento que podrían explicarse de la misma forma que los anteriores, con mayor inmovilidad y reposo en cama en pacientes hospitalizados y cercanos a la muerte, así como uso de medicación y de complicaciones médicas interrecurrentes.

El insomnio y la ansiedad son los síntomas que les siguen a continuación. En el medio hospitalario y más aún en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias, aunque se cuida mucho el entorno, es inevitable que el paciente a su ingreso, confirme su pronóstico, y más aún si le da tiempo a conocer el entorno y relacionarse con el medio, con otros pacientes, viendo la muerte reflejada no solo en él sino también en el resto de pacientes. Esto ayuda al paciente de forma positiva a no sentirse solo ante la muerte, creer que es el único afectado, y darse cuenta que como él y en su misma situación hay mucha más gente. Pero el medio hospitalario es agresivo, hostil, con noche largas y con ruidos, días todavía más largos y solitarios, en donde el enfermo se encuentra ante él y sus propios pensamientos. Ante esta situación es lógico que estos síntomas que podemos clasificar como psicológicos se presente con bastante frecuencia en el medio hospitalario, y que sean de nueva aparición. El paciente oncológico en fase terminal se encuentra en un situación límite, que al producirse el ingreso hospitalario y durante el mismo, se desborde apareciendo síntomas psicológicos que hasta este momento habían permanecido en silencio (377).

Por último el dolor es el siguiente nuevo síntoma en importancia. Esta variable dolor es recogida cuando el paciente presentaba un tipo diferente de dolor al ingreso o bien se presentaba este por primera vez. Este dolor en muchas ocasiones, es debido a las mismas explicaciones anteriores y a la aparición del llamado dolor total. El dolor físico, en su pura

esencia, destruye el mundo del sujeto, puede llegar a ser una verdadera pesadilla, de la cual el paciente es prisionero y en ocasiones por su cronicidad, cansado y abandonado. Estas sensaciones se incrementan más aún cuando el dolor es oncológico y en donde su dolor le recuerda continuamente su realidad cercana de la muerte, su falta de control sobre la situación, con gran angustia y sentimiento de desesperanza (dolor total) (398).

En el grupo Anciano de nuestra serie, la frecuencia de síntomas nuevos durante el ingreso es similar a la descrita anteriormente, siendo esta población una ponderación importante en los resultados de la muestra. Existe un cambio importante y es en la variable ansiedad, en donde esta en el grupo anciano, sino está presente al ingreso, no es una complicación frecuente durante el ingreso, aparece en los últimos lugares. Esto tendría su explicación en las características psicológicas propias del anciano que se describen en el apartado 5.4.

Comparando **el grupo anciano con el grupo adulto no anciano**, el anciano presenta de forma estadísticamente significativa menor angustia ante la muerte como síntoma nuevo que el adulto (ver discusión apartado 5.4.). Igualmente presenta una mayor tendencia por sus características geriátricas hacia el sdr. confusional agudo, secreciones, insomnio, y problemas de la boca, mientras que el adulto no anciano presenta una mayor tendencia hacia la ansiedad y la anorexia. La frecuencia de depresión como nuevo síntoma durante el ingreso hospitalario es muy pequeña en ambos grupos de edad, y pueda ser debida a que si no lo presenta en el ingreso, los últimos días de manejo en la Unidad Hospitalaria si han sido bien manejados, no aumentarían el riesgo de producir depresión a pesar de la hostilidad del medio institucional.

5.3.2.- Dolor

La atención del dolor en el anciano es de una gran importancia, pues aún sin caer en el sentir popular de que la vejez y el dolor son compañeros inseparables ha de reconocerse que las patologías más habituales de la persona mayor suelen conllevar dolores crónicos; tal es el caso de los procesos osteoarticulares, inflamatorios, y por supuesto la enfermedad oncológica ... Por ello en la población anciana ambulatoria la prevalencia del dolor es de 25-50% y aumenta hasta el 45-80% en los ingresados en residencias asistidas (399). El cáncer y sobre todo en estado

terminal en el anciano, supone la presentación de nuevos tipos de dolor a sus dolores típicos crónicos habituales y de carácter e intensidad variable. En un paciente oncológico terminal, el dolor le hace sentir la enfermedad y su realidad de proximidad con la muerte, una muerte con sufrimiento, que la hace temerosa y rechazada (400). Al anciano el dolor debido al cáncer le hace recordar vivencias de familiares no muy lejanos en los cuales los últimos momentos de su vida han sido con un gran sufrimiento debido a la presencia de síntomas no controlados, sobre todo el dolor. Estas vivencias les hace sentir miedo a la enfermedad, e incluso a los tratamientos para combatir el dolor, con prejuicios sobre los efectos secundarios de los fármacos analgésicos. En muchas encuestas los pacientes mayores llegan a afirmar que los tratamientos para el dolor oncológico son peores que la propia enfermedad (401).

Es muy discutido la existencia de una supuesta presbialgia (402). Harkins (403) niega la existencia de la presbialgia en el sentido de hipopercepción del dolor, frente a una sensibilidad dolorosa normal en el joven, y afirma que entre uno y otro se dan más similitudes que diferencias. Como mucho se da un aumento de umbral en la sensibilidad dolorosa al calor radiante, que explicaría la percepción reducida del dolor agudo en esta situación. El dolor agudo, asociado con muchas condiciones inflamatorias, se presenta a menudo de forma semejante con independencia de la edad; pero la respuesta del cuerpo a la inflamación se puede alterar, pues la reacción de los leucocitos y los cambios de signo vital no son tan dramáticos como en las personas jóvenes. Por ello los dolores ligados a ciertos síndromes inflamatorios son inversamente proporcionales a la edad debido a la disminución de la respuesta fisiológica a la inflamación.

En una línea opuesta, los algólogos como Bonica mantienen que el dolor crónico y entre ellos el oncológico es más severo en el viejo que en el joven por las características psicológicas, sociales y culturales de la ancianidad, en el que disminuye su adaptabilidad y aumenta su vulnerabilidad con el consiguiente predominio del sufrimiento, la angustia y la depresión que acompaña al dolor de la persona mayor (404). Dado que la depresión tiene más prevalencia en el anciano, la oportunidad para que el dolor la intensifique es mayor en los viejos que en la población en general. La evidencia de que las molestias psicosomáticas son más frecuentes en el anciano complica más el problema, pero no se puede olvidar, por otra parte, que un mismo dolor que puede tener una escasa significación en un joven puede indicarnos una

enfermedad serie en el anciano (cefaleas asociadas a arteritis de la temporal o hematomas subdurales o bien dolor lumbar debido a osteomielitis o a metástasis vertebrales). En la tabla 5.3.2.1. se muestran los diferentes factores que modifican el umbral doloroso en la etapa senil (399).

En general se puede afirmar que en el anciano el umbral nociceptivo para el dolor agudo suele estar aumentado, probablemente debido a una degeneración neuronal de las columnas posteriores de la médula espinal (400).

Tabla 5.3.2.1.- Factores que modifican el umbral doloroso en la etapa senil*:

1.- Aumentando el umbral:

- Edad
- Enfermedades acompañantes
 - Polineuropatías, afecciones del SNC.
- Fármacos:
 - Analgésicos, ansiolíticos, antidepresivos, esteroides.
- Factores psicológicos:
 - Adaptación al síntoma, aceptación de la idea de “muerte cercana”, interpretación del dolor como síntoma de vejez.

2.- Disminuyendo el umbral:

- Dolor de etiología múltiple.
- Factores psicológicos.
 - Aislamiento mental, introversión, ausencia de actividades placenteras, insomnio, depresión, situaciones de pérdida (cónyuge, amigos, etc), cambios negativos en el ámbito familiar, situaciones de dependencia (física, económica).

*Tomado de referencia 399.

Un epígrafe importante son los aspectos psicológicos del dolor en la vejez sobre todo en el anciano oncológico (406). La señal dolor-sufrimiento-angustia desencadena reacciones específicas en el anciano: los fantasmas de destrucción y de muerte, frustración latente y agresividad manifiesta, regresión infantil, autopunición ... El anciano oncológico en fase terminal está sujeto a severas tensiones psicológicas (pérdida de salud física, pérdida de seres queridos, recursos económicos disminuidos y nivel social rebajado) además de la ya reducida adaptabilidad biológica como consecuencia del envejecimiento. El enfermo puede tener poca esperanza en recuperar estas pérdidas y poca ayuda para afrontarlas. Más aún cuando el médico solo presta seguridad y confianza cuando está seguro; en caso contrario elude al paciente con dolor crónico oncológico o no, lo evita por no saber que hacer con él.

En nuestro estudio, el anciano con enfermedad oncológica en fase terminal, presenta el dolor como el segundo síntoma en importancia al ingreso hospitalario, y probablemente fuera el primero si en nuestra serie no se hubieran agrupado como un único síntoma los diversos problemas de la boca. El control del dolor es uno de los pilares fundamentales de la medicina paliativa y de los derechos del enfermo terminal. Reconocer el dolor, el tipo, la intensidad y planificar su tratamiento adecuado. Apesar de la problemática existente en cuanto a las peculiaridades del dolor como síntoma en el anciano (ver apartado 5.2.1.), este síntoma importante, incapacitante y severo, se muestra en nuestro estudio en el anciano de igual forma que en el adulto. El más frecuente es el dolor nociceptivo visceral, seguido del somático y a distancia del neuropático o de desafrenciación.

Estas cifras son debidas a que la principal causa de dolor en el paciente oncológico en fase terminal (407), es la afectación del órgano de localización del tumor, generalmente visceral, seguido de la afectación locoregional y a distancia, en donde de nuevo se pueden afectar nuevas vísceras (hígado, pulmón, etc). Sin embargo el dolor crónico del anciano, independiente del cáncer, más frecuente es el nociceptivo somático debido a la presencia de patología crónica osteomuscular, úlceras cutáneas e inmovilidad (399). Por lo que cabría esperar diferencias en este tipo de dolor del anciano con respecto al joven. Pero en el paciente con cáncer en fase terminal en donde la afectación primaria de origen motiva el dolor visceral, pero la afectación motivo de terminalidad es, junto con la afectación local, la afectación a distancia, con una muy frecuente afectación ósea, y produciendo inmovilidad, podría explicar que el joven no presente diferencias con respecto al anciano en este tipo de dolor.

El dolor neuropático es menos frecuente, pero mucho más dramático tanto en cuanto a la incapacidad que produce como a su tratamiento. Pero en la lista siempre aparece en último lugar debido sobre todo a afectación locoregional o a distancia de raíces nerviosas en tumores como el colon y recto, vejiga y mama (408).

Con respecto a la intensidad nuestra serie tampoco encuentra diferencias entre el anciano y el adulto no anciano, con intensidades semejantes en la EVA o en la escala de comportamiento. Quizás algo que apoye estos datos de nuestro estudio, es el esfuerzo por intentar aquilatar bien la intensidades del dolor en el anciano e intentar no partir de las premisas citadas anteriormente de errores en cuanto al dolor en el anciano.

Con respecto al campo propio de la medicina paliativa, diversos especialistas en la materia venían afirmando de forma parcial lo anteriormente dicho sobre una cierta presbialgia, en donde los enfermos terminales geriátricos oncológicos perciben menos dolor que los pacientes en situación terminal más jóvenes. En nuestro estudio se observa una muy pequeña frecuencia menor pero no estadísticamente significativa del dolor y de todos los tipos de dolor en el anciano (diferencias solo de 5-6%), que en otros estudios son significativas como en Carulla y cols (321), Planas J (354) y Donnelly y cols (356)

En su revisión sobre el mecanismo de la memoria dolorosa en el paciente de edad, Rapin (409) observaba que de 10 estudios publicados entre 1940 y 1990 tan sólo en tres se demostraba un incremento del umbral doloroso con la edad, en uno se modificaba, y en cinco permanecía invariable (un estudio era invalorable).

Posteriormente a este trabajo, Solomon (410) revisó las historias clínicas de 166 mujeres con cáncer de mama y 138 varones con cáncer de próstata atendidos en un hospicio americano. En este estudio, las mujeres mayores de 70 años y los varones mayores de 80 años percibían significativamente menos dolor y consumía menos opioides que los otros grupos de edad. Sin embargo, no existían diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos menores de 70 años y los más jóvenes. Por su parte, McComark et al (411), en su investigación retrospectiva de 100 pacientes terminales oncológicos fallecidos en su domicilio, atendidos en un programa de cuidados paliativos, demostraron que los pacientes mayores de 74 años emplearon significativamente menos opioides los últimos 5 días de vida.

No obstante otro estudio retrospectivo similar, de Stein et al (412), con 239 pacientes oncológicos terminales atendidos por un programa de cuidados paliativos fue incapaz de encontrar diferencias estadísticamente significativas en la percepción dolorosa entre los grupos de edad superior e inferior a 65 años.

En nuestro país, hay una serie importante de un estudio de corte poblacional en pacientes atendidos por unidades de cuidados paliativos, tanto en domicilio como en hospitales (Carulla J y cols., Cataluña, 1999 (321)), en donde sobre una base de 880 pacientes oncológicos en fase terminal, observan que los enfermos mayores de 69 años tienen una menor prevalencia de dolor, estadísticamente significativa, sobre todo si se compara con edades menores de 59 años.

Resumiendo según cita de los diferentes autores, podría afirmarse en este momento, aunque no del todo claro, que parece que el enfermo geriátrico oncológico en fase terminal padece menos dolor (en cuanto a menos intensidad) en su proceso terminal oncológico que el paciente más joven y que esta diferencia es más acusada en los pacientes muy ancianos, con edades superiores a los 75-80 años. Aunque no resulta superfluo recordar que menos dolor no

es sinónimo de ausencia de dolor, y que por tanto el enfermo terminal geriátrico presenta dolor y precisa de un adecuado tratamiento de su dolor igual que cualquier enfermo de otro grupo de edad (155).

Nuestros resultados están más cercanos a los trabajos en los que no encuentran diferencias entre el adulto y el joven, (Grond y cols (355), Brescia y cols (358), Rapin (409), Stein (412)) ya que en nuestra serie coincidiendo con los autores anteriores el anciano presenta una frecuencia similar del síntoma dolor, pero a diferencias de otras series (321, 354, 356, 410, 411) no encontramos tampoco diferencias en la intensidad del dolor, que pueda llevarnos a afirmar que el anciano oncológico en fase terminal presente una intensidad menor de dolor que el joven. Una explicación a estos resultados vendría dada porque la muestra recoge solo pacientes hospitalarios, que por definición son más complejos que los pacientes domiciliarios que se han podido mantener en su domicilio. E igualmente estos pacientes presentan una situación sociofamiliar mucho más problemática que aquellos pacientes que se han podido mantener en su domicilio, rodeados de sus familiares que han participado de su cuidado hasta el último momento. Esta gravedad psicosocial puede contribuir a que el dolor en nuestra muestra hospitalaria sea percibido con mayor intensidad que aquellos pacientes con una menor problemática psicosocial. El diseño del estudio no permite realizar de forma categórica esta afirmación ya que debería de ser un estudio prospectivo comparando muestra hospitalaria con muestra domiciliaria.

Por último en lo que respecta a la coexistencia de varias causas de dolor como es habitual en el paciente oncológico en fase terminal, es muy frecuente la presencia de varias causas productoras de dolor (16). En nuestra serie cerca del 77% de la muestra presenta del orden de dos a 3 causas productoras del dolor. En el grupo anciano este porcentaje sube hasta casi el 82% de los pacientes. Y no existen diferencias con respecto al adulto no anciano, siendo también la presencia de dos o tres causas productoras de dolor la tónica general.

Esta alta frecuencia de que el dolor en el anciano o en el adulto no anciano sea producido por varias causas a la vez viene implícita por las características que definen al enfermo oncológico en fase terminal, en donde la afectación oncológica se encuentra tan

avanzada con afectación no solo locoregional importante sino generalmente a distancia que produce trastornos no solo de un órgano sino de varios a la vez (398, 413).

5.4.- Aspectos Psicosociales

La afirmación de que el cáncer es una enfermedad más indolente, menos agresiva y molesta, con menor sintomatología, en el anciano, es uno de los prejuicios más extendidos (414), y que como queda reflejado en la discusión del apartado anterior los estudios, incluidos el nuestro, no reflejan este mito. Esto mismo ocurre en el ámbito psicosocial. La enfermedad oncológica en fase terminal en un anciano no tiene la misma carga emocional que en un niño, o en una persona joven, sobre todo para el equipo que le va a tratar (especialmente en los equipos pediátricos) pero el anciano como protagonista sí que va a tener sus características y sus necesidades.

5.4.1.- Aspectos psicológicos

Vejez y muerte son dos conceptos que despiertan de inmediato miedos inconscientes. Miedo que provoca un rechazo de estas situaciones, en gran medida por nuestra incapacidad para enfrentarnos a la idea de nuestra propia vejez y de nuestra propia muerte con serenidad y naturalidad. Esta situación lleva a muchos médicos y enfermeras a rechazar inconscientemente a los viejos y a los moribundos (416).

Pero para la mayor parte de las personas de edad avanzada, la idea de la muerte no presenta la carga de angustia con que se vive en edades más jóvenes. La mayoría de los ancianos viven con cierta serenidad la idea de una muerte que está más próxima en el tiempo. Los familiares aceptan con resignación este hecho, en una vida que tiene que terminarse de alguna manera cuando se tienen ya muchos años. En todo caso significará enfrentarse a la pérdida de un ser querido, pero no revestirá el mismo dramatismo que perder a un niño o a un adulto más joven (164, 154, 416).

Sin embargo a pesar de esto los datos de nuestro estudio coinciden con otros al respecto que muestran cifras alarmantes en cuanto que el anciano no conoce el diagnóstico de su enfermedad oncológica, más aún no conocen su pronóstico, y con respecto al entorno existe conspiración de silencio (417, 418, 419). En términos cuantitativos aproximadamente la mitad de los ancianos con enfermedad oncológica terminal ingresados en nuestra Unidad hospitalaria nadie les ha comunicado que tienen un cáncer, y más grave aún a cerca de un 80% no se le ha comunicado nada a cerca de su pronóstico de cercanía a la muerte, manteniendo un silencio y un aislamiento al respecto con la familia y probablemente con el personal sanitario de más de la mitad de los ancianos.

Estos datos coinciden con el estudio cualitativo de Ross (420), en donde tras la recogida de datos de 40 enfermeras trabajando en la comunidad, la autora defienden el siguiente contexto en el cuidado del enfermo terminal geriátrico:

1.- En general, el anciano afronta la muerte con la experiencia de toda una vida en la que apoyarse.

2.- En general, el anciano acepta mejor la muerte que el joven.

3.- La presencia de pluripatología determina en el anciano terminal oncológico un grado de fragilidad no comparable con el joven en situación terminal.

4.- En general, el anciano tiene menos apoyo social y familiar, y además, el propio anciano tiene diferentes expectativas respecto de su necesidad de ser atendido.

5.- En general, el anciano es menos consultado sobre decisiones terapéuticas, con menor información del diagnóstico.

En nuestra serie el grupo anciano presenta como principal trastorno psicológico la ansiedad en más de la mitad de los ancianos, seguido del insomnio y a más distancia menos de un 20% de depresión y en un porcentaje muy pequeño de angustia ante la muerte (9%).

A parte de lo comentado en la discusión sobre la presencia de estos síntomas en el apartado 5.3., la ansiedad puede ser debida a este hermetismo sobre la enfermedad que al fin y al cabo el mismo está sufriendo y está sabiendo de forma aislada y sin compartir con nadie sobre sus emociones y preocupaciones ante su próximo deceso. Las mejores medidas para controlar la ansiedad comprenden la explicación del significado de los síntomas, el control energético de algunos de ellos como el dolor, vómitos, disnea, y la presencia de una persona que les cuide y tenga tiempo para escucharles (154, 164). El anciano presenta aunque no de forma estadísticamente significativa una menor frecuencia de ansiedad con respecto al adulto, y claramente esta vez de forma significativa una menor angustia ante la muerte. Las explicaciones a estos resultados vienen dadas por los comentarios referidos anteriormente.

El deseo de casi todas las personas mayores es también de disponer de información sobre el diagnóstico y el pronóstico de sus enfermedades y además es su derecho (421). Al igual que el resto de los enfermos, están más informados y saben más de lo que nosotros solemos pensar, con la diferencia de que el final del ciclo vital y la proximidad de la muerte les resulta más familiar, que a los adultos más jóvenes. Con los ancianos son útiles las mismas técnicas de comunicación descritas en la medicina paliativa referidas tanto al diagnóstico como al

pronóstico de enfermedad (422). Generalmente son los hijos en muchas ocasiones apoyados por la actitud paternalista médica los que abogan hacia mantener una conspiración de silencio que aísla al paciente y le produce una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos tipo ansiedad, depresión e incluso delirium (423). La dificultad de comunicación de las familias para con su padre, madre o cónyuge anciano, suele ser otro de los motivos que favorecen el no querer hablar del tema de la muerte para con su familiar moribundo e intentar evitar la situación a pesar de ser una situación viva y palpable minuto a minuto. La comunicación como herramienta fundamental de la medicina paliativa debe de ser utilizada por igual en el anciano y debe de establecerse en cualquier caso en un ambiente de tranquilidad con una mínima perturbación. Debe adoptarse una actitud de confianza, de respeto y de escucha. Es importante la comunicación no verbal o de gestos, sobre todo si el anciano tiene un déficit sensorial. Sentarse cerca, a su altura, apoyar una mano en su hombro, plantear la conversación sin prisa, hablar despacio, de forma clara, no formular una nueva pregunta hasta que haya contestado la primera es muy importante en la comunicación para con el anciano (164).

Algunos estudios quieren demostrar el poco deseo del paciente anciano oncológico de saber información al respecto. Así, en varias provincias canadienses se ha evidenciado que a mayor juventud de los enfermos mayor probabilidad de que desearan más información y tuviesen una discusión más franca y abierta sobre su enfermedad con los médicos y otros profesionales sanitarios.

En nuestro propio país, un estudio efectuado en la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en Madrid en el año 1994 (425) mostraba también que el enfermo terminal geriátrico desea ser informado en mucha menor medida que el joven. Según los autores aspectos específicamente culturales que conforman lo que denominan “la muerte española” pueden estar jugando un papel relevante en estos resultados. La aproximación tradicional católica española al hecho de morir durante los siglos XVI-XVIII acentuaba aspectos tales como el acompañamiento del moribundo por “amigos píos y católicos”, relegando a los familiares a un papel secundario. Todavía hoy a juicio de los autores, creen que persisten esta actitud en algunos pacientes, generalmente ancianos terminales geriátricos varones con bajo nivel educativo. La mayoría de estos enfermos viven con la certeza de su diagnóstico, independientemente de que hayan sido informados o no.

Según los autores, estos enfermos agradecen un distanciamiento respetuoso por parte del equipo de cuidados paliativos y no parecen beneficiarse del abordaje psicológico habitual en el enfermo terminal.

En contraposición con esta opinión se encuentran los resultados publicados en la encuesta descrita en el Libro Blanco de Geriatría (38), en cuanto al deseo de conocimiento de la verdad en caso de enfermedad grave con muerte a corto plazo, en donde el 60% de los ancianos consultados dieron una respuesta positiva, frente a un 21% que dijo que no, y un 10% que no se planteó el tema. Los varones parecen ser a diferencia del estudio anterior de Centeno Cortes y cols., los más “valientes” e interesados en conocerla para poder afrontar las nuevas circunstancias. Estos resultados que fueron obtenidos en personas con un estado de salud generalmente bueno, podrían diferir si los afectados se encontraran en situación terminal. El 41,3% se oponen a la eutanasia, entendiendo por tal “aquella en la que el médico acorta la vida para evitar sufrimientos al paciente que va a morir sin remedio”. De estos, un 7% se oponen a ella por razones religiosas y un 11,3% la aceptan condicionada a la decisión del enfermo, su familia y cada caso concreto. Esta encuesta reveló también que el 46% de ancianos está en desacuerdo con la prolongación artificial de la vida, un 17,4% la defiende y un 2,5% está a favor con la expresión de que “mientras hay vida hay esperanza”.

Aunque esta encuesta no está realizada sobre la situación que supone la enfermedad oncológica terminal, probablemente sus resultados puedan ser extrapolables, siempre y cuando se tengan en cuenta características de comunicación para con el anciano descritas anteriormente, y adaptando los beneficios y el trabajo del equipo de paliativos a una atención diferente al del paciente joven. Pero ello no supone el afirmar que estos pacientes no se benefician de un manejo por un equipo especializado de paliativos. Quizás ese equipo se beneficiaría de conocimientos de la práctica geriátrica para dar a cada paciente la información que necesite y que demande, creando un clima tranquilo de comprensión, respeto y ayuda a cualquiera que sean sus emociones y demandas de información. Claro está que explicar una enfermedad oncológica en fase terminal a un paciente joven presenta claras connotaciones, entre otras a parte de las claras diferencias de comunicación, está la clara diferencia cultural. El anciano entiende en general mejor que presenta una enfermedad pulmonar que no es buena. El joven

necesita de una mayor precisión, una mayor certeza en las palabras, necesitando de palabras como tumor, cáncer.

Algunos ancianos, sin embargo, parecen no desear aceptar la idea de la muerte y se sujetan a la vida con determinación a pesar del hecho de que la existencia aparentemente carezca de motivos de gozo o bienestar. Puede ser que en estos casos teman el proceso de fallecimiento o que existan ciertos factores espirituales y psicológicos que estén en juego. Así algunos pacientes les puede proporcionar una gran paz conocer que la muerte está muy cercana. En otros casos a pesar de que el paciente sabe que está próximo a fallecer, teme no darse cuenta de cuál será el momento del final y pide que se le avise en esos momentos. Ello parece darle fortaleza y serenidad. La muerte, por lo general, va precedida por un período de mayor tendencia al sueño, con una disminución del deseo de comunicación verbal. En la fase final, sólo necesitan conocer que son valioso, que se les aprecia y que no estarán solos. La compañía tranquila y agradable de personas a quienes no asuste la muerte, puede ser de gran ayuda tanto para el paciente agonizante como para su familia. Los enfermos sobre todo ancianos y quizás adultos jóvenes parecen agradecer que haya silencio o que alguien rece, y tener una mano cariñosa y familiar en contacto con su piel (426).

Por último, la enfermedad oncológica incapacitante supone como una jubilación traumática para el paciente adulto no anciano a diferencia del anciano, dejando de una forma más o menos rápida, brusca, aguda, toda una serie de proyectos profesionales, económicos, de pareja y sociales. En muchas ocasiones el paciente joven presenta una gran angustia ante la muerte por negativa a dejar a su familia toda la problemática financiera que su muerte acarrea. Este es uno de los motivos que podría explicar el porqué en nuestra serie el joven presente de forma estadísticamente significativa más angustia ante la muerte que el anciano (379).

5.4.2.- Aspectos Sociales

Desde el punto de vista social en medicina paliativa nos encontramos con una persona que está viviendo una situación de necesidad y de inseguridad, es decir (427):

- Nadie mejor que la persona implicada por el problema conoce lo que está viviendo, las implicaciones y los elementos en juego. Es él el protagonista, no el ayudante.
- La dificultad, el conflicto sociofamiliar que está viviendo genera sufrimiento.
- Cuando el paciente y/o su familia acuden al trabajador social, es porque, de alguna manera se ha roto el equilibrio familiar y se ha visto desbordados, por lo que quieren lo antes posible, una solución que alivie la situación por la que atraviesan.

El cáncer en estadio terminal provoca en el paciente adulto o joven un cambio drástico en sus roles, con necesidad de cuidados tanto físicos como psicológicos, que hacen de él un enfermo con un gran componente de necesidad social.

Revisaré la situación de problemática del anciano con o sin enfermedad oncológica.

El escenario social resumido ante el que nos encontramos es el siguiente (428):

- Existe una transformación desde el modelo de familia extensa hacia el de familia nuclear, originando una tendencia hacia modelos de vida independiente tanto entre las personas mayores como entre los más jóvenes.
- El incremento de la esperanza de vida ha originado un crecimiento de las situaciones de fragilidad y de dependencia a edades muy avanzadas, siendo los cuidadores igualmente de edad avanzada.
- El cambio de roles de la mujer ha modificado los escenarios, especialmente en cuanto atañe al cuidado a miembros dependientes de la familia. Es la llamada crisis del cuidador informar. La mujer ha representado durante años el principal pilar de cuidador del paciente dependiente. Al incorporarse al trabajo, al igual que al tener otras aspiraciones sociales, hacen que no puedan cuidar de personas dependientes.

- El nivel de estudios de nuestros ancianos actuales 88,6%, tiene estudios primarios o ningún estudio.
- Desde el punto de vista económico la principal fuente de ingresos en el anciano son las pensiones, en donde un 40% tienen ingresos mensuales entre las 50.000 y 80.000 pts. mensuales, con 400.000 ancianos en su mayoría mujeres que reciben las denominadas pensiones no contributivas. Y un 55,9% de las personas mayores viven en hogares situados por debajo del umbral de pobreza.

Todos estos datos sitúan al anciano en una situación de fragilidad social, independientemente de su situación de enfermedad. Si se le añade una enfermedad oncológica en fase terminal, la situación puede acabar en cataclismo social, para el paciente y la familia.

En nuestro estudio, el anciano presenta de forma predominante cuidador principal, pero la gran mayoría son hijos (62,13%) que en ocasiones cuida también del cónyuge que representa como cuidador principal un (60,19%). Estos datos reflejan que alrededor de un 40% el anciano con enfermedad oncológica en fase terminal está rotando entre sus hijos en tiempos definidos pero generalmente de un mes y en algunos casos es de cada semana. Y un dato significativo es que manifiestan sobrecarga de cuidados en casi la totalidad (93,20%). Estos datos claramente hay que darlos junto a los síntomas psicológicos, siendo causa de ansiedad y preocupación para un paciente moribundo.

El anciano en este sentido presenta grandes diferencias con respecto al adulto no anciano en donde el marco social es claramente diferente aunque comparte alguno de los puntos anteriores referidos al cuidador informal y a datos económicos, en el sentido que la enfermedad incapacita al individuo con necesidad de arreglar papeles muchas veces tortuosos para tener una pensión por incapacidad y generalmente menor que la propia que tenía el paciente antes de enfermar (426). Por ello en nuestra serie de forma significativa el paciente adulto no anciano presenta menos rotación que el anciano, con más alta frecuencia de cónyuge (incluido parejas de hecho) como cuidador principal, recibiendo menor ayuda informal (vecinos, amigos, ...) que en el caso del anciano. No hay diferencias en el dato que los cuidadores de ambos grupos se encuentran sobrecargados con el cuidado. Ha este respecto destacar que a nuestra Unidad, de

perfil sociosanitario, los pacientes jóvenes que acuden tienen un alto porcentaje de ausencia de cuidador principal, mayor que en el caso del anciano, por lo que serían necesarios estudios prospectivos que comparan domicilio con hospitalización para poder afirmar completamente estos resultados.

Por último destacar que los pacientes con enfermedad oncológica terminal consumen menos recursos sociales, solo un 20% de ellos reciben ayuda comunitaria, sin presentar diferencias entre ancianos y adultos jóvenes. Esto es debido a que el proceso oncológico es la situación de terminalidad de mayor dependencia y consumo por lo tanto de recursos sociales, es un proceso rápido, según criterios de la SECPAL, menor de 6 meses, que las familias en su mayoría dado el impacto de una muerte cercana, asumen, y que los servicios sociales no pueden atender satisfactoriamente, dada la demora en atender demandas (lista de espera de residencia, de estancias temporales, pobreza de recursos comunitarios e insuficientes, de una a dos horas diarias en el caso de mayor dependencia). Todo ello hace que el cuidado del paciente oncológico en fase terminal recaiga sobre los familiares (429), lo que les supone una gran sobrecarga (430) y lo que motiva que recurran al recurso hospitalario, no asumiendo el alta hospitalaria en cerca de un 80% de los casos, sin apenas diferencias entre los dos grupos de edad.

Por último comentar que en nuestro estudio, los ancianos utilizan más los recursos sociales públicos que los privados con respecto al adulto no anciano. Ello es debido sin duda, a una mayor penuria económica.

5.5. Terapéutica en el control de síntomas

Los cuidados paliativos utilizan el control de síntomas como herramienta fundamental en su estrategia global para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer en fase avanzada (16). El dolor, cuya prevalencia según se ha comentado anteriormente varía entre el 69% y el 85% de los enfermos según diversos estudios, es uno de los síntomas que produce más impacto tanto en el paciente y su familia como en el equipo. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) propuso la escalera analgésica como un sistema racional de tratamiento del dolor accesible para todos los países y capaz de controlar el dolor en el 80% de los pacientes. Este protocolo, junto con el desarrollo de equipos específicos de cuidados paliativos, ha supuesto un cambio en los patrones de consumo de analgésicos y especialmente de los opioides.

5.5.1.- Frecuencia del uso de los fármacos opioides

Existen numerosas publicaciones específicas sobre la frecuencia del uso de fármacos opioides en todos los niveles de cuidados paliativos, domiciliario, hospitales de agudos, hospitales sociosanitarios, y en menor medida a nivel poblacional (321, 432, 433, 434).

Igualmente numerosos tratados de medicina paliativa muestran las indicaciones de la prescripción de opioides fundamentalmente el dolor, seguido de disnea, tos, diarrea y en último término sedación terminal (277, 278).

El uso de morfina es considerado como un indicador importante de la calidad asistencial a los enfermos oncológicos en fase terminal de un determinado área de salud. Así en Cataluña se pasó de consumo de morfina en 1989 de 3,5 kg/millón habitantes, hasta la cifra estimada de 1997, superior a 15 kg/millón/año. Todo ello gracias a la puesta en marcha del programa vida a los años (28, 127).

Nuestra serie muestra datos semejantes a los publicados de utilización de los opioides fundamentalmente para el control del dolor, seguido de la disnea (321, 432-434).

Los datos en el anciano son similares a los anteriores, sin encontrar diferencias en el uso de opioides con el adulto no anciano. Es decir el principal uso de los opioides es el control de dolor tanto en el anciano como en el joven.

Aunque no es objeto de la discusión abordar en profundidad el manejo del dolor en el paciente oncológico terminal específicamente en el anciano, el ya popular esquema analgésico recomendado por la OMS para el alivio del dolor por cáncer puede ser asumido con algunas consideraciones en el paciente geriátrico oncológico terminal. Igualmente la SECPAL ha realizado unas recomendaciones en este sentido que han sido asumidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y publicadas como una Guía en 1993 (14). Destacaré las recomendaciones sobre la escalera analgésica de la OMS a tener en cuenta en el manejo del enfermo geriátrico oncológico terminal (155):

1.- Los AINES, son los analgésicos más frecuentemente implicados en la génesis del fracaso renal agudo prerrenal. Los pacientes geriátricos tienen un riesgo especialmente elevado de desarrollar problemas renales iatrogénicos, así como por deplección de volumen, debido a la disminución de la capacidad de concentración renal y al embotamiento del mecanismo de la sed. Por tanto, la función renal del enfermo terminal geriátrico oncológico debe entrar en

consideración siempre que se vaya a valorar el empleo de un AINE (al margen de la ya conocida toxicidad gastrointestinal) (435).

2.- Por parecidos motivos, la selección del opioide potente en el anciano con cáncer terminal puede estar influenciada por la función renal (436). La metadona es especialmente difícil de manejar en el paciente anciano, en quien la vida media de este fármaco está prolongada (437). Por otro lado, diversos estudios han demostrado la acumulación de morfina y sus metabolitos (M6G y M3G) en el contexto de insuficiencia renal (438). La potencial toxicidad de los metabolitos de la morfina (confusión, vómitos, mioclonías, sdr. de neurotoxicidad) ha sido sugerida a la vez por otros trabajos. Recientemente Bruera et al, según un estudio retrospectivo con un importante porcentaje de pacientes ancianos oncológicos terminales, propone la hidratación parenteral regular de los enfermos terminales como uno de los medios de evitar la aparición de sdr. confusionales con predominio de la agitación inducidos por el acúmulo de opioides o sus metabolitos (439, 440).

3.- El tramadol se metaboliza en hígado, como la morfina, siendo uno de sus metabolitos (M1) también activo. El 90% del tramadol y sus metabolitos se eliminan por vía renal. En presencia de edad avanzada, insuficiencia renal y hepática, aumenta la vida media del tramadol.

Comentado este punto nuestro estudio muestra una alta frecuencia en la unidad del uso de morfina para el control sintomático cerca del 88%, siendo la morfina el principal opioide utilizado, en un 75,11% de los casos. En el grupo anciano, los datos son similares y sin encontrar diferencias con respecto al adulto no anciano.

Por lo tanto en los ancianos ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria con un perfil sociosanitario, la morfina es el principal opioide utilizado, con indicación principal para el dolor, sin mostrar diferencias con el adulto no anciano, incluso en las dosis utilizadas, lo que corroboraría los resultados que arrastra nuestro estudio de no encontrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción del dolor por parte del anciano.

A este respecto es útil contrarrestar estos datos con el estudio catalán poblacional de uso de opioides en Cataluña realizado en el 99, Carulla y cols (321). Como he comentado anteriormente estos autores encontraron en los enfermos de mayor edad (más de 69 años) una menor prevalencia del dolor por cáncer con un empleo de opioides potentes menor cuando se compara sobre todo con el grupo de edad inferior a los 60 años. Los autores justifican este hecho atendiendo a las diferencias en el dintel del dolor que hemos comentado en el apartado referido al dolor 5.4.2., por los cambios farmacodinámicos, como la sensibilidad a los opioides y sus metabolitos, y farmacocinéticos en relación con la edad con cambios en las proporciones de agua y grasa corporal así como una mayor lentitud en la eliminación de los fármacos que pueden producir un efecto analgésico más duradero. Estos mismos autores comentan igualmente los aspectos socioculturales de un mayor estoicismo por parte de las personas mayores, o bien a la lentitud en su respuesta al estímulo doloroso, y déficits cognitivos.

Un estudio reciente realizado por Vigano y cols. (441) sugiere que los enfermos mayores pueden sufrir intensidades similares de dolor pero sus necesidades de opioides son significativamente inferiores incluso después de tratamientos prolongados por vía oral, siendo estos resultado similares a los del grupo catalán.

En este sentido es cierto que los ancianos son significativamente más sensibles al efecto del alivio del dolor debido a los narcóticos a causa de la alteración de los receptores, los cambios en la unión con las proteínas del plasma y por la eliminación retardada en el organismo (399). Por ello, los narcóticos en un principio son más efectivos en dosis menores en los pacientes ancianos (algunos estudios demuestran que la morfina es cuatro veces más efectiva a la misma dosis en un anciano que en un joven (442)). Por ello los principios farmacológicos de utilización de fármacos en el anciano deben de imperar en el uso de opioides en el anciano, así obligará a iniciar el tratamiento con dosis menores (en general, la mitad de dosis), realizando posteriormente incrementos más paulatinos.

Nuestra serie por lo tanto, difiere en sus resultados con estos publicados, en cuanto no hemos encontrado diferencias entre la población anciana y el adulto no anciano, ni en la prevalencia del dolor, ni en el uso de opioides, ni en la intensidad del dolor percibido, ni en la dosis de morfina utilizada.

Quizás un elemento que justifique estos datos, a parte del ya expuesto, de ser una población hospitalaria, con síntomas más complejos y de más difícil control que en domicilio, junto con situaciones psicosociales más problemáticas, está el hecho que en nuestro estudio se han utilizado las herramientas de la práctica geriátrica que han demostrado su utilidad en pacientes geriátricos, entre ellos el detectar un mayor número de problemas. Una problemática bien sabida y que es también argumentada por los autores de los anteriores trabajos es la dificultad de la evaluación del dolor en el anciano. Es frecuente que la utilización de escalas de autoevaluación como la analógica-visual no sea posible por falta de colaboración o deprivación sensorial o déficit cognitivo, de modo que en estos pacientes geriátricos la heteroevaluación es la herramienta fundamental para valorar la presencia de dolor y con ello el pautar analgesia correspondiente. En nuestro estudio en estos casos se utilizaba la escala de expresión facial junto con la observación del equipo de enfermería especialmente entrenado en cuidados paliativos y en la práctica geriátrica (proceden de un hospital geriátrico en donde se ubicó la Unidad de Cuidados Paliativos). Ello hace que esta práctica pueda generar una mayor prevalencia del síntoma dolor en este grupo de pacientes ancianos de porcentaje nada despreciable (en nuestra muestra 12% de los ancianos presentaban deterioro cognitivo y cerca de la mitad presentaban alteraciones sensoriales como hipoacusia o alteraciones visuales).

Está descrito como el mismo dolor en el anciano puede presentarse de forma atípica con sdr. confusional agudo o bien en un paciente con deterioro cognitivo, como un trastorno de conducta con agitación, delirio, agresividad, etc (174, 276).

Aunque el diseño del estudio no es el adecuado para poder realizar esta afirmación categórica (sería necesario comparar una cohorte de pacientes en una unidad de cuidados paliativos convencional con otra de cuidados paliativos con formación específica geriátrica), si que es un punto a tener en cuenta en la discusión de los resultados de nuestra serie.

Por último a destacar en los resultados de nuestra serie y como consecuencia de todo lo comentado hasta el momento es que la metadona en el anciano aunque utilizada en una frecuencia similar con respecto al adulto no anciano si que es utilizada de forma significativa en

una menor dosis, argumentándose en este sentido su especial farmacodinamia y farmacocinética en el anciano.

5.5.2.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea

Un elevado porcentaje de pacientes (70%) con cáncer terminal, tratados en unidades de cuidados paliativos o en la atención domiciliaria, requieren la administración de fármacos para un adecuado control de los síntomas por vía parenteral, sobre todo en los últimos días, siendo la vía subcutánea la vía de elección (16, 442). Es la vía alternativa a la oral, de mayor uso (40-70%), por su eficacia, simplicidad y bajo coste. Según diversos autores (443,444), la absorción de determinados fármacos por esta vía es muy similar a la obtenida con la administración por vía intramuscular, no habiendo diferencias significativas con respecto a la absorción por vía endovenosa en lo concerniente a efectos secundarios, ni en cuanto al resultado analgésico. Esta vía puede ser utilizada mediante dos métodos diferentes: en bolus y en bombas de perfusión continua.

La vía subcutánea es una vía ampliamente utilizada en cuidados paliativos, de tal forma que su manejo es imprescindible en el trabajo diario del equipo de enfermería (445, 446, 447). Es enfermería quien tiene la responsabilidad de un correcto manejo de esta vía, de informar al enfermo y la familia, y que a su vez sea lo más útil posible para el resto del equipo, y cómodo para el paciente-familia, evitando al máximo las complicaciones que puedan surgir de su uso (21).

Las principales alteraciones de la piel en el anciano, disminuye la elasticidad, la grasa subcutánea, y la piel es más rígida, hacen la piel especialmente frágil a las agresiones con una mayor tendencia a la aparición de complicaciones (448).

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio, la muestra de la serie cuenta con un número de sujetos adecuados, 213 pacientes en total, con 71 pacientes adultos jóvenes y 142 pacientes ancianos. Podría asociarse al estudio un sesgo importante, todos son pacientes sociosanitarios, es decir, pacientes que no pueden mantenerse en domicilio, por su problema social y sobre todo por su problema sanitario, fundamentalmente la dependencia de cuidados, con una alta dependencia funcional, con un mayor riesgo de presencia de úlceras y de otras complicaciones de la piel. Estas características alterarían el estudio de análisis del uso específico de la vía subcutánea, al utilizar sujetos con una piel más alterada y con un mayor riesgo. Sin embargo, una de las conclusiones importantes del estudio muestra como estas condiciones no influyen sobre la aparición o no de complicaciones en el uso específico de la vía subcutánea y en la administración de fármacos propios de la práctica paliativa.

En nuestro estudio el uso de la vía subcutánea ha sido el descrito habitualmente: mal control del dolor por vía oral, obstrucción intestinal y/o disfagia, vómitos incoercibles y situación agónica (449). De todos ellos el uso en la agonía, es decir en el paciente agónico en donde no se puede asegurar la vía oral y es totalmente necesario el control de los síntomas propios del deceso, es sin duda el uso de la vía subcutánea más frecuente y habitualmente descrito en las diferentes publicaciones (44, 450). Esta utilización ha sido el punto de inicio de su indicación y su posterior desarrollo, siendo de gran utilidad en el domicilio, pudiendo ofrecer así al paciente moribundo un deceso controlado y en su casa rodeado de los suyos. En el medio hospitalario por las ventajas que ofrece la vía subcutánea (técnica poco agresiva, fácil utilización, mayor autonomía del paciente, menor número de efectos secundarios y buen control de síntomas alternativa a la vía intravenosa), su uso ha ido creciendo no solo para la agonía sino para el control de síntomas adquiriendo esta vía cada vez mayor relevancia (451, 452). Así en nuestro medio hospitalario se ha usado la vía subcutánea de igual forma en el control de síntomas que en la situación agónica (33,80% y 38,02%, respectivamente), y sin presentar diferencias en cuanto a grupos de edad se refiere, presentando el anciano de igual modo una indicación similar de la vías subcutánea tanto para el control de síntomas (30,28%) como para la situación agónica (38,02%). Por ello las indicaciones para el uso de la vía subcutánea en el adulto no anciano como en el anciano han sido las mismas, sin que existan diferencias. No obstante son necesarios estudios prospectivos randomizados al menos a simple ciego, para

poder afirmar rotundamente la hipótesis de que no debe haber diferencias en la indicación del uso de la vía subcutánea en el paciente anciano con respecto al adulto no anciano.

El manejo de la vía subcutánea en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria ha sido utilizando las técnicas comunes y específicamente descritas (445, 446, 447):

- Elección de la zona de punción, en orden decreciente: deltoides, zona infraclavicular, zona abdominal, tercio proximal de MMSS y zona escapular, desinfectándola con povidona yodada. Colocación de una palomilla del nº 23-25, previamente purgada con salino isotónico en caso de que la mezcla de fármacos a administrar sea estable, o bien purgada con el fármaco a administrar en el caso contrario, y con un ángulo de 30-40°, asegurando permanecer siempre en tejido subcutáneo. La fijación de la vía se realiza tomando la precaución que la alargadera no este en contacto con la piel del paciente.
- En caso de que la mezcla de fármacos sea estable y la administración de los mismos sea mediante bolo, se procede al lavado de la vía con 2cc aproximadamente de suero fisiológico isotónico. En caso de administración continua (bomba de infusión continua o hipodermocclisis) no es preciso el lavado de la vía.
- Se realiza el cambio de apósito cada 24 horas, preferiblemente durante el aseo del paciente para observar el punto de punción y detectar de forma precoz la aparición de posibles complicaciones.

En todos los casos del estudio la colocación, administración de fármacos y cuidados de la vía subcutánea fue realizado por el personal de enfermería con formación y experiencia específica (incluso en épocas de suplencias), corrigiendo así el posible sesgo que podría aparecer con personal no formado y sin experiencia específica en esta técnica.

Por ello corregido el posible sesgo que podría aparecer por un mal manejo de la vía subcutánea, las complicaciones que han aparecido en nuestra serie son las habitualmente

descritas (446), hemorragia, no permeabilidad, extracción, induración/tumefacción e infección local.

De todas, las más frecuentes han sido la induración y la extracción. Esta última en relación con el movimiento del paciente (recordemos que el paciente mantiene si su enfermedad se lo permite, total independencia) y sobre todo con la extracción de la vía por propia iniciativa del paciente. En este sentido destacar el uso de la vía subcutánea para el control de situaciones de delirium y agitaciones terminales, en donde es imperativo el control del paciente, sobre todo en sus últimos momentos. La muerte de un paciente terminal va a ser un punto de referencia de uno de los objetivos principales en el cuidado paliativo, el de una muerte digna, siendo frecuentemente el recuerdo más vivo latente en los familiares (453, 454). El delirium o Sdr. Confusional agudo (455, 456), constituye uno de los motivos más habituales de ingreso hospitalario de un paciente oncológico terminal y constituye realmente una urgencia de difícil manejo en el domicilio, y que exige de un control inmediato por toda la carga emocional y psicológica que conlleva en la familia el recordar agitado, agresivo, y/o delirante, a su ser querido. Por otro lado la incidencia de delirium es mucho más frecuente en el medio hospitalario que en el domicilio (457), por la gravedad del paciente y por el entorno hospitalario más hostil, siendo la vía subcutánea la vía preferible (la vía intravenosa se acompañaría irremediablemente de restricción física, medida nunca deseable en un paciente terminal).

Todo lo anteriormente expuesta explicaría el porqué de la alta frecuencia de esta complicación en el manejo de la vía subcutánea en nuestra serie, un 56,75% de todas las complicaciones. Pero es especialmente en el anciano en donde lo dicho anteriormente adquiere mayor relevancia, ya que es bien conocido la mayor incidencia del delirium conforme avanza la edad, siendo incluso en numerosas ocasiones la presentación atípica de enfermedad (458). En nuestra serie no obstante no encontramos diferencias en cuanto a la complicación de extracción se refiere entre el grupo anciano y el grupo adulto no anciano (58,82% vs 50%, $p=0,08$). El anciano (459, 460) está especialmente predispuesto a padecer sdr. confusional agudo por una mayor dificultad de mantener su homeostasis cerebral ante agresiones como infecciones, fármacos, cambios ambientales, etc. Sin embargo la situación de terminalidad de una enfermedad oncológica, podría situar al paciente independientemente de la edad, en una situación de fragilidad similar, especialmente en los últimos momentos y sobre todo cuando

desde el punto de vista psicológico no acepta la muerte (más difícil de aceptar por la carga emocional que conlleva en el adulto no anciano que en el anciano), siendo frecuente en estos casos la aparición de agitación terminal, y con ello de un mayor número de complicaciones de extracción de la vía (80).

Con respecto a la complicación de induración/tumefacción, es otra, la segunda en nuestro trabajo, de las complicaciones típicas de la vía subcutánea. La patofisiología de la inflamación local aún no está establecida. En estudios histiológicos se han observado necrosis de la grasa, probablemente debida a reacciones químicas (461). Algunos autores (462) sugieren el uso de hidrocortisona mezclado en la solución para la prevención y tratamiento de la infección local, pero aún hoy no es una técnica muy utilizada, por el riesgo de precipitación al mezclar aun en pequeñas dosis corticoides con otras sustancias. De igual forma que ocurría con otras complicaciones, no encontramos diferencias de presentación con respecto al anciano (47,05% vs 45,45%, $p=0,06$). Las distintas series (17) muestran esta complicación con una frecuencia del 9 al 13% de pacientes, en nuestra serie han presentado esta complicación 18 pacientes que constituyen un 8,45%, pudiendo atribuir esta baja frecuencia, a la experiencia del equipo en la mezcla de fármacos que no precipitan ni causan reacciones locales (pueden mezclarse haloperidol, hioscina, morfina, tramadol, metadona, metoclopramida, midazolam, y no se deben mezclar usando palomillas independientes, dexametasona y ranitidina) (451, 463, 464).

El uso de la hipodermocclisis (465) entendido como administración de sueroterapia (salino fisiológico, glucosado al 5%, glucosalino) a través del tejido subcutáneo, permite un buen manejo de la deshidratación o bien el asegurar el aporte de líquidos a un paciente terminal sin tener que usar la vía intravenosa, y por lo tanto con menos complicaciones y menor agresividad. Las complicaciones del uso de la hipodermocclisis a parte de las descritas anteriormente en el propio manejo de la vía subcutánea, es la del edema por falta de absorción de líquido, ya que la absorción de la vía subcutánea es de 2 ml/hora. Sin embargo esta complicación disminuye si la zona de elección es la abdominal, que presenta mayor tejido subcutáneo y probablemente una mejor capacidad de absorción que el resto de zonas, permitiendo un mayor acúmulo de líquido, que se iría absorbiendo lentamente (466). Por ello, en nuestra Unidad, esta es la zona de elección para el uso de la hipodermocclisis, no observando

los linfedemas característicos que limitarían su uso en los miembros superiores o inferiores. Si que aparecen tras varios días de utilización y en altas dosis (1500 cc) edema de zonas declives como testículos y pene. Algunos autores (467) recomienda utilizar hialurodinasa, enzima que hidroliza el ácido hialurónico de la barrera intersticial, originando su ruptura temporal permitiendo así una rápida difusión y absorción de los fluidos. No está del todo aclarado los beneficios de este uso, y nuestro equipo no lo utiliza de forma habitual, obteniendo excelentes resultados sin necesidad de su uso.

De igual modo que lo descrito anteriormente no hubo diferencias en el anciano con respecto al uso de hipodermocclisis y con respecto a la administración de sueroterapia en mililitros. Por ello, aunque serían necesarios estudios prospectivos especialmente diseñados con este objetivo, el anciano presentaría una absorción en lo referente a la hipodermocclisis semejante a la del adulto.

En un principio, cabría pensar diferencias en la aparición de complicaciones en el uso de la vía subcutánea en el anciano, atendiendo a los riesgos propios de la edad sobre las alteraciones de la piel descritas previamente, y a los factores asociados con problemas de la piel como es la dependencia funcional de las actividades de la vida diaria (sobre todo inmovilidad e incontinencia) y la aparición de úlceras cutáneas (468, 469). El anciano oncológico terminal, a pesar de que se asocia a una mayor dependencia funcional (índices de Katz bajos) y a una mayor presencia de úlceras por presión, no presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto al adulto no anciano, en la presencia de complicaciones al uso de la vía subcutánea, y los factores descritos anteriormente como factores de riesgo para problemas de la piel, no afectan, no se relacionan con la presencia o no de complicaciones en el uso de la vía subcutánea. Por lo tanto la presencia de complicaciones del uso de la vía subcutánea en el paciente oncológico terminal es independiente de su situación funcional (de su movilidad y de su incontinencia de esfínteres) y de la presencia o no de úlceras por presión.

Como se ha comentado con anterioridad, la enfermedad oncológica en fase terminal “per se” produce tal deterioro orgánico (caquexia, alteraciones metabólicas, deshidratación, factores tumorales lipolíticos, ...) y tiene suficiente entidad propia para ser la responsable directa, en este caso, de las diferentes complicaciones del uso de la vía subcutánea,

independientemente de la situación funcional y de la presencia de úlceras, tanto en el anciano como en el adulto no anciano.

En conclusión con respecto a este apartado en nuestra serie, el anciano hospitalizado con enfermedad oncológica en fase terminal, la vía subcutánea es de un uso frecuente, con la misma indicación que en el adulto no anciano, sin presentar más complicaciones en su manejo, a pesar de asociarse a una mayor dependencia funcional y mayor presencia de úlceras cutáneas, especialmente de úlceras por presión.

5.5.3.- Frecuencia de la sedación terminal

La utilización de la sedación dentro del repertorio terapéutico de los equipos de cuidados paliativos siempre ha generado una dialéctica ético-clínica de gran interés. En un reciente trabajo de Charter y cols. (470) se examinan varios aspectos relacionados con lo que denomina “sedación terminal”, a través de la opinión y experiencia de un grupo de 53 expertos (51 médicos y 2 enfermeras), en un estudio multinacional y multicéntrico, donde los países anglosajones constituyen el 96,2% de la muestra y sólo recoge la opinión de 2 expertos de ámbito latino, concretamente de Italia. En nuestro medio, existen escasas referencias específicas sobre la sedación terminal tanto desde la vertiente clínica (292) , como en la ética (471). Destacar en este sentido el estudio realizado por Porta J y cols. (471) sobre la definición y opiniones a cerca de la sedación terminal en el estudio multicéntrico catalano-balear, en donde utilizan la definición dada por Charter y cols. , que a pesar del acuerdo general obtenido respecto a la definición propuesta, la evaluación cuidadosa de las modificaciones propuestas por todos los profesionales específicos de cuidados paliativos le han llevado a formular una nueva definición de “sedación terminal”.

La definición dada por Charter et al (470), utilizada como base en todos los estudios sobre sedación terminal en cuidados paliativos es la siguiente:

“Se define como “sedación” la intención de inducir y mantener de forma deliberada un sueño profundo, pero sin la intención deliberada de causar la muerte, aplicada en dos situaciones muy concretas, que son:

- a) para alivio de uno o más síntomas intratables cuando todas las otras intervenciones posibles han fallado y el paciente es valorado próximo a la muerte.
- b) para el alivio de una angustia profunda (posiblemente espiritual) que no es mejorable con una intervención espiritual, psicológica o de otro tipo y el paciente es valorado próximo a la muerte.

Esta definición no incluye el manejo del delirium o el uso de fármacos psicótropos para el tratamiento de síntomas como las alucinaciones, paranoia, mioclonías, etc. Tampoco incluye una sedación temporal que se prevé revertir”.

Porta (472) propone de acuerdo al estudio multicéntrico catalano-balear, que constituiría una muestra representativa latina y no anglosajona con características socioculturales diferentes, la siguiente definición:

“Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente”.

Es precisamente el consentimiento, intención y proceso lo que diferencia la sedación terminal del homicidio, eutanasia, suicidio y suicidio asistido (473, 474, 475).

La definición utilizada de sedación terminal en nuestro estudio ha sido mucho más sencilla que las dos anteriores, “sedación es definida como un procedimiento médico para paliar los síntomas de los pacientes produciendo intencionadamente una pérdida de su consciencia”. Esta definición fue la utilizada según las publicaciones habidas en el inicio de nuestro estudio en el 1997 (Ojeda y cols, 292). Así es la aparición en España de un estudio realizado Ojeda y

cols, en la Unidad de Cuidados Paliativos de el Sabinal, Canarias en el 97, que recoge por su parte la definición de sedación terminal dada por el estudio publicado en el 96 en el Journal Pain of Symptom and Management, sobre sedación en cuidados paliativos (Morita y cols. 476). Posteriormente es cuando Charter y cols publican su estudio y la nueva definición de sedación en el 98, para aquilatar más los límites y diferencias sobre todo éticas y prácticas con la eutanasia, y es en el 99 cuando Porta y cols. publican su nueva definición de sedación terminal, teniendo en cuenta las características propias latinas. Aunque nuestra definición es más sencilla, sin embargo nuestra práctica comparte por entero la definición de Porta y cols. y es en este sentido como ha sido utilizada en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos.

Hecho esta aclaración, analizaré las publicaciones sobre todo españolas al respecto comparándolas con nuestra serie.

Así pues, la primera serie publicada sobre sedación terminal en pacientes oncológicos en España fue en el 97, en donde Ojeda M y cols (292). realizaron un estudio retrospectivo, sobre 541 enfermos de los cuales fallecieron 448 pacientes, ubicados tanto en el domicilio como en el hospital, de los cuales fueron sedados un 19,10%, con un porcentaje mayor de pacientes sedados varones que mujeres (61,62% vs 38,88%), con edad media de 61,12 años, con predominio del hospital frente al domicilio como lugar de mayor frecuencia de sedación (76,75% vs 23,25%), siendo la disnea, seguido del delirium y del dolor las tres causas principales de motivo de sedación (74,41%, 37,20%, 8,13%). No contemplan la medicación utilizada, ni los aspectos psicológicos que puedan indicar sedación.

Atendiendo a la definición anterior de Porta y cols. (472) sobre sedación terminal, estos autores realizaron a continuación un importante estudio de las características semejantes al anterior en donde evalúan en un estudio de corte transversal poblacional la sedación terminal en su ámbito de influencia catalano-balear (477). Sus resultados son de una población atendida de 2.014 pacientes, tanto ubicados en domicilio como en medio hospitalario, de los cuales fallecieron 486 y de ellos fueron sedados un 23,05%, de los cuales presentan frecuencias discretamente más elevadas en el medio hospitalario, alrededor de un 67% (27% unidades de cuidados paliativos hospitalarias agudas, 17% Unidades de soporte hospitalario, 23% para Unidades de cuidados paliativos de centros sociosanitarios) frente a un 21% para el paciente en

domicilio. La edad media es de 66,66 años, y siguen predominando los varones frente a las mujeres (57% vs 42,9%). La disnea y el dolor son la primera causa motivo de indicación (23,2% para cada una) seguido del delirium con agitación (10,7%). Pero un dato revelador es que igualmente de forma paralela recoge causas psicológicas como son en primer lugar la angustia ante la muerte como primera causa de motivo de sedación (32,1%) seguido del delirium con agitación (10,7%) y ya posteriormente de causas menos frecuentes como el miedo, y la angustia familiar (2,6% para cada uno).

Nuestros resultados son semejantes a los estudios descritos (tabla 5.5.3.1.), de los 213 pacientes que constituyen la muestra, 172 pacientes murieron en la unidad, de los cuales fueron sedados 28 (16,27%), de edad media de 63,46 años, predominando también el sexo masculino frente al femenino (71,42% vs 28,57%), siendo el delirium con agitación la primera indicación (64,28%), seguido de la disnea (21,42%) y del dolor (7,14%).

Tabla 5.5.3.1.- Comparación de los diferentes estudios de sedación terminal en el ámbito nacional:

Estudios	Muestra	% sedación	Sexo	Edad	Indicaciones
Ojeda y cols, 96	448	19,10%	Hombres (61,62%)	61,12 años	Disnea
Porta y cols, 99	488	23,05%	Hombres (57,1%)	66,66 años	Disnea,angustia
Serie a estudio	213	16,27%	Hombres (71,42%)	63,46 años	Delirium,agitación

Revisando el resto de literatura publicada en países diferentes a España, se encuentra que un buen número de los pacientes con cáncer terminal presentan síntomas en los últimos días de vida que son controlables solamente con sedación, y los datos varían de una serie de enfermos a otra, pero oscila entre el 16% y el 52% (470, 476, 478, 479). Nuestros datos al igual que la de los otros autores españoles están dentro de los límites publicados, cercano a los niveles inferiores. Cabe destacar los siguientes puntos:

1.- En el estudio catalán como en otros de reciente aparición anglosajona, se comienza a incluir estados psicológicos que indican sedación terminal, principalmente la angustia ante la muerte de forma destacada sobre el delirium agitado, quedando claro tal y como se expresa en la definición que “son síntomas intratables cuando todas las otras intervenciones posibles han fallado y el paciente es valorado próximo a la muerte y sobre todo en el campo psicológico para el alivio de una angustia profunda (posiblemente espiritual) que no es mejorable con una intervención espiritual, psicológica o de otro tipo y el paciente es valorado próximo a la muerte”. Un punto a tener en cuenta es que estas situaciones de gran angustia ante la muerte no aceptada por el paciente son igualmente angustiosas para la familia y para el equipo de cuidados paliativos. Recordemos que el “quemamiento” en cuidados paliativos es uno de los más frecuentes junto a otras unidades como neonatos, UCI, urgencias, etc. Situaciones de gran estrés (480, 481). El problema surge en la valoración de la intensidad de la angustia que justifique la adecuada sedación, que en muchas ocasiones va a depender de la madurez o no de equipo y de sus integrantes en el manejo de estas situaciones. Es decir, personal no maduro ante estas situaciones, inseguro, puede acabar con ellas por la vía “rápida” de la sedación terminal.

2.- La edad media suele ser más baja que la media de los pacientes. La edad alrededor de la que se sitúa la sedación terminal es de entre los 61 años a los 66 años, mientras que la

edad media de los pacientes que consumen el recurso de cuidados paliativos varía desde los 67 a cerca de los 70 años. Por lo tanto son edades más jóvenes que la media. Y hay datos que sugieren que en esta población la situación psicosocial es diferente con cierta tendencia aunque no del todo estadísticamente significativa de más dolor, y sobre todo más angustia ante la muerte, esta podría ser una de las causas que pudieran explicar estos resultados, recogidos en algunos estudios (como el catalán) y quizás ocultos en el resto de estudios porque no se ha buscado esta variable en concreto (Ojeda y cols. y nuestra propia serie), pero que han motivado síntomas como son la disnea y el delirium agitado con gran ansiedad y angustia, que no se ha podido controlar sino con la sedación.

3.- En todos los estudios el porcentaje de pacientes sedados es mayor en el hombre que en la mujer. Quizás la explicación viene dada por constituir también más porcentaje de muestra de pacientes con cáncer. Es difícil aventurar otras explicaciones como podrían ser las diferencias sexuales, probablemente psicosociales de afrontar la muerte.

En nuestra serie los factores asociados con sedación terminal han sido, la edad, mayor estancia hospitalaria, menor comorbilidad, peor índice de katz, uso de sonda nasogástrica y con ansiedad al ingreso hospitalario. Haciendo un retrato de acuerdo a estos datos, el paciente con factores de riesgo de necesitar sedación terminal sería la de un paciente relativamente joven (63 años), con gran dependencia en las actividades de la vida diaria, portador de sonda nasogástrica, y con gran ansiedad.

La angustia ante la muerte en el análisis bivariante no se muestra como un factor predisponente a la necesidad de sedación terminal.

Realizando un análisis multivariante (regresión logística), la edad desaparece como factor de riesgo y solo lo mantienen la sonda nasogástrica y la ansiedad con odds ratios de 3 y hasta 5 veces respectivamente. Estos datos podrían estar explicados por el alto número de pacientes de cáncer de cabeza-cuello en su mayoría portadores de sonda nasogástrica con gran ansiedad por sus dificultades de comunicación, problemática importante sociofamiliar (grandes

bebedores y fumadores) e importante problemática psicológica con alteraciones de su corporalidad (traqueostomías, edema facial, alteraciones de la lengua y la boca, mal olor, etc).

Las limitaciones metodológicas hacen tomar con cautela estos datos de inferencia estadística, resaltando en mi opinión sólo los datos descriptivos.

Con respecto a la medicación utilizada, en nuestro estudio el fármaco más ampliamente utilizado es el midazolam (92,85%), lo cual coincide con los diferentes estudios referidos que hacen acotaciones entre un 80% a un 63,5% (470, 476-479). La dosis utilizada, aunque ha sido muy variable de un paciente a otro, ha sido de 36,27 mg lo cual coincide con prácticamente en todos los trabajos descritos anteriormente, que muestran unas dosis de 22 mg a 69,6 mg. En el estudio catalán la dosis es prácticamente la misma que la utilizada en nuestro estudio del orden de 38,4 mg. En general se aconseja que la dosis inicial de midazolam en infusión continua por vía subcutánea sea de 1 a 1,5 mg/h, no sobrepasando dosis de 2,5 mg/h, aunque se han descrito dosis de hasta 20 mg/h (482).

En nuestro estudio estos datos son iguales para el anciano, sin diferencias con respecto a la edad.

El segundo fármaco más utilizado en nuestra serie es la morfina, siendo utilizada solo en un 7,14% como único fármaco para la sedación, aunque coexistiendo con el midazolam ocupa el 71,42%. Aclarar que en este caso la morfina no estaba puesta para buscar la sedación sino para el control del síntomas (de la disnea, del dolor). Los datos que recogen a este respecto los autores anteriores son sólo de morfina para la sedación, elevándola en rangos que van desde 24% a 64%. Nuestra dosis media de morfina fue de 186 mg/día, mientras que la de los diferentes autores fue de 74,9 mg a 525 mg. De hecho las dosis de morfina, para las últimas 24 horas de vida, descritas en la literatura, al menos, en un trabajo alemán es de 83 mg (483), en uno australiano es de 66,2 mg (484) y en uno sudafricano es de 81 mg (485), mientras que las dosis en una unidad canadiense variaban entre 182 mg en 1992 a 610 mg en 1990 (486). Las divergencias entre las dosis utilizadas por equipos no americanos y americanos sugieren protocolización diferente ante el paciente con dolor, se ha postulado que quizás los equipos

Europeos utilicen más prontamente los coanalgésicos en el manejo del dolor, mientras que los equipos americanos prefieren escalar las dosis de opioides y la introducción de coanalgésicos es posterior (477). Ha este respecto nuestro estudio no puede aportar experiencia ya que se trata solo de dos pacientes y que necesitaron de cifras elevadas de morfina para conseguir la sedación. De nuevo las dificultades metodológicas en este punto limitan los resultados.

La vía de administración coincide en todos los autores de ser mayoritariamente la vía subcutánea, sin más comentarios al respecto.

5.6.- Uso de recursos

Tal y como se ha expuesto al inicio de la discusión nadie pone en duda la necesidad de la existencia de unidades hospitalarias de cuidados paliativos, tal y como viene recogido en el plan nacional de cuidados paliativos (313, 314). Pero aún hoy es cuestionable en donde ubicarlas, si en hospitales de agudos o en hospitales de media estancia.

El hospital está diseñado para dar respuesta a enfermos curables por lo que dispone de equipos tecnológicos sofisticados y profesionales altamente cualificados para ello. Pero el enfermo terminal es un enfermo distinto, que tiene necesidades distintas y que, por lo tanto, requiere que se realicen actividades distintas. Todo esto implica una organización distinta, capaz de dar respuesta a las necesidades del enfermo allí donde se encuentre (hospital de agudos, centro sociosanitario, domicilio). Estos cambios de organización han de proporcionar un sistema flexible y permeable, que se pueda adaptar a las necesidades del enfermo, que son cambiantes. Estamos asistiendo ante una especie de “mareas crecientes” (cáncer y enfermedades degenerativas sobre todo) que exigen de una planificación adecuada diferente para garantizar a estos enfermos una asistencia de calidad (487).

Todo esto exige igualmente una aplicación de los recursos atendiendo a las necesidades crecientes. Es necesario distribuir la riqueza en todos los productos sanitarios, por ejemplo en transplantes de corazón de un alto coste, pero también lo es en distribuirla con un coste menor, dando cobertura a pacientes terminales, a pacientes geriátricos, a pediátricos, etc.

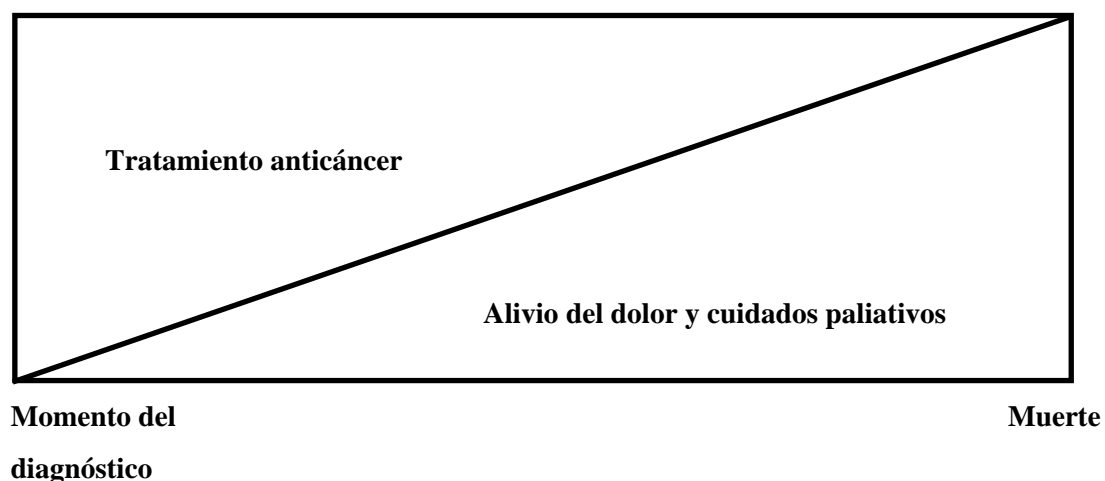
Un estudio americano desarrollado en 5 hospitales universitarios (488), demostró que la mitad de las personas gravemente enfermas que han muerto han pasado su última semana en una unidad de cuidados intensivos recibiendo ventilación mecánica. Aunque no se ha evaluado a cuantos de estos enfermos se les podría haber evitado este tipo de tratamiento, muy probablemente muchos de ellos habrían tenido un final menos traumático y más digno en otro ámbito y con un ahorro de dinero importante. Esto explica que durante los últimos 12 meses de vida de 1.054 enfermos de cáncer, los gastos ascendieran a 21.219 dólares y esta cifra creció exponencialmente a medida que la muerte del enfermo se acercaba, con una 29%, 6.161 dólares, gastados en el último mes. El 5,9% de los beneficiarios que murieron en 1978 contabilizaban el 28% de los gastos de Medicare (agencia de salud americana). En el mes de abril de 1991, Braverman publicó un estudio en la revista Lancet, en donde se reflejaba esta situación (489):

“Ninguna neoplasia diseminada incurable en el año 1975, es curable hoy ... La tasa y duración de respuestas obtenidas en los tumores sólidos más quimiosensibles han mejorado, pero sin que se refleje en el aumento de la supervivencia. Sin embargo, en la práctica médica muchos oncólogos clínicos recomiendan tratamientos con quimioterapia para cualquier tipo de

tumor, incluso en aquellos con tasas d respuestas muy bajas, con la falsa esperanza de aumentar la cantidad de vida a expensas de la calidad de la misma”.

La OMS reconoce que aunque el tratamiento paliativo es la única opción realista para la mayoría de los enfermos de cáncer, apenas se destinan recursos para ello. La mayoría de los recursos se destinan a los tratamientos curativos a un costo relativamente alto y con una eficacia muy limitada. La OMS establece que los tratamientos curativos y paliativos no se excluyen y que la mejoría de la calidad de vida de estos enfermos podría mejorarse notablemente si tuviesen acceso a los cuidados paliativos a lo largo de su proceso de la enfermedad y por ello propone el modelo reflejado en la figura 5.5.1. (487).

Figura 5.5.1.- Propuesta de uso de recursos para el cáncer en países desarrollados.



Numerosos estudios quieren demostrar el ahorro con el establecimiento de un programa de cuidados paliativos, el más llamativo es el realizado por la Unidad de el Sabinal en donde el ahorro es de alrededor de 378.080.000 pts en el año 1995 (31), y resultados similares publicados en Cataluña en donde se han desarrollado programas específicos de cuidados paliativos durante en el momento actual 10 años, refieren un ahorro anual de 1.400 millones de pesetas (127, 128). Bien es verdad que la administración no se ha ahorrado nada. Ha seguido gastando lo mismo (incluso algo más), pero como los programas de cuidados paliativos liberan camas de los hospitales de agudos, la administración ha podido atender a más pacientes. Esto sobre todo se puede afirmar de los servicios de urgencias, en donde los estudios anteriores han demostrado la disminución de estancias de pacientes oncológicos terminales y el consumo de recursos de los servicios de urgencias, que han permitido que estos puedan atender más a pacientes más indicados de la necesidad de estos servicios.

A este respecto nuestro estudio refuerza estas afirmaciones (figura 4.5.7.). Así el número de estancias en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos fue de 4482, que supuso un coste de 78.409.547 pesetas, con un gasto medio por paciente de 368.119,93 pts. Si estos pacientes hubieran estado ubicados en un centro hospitalario de agudos en donde, aunque varía mucho, el precio cama-día se encuentra entre 75.000 pts a 40.000 pts, y suponiendo un precio medio cama-día de alrededor de 45.000 pts (490), el coste total de estos enfermos sería de 201.690.000 pts. Por lo tanto nuestra unidad podría estar ahorrando a la administración 123.280.453 pts., diferencia que podría ser mayor si consideráramos más elevado como podría ser el caso de hospitales punteros de nuestro entorno como el Clínico San Carlos, El 12 de Octubre, el Gregorio Marañón, etc.

Esto podría ser suficiente explicación, aunque el estudio no puede afirmarlo categóricamente, ya que tiene sus limitaciones en cuanto a que el precio dado por gestión aunque ha intentado afinar al máximo, no es del todo correcto ya que todavía no está incluida la contabilidad analítica. De todas formas una evidencia es clara, incluso aunque en los grandes hospitales se implante la contabilidad analítica y el coste por proceso, siempre por los datos de solo estructura, el mismo proceso en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria ubicada en

un hospital de agudos, será más caro que en una ubicada en un centro de media estancia, en donde los gastos basales son siempre menores (491).

Esta afirmación de que las unidades de cuidados paliativos ubicadas en centros de media estancia debe de ir acompañada también de otra lectura, que es la calidad asistencial, es decir, el precio de la asistencia es más barata, pero el paciente está recibiendo los cuidados que necesita, con la calidad precisa (492, 493). Ha esto hay que apuntar que los cuidados que precisa el enfermo terminal no son cuidados mínimos como se han llamado y se les sigue denominando por algunos médicos desconocedores del trabajo en ellos, son cuidados adecuados a las necesidades del paciente, y precisamente en las unidades de cuidados paliativos son siempre denominadas precisamente por el personal de enfermería como cuidados máximos, con odds ratios de personal de enfermería semejantes a unidades de hospitalización (de alrededor de 1,4 de personal de enfermería por cama) (494). Lo que cambia es que el hospital no tiene una infraestructura tan costosa como el hospital de agudos totalmente necesaria para otra tipología de pacientes, pacientes curables.

El hospital de media estancia ofrece otra dinámica de trabajo más de acorde con el paciente moribundo, sus herramientas de trabajo por el tipo de pacientes que atiende, paliativos, convalecencia, rehabilitación, larga estancia, crónicos reagudizados, son siempre la atención integral del paciente en todas sus esferas física, mental, social y poco a poco también espiritual (129).

Las Unidades de Cuidados Paliativos permiten (319):

- Un control adecuado y permanente de los síntomas del paciente terminal. Recordemos que la falta de atención continuada es una de las causas del fracaso en el control de síntomas.

- Un apoyo ininterrumpido a los familiares del paciente, lo cual aminora el porcentaje de duelos patológicos.

- Facilita la descongestión de enfermos terminales que no se van a beneficiar de maniobras diagnósticas o terapéuticas específicas en un hospital de agudos.

Pero ahora bien, estas unidades necesitan del apoyo puntual de los hospitales de agudos, sobre todo en materia de realización de pruebas diagnósticas y de consulta de especialistas (sobre todo cirujanos, radioterapia, oncología).

Por ello deberían de estar cercanas y sectorizadas cada una con su hospital de referencia al cual apoyan descongestionando y por lo tanto produciéndole el ahorro, pero a la vez éste sirviera de apoyo al hospital de media estancia en la realización de pruebas e interconsultas con especialistas.

El problema como se ha comentado al inicio de la discusión es que estos hospitales se encuentran ubicados lejos de los hospitales de agudos, y en muchas ocasiones no están sectorizados. Es por ello por lo que irán apareciendo unidades de cuidados paliativos hospitalarias en hospitales de agudos. Quizás la inversión inicial sea más barata. El crear una unidad de cuidados paliativos en un hospital de agudos, sin duda es más barato que construir un hospital de apoyo de media estancia cercano al hospital de agudos. Aunque como siempre estas situaciones a la larga ahorran dinero.

En lo referente al consumo de recursos por parte del paciente anciano, recordar que el paciente geriátrico es el que mayor consumo de recursos sanitarios y sociales realiza (35, 36, 344). Pues bien, el paciente anciano oncológico terminal, en nuestro estudio con características totalmente geriátricas también en este campo es el mayor consumidor de este recurso sanitario.

Según nuestros resultados, de las 4482 estancias, 3177 (70,88%) fueron consumidas por el paciente anciano oncológico en fase terminal, que suponen un gasto de 55.167.822 pts, que siguiendo el razonamiento anteriormente expuesto hubieran supuesto un gasto en el hospital de agudos de 142.965.000 pts, habiendo por lo tanto ahorrado 87.807.118 pts. Estos pacientes proceden, alrededor de un 70% sin diferencias entre los dos grupos de edad, de hospitales de

agudos, en donde el paciente rechaza el alta hospitalaria (un 80%) o bien no es candidato a continuar los cuidados en domicilio (20%). Por lo cual la Unidad tanto en el caso del anciano como en el caso del adulto no anciano ha favorecido la descarga de los hospitales de agudos de referencia, favoreciendo el alta de estos pacientes hacia una unidad especializada de coste inferior y de calidad de servicios probablemente más adecuada a las necesidades del enfermo.

Así pues, el anciano consumió un 70,88% del producto en comparación con el adulto no anciano que consumió un 29,11%, es decir, el anciano consumió del orden de un 50% más que el adulto no anciano. El porque de este consumo está claramente relacionado con los argumentos expuestos durante toda la discusión, mayor esperanza de vida, mayor incidencia de cáncer en el anciano, mayor prevalencia de situación terminal en el anciano con cáncer, mayor fragilidad no sólo orgánica, sino social, con mayor dependencia funcional con sintomatología semejante al del joven, todo ello sobre la base de los cambios sociales a los que estamos asistiendo, modificación del estilo de vida hacia una vida más independiente, con cambio progresivo del rol de la mujer como dadora de cuidados, incorporándose al mundo laboral y social diferente al previo, con crisis progresiva del llamado cuidador informal.

Ahora bien, aclarado de que el anciano oncológico en fase terminal consume más el recurso hospitalario que el joven, cabe plantearse la pregunta de que si el consumo de los recursos dentro del hospital fuera diferente al del adulto no anciano. En este sentido hay dos tipos de consumo, uno referente a datos funcionales y de tipología de pacientes y otro referente al consumo de recursos propios intrahospitalarios (laboratorio, fisioterapia, etc).

En lo referente a tipología de pacientes el anciano utiliza la unidad de forma estadísticamente significativa más que el adulto no anciano para morir en él, y en un porcentaje importante ingresan en situación agónica o preagónica.

El anciano al igual que la mayoría de los pacientes prefiere morir en casa, y los motivos para ello son los siguientes (300-306):

- Es lo natural.
- Le cuesta menos dinero.

- Hay más libertad.
- El enfermo se siente útil y que se le necesita.
- Disminuye el riesgo de duelo patológico en los supervivientes.
- Una persona próxima a morir, puede enseñar mucho acerca de como vivir.
- El entorno es más bello.
- La comida es más fresca y más apetitosa.
- La persona que está muriendo puede influir sobre la calidad y la cantidad de su propia vida.
- Es más fácil conservar la dignidad y el respeto.
- En casa la familia manda.
- Hay más tiempo e intimidad.
- Otros muchos ya particulares de cada enfermo.

Sin embargo como he apuntado en la revisión bibliográfica del inicio de la tesis doctoral, en la mayoría de los casos esto no es así y los pacientes fallecen en el hospital (del 70 al 80% de los casos). Los motivos para la institucionalización de los enfermos en fase terminal son menos que los de permanencia en el domicilio, pero de un gran peso, y por lo comentado anteriormente cada vez creciente (300, 301, 310-312):

- El enfermo no quiere estar en su casa.
- Los familiares se niegan.
- Familia muy reducida o sin familia.
- La familia está tan perturbada que no puede encargarse del enfermo.
- Existencia de niños pequeños en la casa.
- Otros motivos (ausencia de familia, divorciados, etc).

En todos estos motivos la familia como dadora principal de cuidados tiene la palabra, y si no puede, o no quiere, el paciente en situación terminal, generalmente dependiente y con todo el impacto emocional que conlleva la muerte, necesita de que se le garanticen los cuidados en centros especializados hospitalarios.

Todas estas causas son más frecuentes en el anciano, pero de igual forma se presentan en el joven, que como muestra nuestro estudio se encuentra en circunstancias no iguales pero compartiendo puntos en común con él anciano.

El que el anciano utilice la unidad en un porcentaje relativamente alto en situación agónica o preagónica, tiene la lectura que los anteriores autores le han dado en los trabajos comentados anteriormente (31, 127, 128) de que el resto del tiempo el paciente no ha ocupado cama hospitalaria, y en estos últimos momentos está ocupando una cama de menor coste, descargando la urgencia hospitalaria que suele ser el lugar donde pueden acabar este tipo de pacientes, lugar claramente no idóneo para las últimas necesidades (cuidados del paciente y de la familia en agonía) de esta tipología de pacientes y para sus familiares. Atendiendo al uso de recursos propios intrahospitalarios, nuestra muestra arroja resultados semejantes a otras series publicadas, resaltando el bajo consumo de recursos por parte del paciente oncológico en fase terminal, entendido como tales la terapia ocupacional, fisioterapia, y exploraciones complementarias (127, 128, 495, 496).

El anciano en nuestra serie presenta como principal recurso consumido la terapia ocupacional (cerca del 50%), seguido de un bajo uso de exploraciones complementarias (36,61%) y en menor medida de fisioterapia (17,60%). En este orden en nuestra serie el anciano con respecto al adulto no anciano ha consumido de forma estadísticamente significativa menor uso y menor número de analíticas sanguíneas tipo bioquímica y hemogramas. Una explicación podría venir dada por la tipología de pacientes, en cuanto a que los pacientes ancianos utilizan más la unidad como he comentado anteriormente en situación agónica, en donde la realización de analíticas está totalmente contraindicada. Así en el posterior análisis de evaluación del número de estancias hospitalarias con respecto al consumo de los diferentes recursos intrahospitalarios, solo la realización de hemogramas está relacionada de forma lineal con mayor estancia. Es decir los pacientes con mayor estancia tienen realizados más hemogramas que los de menor estancia. Pero esta explicación se puede desdecir con el otro dato estadísticamente significativo de relación de la estancia con la edad, de tal forma que la edad está relacionada de forma lineal con una mayor estancia. Pero sin embargo al realizar el estudio de relación de la estancia hospitalaria con los diferentes recursos, por grupos de edad, el consumo de hemogramas está relacionado de forma directa con la estancia solo en el grupo

adulto no anciano. Por ello en nuestra serie se han realizado más hemogramas al adulto joven que ha permanecido más tiempo en nuestra unidad.

5.7.- Análisis Metodológico

Nuestro estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas:

1.- Se trata de una muestra de un perfil sociosanitario, es decir los pacientes provienen de hospitales y de domicilio, pero para ingresar es muy importante que el paciente y sobre todo la familia acepten el ingreso. Ello conlleva que sean pacientes que aparte de su problemática sanitaria de un paciente en fase terminal se le añade una mayor problemática social. Con lo cual no todos los pacientes oncológicos en fase terminal del área han ingresado en nuestra unidad. De ahí que los objetivos del presente trabajo están centrados y por lo tanto sólo a ellos, de forma rigurosa, se puede hacer referencia, de pacientes oncológicos en fase terminal de perfil sociosanitario, ingresados en un centro hospitalario de media estancia. No obstante los datos de la muestra no se diferencian en cuanto a edad, sexo y localización de la enfermedad oncológica de otros estudios realizados en hospitales de agudos e incluso poblacionales.

2.- En el estudio de la frecuencia del dolor aparecido durante el ingreso hospitalario la muestra es tan solo de 15 pacientes. Esta muestra no es adecuada para realizar una correcta inferencia estadística en relación con factores relacionados con la misma. Para ello la muestra debería de ser mayor y el diseño diferente, preferentemente prospectivo. Por ello en las conclusiones referidas a este punto solo realizo afirmaciones referidas a la parte descriptiva.

3.- En el estudio de la intensidad del dolor, solo se recogen pacientes en los que se pueda recoger el EVA. Se han rechazado los pacientes con deterioro cognitivo, en donde la presencia de dolor se recogía por información del personal de enfermería y la intensidad por la escala de expresión facial. Si se hubieran mezclado las dos escalas hubiera habido un sesgo importante ya que una escala es de autopercepción del dolor (EVA) y otra es de heteropercepción, no por parte del paciente, sino por parte del personal de enfermería (escala de expresión facial). Por ello al dejar fuera a los pacientes con deterioro cognitivo, en el estudio de la intensidad del dolor, los resultados solo se pueden extrapolar a pacientes oncológicos en fase terminal ingresados en hospital de perfil sociosanitario sin deterioro cognitivo y a ellos me refiero en las conclusiones, al referirme a la intensidad autopercebida. Sería necesario realizar un estudio concreto solo de dolor en pacientes oncológicos terminales con deterioro cognitivo, para poder sacar conclusiones sobre la intensidad de dolor en estos pacientes.

4.- En los datos referidos en cuanto a la sedación terminal la muestra es relativamente pequeña, de tan solo 28 pacientes, 16% de la muestra. Por lo que ocurre lo mismo que lo comentado en el punto 2. Solo hago referencias a resultados de estudio descriptivo de frecuencias, para lo que está diseñado el estudio. Para poder realizar conclusiones relativas a factores relacionados con la sedación terminal, es necesario estudios de diseño prospectivo.

5.- Los datos referidos al coste cama-día son los dados por el departamento de gestión, que aunque se aproximen a la realidad, al no estar aplicado el sistema de contabilidad analítica no son del todo rigurosos.

CONCLUSIONES:

El anciano con enfermedad oncológica en fase terminal ingresado en la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria de perfil Sociosanitario:

1.- Presenta una alta frecuencia de las características propias que lo definen como “paciente geriátrico”. Con respecto al adulto no anciano presenta mayor frecuencia de pluripatología, de polifarmacia, de dependencia funcional, de alteraciones sensoriales, de deterioro cognitivo, de incontinencia de esfínteres, de alteraciones de la boca y de úlceras por presión.

2.- Al ingreso hospitalario, los síntomas más frecuentes que presenta son los problemas de la boca, el dolor, la debilidad y la anorexia. En relación con el adulto no anciano, no hay diferencias ni en la frecuencia ni en el número de síntomas excepto una menor frecuencia de angustia ante la muerte y una mayor frecuencia de estreñimiento y de Sdr. Confusional Agudo.

3.- Los síntomas más frecuentes de nueva aparición durante el ingreso hospitalario que presenta son el sdr. confusional agudo, la debilidad, las secreciones y el insomnio. No hay diferencias de síntomas durante el ingreso hospitalario en relación con los del adulto no anciano excepto una menor frecuencia de angustia ante la muerte.

4.- Al ingreso hospitalario, el dolor nociceptivo es, en el anciano, el tipo de dolor más frecuente, al igual que lo es también la coexistencia de dos o tres causas distintas de dolor. No hay diferencias con respecto al adulto no anciano ni en el tipo, ni en la intensidad autopercibida, ni en la coexistencia de causas de dolor al ingreso hospitalario.

5.- El Anciano presenta una alta frecuencia de conspiración de silencio, con falta de información sobre la enfermedad y pronóstico, siendo éstas a la vez mucho mayor con respecto al adulto no anciano.

6.- El anciano presenta una alta problemática social, con baja ayuda comunitaria, y gran sobrecarga del cuidador principal, siendo estos elementos comunes al adulto no anciano, existiendo en el anciano una mayor rotación por los cuidadores principales con mayor apoyo informal de éstos.

7.- El uso de fármacos opioides en el anciano, es generalizado, siendo la morfina el más habitual. La principal indicación de los fármacos opiodes es el control del dolor seguido de la disnea. Con respecto al adulto no anciano presenta similar frecuencia de usos, de indicaciones y de dosis media de los diferentes opiodes, a excepción de una menor dosis media de metadona.

8.- La vía subcutánea es una vía útil de uso habitual en el anciano, presentando las mismas indicaciones y el mismo uso, sin más complicaciones, que en el adulto no anciano.

9.- La principal indicación del uso de sedación terminal en el anciano, es la agitación terminal, siendo de elección en su uso el midazolam y la administración por vía subcutánea. El anciano presenta una menor frecuencia de uso de sedación terminal que el adulto no anciano, sin diferencias en cuanto al uso, dosis y vía de administración de los fármacos utilizados.

10.- El anciano es el principal usuario de la Unidad, con datos funcionales y de tipología de paciente sociosanitario, de cronicidad. El adulto no anciano que utiliza la unidad presenta datos similares al anciano, a excepción de menor mortalidad hospitalaria y menor uso de la unidad en situación de agonía.

11.- La terapia ocupacional es el recurso más utilizado por el anciano, con una baja frecuencia de uso de exploraciones complementarias, siendo el hemograma y la bioquímica las de uso más frecuente. Con respecto al adulto no anciano, el anciano no presenta diferencias en el consumo de los recursos anteriores a excepción de un menor uso de hemogramas y de bioquímica.

12.- Dado el perfil del paciente que utiliza la Unidad, de una gran carga sanitaria y social, este recurso hospitalario facilitaría el alta de la Unidad de Agudos de los hospitales de referencia, con una importante reducción de costes por estancia hospitalaria.

7.- ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS:

Tabla 2.2.1.- Necesidades psicológicas del paciente con cáncer avanzado	30
Tabla 2.2.2.- Temores comunes en la fase terminal	31
Tabla 2.2.3.- Fases de adaptación a la enfermedad terminal	36
Tabla 2.2.4.- Factores de riesgo de duelo patológico	37
Tabla 2.7.1.- Clasificación de Child-Pugh	84
Tabla 2.8.2.1.- Aspectos éticos en cuidados paliativos	91
Tabla 2.8.2.2.- Toma de decisiones clínicas	92
Tabla 3.1.1.2.1.- Actividad Asistencial del Hospital Virgen de la Poveda Años 1996 al 2000	117
Tabla 3.1.2.3.1.- Indicadores de actividad del programa “paciente oncológico	

Terminal del Área VIII”	127
Tabla 3.2.1.1.- Índice de Kazt numérico	139
Tabla 4.1.- Edad, sexo de la muestra, y de los grupos a estudio	167
Tabla 4.2.- Neoplasias y su distribución según los grupos a estudio	170
Tabla 4.1.1.- Características Geriátricas de la muestra a estudio	177
Tabla 4.1.2.- Características Geriátricas del grupo Anciano	180
Tabla 4.1.23.- Comparación de las características geriátricas Entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	184
Tabla 4.2.1.1.- Frecuencia de síntomas de la muestra y de grupos a estudio	187
Tabla 4.2.1.1.1.- Presencia de síntomas al ingreso hospitalario de la Muestra a estudio	190
Tabla 4.2.1.1.2.- Presencia de síntomas al ingreso hospitalario en el Grupo Anciano	194
Tabla 4.2.1.1.3.- Comparación de la presencia de síntomas al ingreso hospitalario entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	198
Tabla 4.2.1.2.1.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el Ingreso hospitalario de la muestra a estudio	202
Tabla 4.2.1.2.2.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el Ingreso hospitalario en el grupo Anciano	206

Tabla 4.2.1.2.3.- Comparación de la frecuencia de síntomas de nueva aparición durante el ingreso hospitalario entre el grupo Adulto no anciano y el grupo anciano	209
Tabla 4.2.1.2.4.- Diferencias en la frecuencia de los principales síntomas de La muestra a estudio, al ingreso y durante el ingreso hospitalario	212
Tabla 4.2.1.2.5.- Diferencias en la frecuencia de los principales síntomas al ingreso y durante el ingreso hospitalario en le grupo Anciano	213
Tabla 4.2.2.1.- Comparación de la frecuencia de los tipos fisiopatológicos De dolor, al ingreso y durante el ingreso en la muestra a estudio	215
Tabla 4.2.2.2.- Comparación de la frecuencia de los tipos fisiopatológicos De dolor, al ingreso y durante el ingreso en el grupo Anciano	218
Tabla 4.2.2.3.- Comparación entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano de la frecuencia de los tipos fisiopatológicos de dolor al ingreso hospitalario	221
Tabla 4.2.2.4.- Comparación entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano de la frecuencia de los tipos fisiopatológicos de dolor de nueva aparición durante el ingreso hospitalario	221
Tabla 4.2.2.5.- Comparación de la frecuencia de coexistencia de dolor de diferentes causas en un mismo paciente, al ingreso y durante el ingreso hospitalario	224
Tabla 4.2.2.6.- Comparación de la frecuencia de coexistencia de dolor de diferentes causas en un mismo paciente, al ingreso y durante el ingreso hospitalario, en el grupo Anciano	226
Tabla 4.2.2.7.- Comparación entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano de la frecuencia de coexistencia de dolor de diferentes causas en un mismo paciente al ingreso hospitalario	228

Tabla 4.2.2.8.- Comparación entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano de la frecuencia de coexistencia de dolor de diferentes causas en un mismo paciente durante el ingreso hospitalario	228
Tabla 4.2.2.9.- Comparación de la intensidad del dolor referido entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	231
Tabla 4.3.1.1.- Comparación de los aspectos psicológicos al Ingreso Hospitalario entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	233
Tabla 4.3.1.2.- Comparación de los aspectos sociales al Ingreso Hospitalario entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	238
Tabla 4.4.1.1.- Comparación Anciano-Adulto no anciano en la indicación del Uso de opiodes	243
Tabla 4.4.1.2.- Frecuencia del uso de fármacos en la muestra a estudio	247
Tabla 4.4.1.3.- Frecuencia del uso de fármacos en el grupo Anciano	249
Tabla 4.4.1.4.- Comparación Anciano-Adulto no anciano del uso de fármacos opioides	251
Tabla 4.4.1.5.- Comparación Anciano-Adulto no anciano de la dosis de fármacos opioides	253
Tabla 4.4.2.1.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea en la muestra a estudio	255
Tabla 4.4.2.2.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea en el grupo Anciano	259
Tabla 4.4.2.3.- Comparación del grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano en la Frecuencia del uso de la vía subcutánea	261
Tabla 4.4.3.1.- Edad y sexo de los pacientes en los que se ha usado sedación terminal	262

Tabla 4.4.3.2.- Frecuencia de indicación de sedación terminal en la muestra a estudio	264
Tabla 4.4.3.3.- Frecuencia de indicación de sedación terminal en el grupo Anciano	266
Tabla 4.4.3.4.- Comparación del grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano en la Frecuencia de indicación de sedación terminal	268
Tabla 4.4.3.5.- Frecuencia de fármacos, dosis media y vía, usados en la Sedación terminal de la muestra a estudio	270
Tabla 4.4.3.6.- Frecuencia de fármacos, dosis media y vía, usados en la Sedación terminal del grupo Anciano	271
Tabla 4.4.3.7.- Comparación del grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano en la Frecuencia de fármacos, dosis media y vía, usados en la Sedación terminal	272
Tabla 4.4.3.8.- Análisis de las variables relacionadas con el uso de sedación terminal De la muestra a estudio	274
Tabla 4.4.3.9.- Regresión múltiple logística en el análisis de variables asociadas al Uso de sedación terminal	276
Tabla 4.5.1.- Datos funcionales y de tipología de pacientes de la muestra a estudio	278
Tabla 4.5.2.- Datos funcionales y de tipología de pacientes del grupo Anciano	280
Tabla 4.5.3.- Comparación del grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano en los datos funcionales y de tipología de pacientes	282
Tabla 4.5.4.- Análisis del consumo de recursos en la muestra a estudio	285

Tabla 4.5.5.- Análisis del consumo de recursos en el grupo Anciano	287
Tabla 4.5.6.- Comparación del grupo Anciano y el grupo Adulto no anciano En el consumo de recursos	289
Tabla 4.5.7.- Coste anual y total de las estancias producidas en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Muestra a estudio:	291
Tabla 4.5.8.- Coste anual y total de las estancias producidas en la Unidad de Cuidados Paliativos del grupo Anciano:	292
Tabla 4.5.9.- Coste anual y total de las estancias producidas en la Unidad de Cuidados Paliativos del grupo Adulto no anciano:	292
Tabla 4.5.10.- Análisis de las variables categóricas con la variable continua dependiente estancia, en la muestra y en cada grupo a estudio	296
Tabla 4.5.11.- Regresión lineal múltiple de las diversas variables con la variable dependiente estancia, en la muestra y en cada grupo a estudio	297
Tabla 5.1.1.- Datos comparativos de la muestra a estudio de las diferentes Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias en el ámbito nacional	302
Tabla 5.1.2.- Frecuencia de localización de neoplasias	303
Tabla 5.3.1.1.- Frecuencia (%) de síntomas en 9 series	314
Tabla 5.3.2.1.- Factores que modifican el umbral doloroso en la etapa senil	329
Tabla 5.5.3.1.- Comparación de los diferentes estudios de sedación terminal En el ámbito nacional	358

Figura 3.1.1.- Área Sanitaria del Hospital	111
Figura 3.1.1.1.- Oferta de Servicios del Hospital Virgen de la Poveda desde el año 1997	112
Figura 3.1.1.2.1.- Protocolo de derivación de pacientes	116
Figura 3.1.2.1.1.- Imagen de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital	118
Figura 3.1.2.3.1.- Procedencia de los pacientes de la Unidad De Cuidados Paliativos	126
Hoja de Valoración Global Estructurada al ingreso	131
Hoja de Resumen de Ingreso y de Evolución	133
Protocolo de recogida de datos	136
Figura 3.1.3.1.- Escala Visual Analógica	145
Figura 3.1.3.2.- Escala de dolor según conducta	145
Figura 4.1.- Características de la muestra a estudio	146
Figura 4.2.- Frecuencias de neoplasias de la muestra a estudio	171

Figura 4.3.- Frecuencias de neoplasias del grupo Anciano	172
Figura 4.4.- Comparación de las frecuencias de neoplasias más frecuentes Entre el grupo adulto no anciano y el grupo anciano	173
Figura 4.1.1.- Características Geriátricas en la muestra a estudio	176
Figura 4.1.2.- Características Geriátricas en el grupo Anciano	179
Figura 4.1.3.- Comparación de las frecuencias de las Características Geriátricas entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	179
Figura 4.2.1.1.1.- Frecuencia de síntomas al ingreso Hospitalario En la muestra a estudio	189
Figura 4.2.1.1.2.- Frecuencia de síntomas al ingreso Hospitalario En grupo Anciano	192
Figura 4.2.1.1.3.- Comparación de la frecuencia de síntomas al ingreso Hospitalario entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	197
Figura 4.2.1.2.1.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante El ingreso hospitalario en la muestra a estudio	201
Figura 4.2.1.2.2.- Frecuencia de síntomas de nueva aparición durante El ingreso hospitalario en el grupo Anciano	205
Figura 4.2.1.2.3.- Comparación de frecuencia de síntomas de nueva aparición Durante el ingreso hospitalario entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	208
Figura 4.2.2.1.- Frecuencia de los tipos de dolor según fisiopatología	

En la muestra a estudio	216
Figura 4.2.2.2.- Frecuencia de los tipos de dolor según fisiopatología En el grupo Anciano	219
Figura 4.2.2.3.- Comparación entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano de la frecuencia de los tipos de dolor según fisiopatología	222
Figura 4.2.2.4.- Frecuencia de coexistencia de distintas causas de dolor en la muestra a estudio	225
Figura 4.2.2.5.- Frecuencia de coexistencia de distintas causas de dolor En el grupo Anciano	227
Figura 4.2.2.6.- Comparación entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano de la frecuencia de coexistencia de distintas causas de dolor	227
Figura 4.3.1.1.- Aspectos psicológicos en la muestra a estudio	234
Figura 4.3.1.2.- Aspectos psicológicos en el grupo Anciano	235
Figura 4.3.1.3.- Aspectos psicológicos, comparación entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	236
Figura 4.3.2.1.- Aspectos sociales en la muestra a estudio	239
Figura 4.3.2.2.- Aspectos sociales en el grupo Anciano	240
Figura 4.3.2.3.- Aspectos sociales, comparación entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	241
Figura 4.4.1.1.- Frecuencia de indicaciones del uso de fármacos opioides	

En la muestra a estudio	244
Figura 4.4.1.2.- Frecuencia de indicaciones del uso de fármacos opioides	
En el grupo Anciano	245
Figura 4.4.1.3.- Comparación de la frecuencia de indicaciones del uso de fármacos Opioides entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	246
Figura 4.4.1.4.- Frecuencia del uso de los diferentes fármacos opioides	
En la muestra a estudio	248
Figura 4.4.1.5.- Frecuencia del uso de los diferentes fármacos opioides	
En el grupo Anciano	249
Figura 4.4.1.6.- Comparación de la frecuencia del uso de los diferentes fármacos Opioides entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	250
Figura 4.4.2.1.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea en la muestra a estudio	256
Figura 4.4.2.2.- Frecuencia del uso de la vía subcutánea en el grupo Anciano	258
Figura 4.4.2.3.- Comparación de las frecuencias del uso de la vía subcutánea entre El grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	260
Figura 4.4.3.1.- Muestra a estudio de sedación terminal	263
Figura 4.4.3.2.- Frecuencia indicación de sedación terminal. Características de la muestra a estudio	265
Figura 4.4.3.3.- Frecuencia de indicación de sedación terminal grupo Anciano	267
Figura 4.4.3.4.- Indicación de sedación terminal, comparación grupo Adulto no Anciano y grupo Anciano	269

Figura 4.4.3.5.- Variables asociadas a la indicación de sedación terminal	275
Figura 4.5.1.- Frecuencias de funcionalidad y de tipología de pacientes de La muestra a estudio	279
Figura 4.5.2.- Frecuencias de funcionalidad y de tipología de pacientes del Grupo Anciano	281
Figura 4.5.3.- Comparación de las frecuencias de funcionalidad y de tipología de pacientes entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	279
Figura 4.5.4.- Frecuencias de uso de recursos intrahospitalarios en la muestra a estudio	286
Figura 4.5.5.- Frecuencias de uso de recursos intrahospitalarios en el grupo Anciano	288
Figura 4.5.6.- Comparación de las frecuencias de uso de recursos intrahospitalarios Entre el grupo Adulto no anciano y el grupo Anciano	290
Figura 4.5.7.- Comparación del consumo de recursos entre el grupo Adulto no anciano Y el grupo Anciano: N° de estancias y coste total de estancia-día.	293
Figura 4.5.8.- Comparación del coste total por estancia del hospital de agudos con Nuestra Unidad de Cuidados Paliativos a estudio.	294
Figura 5.5.1.- Propuesta de uso de recursos para el cáncer en países desarrollados	364

8.-BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- García Sanz B. El proceso demográfico del envejecimiento y sus características más relevantes. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, ed. Geriatria XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. EDIMSA. Madrid. 2000; pgs: 25-54.
- 2.- INE. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996. Madrid, INE 1999.
- 3.- Abellán García A, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Envejecer en España. Manual estadístico sobre el envejecimiento de la población. Fundación Caja Madrid. Madrid 1996.
- 4.- Bazo MT, García Sanz, Maiztegui Oñate C y Martínez P. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid 1998.
- 5.- Guillen Llera F. Patología del envejecimiento. En Guillen Llera F, Pérez del Molino J (eds). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Masson. Barcelona 1994; pgs:37-46.
- 6.- Morales JA, Bhon U, Bujanda JA. Epidemiología y etiología del cáncer. En: Marcos Gómez Sancho, ed. Medicina Paliativa en la cultura latina. Arán. Madrid 1999; 71-79.
- 7.- Monge V, Fernández G, Quintana JM. Mortalidad por Cáncer en España. Tendencia temporal y representaciones gráficas. Madrid: EPIHOS Publicaciones S.A. 1992.
- 8.- Fraumeni JF, Devessa SS, Hoover RN, Kinlen LJ. Epidemiology of cancer. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer Principles and Practice of Oncology. JB Lippincott. Philadelphia 1993;43-67.

- 9.- Vicente J, González Navarro A. Los registros de tumores: Un instrumento para el control del cáncer. En: González Barón M, eds. *Oncología Clínica. Fundamentos y patología general*. McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid 1992;103-108.
- 10.- Guzmán D. Cuidados paliativos en el paciente geriátrico. En: Marcos Gómez Sancho, ed. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Arán. Madrid 1999; 213-219.
- 11.- Fentini IS, Tirelli U, Monfardin IM. El cáncer en el anciano. ¿Porqué está tan mal tratado?. *Lancet* (ed. Esp) 1990;17.
- 12.- Turnbull AD, Gundy E, Howland WS. Surgical mortality among the elderly. An analysis of 4500 operations (1970-74). *Clin Bull* 1978;8:139-142.
- 13.- National Cancer Institute. Annual cancer statistics update: December 8, 1986. Bethesda, Maryland:NCI,1986.
- 14.- Sanz Ortiz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho, Núñez Olarte JM. *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
- 15.- Sanz Ortiz J. Principios y práctica de los cuidados paliativos. *Med Clin* 1989;92:143-145.
- 16.- Gómez-Batiste X, Codorniu N, Moreno F, Argimón J y Lozano A. Principios Generales del control de síntomas. En Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial Jims, Barcelona 1996; 97-116.
- 17.- Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E. Fundamentos de los Cuidados Paliativos. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Eunsa. Pamplona 1995; 29-36.
- 18.- Portella E, Carrillo E. La atención sociosanitaria. Informe SESPAS 1995: Parte II. Los servicios sanitarios, 267-277.

- 19.- Gómez X, Fontanals MD, Roigé P. Atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales. *Todo Hospital* 1992;84:17-26.
- 20.- Guillen F y Ribera JM. Situación y perspectivas de la asistencia geriátrica hospitalaria en España. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1997;32:236-238.
- 21.- Heuman LF, Boldy D. Envejecer dignamente en la comunidad. Soluciones internacionales destinadas a la protección de ancianos dependientes. SG Editores-Fundación Caja de Madrid. Barcelona, 1995.
- 22.- Cruz A. Coordinación sociosanitaria. En Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, ed. *Geriatría XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. EDIMSA. Madrid. 2000; pgs: 269-373.
- 23.- British Geriatric Society. Provision of services by departments of geriatric medicine. London, 1990.
- 24.- Programa Vida als Anys. Servei Sòcio-Sanitaris a Catalunya: estratègies, evolució y població atesa (1989-1993). -*Butlletí Epidemiològic de Catalunya*. 1994; XV (Número Extraordinari): 182-189.
- 25.- Errando E, Navarro R. Informe G.A.T. sobre "Enfermos crónicos". Propuesta de Programa PALET. Generalitat Valenciana 1955.
- 26.- Hernández-Yáñez J, de la Mata Y. Proyecto de Modelo Asistencial de los Hospitales de Media y Larga Estancia del Servicio Regional de Salud. Comunidad de Madrid. Consejería de Salud. Dirección General de Estudios y Análisis de Recursos y Organización Sanitaria. Madrid 1995.
- 27.- Anónimo. Programación 1995. Programa Socio-Sanitario. Conselleria de Sanidade e Servicos Sociais. Santiago de Compostela 1995.

- 28.- Fontanals de Nadal MD, Martínez Mateo F, Vallès y Forcada E. Evaluación de ña atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys. Rev. Esp. Geriat Gerontol 1995;30(3):189-198.
- 29.- Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Via JM, Roca J, Trelis J, Stjenswärd J, Trias X. Planificación e implatación de los servicios de cuidados paliativos (2): resultados preliminares en Cataluña 1990-1993. Med Pal 1995; 2:13-19.
- 30.- García JL, Fulwood H, Valdivia M, Cabrera JE. Programa de cuidados paliativos para el enfermo oncológico avanzado. Med Pal 1997; 4:16-25.
- 31.- Gómez Sancho M, Ojeda Martín M, García Rodríguez ED, Navarro Marrero MA, Marrero Martin MS, Guerra Mesa A. Experiencia en el cuidado de 3522 enfermos con cáncer terminal en un servicio integral de medicina paliativa. Med Pal, 1996; 4:32-44.
- 32.- Caranasos. J. Prevalence of cancer in older persons living at home and institutions. Clin Geriatr Med 1997; 13:13-31.
- 33.- Fraumeni JF, Devesa SS, Hoover RN, Kinlen LJ. Epidemiology of Cancer. En: De Vita VT, Hellman S, Rosemberg S, eds. Cancer Principles and Practice of Oncology. Philadelphia: JB Lippincott, 1993; 43-67.
- 34.- Centeno Cortés C, Gómez Sancho M. Programas de cuidados paliativos en España: una realidad en auge. Datos del directorio de la SECPAL de programas de cuidados paliativos 1997. Med Pal 1997;4:12-22.
- 35.- INSALUD. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. 2ª Edición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1995.
- 36.- INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1995.

- 37.- Rodríguez Rodríguez P. Recursos Sociales. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, ed. Geriatria XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. EDIMSA. Madrid. 2000; pgs: 127-160.
- 38.- El médico y la tercera edad. Estudio del gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief y la Sociedad Española de Geriatria. Gráficas Nilo. Madrid 1986;208-210.
- 39.- Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos en el Hospital. En: Gómez Sancho, ed. Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales. Las Palmas: ICEPSS 1998;203-211.
- 40.- Schonwetter R. Care of the Dying Geriatric Patient. Clin Geriatr Med. 1996; 12: 253-266.
- 41.-Conlin M. Essentials of Geriatric Care. Primary Care. 1980; 7:4,595-605.
- 42.- Ribera Casado JM. Conceptos y generalidades de Geriatria. En Farreras/Rozman, eds, Medicina Interna (14 ed). Mosby/Doyma libros. Barcelona. 1999; 1275-1286.
- 43.- INSALUD. Programa de cuidados paliativos. Atención primaria. Área 1 del INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996.
- 44.- INSALUD. Atención a los pacientes en fase terminal. Hospital Universitario 12 de Octubre. Mnisterios de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
- 45.- Doyle D. Domiciliary terminal Car. Churchill livingstone. Edinburgh 1987.
- 46.- Dario E, Hernández P. Cuidados Paliativos en el domicilio. Coordinación entre niveles asistenciales. En: Gómez Sancho, ed. Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales. Las Palmas: ICEPSS 1998;169-188.
- 47.- Bradford W. Cancer in older people: an overview. En: Grimley J, Franklin T (eds).. Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press, 2000; 285-293.

- 48.- Miller RA. The biology of aging and longevity. En Hazzard WR, Bierman EL, Blas JP, Ettinger WH, Halter JB (eds). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. McGraw-Hill. New York 1999; pgs:3-18.
- 49.- Torres González M y Chaparro Jiménez AI. Fisiología del envejecimiento. En Guillen Llera F, Pérez del Molino J (eds). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Masson. Barcelona 1994; pgs:17-26.
- 50.- Schwartz JB. Clinical Pharmacology. En Hazzard WR, Bierman EL, Blas JP, Ettinger WH, Halter JB (eds). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. McGraw-Hill. New York 1999; pgs: 259-276.
- 51.- Cruz Jentoft A. Presentación atípica de enfermedades. En Ribera Casado JM, Cruz Jentoft A (eds). Geriatria. IDEPSA. Madrid 1991; pgs:15-19.
- 52.- Porta Sales J, Albó Poquí A. Cuidados Paliativos: una historia reciente. Med Pal 1998; 5:177-185.
- 53.- Gómez Sancho M. Medicina y Sociedad. Historia y análisis del problema I. En: Gómez Sancho, ed. Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales. Las Palmas: ICEPSS 1998;1-20.
- 54.- Lázaro del Nogal M. Indicadores Sanitarios. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, ed. Geriatria XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. EDIMSA. Madrid. 2000; pgs: 85-126.
- 55.- Bravo Fernández G. Recursos Sanitarios: Atención primaria. Atención hospitalaria General. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, ed. Geriatria XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. EDIMSA. Madrid. 2000; pgs: 161-208.
- 56.- Bravo Fernández G. Recursos Sanitarios: Atención Geriátrica Especializada. Atención hospitalaria General. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, ed. Geriatria XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. EDIMSA. Madrid. 2000; pgs: 209-268.

- 57.- Gracia M, Vargas E y Moreno A. Ensayos clínicos en ancianos. En Ribera JM y Gil P, eds. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos. Madrid 1995; 195-204.
- 58.- Informe Belmont: Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación. Comisión Nacional para la protección de las personas objeto de experimentación biomédica y conductual. En: ensayos clínicos en España (1982-1988). Monografía Técnica 17. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990:121-131.
- 59.- McDonald N. Priorities in education and research in palliative care. Palliat Med 1993; 7 (1):65-76.
- 60.- Kristjanson L, Hanson EJ, Balneaves L. Research in Palliative Care Populations: Ethical Issues. J Palliat Care 1994;10-15.
- 61.- Grupo de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Geriátrica y Medicina. Rev Esp Geriatr y Gerontol 1999;34(4):189-90.
- 62.- Espauella Panicot J. Cuidados paliativos en otras patologías. II Congreso de la Sociedad Española de Cuidados paliativos 1998; Libro de abstract: 142-143.
- 63.- Rexach Cano L. Cuidados del paciente terminal. En Cruz Jentoft A, Ribera Casado JM (eds) Geriátrica en Atención Primaria. Uriach . Barcelona 1997; pags: 53-60.
- 64.- American Ethics Committee. The care of dying patients. A position statement from the American Geriatrics Society. J Am Geriatr Soc 1995; 43:577-578.
- 65.- Jiménez Rojas MJ. Ponencia: Cuidados Paliativos en el paciente con demencia. II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos 1998; Libro de abstract: 145-149.
- 66.- Gómez Pavón J, Jaras MJ, Pérez J, Olivera M, Martín JM, Parra E. Diferencias entre los pacientes ingresados oncológicos y no oncológicos en una Unidad de Cuidados Paliativos

Hospitalaria. XXII Congreso Nacional de la SEGG. Madrid 1998. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33, supl 1: 17.

67.- NHO, Stuart B, Herbst L, Kinzbrunner B et al. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. Hospice J 1996; 11:47-63.

68.- Programa Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte. Insalud. Madrid. Áreas 1-2-4. 1998.

69.- Schmitz P, Lynn J, Cobbs E. The care of the dying patients. En Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger W, Halter J (eds). 3rd Edition. MacGraw-Hill. New York 1999. Pags: 383-390.

70.- Ilora JF. The management of the dying patients. En Patthy MSS (ed). Principles and practices of Geriatric Medicine. 2nd edition. John Wiley & Sons LTD. Londres 1991. Pag 1419-1429.

71.- Wolinski FD, Johnson J. The use of health services for older adults. J Gerontol 1991;46:5345-5357.

72.- Astudillo W, Mendinueta C. Necesidades de los pacientes en fase terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Eunsa. Pamplona 1995; 67-76.

73.- Astudillo W, Mendinueta C, Larraz M y Gabilondo S. La labor de enfermería en el enfermo terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Eunsa. Pamplona 1995; 77-82.

74.- Ziegler J. Cómo aliviar temores comunes. En B Mc Van, ed. Paciente terminal y Muerte. Atención integral en enfermería.. Doyma. Barcelona 1987; 27-32.

75.- Murray Parkes. Aspectos psicológicos. En Saunders C, ed. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Salvat. Barcelona 1980; 59-88.

- 76.- Cassell E. The nature of suffering and goals of medicine. *N Eng J Med* 1984;310:955-559.
- 77.- O'Brien TG, Monroe B. Twenty hours before and after death. En Saunders C, de. *Hospice and Palliative Care*. Edward Arnold and Co. London 1990; 46-53.
- 78.- Carreras M y Borrel R. Aspectos espirituales. En Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial Jims, Barcelona 1996; 403-411.
- 79.- Astudillo W, Mendinueta C. El sufrimiento en los enfermos terminales. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Eunsa. Pamplona 1995; 267-275.
- 80.- Lozano A, Borrell R, Albuquerque E y Novellas A. Cuidados en la situación de agonía. En Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial Jims, Barcelona 1996; 237-248.
- 81.- Novellas A, Gómez-Batiste X, Guerra R y Salvador G. Atención a la familia. En Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial Jims, Barcelona 1996; 299-312.
- 82.- Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo. Barcelona 1969.
- 83.- Sanz Ortiz J. Historia de la Medicina Paliativa. *Historia. Med Pal* 1999;6:48-58.
- 84.- Hilier ER. Terminal care in the United Kingdom. En: CA Corr & DM Corr, eds. *Hospice care: principles and practice*. Springer, Nueva York 1983; 319-333.
- 85.- Lamerton R. *Care or the dying*. Penguin Books, Londres 1980; 25-26.
- 86.- Hobson JM. *Some early and later hoeses of pity*. Georrgge Routledge. Londres 1926;1-3.

- 87.- Herrera J, Pardo V. San Vicente de Paul. Bibliografía y selección de escritos. 2ª de. Ediciones Católicas, Madrid 1984.
- 88.- Sanz Ortiz J. Historia de la Medicina Paliativa. Boletín Informativo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos nº 0, 1992.
- 89.- Saunders C. Evolution in terminal care. En: Saunders, de. 2ª de. The management of terminal malignant disease. Edward Arnold, Londres 1984; 213-217.
- 90.- Du Bolay S. Cicely Saunders. The founder of the modern hospice movement. Hodder & Stoughton, Londres 1984.
- 91.- Saunders C. Care of the dying. Nurs Times 1972;68:1505-1515.
- 92.- Saunders C. The philosophy of terminal care. En: Saunders, ed. 2ª de. The management of terminal malignant disease. Edward Arnold, Londres 1984; 232-241.
- 93.- Rhymes J. Hospice Care in America. JAMA 1990; 264:369-372.
- 94.- Hunt R, McCaul K. A population-based study of the coverage of cancer patients by hospices services. Palliat Med 1996;10:5-12.
- 95.- Saunders C, Summers DH, Teller N. The hospice movement worldwide. En: Saunders, DH Summers, N Teller, eds. Hospice the living idea. Edward Arnold, Londres 1981; 156-186.
- 96.- Corless IB. The hospice movement in North America. En: CA Corr & DM Corr, eds. Hospice care: principles and practice. Spinger. Nueva York 1983;335-351.
- 97.- Mount BM. The problem of caring for the dying in a general hospital: the palliative care unit as a possible solution. CMA Journal 1979;115:119-121.

- 98.- Terminal care support teams: the hospital-hospice interface. RJ Dunlop, JM Hockley, eds. Oxford University Press. Oxford 1990.
- 99.- Bates T, Hoy AM, Clarke DG, Laird PP. The St. Thomas' Hospital Terminal Care Support Team: a new concept of hospice care. *Lancet* 1981; 1:1201-1203.
- 100.- Johnson IS, Rogers C, Biswas B, Ahmedzai S. What do hospices do? A survey of hospices in the United Kingdom and Republic of Ireland. *BMJ* 1990;330:791-793.
- 101.- Eve A, Smith AM. Palliative care services in Britain and Ireland: Update 1991. *Palliat Med* 1994;8:19-27.
- 102.- Luczak J. Palliative/Hospice care in Poland. *Palliat Med* 1993;8:369-371.
- 103.- Ventafridda V, De Conno F, Blumhuber H. Palliative Care in Europe. *J Pain Symptom Manage* 1993;8:369-371.
- 104.- Problems related to death: care for the dying. Final report. European Public Health Committee. Council of Europe. Strasbourg 1981.
- 105.- Doyle D. Palliative Medicine: a UK specialty. *J Palliat Care* 1994;10(1):8-9.
- 106.- Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Introduction: What is Palliative Medicine. En: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N (eds). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford 1997;3.
- 107.- De Lima L, Teixeira R, Castillo G, Quesada L, Montejo G, Gerlein C, Bejarano F, Fornells HA, Perez E, Rico MA, Derio ML, Grau JA, Garcia E, Reichert R, De Márquez BC, Toro R, Cibataru S, Cordero R, Berenguel MR. Desarrollo de la Medicina Paliativa en Latinoamérica. En: Marcos Gómez Sancho, ed. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Arán. Madrid 1999; 317-356.

- 108.- Bruera E. Palliative Care in Latin América. *J Pain Symptom Manage* 1993;8:365-368.
- 109.- Sterswärd J, Bruera E, Joranson D. Opioid availability in Latin America: The Declaration of Florianopolis. *J Palliat Care* 1994;10(4):11-14.
- 110.- Bondjale Oko TN, Marrero Santana M, Sosa Déniz R, Mendoza Suárez NM. Cuidados Paliativos y Medicina Paliativa en España. En: Marcos Gómez Sancho, ed. *Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. ICEPSS. Las Palmas 1994;146-149.
- 111.- Centeno Cortés C, Hernansanz de la Calle S, Arnillas Gómez P. Historia del movimiento Hospice. El desarrollo de los cuidados paliativos en España. En: Marcos Gómez Sancho, ed. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Arán. Madrid 1999; 301-316.
- 112.- Centeno C, Arnillas P, López-Lara F. *Directorio de Cuidados Paliativos 1998*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Valladolid 1998.
- 113.- Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Vía JM. Catalonia's five-year plan: basic principles. *Eur J Palliat Care* 1994;1:45-49.
- 114.- Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Vía JM. Catalonia's five-year plan: preliminary results. *Eur J Palliat Care* 1994;1:98-101.
- 115.- Gómez Sancho M. Sistemas integrales de alta cobertura: la experiencia de las Palmas de Gran Canaria (España). En: Marcos Gómez Sancho, ed. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Arán. Madrid 1999; 1243-1256.
- 116.- Orden por la que se regulan las recetas y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano. B.O.E. 9880. 25.4.1194.
- 117.- Declaración de Barcelona'95 de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. 1996;3:6.
- 118.- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Real Academia Española. 21^a ed. Madrid, 1992.

119.- Ahmedzai S. Palliative care in oncology: making quality the endpoint. *Ann Oncol* 1990;1:396-398.

120.- Generalitat de Catalunya: ordre de 29 de maig de 1986. *Diari Oficial Generalitat de Catalunya*, núm. 694, de 18-VII-1986.

121.- Generalitat de Catalunya: Decret 201/1987, de 19 de maig. *Diari Oficial Generalitat de Catalunya*, núm. 854, de 19-VI-1987.

122.- Generalitat de Catalunya: ordre de 4 d'agost de 1987. *Diari Oficial Generalitat de Catalunya*, núm. 854, de 19-VIII-1987.

123.- Generalitat de Catalunya: ordre de 17 de setembre de 1987. *Diari Oficial Generalitat de Catalunya*, núm. 896, de 30-IX-1987.

124.- Generalitat de Catalunya: Decret 215/1990, de 30 de juliol. *Diari Oficial Generalitat de Catalunya*, núm. 1348, de 28-IX-1990.

125.- Generalitat de Catalunya: ordre de 15 de maig de 1991. *Diari Oficial Generalitat de Catalunya*, núm. 1452, de 7-VI-1991.

126.- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social. El model d'atenció socio-sanitària a Catalunya. *Pla de Salut*, quadern nº5,p.7.Barcelona, 1994.

127.- Fontanals MD, Gómez-Batiste X, Vallés E, Martínez F, Ferro T, Roca J. Planificación y organización de los cuidados paliativos. En: Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial JIMS. Barcelona 1996; 313-322.

128.- Trelis J, Luque JM, Gómez-Batiste X, Ferro T, Borrás J. Modelos de organización en cuidados paliativos. En: Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial JIMS. Barcelona 1996; 323-332.

129.- Vernhes MT y Garrigós MT. Centros sociosanitarios. En: Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. Cuidados Paliativos en oncología. Editorial JIMS. Barcelona 1996; 333-338.

130.- Bates Th, Hoy A, Clarke DG y Laird P. The St. Thomas' Hospital terminal care suport team: a new concept of hospice care. Lancet 1981;y:1201-1203.

131.- Hockley JM, Dunlop R y Davies RJ. Surfey of distressing symptoms in dying patients and their families in hospital and their response to a symtom control team. BMJ 1988;296:1715-1717.

132.- Smith AM, Eve A, Sykes N. Palliative care services in Britain and Ireland 1990-an overview. Palliat Med 1992;6:277-291.

133.- The principles and provision of palliative care. Joint Report of the Standing Medical Advisory Committee and Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee, 1992.

134.- Ford G. The development of palliative care services. En: Doyle D, Hanks G y McDonald N (eds). Oxford textbook of palliative medicine, 1ª de. Oxford Univerity Press. Oxford 1997;36-47.

135.- Kirkham S, Davis M. Bed occupancy, patients throughput and siza of independent hospice units in the UK. Palliat Med, 1992;6:47-53.

136.- Horrocks P. The components of a comprehensive district health service for elderly people. A personal view. Age and Aging 1986;15:321-342.

137.- McIlmurray MB, Gorst DW, Holdcroft PE. A comprhensive service for patients with cancer in a district general hospital. BMJ 1986;292:669-671.

138.- Regnard C. Acute versus chronic palliative care?. Palliat Med 1989;3(2):editorial.

139.- Gómez-Batiste X. Principios y modelos de organización de los Servicios de Cuidados Paliativos. En: Gómez Sancho M, ed. Medicina Paliativa en la cultura latina. ARAN. Madrid 1999:1221-1232.

140.- Johnson H y Oliver D. The development of palliative care services and the place of death of cancer patients. *Palliat Med* 1991;5:40-45.

141.- Dunphy Kpy Amesbury B. A comparison of hospice and home care patients: patterns of referral, patient characteristics and predictors of place of death. *Palliat Med* 1990,4:105-111.

142.- Wilkes E, Crowther AGO y Greaves CW. A different kind of day hospital-for patients with preterminal cancer and chronic disease. *BMJ* 1978;2:1053-1056.

143.- Lahuerta Dal-Ré JM^a. Gestión de calidad en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 1998;5:73-88.

144.- Roca J, Gorchs N, Ferrer M, Fabregó J, Pladevall C, Guiteras A, Gómez-Baatiste X. Sistemas integrales de alta cobertura. En: Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial JIMS. Barcelona 1996; 346-354.

145.- Monell M, Busquet X, Sallés M, Riba A, Busquet C. Satisfacción de usuarios de un equipo de soporte a la atención domiciliaria (PADES). *Med Pal* 1998;5:53-68.

146.- Gómez X, Borrás J, Fontanals MD, Stjernswärd J y Trífax X. Palliative care in Catalonia 1990-95. *Palliat Med* 1992;6:321-327.

147.- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *BMJ* 1991;302:887-889.

148.- Ajemian I. The interdisciplinary team. En: Doyle Dm, Hanks GW, MacDonalds N (eds). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1997;17-28.

- 149.- Broklehurst JC, Andrews K. Geriatric medicine: the style of practice. *Age and Ageing* 1985;14:1-7.
- 150.- Lahuerta Dal-Re JM. Gestión de calidad en cuidados paliativos. *Med Pal* 1998; 5:73-88.
- 151.- Jeay TJ, Taler GA, Datta S, Levenson SA. Indicators of Quality Medical Care for the Terminally ill in nursing Homes. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:853-860.
- 152.- Hough C. Falls. En: Ham RJ and Sloane PD, eds. *Primary Care Geriatric. A cas-based approach*. Baltimore: Mosby 1995: 359-376.
- 153.- González Mas R, editor. *Rehabilitación médica en ancianos*. Barcelona: Masson 1995.
- 154.- Pérez D. Cuidados Paliativos en el paciente geriátrico. En: Gómez Sancho, ed. *Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales*. Las Palmas: ICEPSS 1998;203-211.
- 155.- Núñez Olarte JM. Consideraciones acerca del enfermo terminal geriátrico. *Med Pal* 1995; 2:34-40.
- 156.- Grond S, Zech D, Diefenbach C, Bischoff A. Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:372-382.
- 157.- Twycross R, harcout J, Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:273-82.
- 158.- Stein WM. Cancer pain in the elderly. En: Ferrell BR and Ferrell BA (eds). *Pain in the elderly*. IASP, Seattle, 1996:69-80.
- 159.- Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical Symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. *Arch Intern Med* 1988;148:1586-1591.

- 160.- Portenoy RK. Optimal pain control in erderly cancer patients. *Geriatrics*, 1987; 42:33-40.
- 161.- Vargas E, Garcia M. Principios generales de utilización de medicamentos. En: Ribera Casado JM y Cruz Jentoft AJ, eds. *Geriatría en atención primaria*. Barcelona: Uriach, 1997; 35-45.
- 162.- Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Comité de expertos dela OMS. Informes técnicos 804. 1990; 9-12.
- 163.- Mosley JG. Palliation in malignant disease. Churchill livingstone. Edinburh 1988; 142-143.
- 164.- Astudillo W, Mendinueta C y Bátiz J. Los cuidados Paliativos en los ancianos. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, eds. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: Eunsa 1997; 341-349.
- 165.- Ripamonti C, Zecca E, Bruera E. An update on the clinica use of metadhone for cancer pain. *Pain* 1997; 70:109-115.
- 166.- Sawe J. High dose morphine and methadone in cancer patients. *Clinical pharmacokinetics consideration of oral treatment*. *Clin Pharm* 1986;11:87-106.
- 167.- Bruera E, Pereira J, Watanabe SH. Opiod rotation in patients with cancer pain. *Cancer* 1996;78:852-7.
- 168.- Monferrer Bort MA, Núñez Olarte JM, Conti Jiménez M, López López C. Rotación de opioides: propósito de dos casos con empleo simultáneo de fentanilo transdérmico y metadona. *Med Pal* 1999; 6:39-41.
- 169.- Verdejo C. Trastornos del sueño. Valoración y actitud terapéutica. En: Ribera Casado JM, de. *Manual práctico en psicogeriatría*. Madrid : Aula Média 1995;101-114.

- 170.- Otero FJ. Ansiedad en el anciano. En: Ribera Casado JM, de. Manual práctico en psicogeriatría. Madrid : Aula Médica 1995;101-114.
- 171.- Kanner R. Recent advances in cancer pain management. *Cancer Invest* 1993; 11(1):80-7
- 172.- National Institute of Health. Diagnosis and treatment of depression in late life. NIH Consensus development panel on depression in late life. *JAMA* 1992; 268:1018-1024.
- 173.- Lipowsky ZJ. Delirium in the elderly patient. *N Eng J Med* 1989;320(9):578-582.
- 174.- Lázaro M, Mora J. Estado confusional agudo: abordaje, diagnóstico y orientación terapéutica. En: Ribera Casado JM, ed. Manual práctico en psicogeriatría. Madrid : Aula Médica 1995;71-85.
- 175.- Bruera E, Brenneis C, Michand M, Bacovsky R, Chadwich S, Emeneo A, Mac Donald N. Use of the subcutaneous route for the administration of narcotics in patients with cancer pain. *Cancer* 1989;62:407-411.
- 176.- Chamorro García L, Huertas Sánchez D y Castel Bernal. Varón de 72 años con quejas de carácter depresivo tras el fallecimiento de su esposa. En : Ruipérez Y, Baztán JJ, Jiménez Rojas C, Sepúlveda D, eds. *El paciente Anciano, 50 casos clínicos comentados*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1998. Pgs: 547-554.
- 177.- Sánchez Ayala MI. Mujer de 79 años con semiología depresiva y deterioro cognitivo brusco. En : Ruipérez Y, Baztán JJ, Jiménez Rojas C, Sepúlveda D, eds. *El paciente Anciano, 50 casos clínicos comentados*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1998. Pgs: 537-546.
- 178.- Breitbart W, Passik SD. Psychiatric aspects of palliative care. En: Doyle D, Hanks GW, MacDonalds N, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1997;609-626.

179.- Mc Cusker J. The terminal Period of Cancer. Definition and descriptive. J Chronic Dis 1984; 37:377-385.

180.-Chapman CR. Psychological and behavioral aspects of cancer pain. Adv Pain Res Ther, 1979;2:45.

181.- Ouslander JG. Physical illness and depression in the elderly. J Am Geriatr Soc 1982,30:593-599.

182.- American Ethics Committee. The care of dying patients. A position statement from the American Geriatrics Society. J Am Geriatr Soc 1995; 43:577-578.

183.- Gómez Sancho M. La familia y la conspiración del silencio. En: Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Aula Médica, 1996:67-80.

184.- Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Aula Médica S.A., 1996.

185.- Simón Lorda P. El consentimiento informado y el anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, eds. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Edimsa; 1995;33.

186.- Pérez Segura P, Díaz Rubio E. Decisiones terapéuticas en el paciente anciano oncológico. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, eds. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Edimsa; 1995;95-100.

187.- Ahronheim JC. Nutrition and Hydration in the Terminal Patient. Clin Geriatr Med.1996; 12: 379-392.

188.- Rubenstein LZ. Comprehensive geriatrics assessment. En: Abrass WB et al, eds. The Merk Manual of Geriatrics (2nd ed). Whitehouse Station: Merk & Co, 1995: 224-235.

- 189.- Siu AL, Reuben DB, Moore AA. Comprehensive geriatric assessment. En: Hazzard WR, Andres R, Bierman EL, Blass JP, eds. Principles of Geriatrics Medicine and Gerontology (3rd ed). New York: MCGraw-Hill, 1999:203-212.
- 190.- Macías M y Fuentetaja E. Valoración mental. En: Guillén Llera F y Pérez del Molino J, eds. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson 1994; 79-89.
- 191.- Astudillo W, Mendinueta C. Bases para el tratamiento del dolor del enfermo en fase terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: Eunsa 1997; 187-198.
- 192.- Keijo J. Physiological factors and medication as predictors of injurious falls by elderly people: a prospective population-based-study. Age and Ageing 1996;25:29-38.
- 193.- Lipschiz DA, editor. Nutrition, aging and age-dependent diseases. Clinics in Geriatric Medicine Philadelphia 1995.
- 194.- Kaye p. Symptom control. Hospice Education Institute. Connecticut 1990.
- 195.- Baines MJ. Symptom management and palliative care. En: Grimley J, Franklin T (eds). Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press, 2000; 683-695.
- 196.- Wilson IM, Bunting JS, Curnow R, Knock J. The need for introducing palliative care facilities for non cancer patients. Palliat Med 1994;8:181-182.
- 197.- NHO, StuartB, Kinzbrunner b. Medical Guiddelines for determinig prognosis in selected non cancer diseases. Hospice J 1996;11:47-63.
- 198.- Luchins DJ, Hanraham P, Murphy K. Criteria for enrrolling patients in hospice. J Am Geriatr Soc 1997;45:1054-1059.

- 199.- Von Gunten CH, Twaddle ML. Terminal Care for Noncancer patients. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12: 349-358.
- 200.- Sepúlveda D, Jiménez C. Cuidados Paliativos en Unidades Geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(S2):6-12.
- 201.- Rexach L. Los cuidados paliativos en geriatría: donde, a quien, por quien. En Ribera JM y Gil P, eds. *Atención al anciano en el medio sanitario. Clinicas Geriátricas*. Editores Médicos. Madrid, 1998; 169-180.
- 202.- Wachter RM, Luce JM, Hearst N et al. Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses. *Ann Intern Med* 1989; 111:525-532.
- 203.- Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S. *Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases*. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.
- 204.- Case EB, Moss AJ, Case N, McDermott M, Eberly S. Living alone after myocardial infarction, Impact on prognosis. *JAMA* 1992;267(4):515-519.
- 205.- Mesa D, Ruiz M, Anguita M, Vallés F. Factores pronósticos en pacientes ancianos mayores de 65 años hospitalizados por insuficiencia cardíaca severa. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(5):296-300.
- 206.- Wilbert S, Aronow WS. Usefulness of M-mode, 2-dimensional, and Doppler echocardiography in the diagnosis, prognosis, and management of valvular aortic stenosis, aortic regurgitation, and mitral annular calcium in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:295-300.
- 207.- Wei JY. Disorders of the heart. En: Hazzard WR, Bierman EL, Blas JP, Ettinger WH, Halter JB, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. McGraw-Hill. New York 1999;517-532.

- 208.- Braunwald E. Insuficiencia cardiaca. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Principios de Medicina Interna (Harrison). 13ª edición. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid 1994;Vol II: 1154-1166.
- 209.- Tobin MJ. Dyspnea: pathophysiologic basis, clinical presentation, and management. Arch Intern Med 1990; 150: 1604-1613.
- 210.- Shee CD. Palliation in chronic respiratory disease. Palliat Med 1995;9:3-12.
- 211.- Shilbec J, Mott L, Page H, Smith D, Hjelmeland S, Clark D. Palliative care in chronic obstructive airways disease: a needs assessment. Palliat Med 1998;12:245-254.
- 212.- Woodcock AA, Gross ER, Gellent A et al. Effect of dihydrocodeine, alcohol, and caffeine in breathlessness and exercise tolerance in patients with chronic obstructive lung disease and normal blood gases. N Engl J Med 1981;305:1611-1616.
- 213.- Hansen-Flaschen J. Advanced lung disease. Palliation and terminal care. Clinics Chest Med 1997;18(3):645-655.
- 214.- Khan IH, Catto GRD, Edward N, Fleming LW, Henderson IS, MacLeod AM. Influence of coexisting diseases on survival on renal-replacement therapy. Lancet 1993;341:415-418.
- 215.- Maher JF, Nolph KD, Bryan CW. Prognosis of advanced chronic renal failure. Unpredictability of survival and reversibility. Ann Int Med 1974;81:43.
- 216.- De lima JJ, Sesso R, Abensur H, Lopes HF, Giorgi MC; Krieger EM, Pileggi F. Predictors of mortality in long-term haemodialysis patients with a low prevalence of comorbid conditions. Nephrol Dial Transplant 1995;10(9):1708-1713.
- 217.- Neu S, Kjellstrand CM. Stopping long term dialysis. An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. N Engl J Med 1986;314(1):14-20.

218.- Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, Sorlkin JD. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA* 1994;272:1036-1042.

219.- Podolsky DK, Isselbacher KJ. Hepatopatía alcohólica y cirrosis. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. *Principios de Medicina Interna (Harrison)*. 13ª edición. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid 1994;Vol II: 1705-1719.

220.- Zervos EE, McCormick J, Goode SE, Rosemurgy AS. Peritoneovenous shunts in patients with intractable ascites: palliations at what price?. *Am Surg* 1997;63(2):157-162.

221.- Luchins DJ, Hanrahan P. What is appropriate health care for end-stage dementia?. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:25-30.

222.- Volicer L, Collard A, Hurley A. Impact of especial care unit for patients with advanced Alzheimer's disease on patient's discomfort and costs. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:497-603.

223.- Macrae G. When the good is not so good. *Pal Med* 1990, 4:143-145. 224.- Lynn J, Wilkinson A, Cohn F, Jones SB. Capitated risk-bearing managed care systems could improve end-of-life care. *JAGS* 1998;46:332-330.

224.- Lynn J, Wilkinson A, Cohn F, Jones SB. Capitated risk-bearing managed care systems could improve end-of-life care *JAGS* 1998;46:332-330.

225.- Kurti LG, O'Dowd TD. Dying of non-malignant diseases in General Practice. *J Palliat Care* 1995;11(3):25-31. 226.- Lynn J. Caring at the end of our lives. *N Eng J Med* 1996;335(3):201-202.

226.- Lynn J. Caring at the end of our lives. *N Eng J Med* 1996;335(3):201-202.

227.- Rhymes JA. Clinical management of the terminally ill. *Geriatrics* 1991;46(2):57-67.

- 228.- Navarro Sanz R, Botella Trelis JJ. Cuidados Paliativos en enfermedades avanzadas de un órgano. En: Marcos Gómez Sancho, ed. Medicina Paliativa en la cultura latina. Arán. Madrid 1999; 221-230.
- 229.- Wilkinson J. Ethical issues in palliative care. En: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N (eds). Oxford textbook of palliative medicine. Oxford University Press. Oxford 1997; 1121-1131.
- 230.- Gracia D. Fundamentos de la bioética. Eudema, Madrid 1989.
- 231.- Sanz Ortiz J. Bioética y Medicina Paliativa. En: Marcos Gómez Sancho, ed. Medicina Paliativa en la cultura latina. Arán. Madrid 1999; 1161-1176.
- 232.- Sánchez González MA. La medicina y el médico. En: Sánchez González MA, ed. Historia, teoría y método de la medicina. Introducción al pensamiento médico. Masson, S.A.. Barcelona 1998;1-6.
- 233.- Gómez-Batiste X, Roca J, Trelis J, Borrell R, Novellas A. Ética clínica y cuidados paliativos. En Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. Cuidados Paliativos en oncología. Editorial Jims, Barcelona 1996; 394-401.
- 234.- Maher EJ. Decision making in the management of advanced cancer of the head and neck: differences in perspective between doctors and patients. Futures avenues for research. Palliat Med 1990;4:185-189.
- 235.- Roy DJ. Ethical issues in the treatment of cancer patients: report and recommendations. J Palliat Care 1989;5(2):56-61.
- 236.- Quill T. Care of the Hopelessly ill. N Engl J Med 1992;327:1380-84.
- 237.- World Health Organization. Cancer Pain Relief. Ginebra: WHO, 1990.

238.- Latimer EJ. Ethical decision-making in the care of the dying and its application to clinical practice. *J Pain Symptom Manage* 1993;6(5):329-336.

239.- Curran-Casscells. The Ethics of medical participation in capital punishment by intravenous drug injections. *N Engl J Med* 1980;302:226-230.

240.- Stejersward J. Palliative Medicine: a global perspective. En: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N (eds). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford University Press. Oxford 1997; 805-816.

241.- Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10(2):31-38.

242.- Mount B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: Definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care* 1996;12:31-37.

243.- Foley K. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Manage* 1991;6(5):289-297.

244.- Gómez Sancho M, García Yanneo E. Dilemas éticos al final de la vida: encarnizamiento terapéutico. En: Marcos Gómez Sancho, ed. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Arán. Madrid 1999; 1177-1186.

245.- Gómez-Batiste X, Novellas A, Albuquerque y Guerra R. Información y comunicación. En Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial Jims, Barcelona 1996; 287-298.

246.- Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E. La medicina Paliativa frente a la eutanasia. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Eunsa. Pamplona 1995; 405-415.

- 247.- Gómez Sancho M, García Yanneo E, Álvarez Echevarri T. Reflexiones en torno a la eutanasia. En: Marcos Gómez Sancho, ed. Medicina Paliativa en la cultura latina. Arán. Madrid 1999; 1187-1206.
- 248.- Roy DJ, Rapin ChH. A propos de l'euthanasie. Eur J Palliat Care 1994;1:57-59.
- 249.- Roy DJ. Euthanasia: taking a stand. J Palliat Care 1990;6(1):3-5.
- 250.- Roy DJ. Euthanasia: where to go after taking a stand?. J Palliat Care 1990;6(2): 3-5.
- 251.- Rachels J. Active and Passive Euthanasia. N Engl J Med 1975;292:78-80.
- 252.- Billings JA, Block SD, Slow Wuthanasia. J Palliat Care 1996;12:21-30.
- 253.- Simón Lorda P. El consentimiento informado y el anciano. Ribera JM y Gil P, eds. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos. Madrid 1995; 33-46.
- 254.- Ouslander JG, Tymchuk AJ, Krynski MD. Decisions about enteral tube feeding among the elderly. J Am Geriatr Soc 1993;41:70-77.
- 255.- Navarro E. Paciente terminal y requerimientos nutricionales. Ribera JM y Gil P, eds. Alimentación, nutrición y salud en el anciano. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos. Madrid 1999; 145-156.
- 256.- Nuñez Olarte JM. El problema del control del dolor en el enfermo terminal geriátrico. Ribera JM y Gil P, eds. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos. Madrid 1995; 149-153
- 257.- Ribera JM. El problema de la información. Ribera JM y Gil P, eds. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos. Madrid 1995; 111-120.

- 258.-Ribera JM. Reflexiones sobre la propia muerte. Editorial Mezquita. Madrid. 1982.
- 259.-Sanz Ortiz J. Comunicación e información. Med Clin 1995;104:59-61.
- 260.- Derechos de los enfermos terminales. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Eunsa. Pamplona 1995; 453.
- 261.- Conjunto Mínimo Básico de datos de pacientes crónicos. Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de Madrid. 1995.
- 262.- Guía Nacional de Hospitales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1995.
- 263.- Memoria Hospital Virgen de la Poveda año 1999. Consejería de sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. 2000.
- 264.- Memoria Hospital Virgen de la Poveda año 1996. Consejería de sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. 1997.
- 265.- Memoria Hospital Virgen de la Poveda año 1997. Consejería de sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. 1998.
- 266.- Memoria Hospital Virgen de la Poveda año 1998. Consejería de sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. 1999.
- 267.- Memoria Hospital de Guadarrama año 1998. Consejería de sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. 1999.
- 268.- Memoria Hospital de Guadarrama año 1999. Consejería de sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. 2000.
- 269.- Directorio de cuidados paliativos 2000. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2000.

270.- Reglamento Interno de funcionamiento de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Virgen de la Poveda. 1997.

271.- Protocolos de evaluación y control de síntomas y signos de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Virgen de la Poveda. 1997.

272.- Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Hazzard WR, Bierman EL, Blas JP, Ettiner WH and Halter JB, eds. McGraw. New York, 1999.

273.- Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Guillen Llera F y Pérez del Molino Martín J, eds. Masson. Madrid 1994.

274.- Besdine RW. Medicina Geriátrica. En Berkow R de. El Manual Merk de diagnóstico y terapéutica, 9ª edición. Harcourt Brace. Madrid 1998; 2805-2813.

275.- Cruz A. Evaluación Funcional del anciano. En Ribera JM y Cruz A. Geriatria en Atención primaria. Uriach. Barcelona 1997; 17-26.

276.- Pastor E. Valoración clínica y orientaciones terapéuticas del anciano demenciado. En Ribera Casado, de. Manual práctico en psicogeriatría. Aula Médica. Madrid 1995; 71-86.

277.- Cuidados Paliativos en Oncología. Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Casas J y Viladiu Quemada P, eds. Editorial JIMS. Barcelona, 1996.

278.- Oxford textbook of palliative medicine. Doyke D y cols (eds). Oxford University Press. Oxford, 1993.

279.- Astudillo W, Mendinueta C. Bases para el tratamiento del dolor del enfermo en fase terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Eunsa. Pamplona 1995; 187-198.

- 280.- Ferrell BA. Pain Management in Elderly People. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(1):64-73.
- 281.- Aliaga A y Alegre de Miquel V. Enfermedades de boca. En Farreras P y Rozman C, ed. *Medicina Interna*, 13ª edición. Mosby-Doyma. Barcelona, 1995; pgs: 43-50.
- 282.- Ros E. Trastornos de la motilidad intestinal. En Farreras P y Rozman C, ed. *Medicina Interna*, 13ª edición. Mosby-Doyma. Barcelona, 1995; pgs: 146-156.
- 283.- Vallejo J. Neurosis. Generalidades. En Vallejo J, de. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 3ª edición. Masson, Barcelona 1991;321-339.
- 284.- Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E. Evaluación médica del paciente terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Eunsa. Pamplona 1995; 37-39.
- 285.- Vallejo J. Neurosis de angustia. En Vallejo J, de. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 3ª edición. Masson, Barcelona 1991;340-352.
- 286.- Vallejo J. Trastornos depresivos. En Vallejo J, de. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 3ª edición. Masson, Barcelona 1991;448-481.
- 287.- Jiménez Rojas C, Domingo García V, Toral Revuelta J. Varón de 78 años con lentificación motora y psíquica de diez días de evolución. En : Ruipérez Y, Baztán JJ, Jiménez Rojas C, Sepúlveda D, eds. *El paciente Anciano, 50 casos clínicos comentados*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1998. Pgs: 485-495.
- 288.- Izquierdo G, Palomera M, Minaya J. Mujer de 82 años con agitación psicomotriz y alucinaciones visuales. En : Ruipérez Y, Baztán JJ, Jiménez Rojas C, Sepúlveda D, eds. *El paciente Anciano, 50 casos clínicos comentados*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1998. Pgs: 497-509.

- 289.- Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E. Tratamiento de los síntomas neurológicos. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Eunsa. Pamplona 1995; 141-154.
- 290.- Gómez Sancho M. Las malas noticias. En Gómez Sancho M, de. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPS. Las Palmas 1994; pgs: 281-290.
- 291.- Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. En: Salgado A, Alarco MT (eds). Barcelona. Masson, 1993.
- 292.- Ojeda Martín M, Navarro MA y Gómez Sancho M. Sedación y enfermo oncológico terminal. Med Pal 1997;4:101-107.
- 293.- Chorda RM. Microsoft® Acces. RAMA. Madrid 1994.
- 294.- Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS®. Aplicación a las ciencias de la salud. Álvarez Cáceres R, ed. Díaz de Santos. Madrid 1995.
- 295.- Leaverden PE. ABC de la estadística. Salvat. Barcelona 1989.
- 296.- Fundamentals of Biostatistics, 4th. edition. Rosner B, ed. Duxbury. Belmont 1995.
- 297.- Kennedy BJ. Aging and Cancer: Geriatric Oncology. Cancer 1997; 80:1270-1272.
- 298.- Stjernswärd J.: Palliative medicine, a global perspective. En: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N (eds): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford 1997:805-816.
- 299.- Ajeimian I: The interdisciplinary team. En: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N (eds): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford 1997:17-28.

- 300.- Gómez Sancho M. ¿Morir en casa o en el hospital?. En: Gómez Sancho M (ed): Medicina Paliativa en la cultura latina. Aran. Madrid 1999;173-191.
- 301.- Garcia Rodríguez E. La asistencia domiciliaria en enfermos terminales. En: Gómez Sancho M (ed): Medicina Paliativa en la cultura latina. Aran. Madrid 1999;193-205.
- 302.- Doyle D. Domiciliary palliative care. En: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N (eds): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford 1997;629-646.
- 303.- Castañera P, López A, Centeno S, Morató M^aL. Atención Domiciliaria. En: Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Casas J, Viladiu Quemada P. Cuidados Paliativos en oncología. Editorial Jims, Barcelona 1996;341-342.
- 304.- Gómez Batiste X, Roca Casas J, Pladevall Casellas C, Gorch Font N, Guinovart Garriga C. Atención Domiciliaria. En: López RM, Maymo N. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Doyma, Barcelona 1991;131-149.
- 305.- Gómez Sancho M. Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad. Madrid, Aran 1998.
- 306.- García Rodríguez ED, Mendoza NM. Asistencia domiciliaria a enfermos terminales. En: Torres LM (ed). Medicina del dolor. Barcelona: Masson, 1997;439-447.
- 307.- Romero Coteló J, Gálvez Mateos R, Ruiz Ortiz S, Cepa Nogué R, López Rodríguez Fca, Arreza Zurita M. Programa de coordinación y seguimiento domiciliario de los enfermos oncológicos terminales en el distrito sanitario de Granada norte-Santa Fe y Guadix en Granada. Med Pal 1999; 6:22-26.
- 308.- Benitez MA, Castañera P, Gimeno V, Gómez M, Duque L, Pascuala L, Perez N, Sanchez M, Torrubia P. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Med Pal 2000;7:106-108.

309.- Novellas A. La atención a las familias en cuidados paliativos. Análisis del proceso y propuestas metodológicas de intervención. *Med Pal* 2000;7:49-56.

310.-Sancho Sobrino M y Sastre Moyano P. Cuidados Paliativos domiciliarios y hospitalarios. En: González Baron M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E (eds). *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncner*. De. Panamericana, Madrid. 1996:97-114.

311.- Fernández R, Pérez MC, Cossio Y, Díaz C. Lugar de preferencia para morir ante una hipotética enfermedad incurable. Razones influyentes. *Med Pal* 1998;5:35-43.

312.- Godoy MJ, García Puche JL, Cabrera J, Rojas AJ. Efecto de los Cuidados paliativos en la calidad de vida de pacientes oncológicos avanzados. *Med Pal* 1999; 6:131-136.

313.- Spain launches national plan for palliative care. *BMJ* 2000;320(7243):1162.

314.- Bosch X. Spain agrees palliative care plan. *BMJ* 2001;322(7277):8B.

315.- Gorchs N, Roca J. Equipos interdisciplinarios. En: *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial Jims, Barcelona 1996;355-363.

316.- Roca y Casas J. ¿Qué significa Cuidados Paliativos? *Med Pal* 1999;6:129-130.

317.- Gustavo J. Evolución del lugar de fallecimiento en enfermos de cáncer: factores condicionantes. *Rev Cancer* 1991;5:101-108.

318.- Viguria Arrieta JM, Rocafort Gil J. Cuidados Paliativos en Navarra. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. *Med Pal* 1999;6:33-38.

- 319.- Salud A, Martínez JM, Arnay N, Porcel JM, Gort A, Barberá J, Herruzo F. Estudio descriptivo de pacientes terminales ingresados en una Unidad socio-sanitaria ubicada en un hospital de agudos. *Med Pal* 1996;3:53-58.
- 320.- Pascual L, Pascual A. Atención sanitaria estándar recibida por lo pacientes con cáncer en fase terminal. *Med Pal* 1999;6:144-150.
- 321.- Carulla J, Lynd FE, Sanz X, Díaz M, Castellsagué X, Tuca A, Gómez X. Prevalencia del uso de opioides potentes en Cataluña en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada. *Med Pal* 1999;6:67-74.
- 322.- Morales JA, Bohn U, Aguiar D. Epidemiología y etiología del cáncer. En: Gómez Sancho M (ed): *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Aran. Madrid 1999;71-80.
- 323.- Señor C, Amengual A, Socías M, Berlanga R, García T, Cañellas F. Medidas Paliativas en pacientes con tumores de cabeza y cuello. En: Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Cassas J, Viladiu Quemada P. *Cuidados Paliativos en oncología*. Editorial Jims, Barcelona 1996;79-96.
- 324.- Wolf GT, Lippman SM, Laramore GE y Hong JF. Head and neck cancer. EN: Holland JF, Frei E, Bast RC, Wkufe JR, Morton D y Weichselbaum R (eds): *Cancer Medicine*, 3ªed. Lea and Febiger, Filadelfia 1993;1211-1214.
- 325.- Ribera Casado JM. Envejecimiento y cáncer. En: Ribera Casado JM y Gil P (eds). *Oncología Geriátrica*. Editores médicos, Madrid 2000; 11-20.
- 326.- Anónimo (editorial). The cancer interpretation. *Lancet* 1992;340:399-400.
- 327.- Hoel DG, Davis DL, Miller AB, Sondik EJ, Swerdlow AJ. Trends in cancer mortality in 15 industrialized countries.1969-1988. *J Natl Cancer Inst* 1992;84:313-320.
- 328.- Byrne A, Carnay DN. Cancer in the elderly. *Curr Probl Cancer* 1993;17:145-218.

- 329.- SEER Incidence and Mortality data, Cancer Statistics Review: National Cancer Institute. 1973-94. Bethesda, MD, National Cancer Institute, 1997.
- 330.- Brelow N, Chan CW, Dhom G. Latent carcinoma of prostata at autopsy in seven areas. *Int J Cancer* 1977;20:680-688.
- 331.- Melamed MR, Flehinger BJ, Zaman MB. Screening for lung cancer:results of the Memorial Sloan Kettering Study in New York, *Chest* 1984;86:44-53.
- 332.- Doll R. Progress against cancer: an epidemiological assessment. *Am J Epidemiol* 1991;134:675-688.
- 333.- Martínez García C, Fernández Gómez MA. Epidemiología del Cáncer en los ancianos de España. En Fondo de Investigación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo (ed). *Epidemiología del envejecimiento en España*. Madrid 1990;pgs:89-105.
- 334.- Cruz Jentoft AJ. Toma de decisiones en el paciente mayor con cáncer. En: Ribera Casado JM y Gil P (eds). *Oncología Geriátrica*. Editores médicos, Madrid 2000; 41-49.
- 335.- Fentiman IS, Tirelli U, Monfardini S. Cancer in the elderly: Why so badly treated? *Lancet* 1990;335:1020-1022.
- 336.- Mckenna RJ. Clinical aspects of cancer in the elderly. Treatment decisions, treatment choices, and follow-up. *Cancer* 1994;74:2107-2117.
- 337.- Berkman B, Rohan B, Sampson S. Myths and biases related to cancer in the elderly. *Cancer* 1994;74:2004-2008.
- 338.- Lewis M, Pearson V, Corcoran-Perry S, Narayan S. Decision -making by elderly patients with cancer and their caregivers. *Cancer Nurs* 1997;20:389-97.

- 339.- Reuben DB. Geriatric Assessment in oncology. *Cancer* 1997;80:1311-1316.
- 340.- Bennahum DA, Forman WB, Vellas B, Albarede JL. Life expectancy, comorbidity, and quality of life. A framework of reference for medical decisions. *Clin Geriatr Med* 1997;13:33-53.
- 341.- Roche RJ, Forman WB, Rhyne RL. Formal geriatric assessment. An imperative for the older patient with cancer. *Cancer Pract* 1997;5:81-86.
- 342.- Ruiperez I, Regalado PJ y Molpeceres J. Mujer de 82 años con ictericia y fractura de cadera. En: Ruiperez I, Baztan JJ, Jiménez C, Sepúlveda D (eds). *El paciente anciano*. McGrawHill, Madrid 1998; 1-10.
- 343.- Modelo asistencial geriátrico propuesto conjuntamente por la SEGG y la CNE Geriátria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992;27:319.
- 344.- Alarcón T, González JI, Bárcena A, Salgado A. Estudio predictivo de las necesidades sociales al alta hospitalaria y a los seis meses en ancianos ingresados por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:209-218.
- 345.- Rubensteins Lz, Campbell LJ, Kane RL (eds). *Geriatric assessment*. Clin Geriatr Med 1987.
- 346.- Yancik R. Cancer Burden in the Aged. *Cancer* 1997;1273-1283.
- 347.- Serrano F, Avellana JA, Barrero C, Mareque M, Gomez M, Pérez A. Control de síntomas en pacientes neoplásicos terminales atendidos por una unidad geriátrica de ayuda a domicilio. *Med Pall* 1999;6:99-103.
- 348.- Grupo de cuidados paliativos de la SEGG. Editorial. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(2): 1-3.

- 349.- Twycross, R. St. Christopher's Hospice Annual Report, 1985.
- 350.- Gómez X, Roca J, Gorchs N (eds): Atención domiciliaria de enfermos terminales. Doyma. Barcelona 1992.
- 351.- Tuca A, Sala C, Libran A, Soler A, Renau M, Tamburini H. Frecuencia de síntomas en pacientes con enfermedad oncológica terminal. Med Pal 1995;2:17
- 352.- Verger E, Conill C, Henriquez I, Casal J, Chicotte S, Gil E, Salmero. Frecuencia de síntomas en la última semana de vida.. Med Pal 1995;2:12 .
- 353.- Viladiu, P, Gómez Batiste X. Morir de càncer a Catalunya. Progrma Vida als Anys, 1994.
- 354.- Planas Domingo J. Valoración de la eficacia en el control de síntomas en una unidad de cuidados paliativos oncológica. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 2000.
- 355.- Limonero J. Síntomas y preocupaciones en enfermos terminales de cáncer. Tesis doctoral. Universidad autónoma de Barcelona. Barcelona, 1994.
- 356.- Donnelly SM, Walsh TD, RybickiL. The symptoms of advanced cancer in 1000 patients. J Palliat Care 1994;10(4):57.
- 357.- Grond S, Zech D, Diefenbach C, Bischoff A. Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 2.266 cancer patients referred to a pain clinic. J Pain Symptom Manage 1996;64:107-114.
- 358.- Brescica FJ, Adler D, Gray G, Ryan MA, Cimino J, Mamtani R. Hospitalized advanced cancer patients:a profile. J Pain Sympton Manage 1990;5:221-227.

359.- Pérez Carretero M. Patología tumoral ORL en el anciano. En: Ribera JM y Gil P. Alteraciones de los órganos de los sentidos en el anciano. Editores Médicos, Madrid 1994;129-142.

360.- Díaz González. Patología de la cavidad oral en el anciano. En: Ribera JM (ed). Patología digestiva en Geriatría. ARAN. Madrid 1987;63-70.

361.- Baum BJ, Ship JA. The oral cavity. EN: Hazzard W, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH and Halter JB (eds). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th edition. McGraww-Hill. New York 1999; 431-440.

362.- Astudillo W, Mendinueta C y Tamés M^aJ. La alimentación en el enfermo terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: Eunsa 1997; 317-324.

363.- Kaye P. Notes on Symptom Control and Palliative Care. Hospice Education Institute. Essex. Connecticut, 1990;27-29.

364.- Bruera E, Mc Donald RN. Nutrition in cancer patients:un update and review of our experience. J Pain Sympt Manag 1988;3:133-140.

365.- Toral A. Importancia del dolor en el anciano. En: Toral A (ed). Dolor en Geriatría. Laboratorios Knoll. Madrid 2000; 9-13.

366.- Council on Scientific Affairs. American Medical Association. Good Care of the Dying Patient. JAMA 1996;275:474-8.

367.- Northcote LAM. Adequate pain relief is important in non-malignant conditions. Br Med J 1998;317:328-329.

368.- González Montalvo JI, Rodríguez Mañas L, Beltrán M, Jiménez Jiménez MP, Isach M, Reinoso MA, Guillen F. El dolor en el viejo: estudio de su etiología y tratamiento en un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1989;24:300-304.

369.- Toral A. Peculiaridades del dolor agudo y crónico en la vejez. En: Toral A (ed). *Dolor en Geriatría*. Laboratorios Knoll. Madrid 2000; 41-46.

370.- Bruera E, Sainsinger RL. Clinical Management of Cachexia and anorexia. En: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N (eds): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford 1997:330-337.

371.- Siegal T. Muscle Cramps in the cancer patient: causes and treatment. *J Pain Symptom Manage*. 1991;6:84-91

372.- Steiner I, Siegal T. Muscle cramps in cancer patients. *Cancer* 1990;63:574-577.

373.- Astudillo W, Mendinueta C Muñoz A. Tratamiento de los síntomas gastrointestinales. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, eds. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: Eunsa 1997; 99-109.

374.- García E. Síntomas digestivos. En: Gómez Sancho M (ed): *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Aran. Madrid 1999;711-722.

375.- Marrero M^aS. Síndrome de caquexia tumoral. En: Gómez Sancho M (ed): *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Aran. Madrid 1999;765-770.

376.- Molina M^aJ y Sánchez A. Valoración de la anorexia y la pérdida de peso. En: Ribera JM y Cruz A (eds). *Geriatría en Atención Primaria*. 2^a edición. Laboratorios Uriach. Barcelona 1997; 91-96.

377.- Bayés R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. *Med Pal* 2000; 6:101-105.

378.- Trhiell MD. Reacciones psicológicas y sus alteraciones durante la enfermedad terminal. En: Gómez Sancho M (ed): Medicina Paliativa en la cultura latina. Aran. Madrid 1999;753-764.

379.- Bayés R, Limonero JT, Buendía B, Burón E, Enríquez N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. Med Pal 1999;6:140-143.

380.- Jimenez Rojas C. Cuadros de ansiedad secundaria a patología orgánica. En: Serrano P (ed). Trastornos de ansiedad en el anciano. Litofinter. Madrid 1998; 81-90.

381.- Navarro C, Verdejo C. Estreñimiento. Impactación fecal. En: Ribera JM y Cruz A (eds). Geriátría en Atención Primaria. 2ª edición. Laboratorios Uriach. Barcelona 1997; 255-264.

382.- Iborra Herrera J. Varón de 78 años con deterioro funcional y cognitivo de un mes de evolución, incontinencia urinaria y empeoramiento de su estreñimiento habitual. En: Ruiperez I, Baztan JJ, Jiménez C, Sepúlveda D (eds). El paciente anciano. McGrawHill, Madrid 1998; 237-245.

383.- Haponik EF. Sleep problems. EN: Hazzard W, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH and Halter JB (eds). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th edition. McGraww-Hill. New York 1999; 1213-1228.

384.- González P. Alteraciones del sueño. En: Ribera JM y Cruz A (eds). Geriátría en Atención Primaria. 2ª edición. Laboratorios Uriach. Barcelona 1997; 217-226.

385.- Bayés R, Timonero JT. Prioridad en el tratamiento de los síntomas que padecen los enfermos oncológicos en situación terminal. Med Pal 1999 ;6:19-21.

386.- Blazer DG. Depression. En: Hazzard W, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH and Halter JB (eds). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th edition. McGraww-Hill. New York 1999; 1103-1118.

- 387.- Murphy E. Concepts of depression in old age. En: Grimley J, Franklin T (eds). Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Oxford Medical Publications. Oxford 2000; 620-633.
- 388.- Núñez JM. Síndromes neuropsicológicos: ansiedad, depresión y confusión. En: Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Cassas J, Viladiu Quemada P. Cuidados Paliativos en oncología. Editorial Jims, Barcelona 1996;229-236.
- 389.- Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Tratamiento de los trastornos psicológicos. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: Eunsa 1997; 317-324.
- 390.- Bruera E, Franco JJ, Maltoni M, Watanabe S, Suárea M. Changing pattern of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: association with cognitive monitoring, hydration. J Pain Symptom Manage 1995;10:287-291.
- 391.- Centeno C, Bruera E. Uso apropiado de opioides y neurotoxicidad. Med Pal 1999;6:3-12.
- 392.- López L, Navarro E. La disnea (aguda) en los ancianos. En: Ribera Casado JM y Gil P (eds). Urgencias en Geriatria. Editores médicos, Madrid 1997; 59-66.
- 393.- Vázquez P, Martín AI. Valoración del paciente anciano con disnea. En: Ribera JM y Cruz A (eds). Geriatria en Atención Primaria. 2ª edición. Laboratorios Uriach. Barcelona 1997; 147-156.
- 394.- Fombuena M, Madrid F, García P, Tuca R, Gómez X, Navarro R. Infección y cuidados paliativos oncológicos. Estudio de prevalencia. Med Pal 2000;7:134-139.
- 395.- Gisbert A, Pascual A. Manifestaciones clínicas y biológicas de la deshidratación en el enfermo en fase terminal. Med Pal 2000;7:129-134.
- 396.- Goenaga MA, Millet M, Carrera JA, Garde C. Vía subcutánea: más fármacos. Med Pal 2000;7:28.

- 397.- Núñez JM, Conti M, López C, Luque JM. Protocolos de manejo del dolor refractario canceroso de la UCP del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. *Med Pal* 1997;4:33-46.
- 398.- Martínez M, Nekolaichuk CH, Bruera E. La frecuencia del dolor y su relación con otros síntomas psicosociales en pacientes con cáncer terminal. *Med Pal* 1999;6:116-120.
- 399.- Toral A. El dolor crónico. En: Ribera JM y Cruz A (eds). *Geriatría en Atención Primaria*. 2ª edición. Laboratorios Uriach. Barcelona 1997; 61-69.
- 400.- Gómez M, Ojeda M. El problema del dolor. Historia y análisis de un escándalo. *Med Pal* 1997;4:20-34.
- 401.- López T. Manejo del dolor oncológico en Geriatría. En: Ribera Casado JM y Gil P (eds). *Oncología Geriátrica*. Editores médicos, Madrid 2000; 225-236.
- 402.- Toral A. Presbialgia. En: Toral A (ed). *Dolor en Geriatría*. Laboratorios Knoll. Madrid 2000; 29-34.
- 403.- Harkins SW, Kwentus JA, Lignon N, Silvermann JJ. Current concepts of geriatric pain and its treatment. *Geriatrics* 1985;40:48-57.
- 404.- Bonica JJ. Cancer pain. En: Bonica JJ (ed). *Pain*. Raven Press, New York 1980:335-362.
- 405.- Dahl JL. Effective pain management in terminal care. *Clin Geriatr Med* 1996; 12:279-300.
- 406.- Toral A. Aspectos psicológicos del dolor en la senectud. En: Toral A (ed). *Dolor en Geriatría*. Laboratorios Knoll. Madrid 2000; 61-68.
- 407.- Gómez M. Historia clínica del dolor: clasificación, evaluación, prevalencia. En: Gómez Sancho M (ed): *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Aran. Madrid 1999;469-490.

- 408.- Cózar R, Sánchez JJ, González M. Encuesta sobre dolor de origen neoplásico en atención primaria. *Med Pal* 1997;4: 39-46.
- 409.- Rapin CH. The mechanism of pain memory in the elderly patient. *J Palliat Care* 1991;7(4):48-50.
- 410.- Solomon LR. Effect of patient age on the incidence and management of pain in end stage cancer. *J Palliat Care* 1992;8(3):73.
- 411.- McCormack A, Hunter-Smith D, Piotrowski ZH, Grant M, Kubik S, Kessel K. Analgesic use inhome hospice cancer patients. *J family Prattice* 1992;34:160-164.
- 412.- Stein WM, Miech RP. Cancer pain in the elderly hospice patient. *J Pain Symptom Manage* 1993;8:474-482.
- 413.- Nabal M, Trujillano J, Ramírez M, Naudí MC. Evaluación del dolor y del alivio del dolor mediante escalas visuales analógicas. *Med Pal* 2000;7:81-84.
- 414.- Schonwetter. Care of the dying geriatric patient. *Clin Geriatr Med* 1996;12:253-266.
- 415.- Gómez M. Punto de reflexión: los profesionales de la salud y de la muerte. *Med Pal* 1998;5:23-32.
- 416.- Novellas A. La atención a las familias en cuidados paliativos. Análisis del proceso y propuestas metodológicas de intervención. *Med Pal* 2000;7:49-56.
- 417.- Gómez M. La comunicación en las relaciones de ayuda. En: Gómez Sancho M (ed): *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Aran. Madrid 1999;833-844.
- 418.- Gómez M. Decir o no la verdad. En: Gómez Sancho M (ed): *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Aran. Madrid 1999;845-858.

419.- Ribera Casado JM. Aspectos éticos de la asistencia en geriatría. En Farreras P y Rozman C, ed. Medicina Interna, 13ª edición. Mosby-Doyma. Barcelona, 1995; pgs: 1300-1305.

420.- Ross MM, McDonald B. Providing palliative care to older adults: context and challengers. J Palliat Care 1994;10(4):5-10.

421.- Long MCh. Death and Dying and recognizing approaching death. Clin Geriatr Med 1996; 12: 359-368.

422.- Fisher G, Arnold RM, Tulsky A. Talking to the older adult about advance directives. Clin Geriatr Med 2000;12: 239-254.

423.- Lander M, Wilson K, Chochinov HM. Depression and the dying older patient. Clin Geriatr Med 2000;12: 334-356.

424.- Vachon MLS. Emotional problems in palliative medicine: patient, family and professional. En: Doyle D, Hanks GWC, McDonalds N (eds): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford 1997:577-605.

425.- Centeno C, Núñez JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. Palliative Medicine 1994;8:39-44.

426.- Belsky JK. Agonía y muerte. En: Neslky JK (ed). Psicología del envejecimiento. Masson. Barcelona 1996; 389-449.

427.- Betancor EA. Aspectos sociales de la enfermedad terminal e intervención del trabajador social. En: Gómez Sancho M (ed): Medicina Paliativa en la cultura latina. Aran. Madrid 1999;951-958.

- 428.- Rodríguez P. Indicadores sociales. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Geriátría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Edinsa. Madrid 2000;55-84.
- 429.- Cabodevilla I, Giacchi A, Martínez L, Jusue L, Garde C. Temores del profesional de atención primaria en el cuidado a la persona y su familia en el final de la vida. Med Pal 1999;6:104-107.
- 430.- Pascual A. Publicación del cuaderno de trabajo social en cuidados paliativos. Med Pal 2000;7:109.
- 431.- Report of a WHO Expert Committee. "Cancer pain relief and palliative care". Technical Report Series 804. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 1990:11.
- 432.- Drummond SH, Peterson GM, Galloway JG, Keefe Pa. National survey of drugs use in palliative care. Palliat Med 1996;10:119-124.
- 433.- Brooks DJ, Gamble W, Ahmedzai S. A regional survey of opioid use by patients receiving specialist palliative care. Palliat Med 1995;9:229-238.
- 434.- Cleeland CS, Gonin R, Harfield A, Edmonson J. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994;330:592-596.
- 435.- Jenkins CA, Bruera E. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs as adjuvant analgesics in cancer patients. Palliative Medicine 1999;13:183-196.
- 436.- Rapin CH. The treatment of pain in the elderly patient. The use of oral morphine in the treatment of pain. J Palliat Care 1989;5(4):54-55.
- 437.- Fainsinger R, Shoeller T, Bruera E. Methadone in the management of cancer pain: a review. Pain 1993;52:137-147.

438.- Osborne R, Joel S, Grebenik T, Trew D, Slevin M. The pharmacokinetics of morphine and morphine glucoronides in kidney failure. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 1993;54:158-167.

439.-Zaw-Tun N, Bruera E. Active metabolites of morphine. *J Palliat Care* 1992;8(2):48-50

440.- Bruera E, Franco JJ, Maltoni M, Watanabe S, Suárez-Almanzor M. Changing pattern of agitated impaired mental status inpatients with advanced cancer:association with cognitive monitoring, hydratation, and opioid rotation. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:287-291.

441.- Viganó A, Bruera E, Suárez-Almanzor M. Age, painintesity and opioid dose in patients with advanced cancer. *Cancer* 1998;83:1244-50.

442.- Kaiko RF, Wallestein SL, Rogers AG, Brabinsiki PY. Narcotics in the elderly. *Med Clin North Am* 1982;66:1079-89.

443.- Caraceni A, Spoldi E, De Conno F. La infusión subcutánea continua para el tratamiento del dolor y otros síntomas en el paciente con cáncer avanzado. *Pharmacia Deltec*. Barcelona 1991; 114-120.

444.- Gómez Batiste X, Tuca A, Moreno F, Mena M. Principios generales del control de síntomas en enfermos con cáncer avanzado y terminal. En: López Imedio, E, ed. *Enfermería en cuidados paliativos*. Panamericana. Madrid 1998; 19-23.

445.- Mendoza Suárez, NM. Vía y técnicas de administración de fármacos. En: Gómez M. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. ICEPSS. Las Palmas 1994; 137-145.

446.- López Imedio, E. La infusión subcutánea continuada. Dispositivos y bombas de insufisión portátiles. En: López Imedio, E, ed. *Enfermería en cuidados paliativos*. Panamericana. Madrid 1998; 197-207.

- 447.- Benítez del Rosario MA. Uso de fármacos en cuidados paliativos. Vía de administración. En: Gómez M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS. Las Palmas 1994; 293-297.
- 448.- Pino Gamboa J. Varón de 72 años con dolor muy intenso y eritema en la hemicintura derecha. En: Ruipérez Y, Baztán JJ, Jiménez Rojas C, Sepúlveda D, eds. El paciente Anciano, 50 casos clínicos comentados. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1998. Pgs: 357-368.
- 449.- Bruera E, Ripamonti C. Alternate routes of administration of opioids for the management of cancer pain. En Patt RB, de. Cancer Pain. Lippincott Company. Philadelphia, 1993; 123-131.
- 450.- Porta J y cols. La situación agónica: consideraciones sobre su manejo. Med Pal 1994;1:15-25.
- 451.- Llimós A, Sibina M, Porta J, Ylla-Catalá E, Ferrer M. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Med Pal 1999, 6:121-127.
- 452.- Turner K, Chye R, Aggarwal G, Philip J, Skeels A and Lickis N. Dignity in Dying: a preliminary study of patients in the last three days of life. J Pall Care 1996; 12 (2):7-13.
- 453.- Kristjanson LJ. Indicators of quality of Palliative care from a family perspective. J Pall Care 1986; 1(2):8-17.
- 454.- Measuring quality in End of life care. Clin Geriatric Med 2000; 387-400.
- 455.- Núñez Olarte JM. Control de la confusión en pacientes con cáncer en situación terminal. Rev Soc Esp Dolor 1995; sup II:40-45.
- 456.- Sanz J, Gómez Batiste X, Gómez M, Núñez JM. Urgencias en Medicina Paliativa. En Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la SECPAL, de Ministerios de Sanidad y Consumo 1993: 41-42.

- 457.- Spiller J and Alexander D. Domiciliary care: a comparison of the views of terminally ill patients and their family caregivers. *Pall Med* 1993; 7: 109-115.
- 458.- Fried LP. Frailty. En Hazzard WR, Bierman EL, Blas JP; Ettinger WH, Halter JB, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. McGraw-Hil INC 1999. New York: 1149-1156.
- 459.- Botella JJ, Errando Mariscalet E y Martínez Blázquez V. Los ancianos con enfermedades en fase terminal. En: López Imedio, E, ed. *Enfermería en cuidados paliativos*. Panamericana. Madrid 1998; 295-299.
- 460.- Braines MJ. Symptom management and palliative care. En: Grimley J, Franklin T (eds). *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*. Oxford University Press. Oxford, 2000: 683-696.
- 461.- Scvartzman P, Bonneh D. Local skin irritation in the course of subcutaneous morphine infusion: a challenge. *J Pall Care* 1994; 10 (1): 44-46.
- 462.- T Declan W, Smyth M, Currie K, Glare P, Xchneider J. A pilot study, review of the literature, and dosing guidelines for patient-controlled analgesia using subcutaneous morphine sulphate for chornic cancer pain. *Pall Med* 1992; 6:217-226.
- 463.- González R, Tamrit C, Arrarás C, Barallat E, Cetó M, Asensio A, Llobera M, Gobern N. Utilización de la infusión continua endos equipos PADES. *Med Pal* 1998;5:17-22.
- 464.- Reñones C, Pérez M, Puga F, Pereira D, Requeijo B, Bueno R, Castro C, Rodríguez A, Silvade A, Candamio S, Vázquez F, Barón F, Cueva J. Perfusión subcutánea continua enpacientes oncológicos en el hospital y en el domicilio. *Med Pal* 1998;5:23-28.
- 465.- Bruera E, Legris MA, Kuehn N, Miller MJ. Hypodermocclisis for the administration of fluids and narcotic analgesic in patients with advanced cancer. *J Pain Sympt Manage* 1990;5:218-220.

- 466.- Zerwekh JV. The dehydration question. *Nursing* 1983;1:47-51.
- 467.- Crane R. Intermittent subcutaneous infusion of opioids in hospice home care: an effective, economical, manageable option. *Am J Pall Care* 1994; 1: 41-44.
- 468.- Elorriaga Ameyugo B, Royo Pascual D. Guía de cuidados de enfermeros de úlceras por presión. Insalud. Madrid 1996.
- 469.- Martín C, Torrijos M, Sesma D. Úlceras por presión. Prevención y tratamiento. En: Ribera JM y Cruz A (eds). *Geriatría en Atención Primaria*. 2ª edición. Laboratorios Uriach. Barcelona 1997; 381-390.
- 470.- Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying- a survey of experts. *Palliat Med* 1998;12:255-269.
- 471.- Barbero J, Camell H. Sedación y paciente terminal: la conciencia perdida. *Med Pal* 1997;4:170-178.
- 472.- Porta J, Guinovart C, Ylla E, Estibalez A, Grimau I, Lafuerza A, Nabal A, Sala C, Tuca A. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. *Med Pal* 1999;6:108-115.
- 473.- Cohen JS, Fihn SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington state. *N Eng J Med* 1994;331:89-94.
- 474.- Bachman JG, Alcsér KH, Doukas DJ, Lichtenstein RL, Corning AD, Brody H. Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. *N Eng J Med* 1996;334:303-309.
- 475.- Di Mola G. Attitudes of healthcare professionals towards euthanasia. *Eur J Palliat Care* 1994;1:140-143.

476.- Morita T, Inoue S, Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:32-38.

477.- Porta J, Guinovart C, Ylla E, Estibalez A, Grimau I, Lafuerza A, Nabal A, Sala C, Tuca A. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 1999;6:151-154.

478.- Stone P, Phillips C, Spruit O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in hospice. *Palliat Med* 1997;11:140-144.

479.- Fainsinger RL, Landman W, Hoskings M, Bruera E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage* 1998;16:145-152.

480.- Martín CM, López RM, Fuentes CJ, García E, Ortega R, Cortés AD, García JL. Estudio comparativo del síndrome de burnout en profesionales de oncología: incidencia y gravedad. *Med Pal* 2000;7:85-93.

481.- López RM, Martín CM, Fuentes CI, García E, Ortega R, Cortés AD, García JL. El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. *Med Pal* 2000;7:94-100.

482.- McNamara P, Minton M, Twycross RG. Use of midazolam in palliative care. *Palliat Med* 1991;5:244-249.

483.- Grond S, Zech D, Schung SA, Lynch J, Lehmann KA. Validation of World Health Organisation guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life. *J Pain Symptom Manage* 1991;6:411-422.

484.- Turner K, Chye R, Aggarwal G, Philip J, Skeels A, Lickiss N. Dignity in dying: a preliminary study of patients in the last three days of live. *J Palliat Care* 1996; 12(2):7-13.

- 485.- Fainsinger RL, Landman W, Hoskings M, Bruera E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African Hospice. *J Pain Symptom Manage* 1998;16:145-152.
- 486.- Fainsinger RL, Louie K, Belzile M, Bruera E. Decreased opioid doses used on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1996;12(\$):6-9.
- 487.- Gómez M. Enfermedad terminal y medicina paliativa. En: Gómez Sancho M (ed): *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Aran. Madrid 1999;153-172.
- 488.- The SUPPORT Principa Investigators. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of treatments. A controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients. *JAMA* 1995;20:1591-1598.
- 489.- Braverman AS. Medical oncology in the 1990's. *Lancet* 1991;337:901-902.
- 490.- Hacia el coste por paciente. Gestión Analítica. SIGNO II. Ministerio de Sanidad y Consumo e INSALUD. Madrid 1995.
- 491.- Gestión analítica hospitalaria. Poyecto Signo. INSALUD . Madrid 1996.
- 492.- Safont JC, García I, Guillén V. Cuidados Paliativos: modelo de confort. *Med Pal* 2000;7:17-22.
- 493.- Godoy MJ, García JL, Cabrera J, Rojas AJ. Efecto de los cuidados paliativos en la calidad de vida de los pacientes oncológicos avanzados. *Med Pal* 1999;6:131-136.
- 494.- Ramírez M, Simón C. Proceso de enfermería en el control de síntomas en cuidados paliativos. *Med Pal* 1995;2:12-16.
- 495.- Gort A, Roca O, Barberá J, Blanco J, Salud A, Porcel JM, Abella F, Herruzo F. Estudio descriptivo de la fisioterapia en pacientes paliativos ingresados en una unidad sociosanitaria. *Med Pal* 1996;3:89-94.

496.- Astudillo W, Mendinueta C. Métodos no farmacológicos para promover el bienestar del paciente terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo (eds). Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. EUNSA. Pamplona 1995:277-287.