

Alfredo Zamora Mur

Impacto de un equipo de soporte para atención domiciliaria (ESAD) en el sector sanitario de Barbastro

Departamento
Microbiología, Medicina Preventiva y Salud
Pública

Director/es
Bernal Pérez, Milagros

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**IMPACTO DE UN EQUIPO DE SOPORTE PARA
ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) EN EL SECTOR
SANITARIO DE BARBASTRO**

Autor

Alfredo Zamora Mur

Director/es

Bernal Pérez, Milagros

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

2015

IMPACTO DE UN EQUIPO DE SOPORTE PARA ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Alfredo Zamora Mur

AGRADECIMIENTOS:

A la Dra. Bernal, por todo el apoyo recibido en la elaboración de esta tesis.

A Rafa, compañero, amigo y consejero en el manejo de la estadística.

A las Pilares y a Emilio, así como al resto de compañeros y compañeras del Hospital San Juan de Dios, profesores y amigos en el mundo de los Cuidados Paliativos.

Al Dr. Florián y a la Dra. Bueso, así como al resto de especialistas del hospital de Barbastro y compañeros de Atención Primaria que confiaron la atención de los pacientes en nuestro servicio.

A Eugenio, desaparecido en el transcurso de este trabajo, por tu ayuda y consejos. A todos los compañeros del Departamento de Anatomía e Histología Humanas por su ayuda y afecto.

A Raquel, que sin saberlo, fue mi primera profesora en la atención al paciente crónico-dependiente.

A Arantxa, por su infinita paciencia y por los cuidados recibidos en esta toda una vida.

A Jorge, fuente de inspiración y de constante alegría, todos los días.

Para todos los pacientes atendidos y para sus familias, por todos los momentos tristes y alegres que hemos vivido en estos años de atención domiciliaria.

“La medicina es un arte cuya capacidad mágica y creativa ha sido percibida durante mucho tiempo como residente en los aspectos interpersonales de relación entre médico y paciente”. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav.* 1981; 22 (1):18-30.

"El paciente nunca se preocupará cuánto usted sabe, hasta que ellos sepan cuánto usted se preocupa". Tongue JR, Epps HR, Forese LL. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. *J Bone Joint Surg Am.* 2005; 87:652-658.

INTRODUCCIÓN:

Los Cuidados Paliativos son una rama de la medicina destinada a mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en situación avanzada o terminal y a sus familiares, promoviendo la respuesta integral y coordinada del sistema sanitario a sus necesidades y respetando su autonomía y valores (1).

El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina *pallium*, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (2).

El término Medicina Paliativa se refiere fundamentalmente al quehacer de los médicos dedicados a esta disciplina, mientras que el de Cuidados Paliativos es un concepto más amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral (3).

DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) como el “*cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial*”. En dicho documento se afirma que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias (4). Posteriormente, redefine como “*cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos* (5)”.

Más tarde, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos, de la siguiente manera: “*Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales*” (6).

BREVE RESEÑA HISTÓRICA:

El desarrollo moderno de los Cuidados Paliativos tiene su origen en el movimiento “*Hospice*”, liderado en el Reino Unido por Cicely Saunders a finales de los años setenta. Su libro, publicado en el año 1980, “*Cuidados de la enfermedad maligna terminal*” recoge toda la experiencia del equipo del St. Christopher’s Hospice en sus primeros años de trabajo (7). Posteriormente se desarrollaron progresivamente equipos de atención a domicilio, centros de día y equipos de soporte hospitalario.

Previamente, en 1969, son publicados unos primeros trabajos de la Dra. Kübler Ross, especialista en Psiquiatría, que aportan una nueva visión sobre la psicología del paciente terminal y las fases emocionales que se suceden a lo largo de la enfermedad hasta la muerte (8).

En 1975, Penson y Fisher crean la primera "Unidad de Cuidados Continuados" en Christchurch Hospital en Dorset. Al mismo tiempo comienza a funcionar el Macmillan Nursing Service para "Cuidados domiciliarios" (Home Care) y los "Equipos de soporte" (Support team) para los hospitales. En 1977 nace la denominada "Medicina Paliativa" en el Reino Unido actualmente reconocida por el Colegio de Médicos como especialidad en dicho país (9).

El concepto de Unidad de Cuidados Paliativos en hospitales para enfermos agudos surge en Canadá, en el Royal Victoria Hospital, en Montreal (1), gracias a Belfaur Mount, que inauguró la Unidad de Cuidados Paliativos como una nueva filosofía del cuidado a otorgar a pacientes terminales, alejándose del término Hospice ligado al concepto de institución. En 1982 se pone en funcionamiento la primera Unidad de Cuidados Paliativos en España en el Hospital Marqués de Valdecilla, la cual alcanza reconocimiento oficial en octubre del año 1987 (10).

En 1985 es publicado en Medicina Clínica el primer trabajo en la literatura española que aborda el tema del enfermo en fase terminal (11). Dos años más tarde, en 1987, la Medicina Paliativa fue establecida como especialidad en el Reino Unido. El 5 de junio de 1987 en Zaragoza se realiza la primera reunión científica española sobre

Medicina Paliativa y en diciembre de 1987 se inició la actividad de la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Santa Creu de Vic, en Barcelona, y en 1989 en el Hospital Cruz Roja de Lérida (1).

En 1988 la OMS publica la guía titulada "*Cancer pain relief and palliative care*"(12). En el mismo año, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFyC) formó un Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos que elaboró recomendaciones sobre cuidados paliativos (13). Un año después, en 1989, la Oficina Regional para Europa de la OMS publica sus primeras recomendaciones sobre cuidados terminales en el cáncer bajo el título "*Palliative cancer care*"(14).

El Grupo de Estudios de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza dirigido por el Dr. Rogelio Altisent y la Dra. Pilar Torrubia, médicos de familia, promueven en 1990 la realización de un curso anual de Medicina Paliativa (10). El mismo año se inicia en Cataluña un Programa Piloto regional de Cuidados Paliativos, que ha resultado determinante para el desarrollo de los cuidados paliativos en Cataluña y en toda España y Europa, al ser un programa piloto de la OMS que resolvía con éxito y de forma global la incorporación de los Cuidados Paliativos al Sistema Público de Salud, tanto en atención domiciliaria como en los hospitales de la red pública (15).

En 1989 se creó una Unidad de Medicina Paliativa en el Hospital El Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria y en 1991 se promovió en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid la Unidad de Cuidados Paliativos más grande y de mayor actividad de España (1).

En el año 1991 se crea la Cartera de Servicios de Atención Primaria con la finalidad de hacer explícitos, normalizar y homogeneizar los diferentes servicios prestados en los programas de salud y responder a las necesidades de salud y a las demandas de los usuarios en todo el territorio gestionado por el INSALUD, siendo la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales contemplada en la cartera de servicios desde ese año (16).

En enero de 1992 se funda la Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL), organizándose su primer congreso en Diciembre de 1995 (10). Dos años antes, al poco de su institución, en Noviembre del año 1993 se publica la guía

“Cuidados paliativos: recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos” (17).

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) puso en marcha en 1991 su primera Unidad Móvil de Asistencia Domiciliaria para enfermos en fase terminal en Madrid, extendiéndose posteriormente por toda España. En 1991, la Orden de San Juan de Dios manifestó un especial interés por los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y por aquellos en situación terminal, motivo por el cual puso en marcha la primera Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona(1).

En 1995 Polonia reconoce la Medicina Paliativa como especialidad (10). En el año 1998 tres áreas de salud de la Comunidad de Madrid, junto con la Subdirección General de Atención Primaria (INSALUD), pusieron en marcha el proyecto *Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte* (ESAD), con el objetivo de mejorar la calidad de la atención domiciliaria prestada en el ámbito de la atención primaria a los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, con limitación funcional y/o inmovilizados complejos y terminales (18).

La incorporación de pacientes no oncológicos a la atención fue una innovación considerada pionera en los Cuidados Paliativos a nivel mundial (19). En el año 2000 la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) creó el Grupo de Cuidados Paliativos, cuyos objetivos eran realizar un análisis de la actividad paliativa de los servicios de Oncología Médica y planificar, desarrollar y potenciar los cuidados continuos dentro de la práctica clínica habitual, favoreciendo la comunicación, coordinación y formación con otras especialidades (1).

En el año 2001 se publicó un importante documento de consenso SemFyC-SECPAL sobre atención al paciente con cáncer terminal en su domicilio. Se establecía un marco de organización asistencial, con especial énfasis en la responsabilidad del médico de familia a nivel domiciliario y en la coordinación entre niveles (20). En el 2006 la SemFyC dedicó un número monográfico de la revista *Atención Primaria* al abordaje integral del paciente oncológico avanzado (21).

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) ha constituido el Grupo de Asistencia al Final de la Vida, el cual presentó en Junio del 2009 en su 51º Congreso, el documento sobre Geriátría y asistencia al final de la vida y sobre planificación avanzada al final de la vida en las personas mayores. Ha publicado una monografía sobre cuidados paliativos en el anciano (22), y un número monográfico de la *Revista Española de Geriátría y Gerontología* sobre cuidados paliativos (23).

Actualmente existen alrededor de 8000 servicios de Cuidados Paliativos en el mundo, en aproximadamente 100 países diferentes. Estos servicios son diversos e incluyen: unidades móviles de apoyo intrahospitalario, unidades de cuidados paliativos intrahospitalarias, casas de reposo para pacientes terminales, unidades hospitalarias diurnas, equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario (24).

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ARAGÓN (25):

La historia de los Cuidados Paliativos en Aragón comienza en el año 1990 con la elaboración del primer protocolo de Cuidados Paliativos por miembros sociosanitarios del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Santa Lucía de Zaragoza y la organización del primer curso de Cuidados Paliativos en dicha ciudad.

En 1992 se producen tres hechos relevantes, como son la constitución de la Comisión Paritaria para elaborar el programa de Cuidados Paliativos en las áreas 2 (sector II) y 5 (sector I), por mediación del antiguo INSALUD, la creación de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, concretamente en el mes de Noviembre, y la fundación de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), como se ha nombrado previamente.

Tan solo un año después, en 1993, se organiza el primer curso de doctorado en Cuidados Paliativos en la Universidad de Zaragoza y se crea la UCP del Hospital Clínico Universitario dependiente del Servicio de Oncología. Le sigue la creación en 1998 de la UCP en Hospital Miguel Servet de Zaragoza dependiente también del Servicio de Oncología, y en ese mismo año se produce la implantación del programa de Cuidados Paliativos en las áreas 2 y 5 de Zaragoza, con la consiguiente creación de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) en dichas áreas en el año 1999. Un año más tarde, es creado el ESAD en el área 3 (sector III) de Zaragoza. En el 2001 se produce una ampliación del convenio entre el INSALUD y la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), dotando de una unidad domiciliaria en Teruel.

En el año 2005 se lleva a cabo el primer convenio del SALUD con el Hospital San Juan de Dios donde se adjudica el ESAD del Sector I de Zaragoza, al que le siguen los convenios en los que se adjudican el ESAD de Calatayud en Julio del año 2006 y de Alcañiz en Diciembre del mismo año. Posteriormente surge el Convenio del SALUD con el Hospital San Juan de Dios donde se adjudica el ESAD de Barbastro en Octubre del 2007, comenzando su actividad el 19 de Septiembre de dicho año. Una fecha clave es el 18 de Marzo del año 2008, momento en el que se registra la documentación en el Gobierno de Aragón de la Sociedad Aragonesa de Cuidados Paliativos (CUSIRAR). El mismo año se firma el convenio del SALUD con el Hospital San Juan de Dios donde se

adjudica el ESAD de Huesca. A finales del año 2013 inicia oficialmente su actividad el primer Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos en la provincia de Huesca, en el hospital de Barbastro.

CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y EN ENFERMEDADES NO ONCOLÓGICAS

La definición establecida por The Institute of Medicine Committee on End-of-Life Care sobre la muerte digna dice: "*Muerte libre de distress evitable y sufrimiento para el paciente, familia, cuidadores y en acuerdo con los deseos del paciente y familia y teniendo en cuenta unos estándares clínicos, culturales y éticos*"(26).

La Medicina Paliativa presenta hoy en día una visión más amplia que va desde los cuidados médicos apropiados de pacientes con enfermedades activas y avanzadas con pronóstico limitado y donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida, hasta los cuidados de pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana (27). Incluye a pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado y a pacientes con enfermedad crónica avanzada de un órgano, demencia avanzada, enfermedades degenerativas del SNC, ancianos frágiles y comas evolucionados de causas diversas (28).

Los cuidados paliativos no oncológicos presentan una serie de dificultades todavía no resueltas, producidas porque el pronóstico de muchas enfermedades avanzadas no malignas es incierto, los límites de actuación entre profesionales y servicios médicos no están definidos y faltan expertos en medicina paliativa. El origen de estas dificultades radica en una escasa evidencia científica acerca de las necesidades de los pacientes con enfermedades avanzadas no oncológicas así como en la necesidad de una metodología para detectar dichas necesidades y en una adecuada efectividad y aceptabilidad de los servicios médicos en la atención a estos pacientes (29). Por otra parte, la actividad investigadora en cuidados paliativos en España es reducida, y sin duda, abordar este punto crítico contribuirá a medio y largo plazo a una mejor atención (30).

En los enfermos no tumorales, su pronóstico es más difícil de establecer, dado que sus exacerbaciones, consideradas tratables o curables en principio, no siempre responden al tratamiento, pudiendo fallecer en ese tiempo (31). La mejoría en el control de las enfermedades infecciosas, la creciente urbanización, la industrialización y los

cambios en los estilos de vida, han producido un aumento en las expectativas de vida de la población, resultando un perfil sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento progresivo de la sociedad y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (32).

Las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial según la OMS. Entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos (33). Para el año 2020 se prevé, debido a este envejecimiento de la población, que en España las tres principales causas de muerte sean: la enfermedad isquémica cardíaca, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El cáncer de pulmón/tráquea/bronquios ocupará el quinto puesto(1).

En estudios realizados en pacientes oncológicos atendidos por diferentes sistemas de atención de Cuidados Paliativos en EEUU se observa que el dolor, la disnea, la anorexia, el delirio y la pérdida de autonomía están presentes entre un 25% y un 90% de los pacientes semanas antes de fallecer (34). En series de pacientes terminales con insuficiencia cardíaca avanzada se observa que un 63% habían presentado dolor y 51% disnea en las semanas previas a su fallecimiento (35). En pacientes terminales con enfermedad de motoneurona se reporta una prevalencia de 65% de estreñimiento, 57% de dolor, 53% de tos, 48% de insomnio y 47% de disnea(36).

En relación al impacto económico, podemos observar que el 31% de las familias con enfermos crónicos y terminales deben gastar la mayoría de sus ahorros familiares, el 29% pierde la principal fuente de su ingreso familiar y en general, estas familias tienden a endeudarse y a adquirir trabajos adicionales para cubrir la gran demanda de dinero (19).

En Estados Unidos, en el año 1995 se dio a conocer un estudio con 9.000 pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas avanzadas, los cuales habían presentado altos niveles de síntomas físicos no tratados, falta de anticipación para definir medidas terapéuticas y decisiones terapéuticas discordantes con las preferencias

y deseos previamente explicitados por los pacientes (37). En Inglaterra, en el año 1997 se estimó que dos de cada tres de los pacientes que morían a causa de enfermedades crónicas presentaban múltiples síntomas que hubiesen requerido un manejo médico capacitado e integrado a un sistema de soporte espiritual, psicológico y social (38).

Estudios realizados en Australia estiman que un 37,5% de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos sufren situaciones intermedias o complejas que pueden requerir la intervención de un equipo específico de cuidados paliativos (39).

En cuanto al número de dispositivos específicos, en el Reino Unido, estándar europeo en provisión de cuidados paliativos, la tasa es de 1 por cada 81.000 habitantes (40). En Australia, la tasa recomendada es de 1 por cada 100.000 habitantes (41), y en dos programas españoles (Cataluña y Extremadura) se han descrito tasas de 1 por 100.000 a 200.000 habitantes (42), y 1 por cada 135.000 habitantes (43), respectivamente.

El país con mayor dotación de recursos en cuidados paliativos en población adulta es el Reino Unido, con más de 15 servicios por millón de habitantes; España ocupa una posición intermedia, el lugar 11 de 22 países, en cuanto a los recursos disponibles por cada millón de habitantes. En nuestro país se dispone de la tercera parte de recursos que existen en Reino Unido y la mitad de los disponibles o existentes en Bélgica, Irlanda o Suecia (1).

La visión integral del paciente ha sido reemplazada por la aplicación sistemática de tratamientos indicados por especialistas diferentes, fenómeno que se observa incluso en la atención de pacientes terminales. Esta visión parcelada del enfermo puede conducir a lo que actualmente se conoce como encarnizamiento terapéutico, en lugar de dar pie a un apoyo de calidad para atender las necesidades de aquellos pacientes que simplemente se encuentran fuera del alcance terapéutico curativo. Un Equipo de Cuidados Paliativos adecuadamente coordinado, debiera ser capaz de optimizar el manejo de pacientes en fases avanzadas de enfermedad en conjunto con los equipos médicos tratantes. El objetivo es ser una herramienta complementaria para optimizar el manejo global de estos pacientes en los diversos niveles asistenciales que existen en nuestro medio (44). Si bien los Cuidados Paliativos han experimentado un gran

desarrollo a lo largo de las últimas décadas a nivel mundial, aún no tienen el apoyo suficiente como para responder de forma oportuna y eficaz al número creciente de pacientes que se beneficiarían de ellos (45).

Además, respecto a los Cuidados Paliativos en pacientes no oncológicos, el porcentaje de población española mayor de 60 años era del 21% en el año 2000 y se espera que en el año 2020 sea del 27%. De este tramo de edad, el segmento que más aumentará proporcionalmente será el de los mayores de 85 años (46). En el período comprendido entre los años 2003 y 2007 el incremento de población de 65 y más años ha sido del 4,9%. La cifra de crecimiento de población octogenaria ha ascendido al 21,1%. Aunque el incremento absoluto de población mayor y octogenaria ronda las mismas cifras, entre 350.000 y 400.000 personas, las cifras relativas respecto a cada grupo poblacional destacan el gran aumento a favor del grupo de los más mayores. Según el último Padrón Municipal de Habitantes, realizado en el año 2007, hay contabilizadas en España 2.046.554 personas de 80 y más años. Éstas suponen un 4,5% de la población total y un 27,2% de la población mayor. Las estimaciones futuras estiman que en el año 2060 el porcentaje de población octogenaria alcanzará el 13,1% de la población total y el 44% de la población mayor española. La Comunidad en la que mayor incremento ha sufrido de personas de 80 y más años ha sido Murcia (22,9%) seguida del País Vasco (20,4%) y La Rioja (18,9%). Según la *Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores* de 2006, realizada por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, el 31,9% de las personas de 65 y más años no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria (ABVD). En el tramo de edad de 65 a 74, este porcentaje apenas representa tan solo un 17%; en el de 75 a 84 dos quintos de la población mayor (40,6%) padece limitaciones en su capacidad funcional, pero entre las personas de 85 y más años, la proporción asciende a tres de cada cuatro. Nueve de cada diez fallecidos por enfermedades del aparato circulatorio tienen 65 o más años, que representa la principal causa de muerte entre los mayores, con una incidencia algo mayor entre las mujeres. El cáncer es la segunda causa de mortalidad en España para la población en general y para las personas de edad. Sin embargo, las tasas de mortalidad por esta causa experimentan un incremento a edades más tempranas que en el caso de las enfermedades del aparato circulatorio. La tercera y cuarta causa de mortalidad entre los mayores (y en el conjunto de la población) siguen siendo las enfermedades respiratorias y las digestivas. Destacan por su especial importancia entre

la población mayor las defunciones por causa de enfermedades mentales y del sistema nervioso, no siendo sólo causa de mortalidad sino una de las más importantes causas de discapacidad entre los mayores (47).

CRITERIOS DE PACIENTE TERMINAL

Los criterios propuestos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal han sido: enfermedad incurable, avanzada y progresiva, pronóstico de vida limitada, escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos, evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades, intenso impacto emocional y familiar, repercusiones sobre la estructura cuidadora, alta demanda y uso de recursos(48).

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Ya en el año 1999, la European Association for Palliative Care (EAPC), recomienda la Palliative Prognostic Score (PaP Score) para unidades especializadas en Cuidados Paliativos o en Oncología, destinada a intentar predecir el pronóstico vital de pacientes oncológicos mediante una serie de parámetros clínicos, como disnea y anorexia, analíticos, como leucocitosis o linfopenia, y marcadores de situación funcional, como el índice de Karnofsky, dando un gran peso a la estimación subjetiva del clínico en cuanto a la percepción del pronóstico vital del paciente. Tiene los inconvenientes de no ser aplicable a tumores hematológicos y de estar insuficientemente validada para pacientes no oncológicos (49).

En una revisión realizada en el año 2000, se determinan una serie de factores asociados a una menor supervivencia en pacientes oncológicos, tales como bajo estado funcional, estimación clínica de la supervivencia por el profesional médico, presencia de deterioro cognitivo, anorexia, disnea, xerostomía, pérdida de peso y disfagia (50).

Posteriormente, en un estudio realizado en España, en el que se intenta establecer una serie de criterios para determinar un pronóstico vital en pacientes oncológicos, en contra de lo anterior, se llega a la conclusión de que la impresión clínica por sí sola no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico en pacientes de cáncer en situación terminal (51). Sin embargo, una puntuación en el índice de Karnofsky menor de 40, una puntuación en la escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) mayor de 2, la presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea

de reposo, edema y delirium (52), e incluso la percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida junto con el deterioro cognitivo pueden llegar a tener un carácter pronóstico inferior a dos semanas (53). Los parámetros analíticos demostrativos en Cuidados Paliativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son la hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia (54).

ENFERMEDAD NO ONCOLÓGICA

Tradicionalmente los programas de Cuidados Paliativos han dirigido su atención a personas enfermas de cáncer. Sin embargo, existe un alto porcentaje de personas con patología no oncológica, cuyo final de la vida es también muy difícil, que pueden beneficiarse de la aplicación de estos programas. Al fin y al cabo, morir de cáncer no es tan diferente a morir por insuficiencia cardíaca, una EPOC o un ictus no rehabilitable, tal como afirman Addington y Higginson (55).

La National Hospice and Palliative Care Organization (NHO) elaboró una serie de criterios pronósticos (56) para facilitar el acceso de pacientes no oncológicos a cuidados paliativos. Los criterios básicos para las diferentes insuficiencias orgánicas son:

ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA

Según los criterios de la NHO (56), se consideran factores pronóstico:

1. Insuficiencia hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh, caracterizada por encefalopatía grado III-IV, ascitis masiva, bilirrubina > 3 mg/dl, albúmina < 2.8 g/dl, tiempo de protrombina < 30 % y en la que se ha descartado el trasplante hepático.

2. El síndrome hepatorenal, debido a que carece de tratamiento médico eficaz ya suele ser un indicador de situación clínica terminal.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA

En este caso, los criterios de la NHO (56) como factores pronóstico son: aclaramiento de creatinina < 10 y creatinina sérica $> 8\text{mg/dl}$, sin indicación de diálisis, manifestaciones clínicas de uremia, como confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, diuresis < 400 cc/día, hiperpotasemia $> 7\text{mEq/l}$ y que no responde al tratamiento, pericarditis urémica y sobrecarga de fluidos intratable.

Según otros autores, el factor pronóstico más importante para adoptar un tratamiento paliativo en un paciente con insuficiencia renal es su inclusión o no en programas de diálisis, siendo las causas más frecuentes de exclusión de diálisis la edad avanzada, la diabetes, la demencia, el accidente cerebrovascular y situaciones comatosas, así como efectos intolerables de la diálisis (31).

INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

En insuficiencia cardiaca, los factores pronóstico son, de nuevo según la NHO (56), la disnea grado IV de la NYHA, una fracción de eyección menor del 20%, persistencia de los síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores, inotrópicos positivos e IECAs, considerándola como insuficiencia cardiaca refractaria. Frecuentes descompensaciones, arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiarrítmico, angor en ancianos en los que no es posible la revascularización coronaria son otros candidatos a tratamiento paliativo.

Otros autores consideran que los mejores predictores de la insuficiencia cardiaca son la fracción de eyección y la tolerancia al ejercicio (28).

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

En esta insuficiencia, existe más bibliografía acerca de los criterios para considerar la situación como enfermedad terminal pulmonar. Incluso los criterios propuestos por la NHO (56) son más específicos, debiendo estar presentes al menos los tres primeros:

1. Enfermedad pulmonar crónica severa, definida como la existencia de disnea de reposo con respuesta escasa o nula a broncodilatadores

2. Progresión de la enfermedad, evidenciada por un incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias

3. Existencia de hipoxemia (pO_2 de 55 mmHg en reposo respirando aire ambiente o $SatO_2$ del 88 % con O_2 suplementario) o hipercapnia (pCO_2 de 50 mmHg)

4. Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar

5. Pérdida de peso no intencionada >10% durante los últimos seis meses

6. Taquicardia en reposo

En otro artículo revisado, se consideran factores de mal pronóstico en patología pulmonar, la edad avanzada, una FEV_1 menor del 30%, ausencia de respuesta a broncodilatadores valorado por FEV_1 , coexistencia de una pobre situación funcional basal, comorbilidad importante, desarrollo de *cor pulmonale*, reagudizaciones frecuentes y severas, sobre todo a partir de los 65 años, predominio de enfisema y pérdida de peso de más del 10% en los seis meses previos (57).

Según Astudillo y col, se puede considerar que la enfermedad respiratoria es progresiva y se encuentra en fase terminal cuando se dan los siguientes elementos (31):

- Un aumento en la frecuencia de visitas a urgencias por infecciones pulmonares o insuficiencia respiratoria (dos en los seis meses previos) o una hospitalización en un año
- Mejoría clínica escasa tras un ingreso prolongado, con cambios gasométricos muy limitados (se reduce escasamente la hipoxemia, pero se mantiene la hipercapnia)

- Inmovilización por deterioro generalizado o funcional con incapacidad y falta de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria

DEMENCIAS MUY EVOLUCIONADAS

En este campo, se complica mucho más la toma de decisiones, generalmente por falta de autonomía del paciente. La NHO (56) emite los siguientes criterios de terminalidad:

1. Edad mayor de 70 años
2. Deterioro general severo, en una gradación en la escala FAST (Functional Assessment Staging) $> 7c$
3. Deterioro cognitivo grave medido mediante una puntuación en el Mini-Mental State Examination < 14
4. Dependencia absoluta
5. Presencia de complicaciones, como importante comorbilidad, infecciones de repetición, sepsis, fiebre a pesar de la antibioterapia, entre otros.
6. Disfagia
7. Desnutrición
8. Úlceras por presión refractarias de grado III-IV

Coincidiendo en muchos puntos con lo anterior, Jiménez considera como las complicaciones médicas más frecuentes capaces de agravar el deterioro del paciente con demencia (58):

- a) Infecciones urinarias de repetición, muchas veces conllevando bacteriemias y sepsis
- b) Infecciones respiratorias como la neumonía, muchas veces en relación a aspiración bronquial por trastornos de la deglución o disfagia para sólidos o líquidos
- c) Úlceras por presión de grado III-IV que no se consideran curables
- d) Fiebre recurrente después de ciclos de antibióticos
- e) Desnutrición y pérdida ponderal mayor del 10% en 6 meses

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR CRÓNICO

Aunque este tipo de situaciones podrían considerarse similares a las previas, la NHO (56) determina unos criterios algo diferentes para la patología vascular cerebral:

1. Demencia post-ictus, equivalente a la etapa 7_C de la escala FAST
2. Estado funcional de Karnofsky bajo, de 40 o inferior
3. Pérdida de peso del 10% en periodo de 6 meses máximo
4. Determinación de albúmina sérica inferior a 2,5 g/dl

En un interesante estudio realizado en la provincia de Lérida, con un amplio tiempo de seguimiento, los factores que mejor predijeron la mortalidad de los accidentes cerebrovasculares, en este caso, en fase aguda, en el primer mes tras su inicio, fueron una puntuación en la escala de Glasgow menor de 7 y presencia de hemianopsia e ictus hemorrágico. A su vez, anticipan una menor supervivencia al año del ictus la edad mayor de 70 años, coexistencia de diabetes mellitus, arritmia completa por fibrilación auricular, y parálisis de las extremidades (59).

SIDA

De nuevo Astudillo, en otro artículo (60), afirma que serán considerados susceptibles de tratamiento paliativo los pacientes con:

- 1) Recuento de CD4 + (células T) menor o igual a 25 y una carga viral plasmática mayor o igual a 100.000 copias/ml
- 2) Estado funcional disminuido con puntuación en la escala de Karnofsky menor o igual a 50
- 3) Enfermos de SIDA con una de las condiciones que sugieren fase avanzada:
 - Enfermedad del SNC o linfoma sistémico de pobre respuesta
 - Atrofia, definida como pérdida de más del 33% de la masa corporal
 - Bacteriemia por *Mycobacterium avium* complex

- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Sarcoma de Kaposi visceral refractario
- Insuficiencia renal en ausencia de diálisis
- Infecciones refractarias por *Cryptosporidium*
- Toxoplasmosis refractaria
- Insuficiencia hepática avanzada

POLIULCERADOS CON INMOVILISMOS IRREVERSIBLES

De por sí se puede considerar una situación terminal. Las úlceras por presión mantenida se producen en la mitad de los pacientes encamados mayores de 70 años, asociándose a importantes complicaciones como la infección local y la sepsis, que pueden aumentar la mortalidad hasta en un 50% (61).

UTILIDAD Y SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El abordaje multidimensional fue definido inicialmente en los años sesenta por Cicely Saunders, al describir el concepto de dolor total, y fue adoptado posteriormente en los informes de la OMS, siendo considerado el mejor modelo para la atención integral (62).

El domicilio es el lugar donde los pacientes en fase terminal pasan una mayor parte del tiempo, y allí los familiares prestan hasta el 80-90% de los cuidados. Probablemente por este motivo, los cuidadores presentan mayor morbimortalidad, y deben ser tanto dadores como receptores de cuidados (63).

Según el estudio «*Efectividad de un modelo de gestión de casos en atención domiciliaria en pacientes inmovilizados, terminales, altas hospitalarias y cuidadores informales*» (64), durante el periodo de 2003 a 2005, en los Distritos Sanitarios de Atención Primaria de Málaga, Almería, Granada y Costa del Sol se evidenció que el modelo de atención domiciliaria aplicado identifica con solvencia aquellos pacientes más vulnerables e influye positivamente sobre la funcionalidad de las altas hospitalarias, la sobrecarga de las cuidadoras y la utilización de servicios sanitarios, generando un menor número de visitas al domicilio en el grupo intervención, una mayor obtención de ayudas sociales, de intervenciones de la trabajadora social, de fisioterapia y menos visitas de la cuidadora al centro de salud. Por el contrario, no parece tener efectos en la funcionalidad, la mortalidad, institucionalización o reingresos de los pacientes más deteriorados.

Diversos estudios realizados en nuestro país han mostrado la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes durante la fase avanzada y terminal (65), y en ocasiones con una valoración y control deficiente (66). Aunque, en general, según la OMS, la astenia es el síntoma más frecuente (4), y el dolor es el que se ha considerado como paradigma, la media de síntomas presentes en los pacientes en fase terminal es de ocho a diez (67).

En un estudio reciente se encontró que los dos motivos más frecuentes de derivación de pacientes eran la sintomatología depresiva (21,6%) y la ansiosa (14,9%),

y el motivo de derivación más frecuente de familiares era el problema de comunicación o conspiración del silencio (19,77%) (68). La Recomendación 24 del Consejo de Europa (2003) señala como uno de sus principios guía la ayuda a los allegados de los pacientes, promoviendo su capacidad para prestar soporte emocional y práctico, adaptarse al proceso y afrontar el duelo y la ausencia (69). Existen evidencias de que muchos de estos problemas son atendidos de forma inadecuada, con insuficiente información y comunicación, soporte emocional y ayuda práctica (70).

El perfil habitual del cuidador principal en determinadas regiones, como señala un estudio realizado en Extremadura, corresponde al género femenino, esposa o hija, que convive en el domicilio del paciente, presentando con frecuencia problemas físicos, emocionales y alteraciones del sueño (71). Entre el 2% y el 5% de personas mayores de 65 años viven en residencias para ancianos y enfermos crónicos, precisando Cuidados Paliativos (72). El documento SECPALSemFYC sobre atención al paciente con cáncer terminal en el domicilio destaca el papel clave de la familia, sobre todo del cuidador principal, y afirma que sin el apoyo de la familia sería imposible una correcta atención domiciliaria (20), con la posibilidad de desembocar en una situación de claudicación familiar, definida como “manifestación implícita o explícita de la pérdida de capacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo a causa de un agotamiento o sobrecarga” (73).

Estudios pioneros concluían en 1980 que los programas de acompañamiento al duelo eran capaces de reducir el riesgo de trastornos psiquiátricos y psicósomáticos (74). Una investigación multicéntrica en 160 equipos de Cuidados Paliativos españoles ha mostrado que el 88,6% de ellos incluía algún tipo de soporte al duelo, aunque sin una planificación sistemática y con una participación reducida de psicólogos y trabajadores sociales (75).

La Atención Domiciliaria se caracteriza de forma genérica por prestar atención a pacientes crónicos, terminales e inmovilizados. La organización depende frecuentemente de las Gerencias de Atención Primaria, con recursos propios de dichas Gerencias. La atención a pacientes que precisan Cuidados Paliativos se realiza en este ámbito a través de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y equipos específicos de soporte cuando la complejidad de la atención, o el propio equipo de primaria, lo

requiere (1). Tanto a nivel domiciliario como hospitalario, existen evidencias de los beneficios de la coordinación con equipos de Cuidados Paliativos en los pacientes con necesidades de atención más complejas (76).

Una reciente investigación multicéntrica que ha incluido a 395 pacientes con cáncer en fase terminal atendidos por 171 equipos españoles de Cuidados Paliativos ha demostrado, además de una reducción de estancias hospitalarias y atención en urgencias, una disminución significativa de los costes de la asistencia (77).

Un estudio previo realizado en el ámbito comunitario y en el que se incluyeron 217 pacientes oncológicos terminales encontró mejores resultados en el control de síntomas y calidad de vida en pacientes atendidos por ESAD en relación a pacientes atendidos por EAP, aunque, debido al número de pérdidas sufridas, estas diferencias no se mantuvieron a lo largo del estudio (78).

En la encuesta realizada en el marco de la elaboración de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (1) ocho Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña, País Vasco, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra), además de Ceuta y Melilla, refieren tener algún tipo de Plan o Programa de Cuidados Paliativos. Además, tres Comunidades refieren tener al menos un organismo responsable de la Planificación. Seguidamente se expone brevemente la situación por Comunidades Autónomas según esta referencia:

Asturias: En el año 1992 se inició el primer equipo domiciliario de atención en Cuidados Paliativos. Se han elaborado Guías y Protocolos de Actuación en distintas Áreas Sanitarias y está en fase de diseño la Estrategia Autonómica de Cuidados Paliativos.

Andalucía: el Plan Integral de Oncología 2002-2006 (79) supuso el inicio de una reorganización de la provisión de Cuidados Paliativos, incluyendo la creación de nuevos equipos específicos con la finalidad de completar la cobertura geográfica. En noviembre de 2006, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía inició la puesta en marcha de un programa específico de Cuidados Paliativos, que podría estar finalizado en el segundo semestre de 2007 (80).

Aragón: existen actuaciones, en siete de los ocho sectores sanitarios en los que se estructura el Sistema de Salud territorial y organizativamente, donde existen sendos ESAD. Se publicó un programa de Cuidados Paliativos al enfermo oncológico.

Baleares: los Cuidados Paliativos están incluidos en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma y disponen de recursos específicos en atención primaria y en el área hospitalaria.

Canarias: cuenta con recursos específicos de Cuidados Paliativos en el área hospitalaria. En la actualidad está en proceso de elaboración un documento marco de Cuidados Paliativos que definirá el modelo regional de atención, liderado por la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Cantabria: es una de las Comunidades pioneras en Cuidados Paliativos en España (81) y cuenta para la atención de estos pacientes con el Servicio de Oncología Médica del Hospital Marqués de Valdecilla (HMV) desde el año 1984, junto con los Equipos de Atención Primaria, que incluyen el «Protocolo de atención al paciente terminal» dentro de su cartera de servicios. En 1993 se crea un equipo de asistencia domiciliaria a enfermos terminales oncológicos dependiente de la AECC, que trabaja coordinadamente con el Servicio de Oncología del HMV, y a finales del año 2000 el Servicio Cántabro de Salud crea un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Ambos equipos proporcionan cobertura específica parcial. Actualmente, el plan de Cuidados Paliativos regional se encuentra en preparación, y algunas medidas relevantes, como la puesta en marcha de equipos de soporte en todas las áreas de salud, la formación avanzada de los profesionales de los equipos específicos o la designación de un coordinador del programa regional, ya han sido instauradas.

Castilla-La Mancha: dispone de equipos domiciliarios específicos en Cuidados Paliativos para la atención en atención primaria y hospitalización. La atención está incluida en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma.

Castilla y León: Los Cuidados Paliativos se incluyeron como objetivo prioritario en el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 (82) de esta Comunidad. Este

Plan propició, por una parte, la creación de Unidades de Cuidados Paliativos, con una unidad regional de referencia en Salamanca; asimismo, se establece la formación de los profesionales sanitarios en la materia, (83) una mayor implicación de la atención primaria y la potenciación de la hospitalización domiciliaria (84). En la actualidad, los Cuidados Paliativos están contemplados, además de en el II Plan Sociosanitario, en los Planes de Atención Sanitaria Geriátrica y de Atención a Personas con Discapacidad, así como en las Estrategias Regionales sobre Cáncer y Salud Mental. Por otra parte, dentro del proyecto «*Oncoguías*» (guías para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el cáncer) se ha elaborado un documento sobre *Cuidados Paliativos del enfermo oncológico* (85).

Cataluña: En 1990 se puso en marcha un programa demostrativo de la OMS en Cuidados Paliativos (86), en el contexto de otro programa de atención sociosanitaria más amplio denominado “Vida als Anys”, y que estaba dirigido a las personas mayores enfermas, a las enfermas crónicas y a las personas en situación terminal. Actualmente, las medidas sobre Cuidados Paliativos se encuadran en el Plan Director Sociosanitario, redactado por la Dirección General de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud, que incluye entre sus objetivos, con un horizonte temporal 2005-2007, mejorar la atención a los pacientes en fase terminal, introduciendo aspectos de equidad, cobertura precoz, atención continuada y accesibilidad (87).

Comunidad Valenciana: En 1995 se puso en marcha el programa PALET, de atención a ancianos frágiles, crónicos y terminales (88), con algunos objetivos como proporcionar atención integral, potenciar la atención domiciliaria y ambulatoria, optimizar los recursos sanitarios para esta finalidad, y coordinar las actuaciones de los sistemas sanitarios y sociales. En la Comunidad Valenciana, en 1991 se pusieron en marcha las Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD). Desde el principio se definió que un colectivo a atender por parte de las Unidades serían los enfermos terminales, junto a pacientes ancianos y enfermos crónicos muy evolucionados. En 2007 se ha elaborado un Plan Sanitario de Atención a Personas Mayores y Enfermos Crónicos que contempla para los próximos cuatro años la creación de equipos de soporte hospitalarios de Cuidados Paliativos, incluidos en los equipos de valoración y atención definidos por el nuevo Plan. También se ha creado, aunque de forma piloto, la figura del enfermero de enlace, tanto en atención primaria como en hospital, con la

función de ser el gestor del caso de este tipo de pacientes, entre otras. Este Plan completa el apartado del Plan oncológico dedicado a la atención paliativa.

Extremadura: Se publicó en 2002 un Programa Marco de Cuidados Paliativos (89), en el que se establecían las líneas maestras de la atención a los pacientes en fase terminal. La responsabilidad en la gestión y evaluación del Programa recae en el coordinador del mismo, dependiente de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del Servicio Extremeño de Salud. El Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura (90), con vigencia 2005-2010, incluye un análisis de necesidades y una descripción de opciones de cuidados para pacientes en fase terminal. En 2007 se ha publicado el Plan Integral del Cáncer 2007-2011, una de cuyas siete áreas de intervención corresponde a Cuidados Paliativos (91).

Galicia: Publicó en 2006 el Plan Gallego de Cuidados Paliativos (92), en el que se describen recomendaciones organizativas en atención primaria, especializada y en las unidades de Cuidados Paliativos. Algunas de las medidas se orientan a garantizar una cobertura adecuada de Cuidados Paliativos. Por último, se muestra un catálogo de indicadores para la evaluación del Plan. En el año 2006 se nombró a un coordinador del Plan.

Madrid: Publicó en 2005 el Plan Integral de Paliativos de la Comunidad de Madrid (93) con vigencia 2005-2008. En él se describen los diferentes tipos de dispositivos, y se planifica la cobertura, con una previsión de un equipo de soporte domiciliario en cada área sanitaria, tres unidades de agudos hospitalarias, y equipos de soporte hospitalario en todas las áreas en las que no hubiera unidades de agudos. Se complementa la previsión con seis unidades de media-larga estancia.

Murcia: Se publicó en 2006 el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (94), con una vigencia 2006- 2009. Dicho Plan propone la existencia de un equipo de soporte en cada área sanitaria, con funciones de ESAD (domicilio) y ESAH (hospital). El Plan detalla exhaustivamente la composición y funciones de cada dispositivo asistencial.

Navarra: El Departamento de Salud y la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud publicaron en 2000 un Protocolo de

atención a la persona en situación terminal y a su familia en Atención Primaria (95). En 2005 fue ampliado dicho Protocolo con algunas medidas para Atención Primaria y Especializada, mediante la publicación de un nuevo documento denominado *Atención al paciente oncológico en cuidados paliativos en Navarra*.

País Vasco: Existe un Plan de Cuidados Paliativos-Atención a pacientes en la fase final de la vida, con vigencia 2006-2009, redactado por la Dirección de Planificación del Departamento de Salud. Previamente, se había desarrollado un «*Plan para consolidar el desarrollo de los Cuidados Paliativos en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)*», que se extendió desde 1998 hasta 2002 (96).

Rioja: Existe una amplia cobertura gracias a una completa red de dispositivos de Cuidados Paliativos de la Fundación Rioja Salud.

Ceuta y Melilla: Desde el año 2001 existen programas de cuidados paliativos en las dos ciudades, con un Convenio de Colaboración entre INGESA, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y la Asociación Española Contra el Cáncer.

Para concluir, la atención en el domicilio, siempre que las preferencias, existencia de apoyo familiar, condiciones del paciente y complejidad de los cuidados lo permitan, debe ser considerada como el nivel ideal de atención de forma que el paciente permanezca el mayor tiempo posible integrado en su entorno. Se requiere por lo tanto una coordinación ágil y fluida entre los equipos de atención y los equipos de soporte de atención domiciliaria y los recursos especializados en Cuidados Paliativos de hospitales de agudos y de media y larga estancia(1).

OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los equipos de soporte de Cuidados Paliativos son equipos interdisciplinarios que, en hospitales o en la comunidad, atienden las situaciones más difíciles, prestan ayuda y soporte a profesionales, realizan actividades de conexión, y de docencia e investigación en su ámbito. La organización de los Cuidados Paliativos debe incluir medidas de recursos específicos con las de la mejora de los servicios existentes, para permitir que en todos los ámbitos sea posible una atención de calidad. Existen en España referencias muy claras de cada uno de estos recursos (97), aunque se siguen percibiendo dificultades frente al manejo de diversos aspectos en el paciente terminal, tales como el uso de analgésicos mayores o la práctica de sedación paliativa, entre otros, como se describe a continuación.

La mayoría de los enfermos de cáncer, sufren dolor de diversa intensidad porque no se les suministran los analgésicos que precisan, tanto cualitativamente como cuantitativamente. Ello se debe en gran medida a que tanto los sanitarios como la población general, tienen una serie de prejuicios acerca de los analgésicos opioides, de forma que no se utilizan o se utilizan de forma inadecuada e insuficiente. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos describe una serie de prejuicios sobre el uso de la morfina, en su guía de cuidados paliativos, tales como posibilidad de depresión respiratoria, euforia y acostumbamiento, miedo a que la tolerancia a la morfina se desarrolle rápidamente, ideas erróneas, como que el uso de estas medicaciones significa que el paciente está muriéndose, o que éste usará la morfina para suicidarse (98).

Un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, dependiente del Hospital Santa Bárbara de Puertollano, en Ciudad Real evaluó las prescripciones realizadas por Atención Primaria, médicos especialistas y en dicho hospital entre los años 2001-2006. En Atención Primaria se observa un incremento progresivo en el consumo global de opioides destacando la prescripción de opioides de liberación transdérmica, que representó en el año 2006 el 93% de las prescripciones. Las prescripciones por médicos

especialistas aumentan de forma más moderada, siendo también aquí los parches casi la totalidad del grupo (99,2%) (99).

En otro estudio llevado a cabo desde marzo del año 2001 a junio del 2003, en este caso en ámbito hospitalario, en la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios del Hospital del Carmen de Ciudad Real, se analizó el uso de opioides en 119 pacientes de los cuales a 85 se les dio el alta hospitalaria. Se pautó algún tipo de opioide mayor a 56 de ellos, lo que supone un 65,5% del total de la muestra, un elevado porcentaje. Respecto al previo, se puede apreciar mayor variedad de tipo de opioide utilizado, de forma que la distribución de los mismos fue de la siguiente manera: morfina en 7 pacientes (12,5%), fentanilo transdérmico en 48 (85,7%) y uno (1,8%) con otro tipo de opioide, apreciándose también una marcada preferencia por el uso de fentanilo frente a otros tipos de opioides. La vía de administración principal fue oral en seis pacientes (10,7%), transdérmica en 48 (85,7%), y subcutánea en 2 (3,6%), utilizando un infusor subcutáneo. La dosis media de morfina prescrita fue de 85 mg/día (10-180) y la de fentanilo 61,5 mcg/72 horas (25-200). Los autores, además, concluyen que un elevado porcentaje de los pacientes con dolor moderado a intenso no estaba recibiendo la analgesia adecuada a su grado de dolor al llegar a su Unidad (100).

En otra Unidad de Hospitalización a Domicilio de un hospital comarcal, dependiente de la Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira de La Coruña se valoran todos los pacientes oncológicos paliativos terminales que ingresan entre septiembre de 2002 y de 2003, respecto a la analgesia que reciben, percibiendo que un 6% no tiene analgesia pautada, un 25% usan sólo fármacos del primer escalón, un 17% del segundo y un 52% tienen fármacos del tercer escalón, lo que demuestra la persistencia de dificultades en el manejo del dolor oncológico y los opiáceos, aún en este tipo de situaciones (101).

La definición de síntoma refractario, causa de precisar sedación paliativa un paciente en situación terminal, propuesta por Cherny y Portenoy en 1994 es en estos momentos ampliamente aceptada: "síntoma para el cual todo el tratamiento posible ha fallado, o es estimado que ningún método está disponible para el alivio dentro del plazo de tiempo y de la proporción de riesgo-beneficio que el paciente puede tolerar" (102).

Según una revisión bibliográfica, los síntomas con más frecuencia responsables de un estado de refracción que requiere la sedación son el delirio (del 55% al 65%), la disnea (sobre un 27%), el dolor (del 14% al 18%), y los vómitos (sobre un 4%) (103). Es escasa la información acerca de la sedación por síntomas de tipo psicológico, aunque en el estudio de Ventas Porta y colaboradores, la angustia psicológica o existencial estuvo presente en el 36% de las sedaciones realizadas, representando la razón más frecuente de sedación (104).

Algunos autores han presupuesto un impacto negativo de la sedación sobre la supervivencia, llegando a etiquetar esta medida como “la eutanasia lenta” o la “sedación terminal” (105). Por otra parte, respecto a este delicado tema, y según diversos autores, como Porta y Broeckaert, el término de "Sedación Terminal" puede ser confuso, ya que puede interpretarse como que es la sedación la que termina con el paciente y por ello es mejor sustituirla por Sedación Paliativa en la Agonía o más brevemente Sedación en la Agonía, ya que son términos más descriptivos (106).

Según Morita y colaboradores, se entiende por Sedación Paliativa la *“administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado, pudiéndose tratar de una sedación primaria, que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda”* (107).

Gómez Batiste, en respuesta al problema acaecido en el Hospital de Leganés, afirma que la frecuencia del uso de esta medida terapéutica, así como de sus indicaciones, son, en gran parte, indicadores de la calidad de atención de personas en el final de la vida y del grado de desarrollo de los Cuidados Paliativos. Añade que todos debemos hacer un esfuerzo de clarificación social y profesional con respecto a la sedación, y en las decisiones éticas del final de la vida. Además, nos recuerda que las confusiones alrededor de la sedación se asemejan a las que hubo con respecto al uso de morfina nombradas previamente (98) y que fueron superadas con experiencia y evidencia, y esta es la línea a seguir: divulgación a la sociedad, consenso profesional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos con otras sociedades, protocolización, formación e investigación sobre la sedación (108).

En una exhaustiva búsqueda bibliográfica realizada por Patricia Claessens del Centro Biomédico de Ética y Leyes de la Universidad Católica de Leuven, en Bélgica, se revela que todavía son muchas las inconsistencias respecto a la prevalencia, el efecto de la sedación, el uso de alimentación y fluidoterapia en la misma, el efecto posible sobre la supervivencia y el proceso decisorio. La búsqueda bibliográfica fue realizada con artículos de investigación publicados desde el año 1966 a junio del 2007, (comprendiendo 130 artículos), siendo incluida una tesis en esta revisión sistemática, la cual, por otra parte, excluyó artículos escritos en español y evidentemente, se trata de un trabajo retrospectivo (109).

Posteriormente, comienzan a publicarse diversos trabajos en este sentido, como el realizado en la Unidad de Hospitalización domiciliaria de Jerusalén, dependiente del Instituto de Medicina Geriátrica, aunque de nuevo de manera descriptiva y retrospectiva. En este trabajo la muestra de pacientes que recibieron en su domicilio sedación paliativa es muy escasa, con un total de 36 casos, en un periodo de seis años, siendo el cáncer el diagnóstico principal para la mayoría (35 casos). La mayor parte de los pacientes presentaban más de un síntoma, figurando como el más frecuente, el dolor intratable, seguido por la agitación y el sufrimiento existencial. Las medicaciones utilizadas para lograr la sedación fueron midazolam, la morfina, haloperidol, además de fentanilo transdérmico. La duración media de sedación fue de tres días, alcanzando en 28 de 36 pacientes el control de síntoma, y 34 de ellos murieron en su domicilio (110).

En otro estudio llevado a cabo por una unidad de hospitalización a domicilio, en la que se llevó a cabo sedación paliativa en el 50'8% de los 177 pacientes atendidos, siendo todos ellos oncológicos, el fármaco más utilizado fue el midazolam, usado en el 96'6% de los casos, y las causas que indicaron la sedación fueron en el 38'8% la disnea, en el 35'5% el delirium, en el 24'4% la angustia, y en el 14'4% el dolor. El tiempo medio desde el inicio de la sedación hasta la muerte fue de 1'7 días (111).

En el estudio de Peruselli y colaboradores, realizado durante la semana final de vida, se relataba que un 25% de pacientes en situación paliativa atendidos en casa eran totalmente sedados, aunque con una enorme variabilidad (del 0 % al 60 %) debido a los hábitos de los médicos de los pacientes más que a las condiciones clínicas de los pacientes (112). Más recientemente, Miccinesi y colaboradores, con un trabajo

conducido por el grupo European End-of-Life Decisions (EURELD), divulgó que de un total de 20.480 certificados de defunción recuperados, el porcentaje de sedación continua profunda realizada en seis naciones europeas variaba del 2.5 % en Dinamarca al 8.5 % en Italia (113).

Un estudio de Morita et al no reveló ninguna diferencia importante de la supervivencia entre los pacientes que no recibieron sedantes y los que recibieron sedantes a diferentes dosis. Además, un análisis del empleo de sedantes en las 48 últimas horas de vida en un modelo de regresión múltiple para la predicción de supervivencia no mostró ningún aumento significativo de la previsibilidad (114). Posteriormente, el estudio de Sykes y Espinas (115) relató una supervivencia similar para sedados y pacientes no sedados en las últimas 24 horas de vida (14'2 días frente a 14'3 días).

Más tarde, los resultados de algún trabajo original y de algunas revisiones de la literatura demuestran que, en las poblaciones de pacientes que reciben un tratamiento exclusivamente paliativo, la sedación no tiene un impacto negativo sobre la supervivencia (116). En otro trabajo más reciente, llevado a cabo en una unidad de hospitalización especializada en Cuidados Paliativos en Rotterdam, tampoco se evidenció diferencia en la supervivencia entre pacientes sedados y pacientes no sedados (ocho días contra siete días, con una $p=0'12$). Los pacientes sedados además eran más jóvenes (55 años contra 59 años, $p=0'04$). En ambos grupos, los síntomas comunes al ingreso eran el dolor (presente en el 79% contra el 87%, $p=0'23$), el estreñimiento (en el 40% frente al 48%, $p=0'46$), y la disnea (en el 32% contra el 29%, $p=0'77$), siendo las indicaciones más importantes para la sedación paliativa la agitación terminal (en el 60%) y la disnea (en el 46 %) presentes el día previo a indicarse ésta (117).

Obviamente, según afirman Maltoni et al., en un trabajo multicéntrico prospectivo publicado en el año 2009, el método de estudio con el nivel más alto de evidencia científica, como por ejemplo, la ordenación aleatoria de pacientes candidatos a la sedación o a otras medidas de no sedación, no puede ser usado en esta situación clínica (118). De hecho, este estudio es el primero de cohortes en este sentido, de manera que dividen los pacientes en dos grupos, sometidos a sedación y a otras prácticas terapéuticas, sin evidenciarse acortamiento de la supervivencia en los

pacientes que habían recibido sedación. De las medicinas usadas para sedación, los neurolépticos fueron predominantes (usados en el 84'2%), seguido por las benzodiazepinas (utilizadas en el 54'3%) y por los opioides (presentes en el 25'5%).

Por otra parte, un importante reto es predecir cuando es el momento adecuado para tomar esta decisión, generalmente en función de la situación clínica y funcional del paciente. En un estudio realizado en el Hospital Universitario Mutua Terrassa de Barcelona se analizó la relación entre los signos y síntomas definitorios de agonía y la proximidad del fallecimiento, aún con una muestra muy escasa de pacientes (tan solo 38 casos). La disminución del nivel de consciencia, incapacidad para la ingesta, alteraciones respiratorias, estertores y mala perfusión periférica se relacionaron con la defunción en los cuatro días siguientes. El riesgo de fallecer aumentó más de tres veces cuando se presentaban dos o más síntomas. Por otra parte, el 69% de los pacientes con estertores respiratorios y el 43% de los que presentaron agitación no recibieron tratamiento específico, por lo que concluyen que sería conveniente diseñar protocolos de actuación para los pacientes de servicios médicos no oncológicos en este tipo de situaciones (119).

Diversos trabajos estiman que la distribución de enfermos oncológicos en fase avanzada y pacientes con insuficiencia de órgano y enfermedades neurodegenerativas en fase avanzada es de 60 y 30% respectivamente. En nuestro país, el porcentaje de pacientes no oncológicos oscila entre el 5 y el 20% (120) y en Estados Unidos las cifras han cambiado en los últimos años. El porcentaje de pacientes no oncológicos ha llegado a ser superior al de enfermos oncológicos según el último informe anual de la National Hospice & Palliative Care Organization (NHPCO) (121). Por todo esto, queda patente que se deberían potenciar los Cuidados Paliativos en enfermos no oncológicos, así como en plantas de hospitalización, como se puede deducir de otro trabajo realizado en ámbito hospitalario, en este caso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid. De los 861 pacientes ingresados fallecieron 42, siendo el 87'5% catalogados como agónicos y presentando como síntoma principal disnea (85'7%), con un control muy deficitario (sólo el 7'1% falleció con la totalidad de sus síntomas controlados). Esto demuestra que existe un porcentaje elevado de pacientes que fallecen en agonía en una planta de hospitalización convencional. Concluyen que “el control sintomático es dificultoso, pero mejora al

emplear fármacos habituales en cuidados paliativos como morfina, midazolam y butilescopolamina”. Además, no se hacía constar de manera habitual o sistemática el uso de cuidados paliativos no farmacológicos en las historias clínicas (122).

Y para acabar con el tema de la sedación, aunque la práctica totalidad de trabajos son realizados en pacientes exclusivamente oncológicos en situación de terminalidad, se pueden encontrar actualmente estudios realizados en ámbito geriátrico, como el de Van Deijck y colaboradores, realizado en una clínica de ancianos holandeses. En este caso, la mayoría de los pacientes sedados, padecían cáncer o demencia. El síntoma refractario más evidenciado fue el dolor (52%), seguido de la ansiedad (44%), el agotamiento (44%), la disnea (40%), el delirio (24%), la pérdida de dignidad (18%) y la angustia existencial (16%). En el 98% de casos, la sedación fue indicada para el alivio de dichos síntomas. Además de los típicos síntomas físicos, otros previamente descritos como la ansiedad, el agotamiento, la pérdida de dignidad, y la angustia existencial, son mencionados en este trabajo como síntomas de refracción en la decisión de comenzar sedación por médicos de clínica de ancianos, según relata el artículo. De hecho, recomiendan la investigación anticipada sobre la aceptabilidad y la evaluación de síntomas no físicos como indicaciones para tener que ser precisada una sedación (123).

La dependencia para las actividades de vida diaria es un factor que últimamente se está teniendo mucho más en cuenta a la hora de establecer pronósticos. Este factor y otros, como la anemia han sido asociados con la mortalidad en un reciente estudio llevado a cabo en Aragón en pacientes crónico-dependientes, en este caso concreto, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (124).

Otro trabajo nacional que intenta relacionar capacidad funcional con mortalidad, aunque en contexto de hemodiálisis (125) demuestra que los factores principales asociados con mortalidad por enfermedad cardiovascular son el bajo índice de Karnofsky, sobre todo si éste es menor del 50%, y en pacientes más ancianos o con alta comorbilidad.

En un reciente estudio realizado en China, en múltiples residencias de ancianos, se ha comprobado que la mortalidad calculada a los dos años era mucho mayor (11'8% en el grupo de riesgo bajo y el 60'4% en el grupo de riesgo elevado) ante la agrupación

de diferentes factores, tanto la comorbilidad medida mediante el índice de Charlson, como la situación funcional según puntuación en índice de Barthel, como por el número de hospitalizaciones en el año previo (126).

En otro trabajo realizado por Sharifi y colaboradores, se establece un nuevo índice pronóstico de mortalidad, el “older people's mortality index” (OPMI), en ancianos institucionalizados, encontrando que las variables que tenían una asociación significativa con la mortalidad mediante un modelo de riesgo de regresión de Cox fueron el índice de Barthel, la edad, la hemoglobina y la medida de la circunferencia del brazo (127).

En el contexto de paciente oncológico, también podemos encontrar bibliografía acerca de la relación entre declive funcional y probabilidad mayor de fallecimiento. De nuevo, un estudio chino realizado con más de mil pacientes oncológicos terminales atendidos en domicilio, relaciona mediante la escala “Chinese Prognostic Scale” (ChPS), una serie de factores con probabilidad de mortalidad: pérdida de peso, náuseas, disfagia, disnea, edema, caquexia, deshidratación, sexo, índice de Karnofsky y calidad de vida mediante el cuestionario quality of life (QOL) (128). También en un estudio realizado en Canadá en pacientes afectados de glioblastoma multiforme cerebral, se puede apreciar una fuerte correlación entre el descenso en el índice de Karnofsky y la mortalidad (129).

Otro punto conflictivo en el manejo del paciente en situación terminal es el aspecto de la información. La comunicación del médico y sus habilidades interpersonales abarcan la capacidad de reunir la información para facilitar el diagnóstico exacto, dar consejo de manera apropiada, emitir instrucciones terapéuticas, y establecer relaciones humanitarias con los pacientes (130). Incluso hay estudios publicados que demuestran que los pacientes han mostrado que desearían una mejor comunicación con sus médicos (131). Desde 1950 a 1970, la mayor parte de los médicos pensaban que era inhumano y perjudicial revelar a los pacientes las malas noticias debido a la triste perspectiva de tratamiento para cánceres (132). Actualmente el intercambio de información es el modelo de comunicación dominante, y el movimiento de consumidor de salud ha conducido al modelo de toma de decisiones conjuntas, centrado en la comunicación al paciente (133).

Hay muchas barreras a la buena comunicación entre paciente y médico, incluyendo la ansiedad y el miedo de los pacientes, la carga de trabajo de los médicos, miedo de pleitos, miedo de abuso físico o verbal, y las expectativas poco realistas por parte del paciente (134). Estos factores pueden afectar importantemente a las decisiones que los pacientes hacen en cuanto a su tratamiento y en los cuidados al final de la vida, lo cual puede tener una influencia significativa sobre su enfermedad (135). La comunicación eficaz es importante a la hora de procurar una asistencia médica de alta calidad, siendo mucho el descontento por parte de los pacientes y muchas las quejas debidas a la interrupción en la relación entre el paciente y el médico (136). En pacientes con enfermedades crónicas, un trabajo demuestra que los síntomas depresivos están fuertemente asociados con la pobre comunicación al paciente por parte del médico(137).

Aún sabiendo todo esto, se sigue apreciando una importante conspiración del silencio, que se puede definir como “todas aquellas estrategias, esfuerzos de pacientes, familia y/o sanitarios destinados a evitar que alguna de las partes involucradas conozcan no sólo el diagnóstico y/o pronóstico de la enfermedad, también las emociones, las dificultades o el propio malestar que les atenaza”. En el caso de que la conspiración de silencio sea adaptativa nuestra actitud debe ser de respeto, siempre que no se obstaculice el proceso terapéutico. Cuando la conspiración de silencio es desadaptativa y produce malestar, evidentemente nuestro objetivo será intentar prevenir que se consolide y facilitar la comunicación entre las tres partes de la relación como una forma de garantizar la ayuda al enfermo en la resolución de sus necesidades e incrementar su bienestar (138).

En un interesante trabajo realizado por Montoya y col., queda demostrado que los pacientes completamente informados suelen estar menos nerviosos que los no informados y los parcialmente informados, y además es en el grupo de los completamente informados donde se da un mayor porcentaje de pacientes que mantienen una comunicación fluida con los profesionales. No obstante, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos respecto a la ansiedad personal y familiar, a la comunicación con la familia ni a la comunicación con los profesionales y no encontraron relación estadísticamente significativa entre conocer el diagnóstico y la percepción del paso del tiempo. El paso del tiempo “muy lento” estaba relacionado con el dolor grave o muy grave y con la ansiedad percibida (139).

Las primeras Tesis promovidas propiamente desde personas que trabajan en Cuidados Paliativos se presentan a partir de 1992 (140), no siendo muy abundantes, por lo que junto con todo lo descrito previamente, me lleva a intentar dilucidar una serie de aspectos en el campo de los Cuidados Paliativos domiciliarios, como se expresa a continuación, mediante unos objetivos a analizar, siendo nuestra muestra muy representativa de situaciones consideradas como terminales en el contexto del paciente crónico-dependiente y oncológico terminal.

ESTADO DE LA CUESTIÓN:

Los Equipos de Soporte para Atención Domiciliaria son un servicio creado con el fin de atender a pacientes crónico-dependientes, tanto oncológicos como no oncológicos, y a pacientes en situación terminal, todos ellos con un alto grado de dependencia, llevando a cabo unos cuidados de mantenimiento crónico y cuidados paliativos sin internamiento.

La dependencia podría definirse como “aquel estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria” (141).

La dependencia no es un fenómeno ligado de forma exclusiva a la edad de la población, existen personas dependientes a cualquier edad, aunque son las personas mayores las que se ven afectadas en mayor proporción. La evolución de determinadas enfermedades crónicas o de las secuelas de algunos problemas agudos de salud puede generar dependencia, y también se puede llegar a ella a partir del proceso natural de envejecer.

El Instituto de Economía y Geografía del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), cifra en dos millones de españoles los que presentan alguna discapacidad, un millón setecientos mil tienen dificultades para moverse fuera de su hogar, un millón trescientos mil para realizar las tareas del hogar y un millón para moverse dentro del mismo. Aproximadamente entre el 80% y el 85% de estas

discapacidades proceden de una enfermedad común; el 10% de accidentes y aproximadamente en el 4% el motivo es congénito (142).

El Instituto Aragonés de Estadística recoge en los indicadores sociales del año 2003 el número de personas con discapacidad según grado de severidad por edad y sexo, datos procedentes de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del Instituto Nacional de Estadística de 1999. Según estos datos, aproximadamente 65.000 personas mayores de 65 años en Aragón y 32.000 personas entre 6 y 64 años presentaban discapacidad moderada, severa o total, lo que supone el 8% de la población aragonesa de ese momento. Si se consideran los datos del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Sanidad y Consumo, obtenidos de la “Encuesta Nacional de Salud de 2003”, la proporción de población que declara dificultad para las ABVD es del 7%. Con todo ello, podemos estimar en Aragón el número de personas con discapacidad alrededor del 8% (alrededor de 100.000). De ellas, cerca de más de las tres cuartas partes (6-7%) serían dependientes en algún grado, siendo un 62% de los casos, dependencia leve, 26% de los dependientes mayores de 65 años lo son en grado moderado y el 12% son dependientes severos (143).

Los pacientes susceptibles de atención por parte de un ESAD, son:

Pacientes en situación terminal:

Se refiere a la fase final e irreversible de aquellos procesos con una historia natural y ordenada, en los que no es posible establecer un tratamiento curativo y se acompaña de impacto emocional en el paciente, familia y personal sanitario. El objeto de atención por parte de los ESAD es el paciente y su unidad familiar. El objetivo de la atención sanitaria es mantener la calidad de vida, promocionando el confort, control de síntomas y el apoyo emocional. Podemos dividir a estos pacientes en dos tipos:

- **Paciente oncológico terminal:** definido por la presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada, escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento curativo, y pronóstico de vida limitado (el 90% es previsible que fallezcan antes de un año).

- **Paciente con patología crónica terminal no oncológico:** son pacientes que presentan una enfermedad avanzada, incurable y progresiva que afecta a su autonomía personal, con un pronóstico de vida limitado y que precisan cuidados sanitarios continuados.

Pacientes con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos:

Son pacientes con procesos crónicos en estadios avanzados, generalmente incluidos en los grupos siguientes:

- **Enfermedades respiratorias:** procesos que afectan al aparato respiratorio en los que el manejo es básicamente de soporte y tratamiento de las complicaciones / reagudizaciones y no se requiere la utilización de alternativas hospitalarias (pruebas complementarias o medicamentosas) como EPOC, insuficiencia respiratoria hipoxémica y/o hipercápnica, etc.

- **Enfermedades cardiocirculatorias,** como insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento de cualquier etiología (en la que se ha descartado tratamiento radical como intervenciones quirúrgicas o trasplante), ACVA, etc. El manejo es básicamente de soporte y el tratamiento de las complicaciones o reagudizaciones no requiere utilización de alternativas hospitalarias (pruebas complementarias o medicamentosas).

- **Hepatopatías** crónicas documentadas en fase avanzada, sin posibilidad de tratamiento radical. El manejo es básicamente sintomático y en el domicilio se pueden realizar técnicas como la paracentesis.

- **Enfermedades neurológicas,** ya sean degenerativas (ELA y similares), desmielinizantes (esclerosis múltiple y otras), demencias en progresión, enfermedad de Parkinson, etc., que no se beneficien de terapias hospitalarias.

- **Enfermedades renales,** que cursen con insuficiencia renal crónica, sin posibilidad de diálisis y/o trasplante renal.

- **Enfermedades osteoarticulares**, como artropatías degenerativas, y enfermedades reumáticas que precisen tratamiento de soporte.

- **Otros:** pacientes que, independientemente del problema de salud que lo origina, presentan una dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio), con una duración previsiblemente superior a dos meses, en los que el especialista de Atención Primaria considera necesario el apoyo en la atención domiciliaria.

Las funciones de los ESAD vienen definidas en el Programa de Atención a Enfermos Crónico-Dependientes (143), e incluyen:

– **Asistencia médica y de enfermería en domicilio:**

- Valoración inicial conjunta del paciente y de la unidad familiar con los profesionales de atención primaria que lo soliciten. Elaboración de planes de cuidados y estrategia de seguimiento con el Equipo de Atención Primaria (EAP)
- Asesoramiento telefónico y presencial a profesionales del EAP en base a la historia clínica del paciente.
- Atención directa a pacientes inmovilizados y en situación terminal cuyo curso clínico lo requiera, aplicando las técnicas y tratamientos que se precisen dentro del tipo de cuidado.
- Tratamiento del dolor.
- Administración de medicación por vía subcutánea: en bolus o infusión continua.
- Vigilancia de cualquier tipo de dispositivos que lleve el enfermo (PEG, reservorios, sondas, etc.)
- Apoyo y administración de medicación en la agonía
- Control y registro de mórficos.
- Consulta telefónica a cuidadores y familiares.
- Detección y prevención de procesos de duelo patológicos.
- Ayudar en la gestión de los procesos de duelo.

- Adiestramiento y asistencia a los cuidadores para la atención personal básica del paciente: alimentación, aseo y movilización.

– **Actividades y procedimientos de enfermería:**

• **Actividades de enfermería:**

- Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado.
- Actividades preventivas que, necesariamente, incluirán:
 - Prevención de déficit nutricional.
 - Prevención de accidentes y caídas.
 - Prevención de la polifarmacia y la automedicación.
 - Prevención de incontinencia urinaria.
 - Prevención del síndrome del cuidador, y apoyo emocional y seguimiento de los cuidadores familiares.

• **Procedimientos de enfermería:**

- Aplicación de tratamientos.
- Vendajes e inmovilizaciones.
- Toma de muestras.
- Toma de constantes.
- Sondajes.
- Apoyo en las paracentesis evacuadoras.
- Extracción manual de fecalomas.
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
- Tratamiento postural.
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
- Alimentación, incluida la nutrición enteral.

OBJETIVOS:

-PRINCIPAL:

1. Estudiar las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes susceptibles de tratamiento y seguimiento por un equipo de soporte para atención domiciliaria (ESAD) en el sector sanitario de Barbastro.

-SECUNDARIOS:

2. Analizar las diferentes características entre pacientes oncológicos y crónico-dependientes no oncológicos, haciendo especial mención a aspectos clínicos, actividad asistencial generada y actuación terapéutica.

3. Determinar los diferentes marcadores que puedan predecir la necesidad de utilización de sedación en pacientes con patología terminal.

4. Establecer una posible relación entre la existencia de declive funcional, determinado por la puntuación obtenida mediante el índice de Barthel, con la presencia de un mayor número de síntomas y una menor supervivencia.

HIPÓTESIS

1. Los ESAD mejoran la calidad de la prescripción de opioides y otros tratamientos destinados al alivio del dolor y de otros síntomas del paciente terminal
2. La actividad asistencial y terapéutica es diferente entre pacientes oncológicos y crónico-dependientes debido a sus diferentes características y a la clínica presentada
3. Existen diferentes marcadores clínicos y funcionales que puedan prever la necesidad de una sedación paliativa
4. El declive funcional conlleva mayor percepción de determinados síntomas y mayor mortalidad
5. El hecho de conocer la enfermedad puede conllevar diferencias en la percepción de síntomas en el paciente

MATERIAL Y MÉTODOS:

EL SECTOR DE BARBASTRO Y SUS RECURSOS SANITARIOS:

El Sector Sanitario de Barbastro corresponde a la parte oriental de la provincia de Huesca e incluye las zonas de Salud de Abiego, Aínsa, Albalate de Cinca, Barbastro, Benabarre, Berbegal, Binéfar, Castejón de Sos, Fraga, Graus, Lafortunada, Mequinenza, Monzón rural, Monzón urbano y Tamarite de Litera (144).

Incluye los centros de atención sanitaria que a continuación se detallan:

En el ámbito de la Atención Primaria consta de quince Centros de Salud, que ordenados por orden alfabético son los siguientes: Abiego, Aínsa, Albalate de Cinca, Barbastro, Benabarre, Berbegal, Binéfar, Castejón de Sos, Fraga, Graus, Lafortunada, Mequinenza, Monzón Rural, Monzón Urbano y Tamarite de Litera.

En el contexto de la Atención Especializada cuenta con dos Centros de Especialidades, el C.M.E. de Monzón y el C.M.E. de Fraga, dependientes del Hospital de Barbastro y cuenta también con el Centro Sociosanitario de Fraga.

Por último, en el ámbito de la Salud Mental existe una Unidad de Salud Mental en Barbastro y una Unidad de Salud Mental en Monzón.

DEMOGRAFÍA:

El Sector Sanitario de Barbastro forma parte del Área de Salud I junto con el Sector Sanitario de Huesca, recientemente unificados en un único sector. El antiguo sector de Barbastro tiene una población de 108.578 habitantes, según el último padrón llevado a cabo en el año 2007 (145).

Esta población representa un incremento del 5,74% respecto a la población del 2003, la cual se encuentra dividida por sexos en 55.788 varones y 52.790 mujeres. La relación varones/mujeres para el conjunto del Sector de Barbastro es de 1,06; siendo

favorable a los varones en todas las zonas de salud excepto en Barbastro que es del 0,98. La razón entre varones y mujeres oscila entre 1,02 en la zona de salud de Mequinzenza; y 1,15 en las zonas de salud de Aínsa y Castejón de Sos.

El 12,52% de la población es menor de 15 años; el 23,23%, mayor de 65 años; y el 7,8%, mayor de 80 años. Este Sector incluye 15 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente centro de salud y de los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a las necesidades de salud de la población y a las características sociodemográficas de cada zona básica de salud. En todas ellas, la atención sanitaria es prestada por el Equipo de Atención Primaria y sus correspondientes unidades de apoyo. El 9,6% de la población del Sector de Barbastro es extranjera (10.431 personas): el 16,7% de esta población tiene menos de 15 años; y el 70,7%, entre 20 y 50 años. Hay importantes diferencias en el porcentaje de población extranjera entre zonas de salud: 13,9% en Fraga, con el máximo porcentaje; al 4,7%, en Monzón Rural, con el menor número de población extranjera. La pirámide de población muestra una población predominantemente madura. A partir de los 70 años empiezan a predominar las mujeres sobre los varones, diferencia que se acentúa con el incremento de la edad. También muestra la importante predominancia de los varones sobre las mujeres en las edades productivas, en concreto, de los 25 a los 50 años. La población extranjera es predominantemente joven y con un claro predominio de los varones sobre las mujeres. Predominan las zonas de salud que incrementan población respecto de las que pierden habitantes. Destaca el caso de Albalate de Cinca que pasa de 5.499 habitantes a 5.181 (diferencia de 318 habitantes), lo que supone una pérdida del 5,78% de población. En el polo contrario está la zona de Aínsa, que incrementa su población en un 11,56% en estos 4 años. El Sector de Barbastro presenta una densidad de población de 13,3 habitantes por km². La mayoría de sus zonas de salud están calificadas con un grado de dispersión G4 salvo Albalate de Cinca, Binéfar, Fraga y Tamarite de Litera con G3; y Monzón Urbano, con G1.

CARACTERÍSTICAS SOCIOSANITARIAS:

En Aragón, el mayor índice de sobreenvjecimiento lo presentan los sectores de Alcañiz y Barbastro. La evolución de la esperanza de vida en los últimos años en Aragón muestra un permanente aumento, manteniéndose la diferencia hombre-mujer a lo largo del tiempo y siendo la esperanza de vida en Aragón superior a la media nacional.

Las neoplasias malignas más frecuentes registradas en la historia clínica electrónica de atención primaria, en el año 2008, corresponden al cáncer de mama, en mujeres, con una edad media de los casos de 63 años, y al cáncer de próstata, en los hombres, con una edad media de los casos en torno a los 74 años. Se han registrado en Aragón en 2008, 14.968 altas con un diagnóstico principal de neoplasia, siendo un 53,3% en varones y un 46,7% en mujeres. A nivel global las afectaciones más frecuentes fueron las de vejiga, traquea-pulmón-bronquios, mama y colon. La distribución por sexo modificó esta ordenación, siendo en mujeres el más frecuente el de mama. En varones los tumores de vejiga, traquea-pulmón y bronquios y colon.

El 4,6% de los hogares de Aragón tienen a alguna persona con discapacidad o limitación que requiere cuidados. Un 2,2% de los aragoneses solicitaron una valoración de la dependencia en el 2008, siendo más de la mitad de las solicitudes, mayores de 80 años y mujeres. Esta cifra es superior al valor medio nacional, 1,6%. El grado de dependencia en las solicitudes valoradas es principalmente Grado III (el más elevado). Atendiendo a la distribución por comarcas son La Ribagorza (4,0%), Campo de Belchite (3,6%), Ribera Alta del Ebro y Somontano de Barbastro (3,4%) las que ocupan los primeros lugares, debido entre otros factores al sobreenvjecimiento de la población, localización en las mismas de centros de día, residencias, etc (146).

En Aragón, fallecieron 12.989 personas (6.761 varones y 6.228 mujeres) en el año 2006: por tumores 3.512 (2.150 varones y 1.362 mujeres), y por cuadros de demencia (incluido Alzheimer) 3.611 (147).

El 50-60% de las personas que fallecen anualmente lo hacen tras atravesar una etapa avanzada y terminal de su enfermedad, esto supone que, en términos absolutos, en

Aragón 7.144 personas anualmente atraviesan este proceso (3.720 varones y 3.424 mujeres). Por otro lado, el 25% de los ingresos hospitalarios corresponde a enfermos en su último año de vida, es decir, que en Aragón 40.595 pacientes presentan estas características.

LOS ESAD EN ARAGÓN:

Existe un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria por sector, que presta atención a más de 1.600 pacientes en Aragón, suponiendo un importante dispositivo de apoyo. Los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) son un recurso destinado a apoyar a los profesionales de atención primaria en la atención a los pacientes necesitados de cuidados paliativos y pacientes inmovilizados. El médico o la enfermera responsables del paciente son quienes deciden solicitar el asesoramiento de este recurso, sin que por ello pierdan la responsabilidad que les corresponde, de tal forma que la responsabilidad asistencial seguirá siendo en todos los casos del Equipo de Atención Primaria. La solicitud de colaboración a un ESAD para la asistencia domiciliaria de este tipo de pacientes podrá ser realizada por los médicos y las enfermeras de los Equipos de Atención Primaria en el caso de que se requiera asesoramiento debido a la complejidad de la asistencia en el caso de los siguientes pacientes:

- Paciente oncológico terminal:
 - Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada.
 - Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento curativo.
 - Pronóstico de vida limitado (es previsible que fallezcan antes de seis meses).

- Paciente con patología crónica terminal no oncológico: pacientes que presentan una enfermedad avanzada, incurable y progresiva que afecta a su autonomía personal, que precisan cuidados sanitarios continuados y con un pronóstico de vida limitado.

- Paciente con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos.

Una vez solicitada la colaboración de los ESAD, la primera visita domiciliaria para la valoración inicial del paciente y de la unidad familiar la realizarán conjuntamente los miembros del ESAD y el/los profesional/es de Atención Primaria que haya/n solicitado su intervención. Cuando la solicitud de colaboración no sea efectuada por el Equipo de Atención Primaria y sea realizada por otro profesional, el ESAD informará al Equipo de Atención Primaria que tenga asignado el paciente en un plazo máximo de 48 horas, asumiendo el Equipo la atención del paciente o solicitando formalmente, si lo considera necesario, la intervención del ESAD, realizando entonces una visita domiciliaria conjunta con los miembros de éste. El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria asesorará sobre el tratamiento y atención que precisan los pacientes para los que ha sido solicitada su colaboración y establecerá conjuntamente con el Equipo de Atención Primaria las actuaciones a realizar, la responsabilidad y provisión de las mismas y el tiempo estimado que debe durar su asesoramiento. En el plan de atención que se realice se priorizará la atención directa por parte de los profesionales del Equipo de Atención Primaria (148).

Los cuidados paliativos para fase terminal (domiciliarios o con internamiento) forman parte de la cartera de servicios y son prestados bien en el domicilio por los equipos de atención primaria y por los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), si lo solicitan, o bien en las unidades de hospitalización de los hospitales de convalecencia si es preciso el internamiento del paciente (149).

El lugar más apropiado para proporcionar cuidados paliativos dependerá del nivel de complejidad del enfermo y del soporte familiar con el que cuente, así como de la elección del paciente y la familia. La atención en el domicilio es la alternativa de elección para la mayoría de los pacientes terminales (150).

METODOLOGÍA:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio analítico prospectivo realizado en el sector sanitario de Barbastro (Huesca) desde el 19 de Septiembre del año 2007 hasta Febrero del año 2011.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO Y MUESTRA SELECCIONADA:

La población a estudio son los pacientes derivados al ESAD de Barbastro, ya sea desde Atención Primaria u otras especialidades, teniendo en cuenta que este sector cuenta con una población de referencia de más de 108.000 habitantes, distribuidos en 15 Centros de Salud. Serán excluidos del estudio los pacientes que no se ajusten a las características tipo de paciente susceptible de tratamiento y seguimiento por un Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria, es decir, paciente crónico o con gran dependencia terminal o no terminal, oncológico o no oncológico.

VARIABLES ESTUDIADAS:

Para llevar a cabo el estudio se procede al diseño de una ficha de recogida de datos, que consta de los siguientes apartados y variables, y que se adjunta en el anexo:

1. Variables sociodemográficas:

- a. Número de historia clínica.
- b. Edad.
- c. Sexo.
- d. Cuidador principal (ninguno, cónyuge, hijos, residencia, contratado, otros).
- e. Procedencia de la derivación (Atención Primaria, otras especialidades, otros).
- f. Centro de salud al que pertenece el paciente.

- g. Fechas de derivación, primera visita y alta.
- h. Tiempo de seguimiento y número de visitas realizadas en el mismo.
- i. Motivo de alta (mejoría o estabilización, fallecimiento, hospitalización, cambio de sector sanitario)

2. Variables clínicas:

- a. Antecedentes médicos (presencia o no de HTA, DM, dislipemia, ACxFA, IC, cardiopatía isquémica, anemia, EPOC, ACV, IR, hepatopatía crónica, EM, ELA, UPP, y síndrome de inmovilidad).
- b. Índices de Barthel previo y en la primera visita.
- c. Índice de Karnofsky en pacientes oncológicos en la primera visita.
- d. Cuestionario de Pfeiffer para cribado de deterioro cognoscitivo.
- e. MEC de Lobo en los casos que resulte patológico el test de Pfeiffer.
- f. Escala GDS en pacientes con deterioro cognoscitivo, especificando el tipo de demencia.
- g. Número de fármacos previos especificados por grupos terapéuticos.
- h. Motivo de derivación (oncológico, neurológico, psiquiátrico, geriátrico, otros), agrupando los no oncológicos como crónico-dependientes.
- i. Localización de tumor primario en pacientes oncológicos.
- j. Presencia de extensión tumoral (adenopatías, metástasis).
- k. Conocimiento de la enfermedad de base por parte del paciente.
- l. Existencia o no de tratamiento activo (cirugía, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia con sus posibles combinaciones) tras el diagnóstico.
- m. Presencia o no de síntomas propios de cuidados paliativos (dolor, disnea, náuseas, ansiedad, depresión, insomnio, agitación y fiebre). Cuantificación del grado de dolor mediante escala numérica variación de EVA y de la disnea mediante la escala de la NYHA.
- n. Tratamiento llevado a cabo de los síntomas referidos en el punto anterior o modificación de tratamientos previos.
- o. Necesidad o no de sedación del paciente al final del proceso.

MATERIAL:

El índice de Barthel (151) fue elaborado en 1965 para medir la evolución de los sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos, más recientemente en parkinsonismo (152), accidentes cerebrovasculares (153), y su incontinencia urinaria (154), e incluso en procesos infecciosos, como neumonías, relacionándose con mortalidad (155). Incluye diez áreas de valoración y ha sido ampliamente utilizado en unidades de Rehabilitación (156) y en el ámbito geriátrico, como indicador de mortalidad e institucionalización (157), así como en cuidados paliativos (158), considerándose una herramienta útil para prevenir el ingreso inadecuado en aquellos pacientes con una puntuación baja si desean morir en su casa. También en servicios de Urgencias puede resultar útil en contexto de insuficiencia cardiaca aguda como predictor de mortalidad a corto plazo (159).

El contenido fundamental descansa en tareas dependientes de extremidades inferiores, pero se acerca más al proceso de discapacidad al incluir la movilidad. Consta de 10 ítems, cada uno de los cuales mide la dependencia o independencia, así como la continencia de esfínteres, como se puede observar en el anexo. Evalúa 10 actividades básicas de la vida diaria con una puntuación que oscila entre 0, indicando una máxima dependencia y 100, lo que supone una máxima independencia para las actividades básicas de la vida diaria o ABVD (160). La puntuación obtenida en el índice de Barthel se interpreta de la siguiente forma: si la puntuación es mayor de 60, se considera una situación de dependencia leve o de independencia, si la puntuación obtenida se encuentra entre 40 y 55, se trata de una dependencia moderada, cuando la puntuación oscila entre 20 y 35, se considera una dependencia severa, y si es inferior a 20, se trata de una situación de dependencia total (161). Se calcula en índice de Barthel del paciente previo al diagnóstico que motiva nuestra intervención y en el momento de nuestra primera visita.

En pacientes oncológicos, además, se recoge la puntuación en el índice de Karnofsky (IK), que se utilizó por primera vez en 1948 (162), para valorar el estado funcional de pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. La Escala de Karnofsky muestra el valor asignado a cada paciente de acuerdo con su grado de enfermedad y estado funcional. Es una tabla descendiente que va de la normalidad a la muerte. Así

pues los pacientes con un valor igual o superior a 60 son capaces de satisfacer la mayoría de sus necesidades, mientras que aquellos con un valor igual o inferior a 30 están totalmente incapacitados y necesitan tratamiento de soporte activo. Desde su creación este índice funcional ha sido ampliamente utilizado en estudios clínicos mostrando buena correlación con otras medidas funcionales y del bienestar (163).

Esta escala se puede utilizar para establecer criterios de conveniencia para llevar a cabo diversos tratamientos en pacientes oncológicos (164), medir de forma global su estado funcional (165), predecir la evolución (166) y la supervivencia en pacientes afectados de, por ejemplo, linfoma (167), cáncer de pulmón (168) o de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (169) y valorar posibilidades de rehabilitación en pacientes con cáncer (170). También se ha usado para valorar el pronóstico y riesgo en pacientes geriátricos (171), como indicador de calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral (172), y en pacientes con nutrición parenteral domiciliaria (173) así como predictor de mortalidad en esta situación (174). También como indicador pronóstico en pacientes con IAM (175), como medida de funcionamiento físico general en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (176) y como patrón de calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis periódica (177), además de como predictor de mortalidad y estimación de calidad de vida en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (178) y como parámetro predictivo en pacientes con asma y EPOC (179). Se ha descrito también su utilidad como predictor de infecciones en pacientes hemato-oncológicos (180). El Nacional Hospice Study confirma una diferencia significativa de la media de supervivencia según el IK (17 días para un IK con valores entre 10 y 20, 50 días para un IK con valores entre 30 y 40 y finalmente 86 días para un IK con valores de 50 como mínimo) (181).

Otra variable recogida, en este caso para el cribado de deterioro cognitivo, es el test de Pfeiffer, que fue publicado en 1975 (182), y que es validado al español, evaluando la función cognitiva con un punto de corte de 5 ó más para la presencia de deterioro moderado-severo (183).

En caso de presentar un test de Pfeiffer patológico, y en los casos en los que es posible la realización de un test mucho más complejo, se realiza el "Mini-mental state" de Folstein, aplicando la versión española "miniexamen cognoscitivo". También

publicado en 1975, el "Mini-mental state" de Folstein es utilizado para el diagnóstico y la gradación de deterioro cognitivo (184). En el año 1999 se publica la versión española de este test (185). Estos test son usados en muchos ámbitos, como para la detección de delirium en pacientes con fractura de cadera (186), y en pacientes en hemodiálisis crónica (187), relatándose problemas acerca de su uso en cuidados paliativos (188), hecho comprobado en nuestro caso por la escasa posibilidad de realización del mismo.

La escala GDS (Global Deterioration Scale) es diseñada en el año 1982 por Reisberg B (189). Tiene una buena fiabilidad interobservador y permite distinguir niveles leves de deterioro cognoscitivo, establecer un pronóstico, indicaciones terapéuticas (estadios entre 3 y 6) y comparar estadios GDS con puntuación del MEC. Aunque, clásicamente, no se conocía su efectividad para la estadificación de otros tipos de demencias diferentes de la enfermedad de Alzheimer y presentaba dificultades diagnósticas en estadios iniciales de la demencia, actualmente es utilizada tanto en demencias de tipo Alzheimer (190), como de tipo vascular (191).

La Escala Visual Analógica es un instrumento preciso y sensible (192), clásicamente utilizado para la evaluación de la intensidad del dolor. En esta escala, un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso (193). En algunos estudios definen la presencia de dolor cuando la EVA es mayor a 3(194). Tiene algunas desventajas, como el hecho de que se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene ciertas limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado (195). Por este motivo, al ser más fácil utilizar una escala numérica en la práctica clínica diaria (196), solicitamos al paciente la estadificación del dolor del 0 al 10, superponiendo posteriormente el resultado a la escala EVA.

No existe una escala de medida universalmente aceptada en adultos para evaluar la disnea en los pacientes de cuidados paliativos. Una revisión sistemática valoró la validez y fiabilidad de las escalas existentes para evaluar la disnea en Cuidados Paliativos, fundamentalmente en el contexto de la investigación Numeric Rating Scale (NRS), la escala de Borg modificada, The Chronic Respiratory Questionnaire Dyspnea Subscale (CRQ-D) y Cancer Dyspnea Scale (CDS) parecen las más adecuadas, pero se

requiere mayor investigación. (197). Las escalas analógicas visuales han sido también evaluadas, aunque requieren mayor tamaño muestral para valorarlas (198). La escala de la NYHA, diseñada en 1928 para evaluar el grado de disnea secundaria a insuficiencia cardíaca y habiendo sufrido posteriores revisiones (199), establece cuatro estadios (I, II, III y IV), basándose en las limitaciones que los síntomas cardíacos ocasionan en la actividad física del paciente (200). Se trata de una estimación subjetiva del rendimiento y reserva funcional del paciente (201). Esta clasificación se utiliza, tanto en la práctica clínica diaria como en investigación, como factor pronóstico, ya que se ha demostrado su asociación con las tasas de hospitalización, progresión de la enfermedad y mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca, independientemente de la edad o de la comorbilidad (202). Diversos estudios han demostrado que a medida que aumenta la clase funcional se reduce el consumo de oxígeno, apoyando la validez de la clasificación como medida del estado funcional del individuo (203). Por todo esto, para la estadificación del grado de disnea del paciente se utilizó, independientemente de la patología que la provocase, la escala de la NYHA, basándose en la limitación respecto a la situación funcional provocada por dicho síntoma.

Para el diagnóstico de presencia de delirium, codificado como agitación psicomotriz en la ficha de recogidas de datos, se utilizaron los criterios de la Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV), el método con mejores resultados para el diagnóstico de delirio, según una reciente revisión (204), de la misma manera que se ha procedido con los síntomas de ansiedad y depresión. Para el resto de síntomas bastó con la entrevista clínica al paciente para registrar su presencia.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS:

Inicialmente se realiza un estudio estadístico descriptivo de las variables recogidas, analizando la distribución normal o no de cada una de ellas. Las variables continuas, de tendencia normal, se expresaron como media y desviación estándar y se compararon mediante el test de la t de Student para datos pareados y no pareados. Las comparaciones entre más de dos grupos se realizaron con análisis de la varianza para analizar las diferencias entre subgrupos. La distribución de las variables continuas se realizó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y la estimación visual de los gráficos de tallo y hojas. En los casos de distribución no normal se expresaron como mediana (rango intercuartílico) y se emplearon test no paramétricos en las comparaciones. Las variables categóricas se expresan como porcentajes de la población a estudio y se compararon mediante el test de la χ^2 , aplicando la corrección de Fisher en los casos apropiados. En las pruebas no paramétricas para dos muestras independientes se utilizó el estadístico de U de Mann-Whitney, se estudiaron variables categóricas codificadas numéricamente o variables de escala como variables de contraste y una única variable categórica codificada numéricamente como la variable de agrupación. La prueba de Kruskal-Wallis, una extensión de la prueba U de Mann-Whitney (el análogo no paramétrico del análisis de varianza de un factor) contrasta si las diferencias entre las muestras indican idénticas variaciones respecto de las poblaciones de las que fueron extraídas. Se realizaron análisis univariados de regresión simple (calculándose el coeficiente de Pearson y su significación en cada caso). Se realizaron estudios de supervivencia utilizando técnicas no paramétricas mediante los test de Kaplan Meier (calculando para el tiempo de supervivencia individual de cada paciente y sin agrupar los tiempos de supervivencia en intervalos; usado cuando la muestra es menor de 30 y también para muestras mayores de 30) y luego se estudió la relación e influencia entre variables y el evento muerte mediante la regresión de Cox. Los cálculos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0. (licencia Universidad de Zaragoza). Se consideró diferencia estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

1. DESCRIPCIÓN DEL TOTAL DE LA MUESTRA

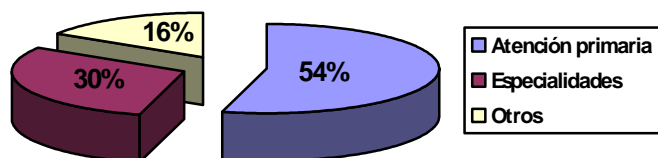
En el tiempo de seguimiento del estudio, se obtienen 638 casos derivados al ESAD de Barbastro, de los cuales un 53,9% son hombres y un 46'1% mujeres. La edad media del total de la muestra es de 79'64+/-10'8 años (81'76+/-9'9 años de edad media de las mujeres y 77'84+/-11'19 años en hombres). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0'001$). Algo más de la mitad de los pacientes fueron derivados desde Atención Primaria (N=345, lo que supone un 54'1% del total), pudiéndose comprobar la distribución por centros de salud del total de la muestra en la tabla adjunta (tabla 1).

Tabla 1. Centros de Salud

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Barbastro	219	34,6
Monzón	113	17,9
Binéfar	84	13,3
Berbegal	8	1,3
Aínsa	32	5,1
Mequinenza	1	0,2
Graus	40	6,3
Fraga	12	1,9
Tamarite	29	4,6
Castejón	9	1,4
Lafortunada	1	0,2
Benabarre	38	6,0
Monzón Rural	10	1,6
Abiego	15	2,4
Albalate	22	3,5
Total	633	100

Del resto de pacientes, un 29'8 % (N=190) fueron derivados por especialistas del Hospital de Barbastro, y un 16'1% (N=103) fueron clasificados como provenientes de “otros servicios” (asociaciones, la propia familia).

Origen de los pacientes



Se lleva a cabo un seguimiento medio de 56 +/-56'56 días, con una media de 2'68 +/-2'5 visitas por proceso. En el caso de los hombres, se llevan a cabo una media de 2'69 +/-2'7 visitas en un tiempo medio de seguimiento de 57'97 +/-61'3 días. En mujeres, se realizan una media de 2'68 +/-2'3 visitas en un tiempo medio de 53'91 +/-50'4 días. No se evidencias diferencias estadísticamente significativas en estos aspectos entre sexos.

Se muestra a continuación la actividad detallada del equipo en el tiempo en el que se ha producido el estudio:

ACTIVIDAD AÑO 2007 (Octubre-Diciembre)	TOTAL
Nº Procesos Nuevos	46
Nº Pacientes Activos	65
Nº Procesos Finalizados	27
Nº Total Visitas Domiciliarias	125
Nº total Atenciones Telefónicas	101

ACTIVIDAD AÑO 2008	TOTAL
Nº Procesos Nuevos	212
Nº Pacientes Activos	594
Nº Procesos Finalizados	202
Nº Total Visitas Domiciliarias	544
Nº total Atenciones Telefónicas	440

ACTIVIDAD AÑO 2009	TOTAL
Nº Procesos Nuevos	212
Nº Pacientes Activos	683
Nº Procesos Finalizados	201
Nº Total Visitas Domiciliarias	646
Nº total Atenciones Telefónicas	538

ACTIVIDAD AÑO 2010	TOTAL
Nº Procesos Nuevos	173
Nº Pacientes Activos	398
Nº Procesos Finalizados	179
Nº Total Visitas Domiciliarias	637
Nº total Atenciones Telefónicas	514

Un 56 % (N=357) de los pacientes son derivados a nuestro servicio con diagnóstico oncológico, siendo el resto, un 44% (N=281) clasificados como pacientes crónico-dependientes (geriátricos un 29'2%, neurológicos 3%, psiquiátricos 6'6% y otros motivos un 5'3%).

Tabla 2. Motivo de derivación

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Oncológico	357	56,0
Neurológico	19	3,0
Psiquiátrico	42	6,6
Geriátrico	186	29,2
Otros	34	5,3
Total	638	100,0

Como antecedentes médicos relevantes, por orden de frecuencia, el 44'7 % del total de la muestra (N=285) presentaba antecedente de hipertensión arterial (HTA), el 30'7% diagnóstico de demencia (N=195), diabetes (DM) el 20'6% (N=131), arritmia completa por fibrilación auricular (ACxFA) el 17% (N=108), accidente cerebrovascular agudo (ACV) el 15'2% (N=97), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el 12'1% (N=77), cardiopatía isquémica (IAM) el 11% (N=70), dislipemia el 10'8% (N=69), anemia el 10'2% (N=65), insuficiencia cardiaca (IC) el 9'7% (N=62),

insuficiencia renal crónica (IRC) el 9'6% (N=61), parkinsonismo el 7'8% (N=50), hepatopatía crónica el 3'9% (N=25), esclerosis múltiple el 0'5% (N=3) y esclerosis lateral amiotrófica (ELA) el 0'2% (N=1). En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres respecto a sus antecedentes médicos, sólo se especifican en la tabla 3 los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Estos antecedentes son HTA y dislipemia ($p<0'05$), y EPOC y demencia ($p<0'001$).

Tabla 3. Antecedentes médicos con diferencia significativa entre sexos

	Hombres	Mujeres
HTA*	40'4% (N=139)	49'8% (N=146)
Dislipemia*	13'7% (N= 47)	7'5% (N= 22)
EPOC**	20'1% (N= 69)	2'7% (N= 8)
Demencia**	24'1% (N=83)	38'4% (N=112)

* $p<0'05$ ** $p<0'001$

Del total de la muestra, presentan síndrome de inmovilidad el 38'1% de los pacientes (N=243), siendo más frecuente en mujeres, presente en 125 casos (42'5%) que en hombres, observado en 118 casos (34'3%). Se obtiene significación estadística en esta diferencia entre sexos ($p<0,05$).

La muestra general se encuentra en una situación de dependencia moderada, con una media de la puntuación obtenida en el índice de Barthel en la primera visita de 40 +/-38'9, y habiendo presentado un marcado declive funcional desde el diagnóstico de la enfermedad que motiva nuestra intervención hasta dicha visita, dado que la media del índice de Barthel previo era de 65'25 +/-42'9. Esto supone un descenso medio de 25'25 puntos en el índice de Barthel.

Respecto al sexo, en mujeres, el índice de Barthel medio previo era de 56'73 +/-44'7 y el actual de 32'65 +/-36'4, siendo en hombres la media del previo 72'38 +/-40'1, con una puntuación media en la primera visita de 46'28 +/-39'8. El descenso medio en el índice de Barthel en mujeres es de 24'08 puntos y en hombres de 26'1 puntos, muy similar, aunque la situación previa era peor en mujeres. Hay una marcada significación estadística en la diferencia entre las puntuaciones obtenidas en el índice de Barthel entre hombres y mujeres, tanto en el valor previo como en el obtenido en la primera visita del ESAD ($p<0'001$), sin encontrarse diferencia en cuanto al descenso de puntuación.

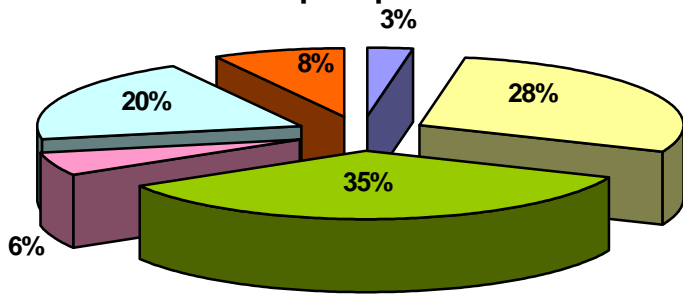
En los pacientes oncológicos se presenta la misma situación, con una puntuación media en el índice de Karnofsky (IK) en nuestra primera valoración de 48'43 +/-16'2. La puntuación media en esta escala es de 45'65 +/-16'7 en mujeres y de 50'18 +/-15'6 en hombres, suponiendo una diferencia significativa ($p<0'005$).

Sufren úlceras por presión (UPP) cutáneas 55 casos, representando un 8'6% del total de la muestra, y sólo un 22'6% de los pacientes que presentaron síndrome de inmovilidad. La frecuencia de UPP en hombres y mujeres es similar, de forma que las sufrieron 28 hombres (8'1%) y 27 mujeres (9'2%), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en este aspecto.

A nivel de atención en domicilio, tan solo 18 pacientes, el 2'8% del total, no contaban con ningún cuidador en el mismo, siendo con mayor frecuencia los hijos, en 223 casos (35'1%) quienes ejercen esta función. Le sigue el cónyuge, que supone la figura de cuidador principal en el 28'5 % de los pacientes atendidos (N=181). El 20% se encontraban institucionalizados en una residencia (N=127), considerando el personal de la misma como encargado de realizar la función de cuidador principal, independientemente de la familia que tuviera el paciente en el momento de nuestra primera valoración. El resto de casos, contaban con el apoyo de un cuidador contratado en el domicilio propio el 5'7% (N=36) o eran otras figuras familiares, como sobrinos o hermanos (8%) quienes se encargaban de los cuidados básicos en el domicilio (N=51).

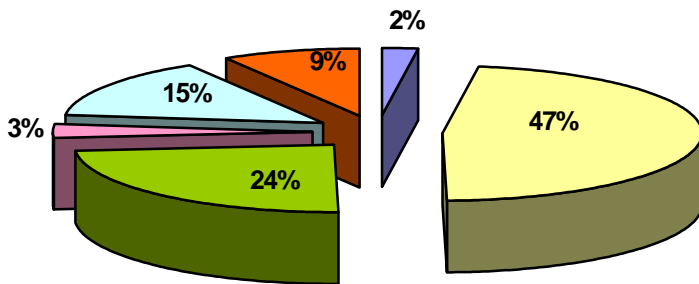
En este aspecto se denotan marcadas diferencias ($p<0'001$) entre sexos, siendo mucho más frecuente la institucionalización en residencia en las mujeres (26'3%) que en los hombres (14'6%). Una importante diferencia se da cuando ejerce de cuidador principal el cónyuge, observándose un 47'5 % de cuidadoras mujeres frente a un escaso 6'1% de cuidadores hombres. También se observa que es mucho más frecuente que el cuidador principal sea algún hijo en pacientes mujeres (48'1%) que en hombres (23'9%). Ante la necesidad de contar con ayuda contratada que actúe de cuidador principal, de nuevo se detecta una mayor frecuencia de este hecho en mujeres (8'5%) que en hombres (3'2%). Las frecuencias de presencia de otros cuidadores o en el caso de no contar con ninguno, no son llamativas entre sexos, pudiéndose observar todos estos datos en las gráficos siguientes.

Cuidador principal en el total



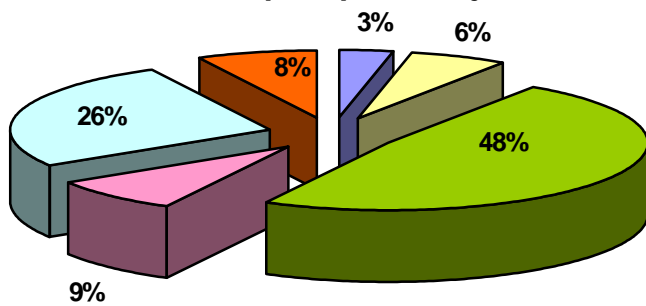
■ Ninguno ■ Cónyuge ■ Hijos ■ Contratado ■ Residencia ■ Otros

Cuidador principal en hombres



■ Ninguno ■ Cónyuge ■ Hijos ■ Contratado ■ Residencia ■ Otros

Cuidador principal en mujeres



■ Ninguno ■ Cónyuge ■ Hijos ■ Contratado ■ Residencia ■ Otros

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	141,079 ^a	5	,000
Razón de verosimilitudes	158,103	5	,000
Asociación lineal por lineal	36,268	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	b
N de casos válidos	636		

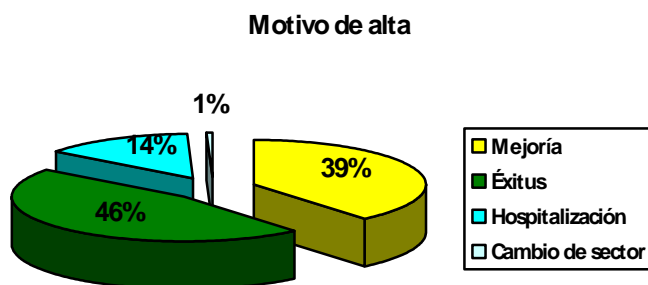
Tabla de contingencia cuidador * sexo

		sexo		Total	
		hombre	mujer		
cuidador	ninguno	Recuento	8	10	18
		Frecuencia esperada	9,7	8,3	18,0
		% de cuidador	44,4%	55,6%	100,0%
		% de sexo	2,3%	3,4%	2,8%
		% del total	1,3%	1,6%	2,8%
	conyuge	Recuento	163	18	181
		Frecuencia esperada	97,6	83,4	181,0
		% de cuidador	90,1%	9,9%	100,0%
		% de sexo	47,5%	6,1%	28,5%
		% del total	25,6%	2,8%	28,5%
	hijos	Recuento	82	141	223
		Frecuencia esperada	120,3	102,7	223,0
		% de cuidador	36,8%	63,2%	100,0%
		% de sexo	23,9%	48,1%	35,1%
		% del total	12,9%	22,2%	35,1%
	residencia	Recuento	50	77	127
		Frecuencia esperada	68,5	58,5	127,0
		% de cuidador	39,4%	60,6%	100,0%
		% de sexo	14,6%	26,3%	20,0%
		% del total	7,9%	12,1%	20,0%
contratado	Recuento	11	25	36	
	Frecuencia esperada	19,4	16,6	36,0	
	% de cuidador	30,6%	69,4%	100,0%	
	% de sexo	3,2%	8,5%	5,7%	
	% del total	1,7%	3,9%	5,7%	
otros	Recuento	29	22	51	
	Frecuencia esperada	27,5	23,5	51,0	
	% de cuidador	56,9%	43,1%	100,0%	
	% de sexo	8,5%	7,5%	8,0%	
	% del total	4,6%	3,5%	8,0%	
Total	Recuento	343	293	636	
	Frecuencia esperada	343,0	293,0	636,0	
	% de cuidador	53,9%	46,1%	100,0%	
	% de sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	53,9%	46,1%	100,0%	

Tras el periodo de seguimiento, fallecen el 46'4% (N=296) de los pacientes atendidos, siendo el resto dados de alta, por mejoría o estabilización un 38'9% (N=248), por hospitalización un 14'1% (N=90) y por traslado a otro sector sanitario un 0'6% (N=4). El porcentaje de fallecimientos es similar entre hombres (49'4%) y mujeres (42'9%), mientras que la hospitalización se da con mayor frecuencia en hombres (17'7%) que en mujeres (9'9%), siendo diferencias significativas ($p < 0'001$).

	Sexo	N	Rango promedio
Motivo alta	Hombre	344	341,38
	Mujer	294	293,90
	Total	638	

	motivo alta
Chi-cuadrado	12,538
gl	1
Sig. asintót.	,000



Respecto a la clínica que presentaban los pacientes de la totalidad de la muestra, en nuestra primera valoración refieren dolor 276 pacientes (43'3% del total), con una puntuación media en la escala de EVA de 6'54+/-1'87, puntuación obtenida sólo en 132 casos por inadecuada colaboración en el resto.

No obstante el síntoma más frecuente en el total de la muestra es la anorexia, presente en 297 casos, lo que supone un 46'6% del total de los pacientes. El resto de síntomas, a parte del dolor, ya descrito, y por orden de frecuencia, fueron los siguientes: ansiedad en el 23'2% del total de la muestra (N=148), insomnio en el 22'6% del total de la muestra (N=144), disnea en el 21'8% del total de la muestra (N=139), con una puntuación media en la escala de la NYHA de 2'68 +/-0'8, depresión en el 21'2% del total de la muestra (N=135), agitación psicomotriz en el 18'7% del total de la muestra (N=119) y náuseas en el 12'2% del total de la muestra (N=78).

En el total de la muestra, se obtienen correlaciones positivas entre los siguientes síntomas: dolor con anorexia, ansiedad, depresión e insomnio, disnea con anorexia, ansiedad, depresión e insomnio, y náuseas con dolor, anorexia, ansiedad, depresión e insomnio. La presencia de demencia se correlaciona de forma negativa con todos los síntomas, salvo con la presencia de agitación psicomotriz, con la que se obtiene correlación positiva.

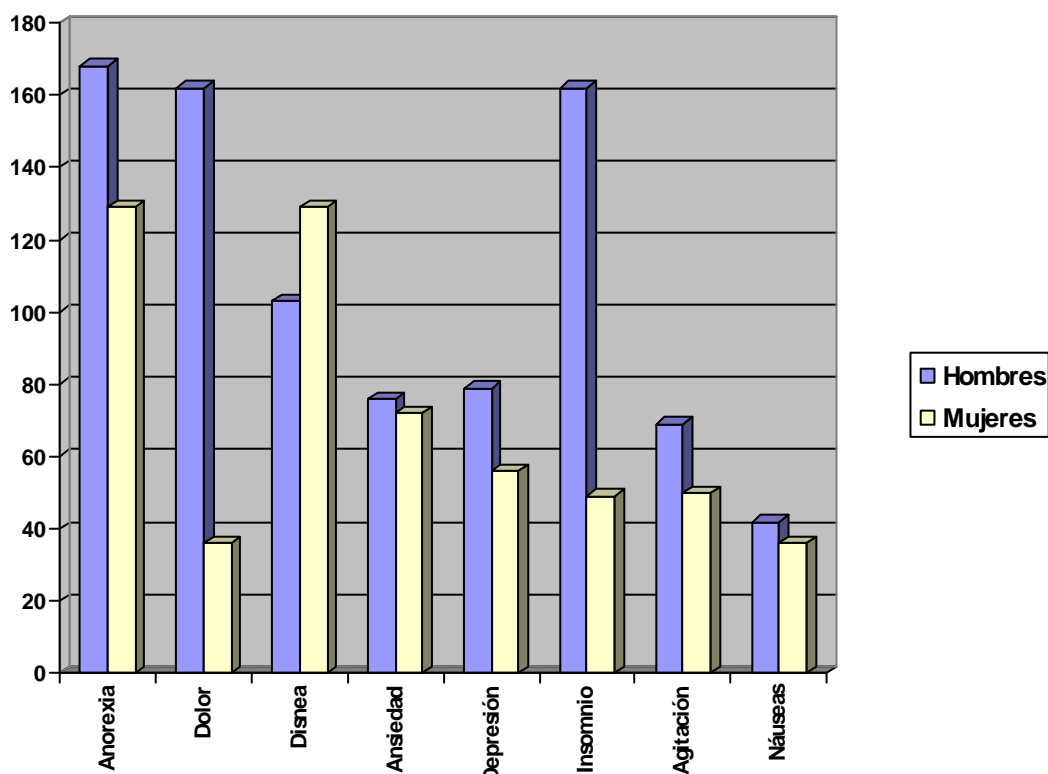
Al separar la muestra por sexos, se aprecia la siguiente distribución de síntomas:

Tabla 4. Sintomatología en total y por sexos

Síntomas	Hombres	Mujeres	Total
Dolor	47'1% (N=162)	38'8% (N=114)	43'3% (N=276)
EVA	6'6 +/-1'9	6'4+/-1'7	6'54+/-1'87
Disnea	29'9% (N=103)	12'2% (N=36)	21'8% (N=139)
NYHA	2'6 +/-0'8	2'8+/-0'9	2'68 +/-0'8
Anorexia	48'8% (N=168)	43'9% (N=129)	46'6% (N=297)
Ansiedad	22'1% (N=76)	24'5% (N=72)	23'2% (N=148)
Depresión	23% (N=79)	19% (N=56)	21'2% (N=135)
Insomnio	27'6% (N=95)	16'7% (N=49)	22'6% (N=144)
Agitación	20'1% (N= 69)	17% (N=50)	18'7% (N=119)
Náuseas	12'2% (N=42)	12'2% (N=36)	12'2% (N=78)

El síntoma más frecuente tanto en hombres como en mujeres es de nuevo la anorexia, presente en 168 hombres (48'8%) y en 129 mujeres (43'9%). El resto de síntomas registrados fueron los siguientes: dolor en 162 hombres (47'1%) y en 114 mujeres (38'8%), con una puntuación media en la escala EVA de 6'6 +/-1'9 en hombres y de 6'4 +/-1'7 en mujeres, disnea en el 29'9% de los hombres (N=103) y en 36 mujeres (12'2%), con una puntuación media en la escala de la NYHA de 2'6 +/-0'8 en hombres y de 2'8 +/-0'9 en mujeres, ansiedad en el 22'1% de los hombres (N=76) y en el 24'5% de las mujeres (N=72), depresión en el 23% del total de hombres (N=79) y en el 19% del total de mujeres (N=56), insomnio en 95 hombres (27'6%) y en 49 mujeres (16'7%), agitación psicomotriz en el 20'1% de los hombres (N=69) y en 50 mujeres (17%) y náuseas en el 12'2% tanto de los hombres (N=42) como de las mujeres (N=36). En este sentido, entre hombres y mujeres, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en dolor ($p<0'05$), disnea ($p<0'001$) e insomnio ($p=0'001$). Las intensidades del dolor y de la disnea, medidas mediante las escalas EVA y NYHA respectivamente no muestran diferencias entre sexos.

Síntomas



Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
dolor?	46305,000	89670,000	-2,139	,032
disnea?	41619,000	84984,000	-5,393	,000
NYHA	1352,000	6302,000	-1,814	,070
anorexia?	48060,000	91425,000	-1,251	,211
ansiedad?	49356,000	108696,000	-,714	,475
depresión?	48587,000	91952,000	-1,207	,228
insomnio?	45031,000	88396,000	-3,295	,001
agitación?	49025,000	92390,000	-,985	,324
fiebre?	50177,000	93542,000	-,934	,350
náuseas?	50550,000	109890,000	-,014	,989
demencia?	43078,000	102418,000	-3,875	,000

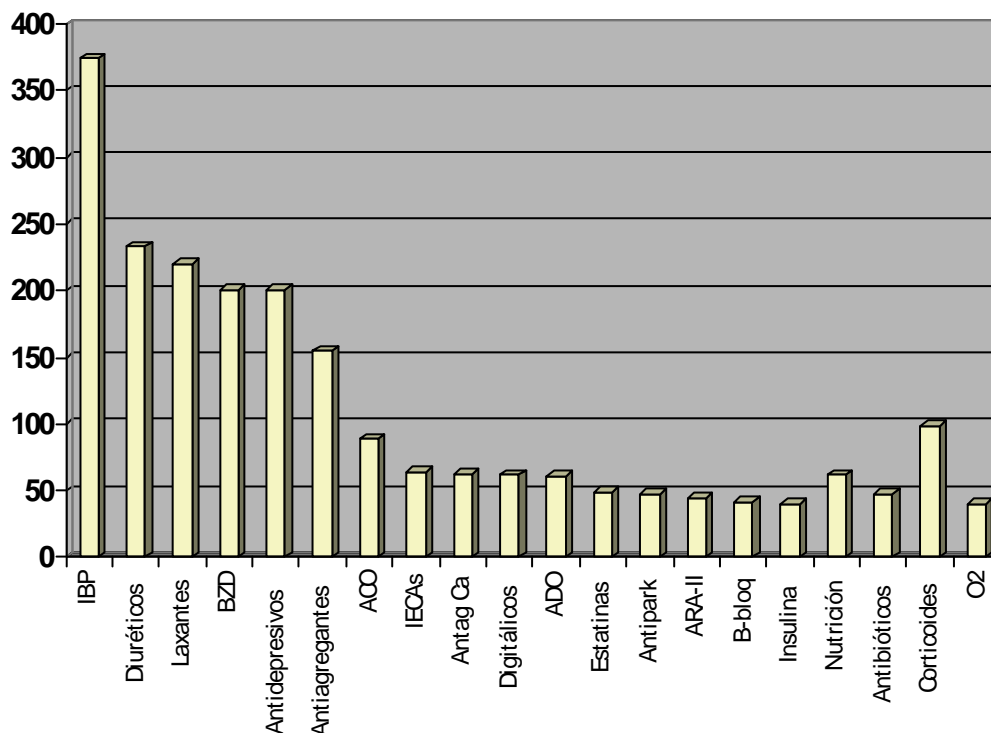
a. Variable de agrupación: sexo

Antes de nuestra primera visita se obtiene una media de consumo de fármacos elevada, de 6,97+/-3,35 medicamentos por paciente. La polifarmacia es mayor en hombres, registrándose un uso medio de 7'34 +/-3'3 fármacos, frente a 6'53+/-3'3 en mujeres, siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0'005$).

En la primera valoración de los pacientes por el ESAD, se observa que los tratamientos más frecuentemente usados por los pacientes son los inhibidores de la bomba de protones (IBP), pautados en el 58'8% del total de la muestra (N=374), diuréticos, fármacos presentes en el tratamiento habitual del 36'6% (N=233), laxantes, usados por el 34'7% del total de pacientes (N=220), benzodiazepinas (BZD) y antidepresivos (AD), ambos grupos farmacológicos prescritos por igual, en el 31'6% (N=201) del total de la muestra y antiagregantes, formando parte del tratamiento de base del 24'4% del total (N=155).

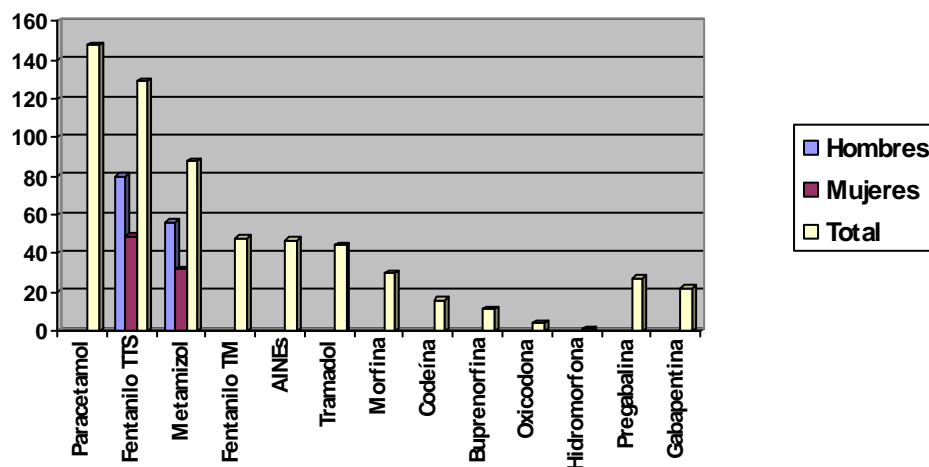
Otros tratamientos generales, según los antecedentes de los pacientes, son los siguientes: anticoagulación oral con acenocumarol (ACO) en el 14% del total (N=89), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) en el 10% (N=64), antagonistas del calcio un 9'9% (N=63), digitálicos un 9'7% (N=62), antidiabéticos orales (ADO) un 9'6% (N=61), estatinas un 7'7% (N=49), antiparkinsonianos en el 7'5% (N=48), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) en el 7'1% (N=45), betabloqueantes (BB) en el 6'6% (N=42) e insulina en el 6'3% (N=40).

Tratamientos previos total muestra



Respecto a la analgesia, se observa la siguiente distribución de tratamientos previos a la intervención por el ESAD en el total de la muestra, por orden de frecuencia: el analgésico más frecuentemente usado era el paracetamol, presente en 148 casos, lo que supone un 23'3% del total de la muestra. Le sigue el fentanilo transdérmico, usado por el 20'3% del total (N=129) y el metamizol, pautado en el 13'8% de los pacientes (N=88). Otros analgésicos son menos usados, tal y como se puede observar: fentanilo transmucoso 7'6% (N=48), antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) 7'4% (N=47), tramadol 6'9% (N=44), morfina 4'7% (N=30), codeína 2'5% (N=16), buprenorfina 1'7% (N=11), oxicodona 0'6% (N=4) e hidromorfona 0'2% (N=1). Como fármacos analgésicos para dolor de tipo neuropático, son usados pregabalina en un 4'3% (N=27) y gabapentina en un 3'5% (N=22). Sólo se encuentran diferencias significativas entre sexos en fentanilo y metamizol ($p < 0'05$), de forma que el fentanilo fue usado por el 23'4% de los hombres (N=80) y por el 16'7% de las mujeres (N=49) y el metamizol por el 16'3% de los hombres (N=56) y por el 10'9% de las mujeres (N=32). El resto de analgésicos no son especificados por sexos al no haberse encontrado diferencias significativas.

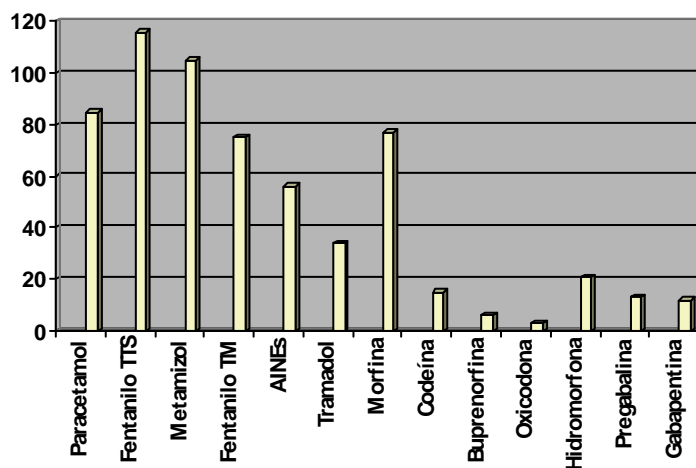
Analgésicos previos



Las dosis medias de las medicaciones analgésicas pautadas a los pacientes, previa intervención del ESAD, y ordenadas por grupos terapéuticos, según la escala analgésica de la OMS, son las siguientes: paracetamol dosis media previa 1312'3 mg/24h, metamizol 1135 mg/24h de media, codeína 48'48 mg/24h, tramadol 96'9 mg/24h, buprenorfina 30'36 mcg/h/72h, morfina 25'06 mg/24h, oxycodona 110 mg/24h, fentanilo transdérmico 53'65 mcg/h/72h, fentanilo transmucoso 238'46 mcg e hidromorfona 1'33 mg/24h. Respecto a los tratamientos del dolor neuropático, gabapentina 565'4 mg/24h de media, y pregabalina 159'2 mg/24h.

Ante la ausencia de dolor controlado, se expresan las medicaciones analgésicas variadas en cuanto a dosis o pautadas por el ESAD: paracetamol en 85 casos (13'3%), metamizol en 105 casos (16'5%), AINEs en 56 casos (8'8%), codeína en 15 casos (2'4%), tramadol en 34 casos (5'3%), buprenorfina en 6 casos (0'9%), morfina en 77 casos (12'1%), oxycodona en 3 casos (0'5%), fentanilo transdérmico en 116 casos (18'2%), fentanilo transmucoso en 75 casos (11'8%) e hidromorfona en 21 casos (3'3%). En los pacientes con dolor neuropático, gabapentina en 12 casos (1'9%), y pregabalina en 13 casos (2%).

Analgésicos ESAD



Se recoge la dosis media tras la primera intervención del ESAD de todos los analgésicos y la presente al final del seguimiento del paciente, ya fuera por alta, ingreso en hospital o éxitus. Tras la actuación del ESAD, las dosis medias de fármacos analgésicos después de la primera visita y al final del proceso son respectivamente las siguientes: paracetamol dosis media 1894 mg/24h y 1790 mg/24h, metamizol 2361 mg/24h y 2155 mg/24h, codeína 37'43 mg/24h y 27'57 mg/24h, tramadol 63'7 mg/24h y 54'55 mg/24h, buprenorfina 34'27 mcg/h/72h y 35'82 mcg/h/72h, morfina 47'02 mg/24h y 51'76 mg/24h, oxidodona 100 mg/24h y 80mg/24h, fentanilo transdérmico 64'9 mcg/h/72h y 79'62 mcg/h/72h, fentanilo transmucoso 421'15 mcg y 402'88 mcg e hidromorfona 8 mg/24h y 16'19 mg/24h. La dosis media de gabapentina aumenta a 696'15 mg/24h. De esta manera, se puede apreciar el aumento de todas las medicaciones analgésicas tras la primera visita del ESAD, salvo disminución de oxidodona, tramadol y codeína. Desde la primera visita del ESAD hasta el final del proceso, se observa un aumento progresivo de la dosis de la mayoría de los analgésicos, salvo oxidodona, tramadol, codeína, paracetamol y metamizol, así como la dosis de fentanilo transmucoso, que se ven disminuidas, lo que conllevaría un menor uso de medicación de rescate al mejorar la analgesia de base. Se obtiene significación estadística ($p < 0'05$) en los siguientes fármacos, respecto a la variación de dosis medias: morfina, fentanilo transdérmico y transmucoso, hidromorfona, tramadol, metamizol y paracetamol.

Tabla 5. Modificación de dosis de analgésicos

Fármaco	Dosis media previa	Dosis media tras ESAD	Dosis media final
Morfina	25'06 mg/24h	47'02 mg/24h	51'76 mg/24h
FentaniloTTS	53'65 mcg/h/72h	64'9 mcg/h/72h	79'62 mcg/h/72h
Fentanilo TM	238'46 mcg	421'15 mcg	402'88 mcg
Oxicodona	110 mg/24h	100 mg/24h	80mg/24h
Hidromorfona	1'33 mg/24h	8 mg/24h	16'19 mg/24h
Buprenorfina	30'36 mcg/h/72h	34'27 mcg/h/72h	35'82 mcg/h/72h
Tramadol	96'9 mg/24h	63'7 mg/24h	54'55 mg/24h
Codeína	48'48 mg/24h	37'43 mg/24h	27'57 mg/24h
Paracetamol	1312'3 mg/24h	1894 mg/24h	1790 mg/24h
Metamizol	1135 mg/24h	2361 mg/24h	2155 mg/24h
Gabapentina	565'4 mg/24h	-	696'15 mg/24h

Estadísticos de contraste ^c

	Z	Sig. asintót. (bilateral)
morfina2 - dosismorf	-5,780 ^a	,000
dosismorf2 - morfina2	-1,337 ^a	,181
dosismorf2 - dosismorf	-5,699 ^a	,000
fentanilo2 - dosisfenta	-7,097 ^a	,000
dosisfenta2 - fentanilo2	-5,030 ^a	,000
dosisfenta2 - dosisfenta	-7,609 ^a	,000
dosisfentatM1 - dosisfentaTM0	-5,837 ^a	,000
dosisfentaTM2 - dosisfentatM1	-,694 ^b	,488
dosisfentaTM2 - dosisfentaTM0	-5,358 ^a	,000
oxicodona2 - dosisoxicod	-,816 ^b	,414
dosisoxicod2 - oxicodona2	-1,000 ^b	,317
dosisoxicod2 - dosisoxicod	-1,604 ^b	,109
dosisbupre1 - dosisbupre0	-,736 ^a	,462
dosisbupre2 - dosisbupre1	-1,000 ^a	,317
dosisbupre2 - dosisbupre0	-,841 ^a	,400
tramadol2 - dosistrama	-2,175 ^b	,030
dosistrama2 - tramadol2	-1,558 ^b	,119
dosistrama2 - dosistrama	-2,588 ^b	,010
paraceta2 - dosisparaceta	-4,943 ^a	,000
dosisparaceta2 - paraceta2	-2,145 ^b	,032
dosisparaceta2 - dosisparaceta	-4,238 ^a	,000
metamizol2 - dosismeta	-6,559 ^a	,000
dosismeta2 - metamizol2	-1,417 ^b	,156
dosismeta2 - dosismeta	-5,427 ^a	,000
codeína2 - dosiscode	-,039 ^a	,969
dosiscode2 - codeína2	-1,841 ^b	,066
dosiscode2 - dosiscode	-,953 ^b	,341
dosisvalpro2 - dosisvalpro	-2,680 ^a	,007
dosisgaba2 - dosisgaba	-1,381 ^a	,167
hidromorfona1 - hidromorfona0	-4,288 ^a	,000
hidromorfona2 - hidromorfona1	-2,808 ^a	,005
hidromorfona2 - hidromorfona0	-3,953 ^a	,000

- a. Basado en los rangos negativos.
- b. Basado en los rangos positivos.
- c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Con respecto a medicación psiquiátrica y fármacos del sistema nervioso central, se observa un alto uso de estas medicaciones en el total de la muestra: ya nombrado previamente, se observa un uso de benzodiacepinas y antidepresivos en el 31'6% del total de la muestra, neurolépticos típicos en el 13'8% (N=88), neurolépticos atípicos en el 14'8% (N=94), valproico en el 2% (N=13), inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACEs) en el 6'8% (N=43) y memantina en el 3'6% (N=23). La dosis media de ácido valproico usada fue de 572'37 mg/24h.

Otras medidas relevantes de las que se ha obtenido registro es el uso de suplementación nutricional, presente en el 9'7% del total (N=62), antibioterapia, prescrita previa a la intervención del ESAD en el 7'5% (N=48), corticoterapia, presente en el 15'6% (N=99) y oxigenoterapia domiciliaria, usada por el 6'3% (N=40).

Entre hombres y mujeres se observan diferencias estadísticamente significativas únicamente en los siguientes tratamientos previos: antibióticos, ARA-II, antidepresivos, neurolépticos atípicos, laxantes y oxigenoterapia ($p < 0'05$) e inhaladores ($p < 0'001$). Según esto, los antibióticos se encontraban en el tratamiento actual del paciente en la primera visita del ESAD en el 10'8% de hombres (N=37) y en el 3'8% de mujeres (N=11), ARA-II en el 9% de hombres (N=31) y en el 4'8% de mujeres (N=14), antidepresivos en el 27'4% de hombres (N=94) y en el 36'5% de mujeres (N=107), neurolépticos atípicos en el 11'4% de hombres (N=39) y en el 18'8% de mujeres (N=55), laxantes en el 38'4% de hombres (N=131) y en el 30'4% de mujeres (N=89), oxigenoterapia en el 9'1% de hombres (N=31) y en el 3'1% de mujeres (N=9) e inhaladores en el 16% de hombres (N=55) y en el 3'8% de mujeres (N=11).

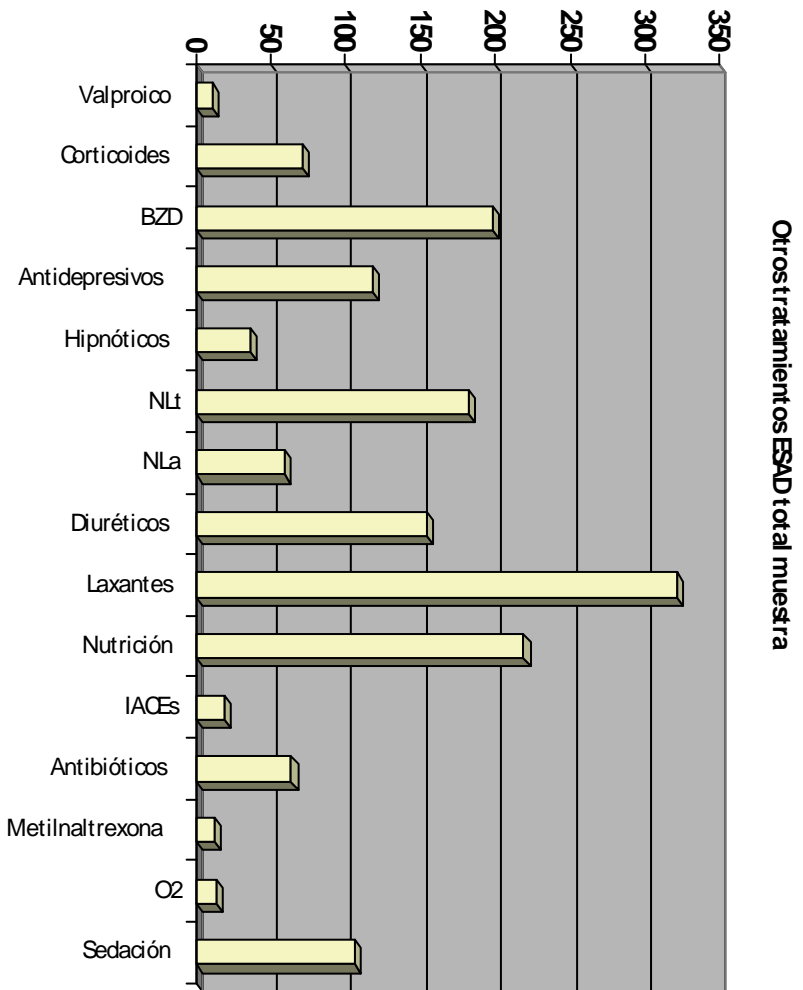
Tabla 5bis. Fármacos previos con diferencias significativas entre sexos

	Hombres	Mujeres
Antibióticos	10'8% (N=37)	3'8% (N=11)
ARA-II	9% (N=31)	4'8% (N=14)
Antidepresivos	27'4% (N=94)	36'5% (N=107)
Neurolépticos atípicos	11'4% (N=39)	18'8% (N=55)
Laxantes	38'4% (N=131)	30'4% (N=89)
Oxigenoterapia	9'1% (N=31)	3'1% (N=9)
Inhaladores	16% (N=55)	3'8% (N=11)

En pacientes que presentaban disnea en la primera visita (N=139), un 21'8% del total, se observa un predominio del sexo masculino, con un 74% de hombres (N=103), y con antecedente de carcinoma de pulmón en el 38'3% (N=44) y de EPOC en el 28'8% (N=40). Prácticamente el 80% de los pacientes con disnea eran oncológicos (N=111) con un 15'8% de presencia de metástasis pulmonares (N=22). Asociaban ansiedad el 36'7% (N=51) y dolor el 49'6% (N=69). Se encontraban en tratamiento con morfina sólo el 7'9% (N=11), con BZD el 33'8% (N=47) y con oxigenoterapia domiciliaria el 17'4% (N=24). Tras la intervención del ESAD, se pauta o modifica la dosis de morfina en un 23% (N=32) con un aumento de la dosis media de 13'29 mg/24h a 33'86 mg/24h en la primera visita y con una dosis media final de 35 mg/24h ($p<0'001$), se pautan o modifican BZD en un 41'7% (N=58) y se pauta oxigenoterapia en un 8% (N=11). Acaban precisando sedación un 18'7% (N=26) de los pacientes con este síntoma.

Como actuaciones terapéuticas del ESAD ante los síntomas encontrados en los pacientes, además de los analgésicos previamente descritos y el manejo de la disnea, se recoge el uso de otros fármacos, como valproico, usado en el 1'7% (N=11) del total de la muestra con un aumento de dosis media de 572'37 mg/día a 830'26 mg/día, corticoides en el 11'1% (N=71), benzodiacepinas en el 31% (N=198), antidepresivos en el 18'5% (N=118), hipnóticos no benzodiacepínicos en el 5'8% (N=37), neurolépticos típicos en el 28'5% (N=182), atípicos en el 9'3% (N=59), diuréticos en el 24'2% (N=154), laxantes en el 50'5% (N=321), suplementación nutricional en el 34'3% (N=219), IACEs en el 3% (N=19), antibióticos en el 10% (N=64), metilnaltrexona subcutánea en el 2% (N=13) y oxigenoterapia paliativa en el 2'2% (N=14). No se han encontrado diferencias significativas entre sexos respecto a los tratamientos pautados por el ESAD, salvo en laxantes e IACEs ($p<0'05$). Se pautan laxantes en el 55'3% de los hombres (N=189) y en el 44'9% de las mujeres (N=132), e IACEs en el 0'9% de los hombres (N=3) y en el 5'4% de las mujeres (N=16).

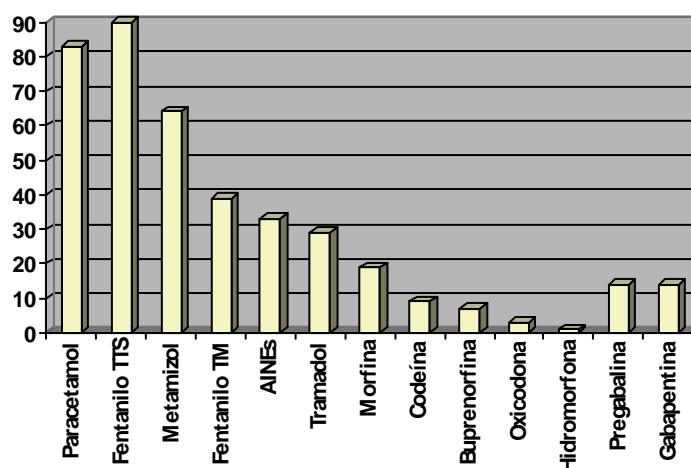
Requirieron sedación paliativa 106 pacientes de la muestra total, lo que supone un 16'6% de todos los casos atendidos por el ESAD de Barbastro. Fue precisada de forma muy similar entre sexos, en 52 hombres (15'1%) y en 54 mujeres (18'4%), sin obtenerse significación estadística.



1.1. ESPECIFICACIONES DEL PACIENTE CON DOLOR EN EL CONTEXTO DEL TOTAL DE LA MUESTRA

Del total de la muestra, se analizan los casos que refieren dolor en la primera visita del ESAD (N=276, lo que supone un 43'3% del total) y los tratamientos para el mismo que llevan pautados, frente a los pacientes que, al no presentar dolor en la primera visita son considerados como controlados en este aspecto (N=362). Se debe tener en cuenta la posibilidad de que los analgésicos pueden estar combinados entre sí, habiéndose expresado por orden de frecuencia: fentanilo transdérmico 32'8% (N=90), paracetamol 30'2% (N=83), metamizol 23'3% (N=64), fentanilo transmucoso 14'2% (N=39), AINEs 12% (N=33), tramadol 10'5% (N=29), morfina 6'9% (N=19), codeína 3'3% (N=9), buprenorfina 2'6% (N=7), oxicodona 1'1% (N=3) e hidromorfona 0'4% (N=1). Tanto de gabapentina como de pregabalina se recogen 14 casos tratados con estos fármacos, representando cada uno de ellos un 5'1%.

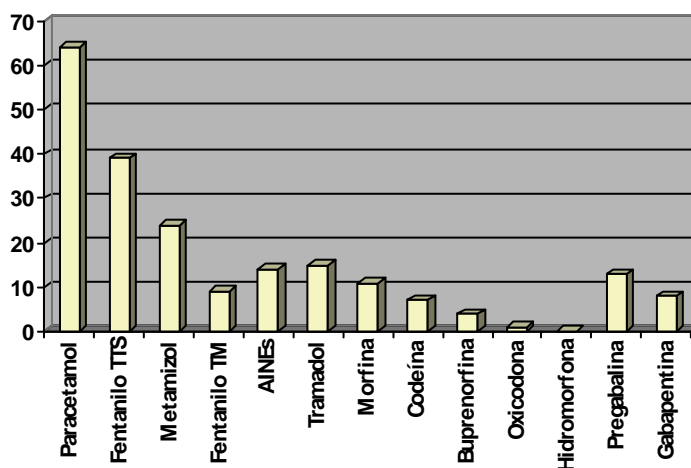
Analgesicos pacientes con dolor



En pacientes con dolor controlado, se observa la siguiente analgesia pautada, de nuevo por orden de frecuencia: paracetamol 17'7% (N=64), fentanilo transdérmico 10'8% (N=39), metamizol 6'7% (N=24), tramadol 4'2% (N=15), AINEs 3'9% (N=14), morfina 3'1% (N=11), fentanilo transmucoso 2'5% (N=9), codeína 1'9% (N=7), buprenorfina 1'1% (N=4), oxicodona 0'3% (N=1) e hidromorfona 0% (N=0). Otros tratamientos son gabapentina en un 2'2% (N=8) y pregabalina en un 3'6% (N=13). En los tratamientos analgésicos pautados previamente a la intervención del ESAD, se

encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0'005$) en morfina y tramadol, siendo mucho mayor ($p < 0'001$) en fentanilo transdérmico y transmucoso, paracetamol metamizol y AINEs.

Analgésicos pacientes sin dolor



Las dosis medias de los analgésicos pautados en los pacientes con dolor, previamente a la intervención del ESAD, fueron las siguientes, ordenadas por grupos terapéuticos: morfina 35'98 mg/24h, fentanilo transdérmico 57'4 mcg/h/72h, fentanilo transmucoso 240'9 mcg, oxicodona 40 mg/24h, hidromorfona 1'47 mg/24h, buprenorfina 36 mcg/h/72h, tramadol 95'56 mg/24h, codeína 34 mg/24h, paracetamol 1364'6 mg/24h, metamizol 1033'4 mg/24h, gabapentina 622'2 mg/24h y pregabalina 161'1 mg/24h. Estas dosis no son menores de forma relevante respecto a las observadas en el total de la muestra, e incluso en muchos analgésicos son mayores que las observadas en el grupo de pacientes sin dolor, por lo que el problema de falta de control del dolor, puede no deberse a dosis de fármaco pautado, si no a tipo de analgésico pautado o a otros factores asociados, como se verá después.

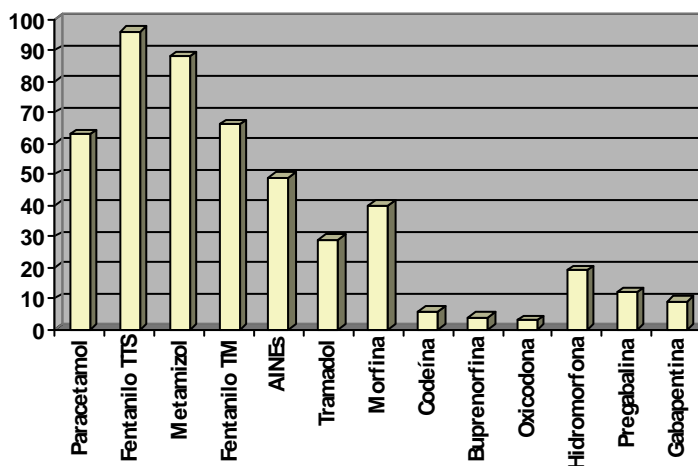
Las dosis medias de los analgésicos pautados en los pacientes sin dolor, previamente a la intervención del ESAD, fueron las siguientes: morfina 11'49 mg/24h, fentanilo transdérmico 44'1 mcg/h/72h, fentanilo transmucoso 225 mcg, oxicodona 320 mg/24h, hidromorfona 0 mg/24h, buprenorfina 20'5 mcg/h/72h, tramadol 107'07 mg/24h, codeína 64'4 mg/24h, paracetamol 1250 mg/24h, metamizol 1472'8 mg/24h, gabapentina 437'5 mg/24h y pregabalina 156'25 mg/24h.

Tabla 6. Dosis media previa de analgésicos

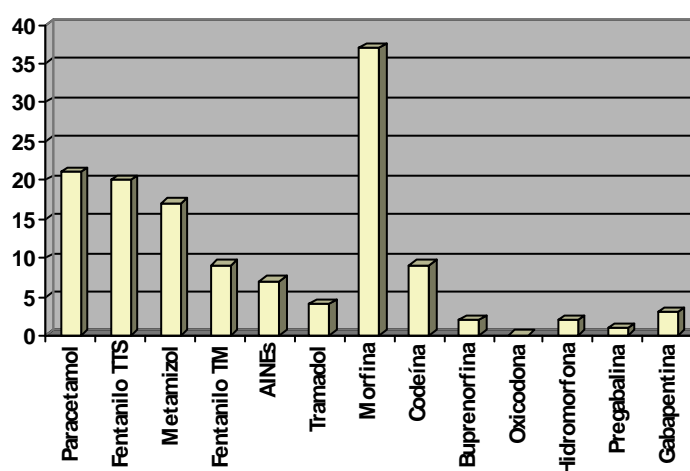
Fármaco	Dolor no controlado	Dolor controlado
Morfina	35'98 mg/24h	11'49 mg/24h
Fentanilo transdérmico	57'4 mcg/h/72h	44'1 mcg/h/72h
Fentanilo transmucoso	240'9 mcg	225 mcg
Oxicodona	40 mg/24h	320 mg/24h
Hidromorfona	1'47 mg/24h	0 mg/24h
Buprenorfina	36 mcg/h/72h	20'5 mcg/h/72h
Tramadol	95'56 mg/24h	107'07 mg/24h
Codeína	34 mg/24h	64'4 mg/24h
Paracetamol	1364'6 mg/24h	1250 mg/24h
Metamizol	1033'4 mg/24h	1472'8 mg/24h
Gabapentina	622'2 mg/24h	437'5 mg/24h
Pregabalina	161'1 mg/24h	156'25 mg/24h

En los pacientes que refirieron dolor no controlado, se pautan o modifican analgésicos previos por el ESAD de la siguiente manera, ordenados de forma decreciente: fentanilo transdérmico 35% (N=96), metamizol 32% (N=88), fentanilo transmucoso 24'2% (N=66), paracetamol 23% (N=63), AINEs 17'8% (N=49), morfina 14'5% (N=40), tramadol 10'5% (N=29), hidromorfona 7% (N=19), pregabalina 4'4% (N=12), gabapentina 3'3% (N=9), codeína 2'2% (N=6), buprenorfina 1'5% (N=4) y oxicodona 1'1% (N=3).

Analgesicos pacientes con dolor



Analgésicos pacientes sin dolor



En los pacientes que no refirieron dolor en la primera valoración, se pautan o modifican los siguientes analgésicos previos debido a incremento del dolor posteriormente de la siguiente manera: morfina 10'2% (N=37), paracetamol 5'8% (N=21), fentanilo transdérmico 5'5% (N=20), metamizol 4'7% (N=17), fentanilo transmucoso 2'5% (N=9), codeína 2'5% (N=9), AINEs 1'9% (N=7), tramadol 1'1% (N=4), gabapentina 0'8% (N=3), hidromorfona 0'6% (N=2), buprenorfina 0'6% (N=2) pregabalina 0'3% (N=1) y oxícodona 0% (N=0). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0'001$) en fentanilo transdérmico y transmucoso, tramadol, paracetamol metamizol, AINEs, pregabalina y con $p < 0'05$ en gabapentina.

Estas variaciones, dan lugar a la modificación de las dosis de los fármacos, según se detallan, en los pacientes que presentaron dolor en la primera valoración. Se refleja la dosis media tras la primera visita y la dosis media al final del proceso: paracetamol dosis media 1966 mg/24h y 1775'2 mg/24h, metamizol 2459'3 mg/24h y 2198'6 mg/24h, codeína 54'45 mg/24h y 35'64 mg/24h, tramadol 59'5 mg/24h y 50'7 mg/24h, buprenorfina 32'1 mcg/h/72h y 32'1 mcg/h/72h, morfina 64'26 mg/24h y 71'9 mg/24h, oxícodona 26'6 mg/24h y 0 mg/24h, fentanilo transdérmico 71'26 mcg/h/72h y 91'5 mcg/h/72h, fentanilo transmucoso 445'5 mcg y 423'8 mcg e hidromorfona 8'42 mg/24h y 17'47 mg/24h. La dosis media de gabapentina aumenta a 661'1 mg/24h sin existir datos acerca del aumento de dosis de pregabalina.

En los pacientes que no refirieron dolor en la primera visita, se llevan a cabo las siguientes modificaciones de dosis: paracetamol dosis media 1794'85 mg/24h y 1795'6 mg/24h, metamizol 2036 mg/24h y 2011 mg/24h, codeína 18'7 mg/24h y 18'7 mg/24h, tramadol 74'93 mg/24h y 50'7 mg/24h, buprenorfina 38 mcg/h/72h y 42'25 mcg/h/72h, morfina 25'14 mg/24h y 64'21 mg/24h, oxicodona 320 mg/24h y 320 mg/24h, fentanilo transdérmico 48'73 mcg/h/72h y 49'38 mcg/h/72h, fentanilo transmucoso 287'5 mcg y 287'5 mcg e hidromorfona 4 mg/24h y 4 mg/24h. La dosis media de gabapentina aumenta a 775 mg/24h, no existiendo datos acerca de las dosis de pregabalina.

Tabla 7. Dosis media final de analgésicos

Fármaco	Dolor no controlado	Dolor controlado
Morfina	71'9 mg/24h	64'21 mg/24h
Fentanilo transdérmico	91'5 mcg/h/72h	49'38 mcg/h/72h
Fentanilo transmucoso	423'8 mcg	287'5 mcg
Oxicodona	0 mg/24h	320 mg/24h
Hidromorfona	17'47 mg/24h	4 mg/24h
Buprenorfina	32'1 mcg/h/72h	42'25 mcg/h/72h
Tramadol	50'7 mg/24h	50'7 mg/24h
Codeína	35'64 mg/24h	18'7 mg/24h
Paracetamol	1775'2 mg/24h	1795'6 mg/24h
Metamizol	2198'6 mg/24h	2011 mg/24h
Gabapentina	661'1 mg/24h	775 mg/24h

Comparando las dosis de los diversos analgésicos entre los pacientes con dolor controlado y no controlado, se obtiene diferencias con significación estadística ($p < 0'05$) únicamente en las dosis posteriores a la actuación del ESAD en fentanilo transdérmico y codeína, sin existir diferencias en las dosis usadas previamente en ningún fármaco. En conclusión, las dosis previas de los fármacos usadas en los pacientes con dolor no controlado, no difieren de las usadas en pacientes con dolor controlado, por lo que el hecho de esta ausencia de control del dolor puede deberse al fármaco usado en lugar de a su dosis (y de otros factores, como ansiedad y otra sintomatología asociada).

Tabla 8. Variación de dosis de analgésicos en pacientes con dolor no controlado

Fármaco	Dosis previa	Dosis final
Morfina	35'98 mg/24h	71'9 mg/24h
Fentanilo transdérmico	57'4 mcg/h/72h	91'5 mcg/h/72h
Fentanilo transmucoso	240'9 mcg	423'8 mcg
Oxicodona	40 mg/24h	0 mg/24h
Hidromorfona	1'47 mg/24h	17'47 mg/24h
Buprenorfina	36 mcg/h/72h	32'1 mcg/h/72h
Tramadol	95'56 mg/24h	50'7 mg/24h
Codeína	34 mg/24h	35'64 mg/24h
Paracetamol	1364'6 mg/24h	1775'2 mg/24h
Metamizol	1033'4 mg/24h	2198'6 mg/24h
Gabapentina	622'2 mg/24h	661'1 mg/24h
Pregabalina	161'1 mg/24h	-

Tabla 9. Variación de dosis de analgésicos en pacientes con dolor controlado

Fármaco	Dosis previa	Dosis final
Morfina	11'49 mg/24h	64'21 mg/24h
Fentanilo transdérmico	44'1 mcg/h/72h	49'38 mcg/h/72h
Fentanilo transmucoso	225 mcg	287'5 mcg
Oxicodona	320 mg/24h	320 mg/24h
Hidromorfona	0 mg/24h	4 mg/24h
Buprenorfina	20'5 mcg/h/72h	42'25 mcg/h/72h
Tramadol	107'07 mg/24h	50'7 mg/24h
Codeína	64'4 mg/24h	18'7 mg/24h
Paracetamol	1250 mg/24h	1795'6 mg/24h
Metamizol	1472'8 mg/24h	2011 mg/24h
Gabapentina	437'5 mg/24h	775 mg/24h
Pregabalina	156'25 mg/24h	-

En las anteriores tablas se puede observar como en los pacientes con dolor se produce un aumento de la dosis de todos los fármacos, salvo disminución de dosis de oxicodona, buprenorfina y tramadol, debidas al uso de otros fármacos. En los pacientes

con dolor controlado no se da este fenómeno, disminuyendo sólo dosis medias en tramadol y en codeína.

Esto hace sospechar que en pacientes con dolor, se asocien otros factores que puedan influir en su percepción y manejo, por lo que se procede al análisis de otros síntomas asociados, obteniendo los porcentajes que se describen a continuación en pacientes con dolor: ansiedad en 96 pacientes (34'9%), depresión en 80 pacientes (29'1%), insomnio en 83 casos (30'2%), agitación en 45 personas (16'4%), disnea en 69 casos (25'1%), náuseas en 51 pacientes (18'5%) y anorexia en 153 personas (55'6%). En estos casos, además de los analgésicos previamente nombrados, se asociaba tratamiento previo a la intervención del ESAD con benzodiazepinas en 92 casos (33'5%) y con antidepresivos en 84 pacientes (30'5%). Tenían prescritos suplementos nutricionales 26 pacientes (9'5%). Tras la actuación del ESAD estos fármacos se ven pautados o modificados en 64 pacientes (23'3%) respecto a los antidepresivos y en 111 casos (40'4%) respecto a las benzodiazepinas, pautándose suplementación nutricional en 116 casos (42'2%). Las diferencias en estos aspectos con los pacientes que no presentaban dolor en la primera visita del ESAD son notables, de forma que los síntomas referidos fueron: ansiedad en 52 casos (14'4%), depresión en 55 personas (15'2%), insomnio en 61 pacientes (16'9%), agitación en 74 personas (20'4%), disnea en 70 casos (19'3%), náuseas en 27 personas (7'5%) y anorexia en 144 pacientes (39'8%). En estos se asociaron previamente a la intervención del ESAD benzodiazepinas en 108 casos (30%) y antidepresivos en 116 pacientes (32'2%). Se habían prescrito previamente suplementos nutricionales en 36 pacientes (10%). Tras la actuación del ESAD estos fármacos se ven pautados o modificados en 54 pacientes (14'9%) respecto a los antidepresivos y en 86 casos (23'8%) respecto a las benzodiazepinas. Se añade a su tratamiento suplemento nutricional en 102 casos (28'2%). Se observan diferencias significativas ($p < 0'001$) entre los pacientes que presentan dolor y los que no lo presentan en la existencia de anorexia, náuseas, ansiedad, insomnio y depresión. No se observan diferencias en disnea ni agitación. Previamente ya se ha descrito la correlación del dolor con anorexia, ansiedad, depresión e insomnio. Respecto a estos tratamientos no analgésicos, muestran diferencias significativas los antidepresivos ($p < 0'005$) y de forma muy significativa ($p < 0'001$) las benzodiazepinas y los suplementos nutriciones, posteriormente a la actuación del ESAD. No hay diferencias en esos aspectos antes de su intervención. Por otra parte, se

llevaron a cabo 58 sedaciones al final del proceso en casos con dolor (21'1%), frente a 47 realizadas en pacientes sin dolor (13%). Esta diferencia también es estadísticamente significativa ($p < 0'05$).

Tabla 10. Clínica y tratamientos en pacientes con dolor y sin dolor

	Dolor	No dolor
Ansiedad*	34'9% (N=96)	14'4% (N=52)
Depresión*	29'1% (N=80)	15'2% (N=55)
Insomnio*	30'2% (N=83)	16'9% (N=61)
Agitación	16'4% (N=45)	20'4% (N=74)
Disnea	25'1% (N=69)	19'3% (N=70)
Náuseas*	18'5% (N=51)	7'5% (N=27)
Anorexia*	55'6% (N=153)	39'8% (N=144)
BZD previas	33'5% (N=92)	30% (N=108)
Antidepresivos previos	30'5% (N=84)	32'2% (N=116)
Nutrición previa	9'5% (N=26)	10% (N=36)
BZD tras ESAD*	40'4% (N=111)	23'8% (N=86)
Antidepresivos tras ESAD**	23'3% (N=64)	14'9% (N=54)
Nutrición tras ESAD*	42'2% (N=116)	28'2% (N=102)
Sedación***	21'1% (N=58)	13% (N=47)

* $p < 0'001$ ** $p < 0'005$ *** $p < 0'05$

De esta manera se demuestra que en la percepción y en el tratamiento del dolor influyen factores psíquicos y presencia de otros síntomas asociados que deben evaluarse y tratarse adecuadamente para mejorar su control.

Tabla 10.1 Estadísticos de contraste(a)

	Disnea?	Anorexia?	Ansiedad?	Depresión?	Insomnio?	Agitación?	Náuseas?
U de Mann-Whitney	47127,00 0	42135,00 0	39756,000	43066,000	43351,000	47889,000	44451,00 0
W de Wilcoxon	112830,0 00	107838,0 00	105459,00 0	108769,00 0	109054,00 0	86115,000	110154,0 00
Z	-1,715	-3,925	-6,049	-4,222	-3,955	-1,328	-4,206
Sig. asintót. (bilateral)	,086	,000	,000	,000	,000	,184	,000

a Variable de agrupación: dolor?

Tabla 10.2 Estadísticos de contraste(a)

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
BZD	47844,000	112824,000	-,993	,321
Antidepre	48972,000	87198,000	-,383	,702
NI típico	48666,000	86892,000	-,738	,460
NI atípico	44976,000	83202,000	-3,332	,001
Suplenutri	49392,000	87618,000	-,244	,807
Morfina	47778,000	112758,000	-2,255	,024
Fentanilo	38662,500	103642,500	-6,789	,000
FentaTM	43717,500	108697,500	-5,514	,000
Hidromorf	49183,000	113803,000	-1,143	,253
Oxicodona	49278,000	114258,000	-1,278	,201
Bupre	48790,000	113770,000	-1,372	,170
Tramadol	46530,000	111510,000	-3,121	,002
Paracetamol	43392,000	108372,000	-3,741	,000
Metamizol	41472,000	106452,000	-5,976	,000
Codeína	49026,000	114006,000	-1,050	,294
AINE	45485,000	110465,000	-3,865	,000
Valproico	48930,000	113910,000	-1,332	,183
Gaba	47949,500	112569,500	-1,950	,051
Pregaba	48637,000	113257,000	-,908	,364
Laxante	41572,500	106192,500	-4,134	,000
O2	48306,000	85981,000	-,771	,440
Morfina	47822,000	113525,000	-1,640	,101
Fentanilo	35149,000	100852,000	-9,511	,000
Fenta TM2	38881,000	104584,000	-8,358	,000
Oxicodona	49413,000	115116,000	-1,987	,047
Bupre2	49326,000	115029,000	-1,167	,243
Tramadol	45078,000	110781,000	-5,436	,000
Paracetamol	41270,000	106973,000	-6,398	,000
Metamizol	36374,000	102077,000	-9,168	,000
Codeína	49800,000	88026,000	-,258	,797
AINEs	42053,000	107756,000	-6,991	,000
Valproico	49879,000	115582,000	-,148	,882
Gabapentina	48741,000	114444,000	-2,239	,025
Pregabalina	47922,000	113625,000	-3,604	,000
Corticoide2	48589,000	114292,000	-1,088	,277
BZD2	41552,000	107255,000	-4,547	,000
Antidepre2	45824,000	111527,000	-2,664	,008
Hipnótico2	48363,000	114066,000	-1,706	,088
Nutri	42855,000	108558,000	-3,744	,000
NLt	45724,000	111427,000	-2,346	,019

NLa	48521,000	86471,000	-,968	,333
Laxante2	35263,000	100604,000	-7,231	,000
Metilnaltrexona	47922,000	113625,000	-3,604	,000
Hidromorfona	46664,500	112005,500	-4,430	,000
Oxigeno	49266,000	86941,000	-,562	,574
Sedación	45763,000	111466,000	-2,820	,005

a Variable de agrupación: dolor?

Tabla 10.3 Estadísticos de contraste(a,b)

	Chi-cuadrado	Gl	Sig. asintót.
Dosismorf	2,065	1	,151
Morfina2	,016	1	,898
Dosismorf2	,106	1	,744
Dosisfenta	,045	1	,831
Fentanilo2	2,439	1	,118
Dosisfenta2	8,601	1	,003
Dosisfentatm0	,400	1	,527
Dosisfentatm1	3,510	1	,061
Dosisfentatm2	2,150	1	,143
Dosisoxicod	1,800	1	,180
Oxicodona2	2,000	1	,157
Dosisoxicod2	3,000	1	,083
Dosisbupre0	1,551	1	,213
Dosisbupre1	,089	1	,765
Dosisbupre2	,604	1	,437
Dosistrama	1,297	1	,255
Tramadol2	1,747	1	,186
Dosistrama2	1,568	1	,211
Dosisparaceta	,343	1	,558
Paraceta2	1,255	1	,263
Dosisparaceta2	,003	1	,954
Dosismeta	2,323	1	,127
Dosiscode	,110	1	,740
Codeína2	5,236	1	,022
Dosiscode2	,315	1	,575
Dosisvalpro	7,651	1	,006
Dosisvalpro2	7,788	1	,005
Dosisgaba	,776	1	,378
Dosisgaba2	1,349	1	,246
Dosispregaba	1,180	1	,277
Hidromorfona0	,105	1	,746
Hidromorfona1	,644	1	,422
Hidromorfona2	2,203	1	,138

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: dolor?

En los pacientes que presentaron dolor en la primera visita, respecto a la modificación de las dosis de analgésicos, se obtiene significación estadística ($p < 0,05$) en los siguientes fármacos: morfina, fentanilo, fentanilo TM, paracetamol, metamizol e hidromorfona.

Tabla 10.4 Estadísticos de contraste (d)

	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Morfina2 - dosismorf	-4,334(a)	,000
Dosismorf2 - morfina2	-,700(a)	,484
Dosismorf2 - dosismorf	-4,299(a)	,000
Fentanilo2 - dosisfenta	-6,497(a)	,000
Dosisfenta2 - fentanilo2	-4,971(a)	,000
Dosisfenta2 - dosisfenta	-7,233(a)	,000
Dosisfentatm1 - dosisfentatm0	-5,841(a)	,000
Dosisfentatm2 - dosisfentatm1	-,694(b)	,488
Dosisfentatm2 - dosisfentatm0	-5,343(a)	,000
Oxicodona2 - dosisoxicod	-,816(b)	,414
Dosisoxicod2 - oxicodona2	-1,000(b)	,317
Dosisoxicod2 - dosisoxicod	-1,604(b)	,109
Dosisbupre1 - dosisbupre0	,000(c)	1,000
Dosisbupre2 - dosisbupre1	,000(c)	1,000
Dosisbupre2 - dosisbupre0	,000(c)	1,000
Tramadol2 - dosistrama	-1,642(b)	,101
Dosistrama2 - tramadol2	-1,163(b)	,245
Dosistrama2 - dosistrama	-1,954(b)	,051
Paraceta2 - dosisparaceta	-3,552(a)	,000
Dosisparaceta2 - paraceta2	-2,417(b)	,016
Dosisparaceta2 - dosisparaceta	-2,756(a)	,006
Metamizol2 - dosismeta	-6,326(a)	,000
Dosismeta2 - metamizol2	-1,347(b)	,178
Dosismeta2 - dosismeta	-5,165(a)	,000
Codeína2 - dosiscode	-1,577(a)	,115
Dosiscode2 - codeína2	-1,841(b)	,066
Dosiscode2 - dosiscode	,000(c)	1,000
Dosisvalpro2 - dosisvalpro	-1,604(a)	,109
Dosisgaba2 - dosisgaba	-,299(a)	,765
Hidromorfona1 - hidromorfona0	-4,061(a)	,000
Hidromorfona2 - hidromorfona1	-2,808(a)	,005
Hidromorfona2 - hidromorfona0	-3,750(a)	,000

a Basado en los rangos negativos.

b Basado en los rangos positivos.

c La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.

d Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Tanto en el total de la muestra como en los pacientes que refirieron dolor en la primera visita, se puede observar una disminución de dosis de analgésicos menores y un aumento de dosis de opioides mayores, salvo de fentanilo transmucoso, lo que puede indicar una mejora en el control del dolor de base, al precisar menos dosis de rescates de analgesia (fentanilo opioide más usado).

1.2. ESPECIFICACIONES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL CONTEXTO DEL TOTAL DE LA MUESTRA

Dentro de los pacientes oncológicos, la distribución por tipo de tumor fue tal y como se puede observar en la tabla 12. La mayoría de los pacientes con cánceres atendidos por el ESAD de Barbastro en el periodo de realización del estudio, fueron de origen digestivo (37'5%), seguidos en segundo lugar por los urológicos (19'3%), pulmonares en tercer lugar (17'7%) y posteriormente ginecológicos (8,3%), mamarios (4,8%), hematológicos (8,6%) y cerebrales (3,8%). Se describió otro grupo de pacientes con la etiqueta de “otros” tumores, no recogiendo ningún caso.

Tabla 11. Tipo de tumor (% respecto total)

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	Digestivo	140	37,5
	Pulmón	66	17,7
	Urológico	72	19,3
	Ginecológico	31	8,3
	Mama	18	4,8
	Cerebral	14	3,8
	Hematológico	32	8,6
	Total	373	100,0

Tabla 12. Tipo de tumor (% respecto oncológicos)

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	Digestivo	135	38,1
	Pulmón	66	18,6
	Urológico	66	18,6
	Ginecológico	29	8,2
	Mama	17	4,8
	Cerebral	11	3,1
	Hematológico	30	8,5
	Total	354	100,0
Perdidos	Sistema	3	
Total		357	

En el momento de la primera valoración a todos estos pacientes, presentaban metástasis a distancia 213 de ellos, lo que supone un 57'56 % de la muestra de oncológicos, y un 33'38% del total de pacientes atendidos. Entre sexos se obtiene diferencia significativa ($p < 0'05$) en la presencia de metástasis de forma general y en las metástasis peritoneales, no encontrándose diferencias en el resto. En las tablas que siguen a continuación se especifican sólo por sexos éstas.

Tabla 13. Metástasis (M) en hombres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	100	45,2	45,5	45,5
	Sí	120	54,3	54,5	100,0
	Total	220	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		221	100,0		

Tabla 14. Metástasis (M) en mujeres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	41	30,1	30,8	30,8
	Sí	92	67,6	69,2	100,0
	Total	133	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		136	100,0		

Analizándolo por tipo de metástasis, presentan hepáticas 84 casos, lo que supone un 23'5 % de los pacientes oncológicos y un 39'9 % de los que presentan metástasis, pulmonares 67 casos (18'8 % de los pacientes oncológicos y 31'5 % de los que presentan metástasis), óseas 54 casos (15'1 % de los pacientes oncológicos y 25'4 % de los que presentan metástasis), cerebrales 13 casos (3'6 % de los pacientes oncológicos y 6'1 % de los que presentan metástasis), carcinomatosis peritoneal 33 casos (9'2 % de los pacientes oncológicos y 15'5 % de los que presentan metástasis), y en otras localizaciones menos típicas 53 casos (14'8 % de los pacientes oncológicos y 24'9 % de los que presentan metástasis). Se puede apreciar que a pesar de ser 357 los pacientes clasificados como oncológicos, la suma de los casos según "tipo de tumor" resulta 373 casos, y el total que tienen metástasis son 370. Este hecho se debe a que hubo pacientes afectados de cáncer que no fueron derivados por este motivo (N=16), sino por otros, y no

clasificados como oncológicos, sino como crónico-dependientes, llevándose a cabo registro del tumor que padecían y metástasis si era el caso.

Tabla 15. Metástasis (% respecto total de oncológicos)

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No	157	42,4
Sí	213	57,6
Total	370	100,0

**Tabla 16. Metástasis hepáticas
(% respecto total de oncológicos)**

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos No	120	33,6
Sí	84	23,5
Total	204	57,1
Perdidos Sistema	153	42,9
Total	357	100,0

**Tabla 17. Metástasis hepáticas
(% respecto total de metástasis)**

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos No	119	55,9
Sí	85	39,9
Total	204	95,8
Perdidos Sistema	9	4,2
Total	213	100,0

**Tabla 18. Metástasis pulmonares
(% respecto total de oncológicos)**

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos No	137	38,4
Sí	67	18,8
Total	204	57,1
Perdidos Sistema	153	42,9
Total	357	100,0

Tabla 19. Metástasis pulmonares**(% respecto total de metástasis)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	137	64,3
	Sí	67	31,5
	Total	204	95,8
Perdidos	Sistema	9	4,2
Total		213	100,0

Tabla 20. Metástasis óseas**(% respecto total de oncológicos)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	150	42,0
	Sí	54	15,1
	Total	204	57,1
Perdidos	Sistema	153	42,9
Total		357	100,0

Tabla 21. Metástasis óseas**(% respecto total de metástasis)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	150	70,4
	Sí	54	25,4
	Total	204	95,8
Perdidos	Sistema	9	4,2
Total		213	100,0

Tabla 22. Metástasis cerebrales**(% respecto total de oncológicos)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	191	53,5
	Sí	13	3,6
	Total	204	57,1
Perdidos	Sistema	153	42,9
Total		357	100,0

Tabla 23. Metástasis cerebrales**(% respecto total de metástasis)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	191	89,7
	Sí	13	6,1
	Total	204	95,8
Perdidos	Sistema	9	4,2
Total		213	100,0

Tabla 24. Metástasis peritoneales**(% respecto total de oncológicos)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	171	47,9
	Sí	33	9,2
	Total	204	57,1
Perdidos	Sistema	153	42,9
Total		357	100,0

Tabla 25. Metástasis peritoneales**(% respecto total de metástasis)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	171	80,3
	Sí	33	15,5
	Total	204	95,8
Perdidos	Sistema	9	4,2
Total		213	100,0

Tabla 26. Metástasis peritoneales en hombres**(% respecto total de metástasis)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	107	48,4
	Sí	12	5,4
	Total	119	53,8
Perdidos	Sistema	102	46,2
Total		221	100,0

Tabla 27. Metástasis peritoneales en mujeres**(% respecto total de metástasis)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	64	47,1
	Sí	21	15,4
	Total	85	62,5
Perdidos	Sistema	51	37,5
Total		136	100,0

Tabla 28. Otras metástasis**(% respecto total de oncológicos)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	151	42,3
	Sí	53	14,8
	Total	204	57,1
Perdidos	Sistema	153	42,9
Total		357	100,0

Tabla 29. Otras metástasis**(% respecto total de metástasis)**

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos	No	151	70,9
	Sí	53	24,9
	Total	204	95,8
Perdidos	Sistema	9	4,2
Total		213	100,0

Del total de pacientes oncológicos atendidos por el ESAD (N=357) habían recibido tratamiento curativo 220 pacientes, el 62'1 % de los mismos, de manera que habían sido intervenidos quirúrgicamente 121 casos, un 55% de los pacientes oncológicos tratados etiológicamente, siendo el único tratamiento recibido (sin precisar quimioterapia, radioterapia u otros tratamientos) 34 casos, lo que supone tan solo un 15'5% de los tratados. Recibieron quimioterapia 164 pacientes, un 74'54% de los tratados, siendo el único tratamiento recibido en 59 de ellos (26'8% de los pacientes oncológicos tratados). Fueron sometidos a radioterapia, 64 pacientes (29'1% de los pacientes oncológicos tratados), como único tratamiento en sólo 4 casos (1'8%). Por

último, se tratan con fármacos hormonales 22 pacientes (10%), siendo el único fármaco en 8 de ellos (3´6%). Las combinaciones de los diversos tratamientos descritos, se pueden apreciar en la tabla 31. Existen tres casos perdidos respecto al tratamiento previo recibido por no haberse podido precisar correctamente.

**Tabla 30. Tratamiento activo
(% respecto total de oncológicos)**

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No	134	37,9
Sí	220	62´1
Total	354	100,0

Tabla 31. Tipo de tratamiento etiológico

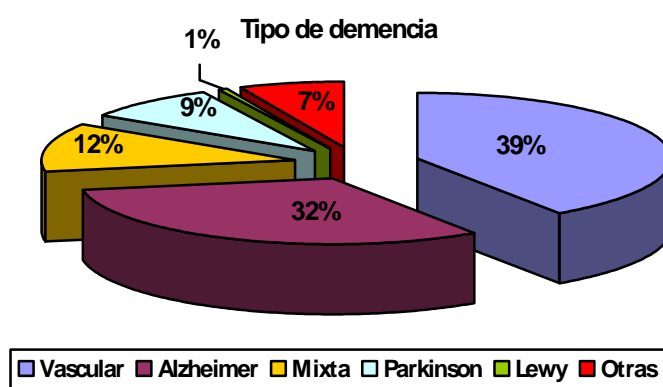
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Quirúrgico (Qx)	34	15,5
Quimioterapia (QT)	59	26,8
Radioterapia (RT)	4	1,8
Hormonoterapia (HT)	8	3,6
Qx+QT	47	21,4
Qx+RT	5	2,3
Qx+QT+RT	28	12,7
Qx+RT+HT+QT	2	,9
QT+RT	20	9,1
RT+HT	2	,9
HT+QT	4	1,8
Qx+QT+RT	1	,5
Qx+HT	3	1,4
Qx+QT+HT	1	,5
QT+RT+HT	2	,9
Total	220	100,0

Otros aspectos relativos a los pacientes oncológicos se analizarán posteriormente, al realizar el estudio comparativo con los pacientes no oncológicos o crónico-dependientes.

1.3. ESPECIFICACIONES DEL PACIENTE CON DEMENCIA EN EL CONTEXTO DEL TOTAL DE LA MUESTRA

Presentan deterioro cognitivo establecido y diagnosticado en el momento de nuestra primera valoración 195 pacientes (el 30'7% del total de la muestra). El 42'6 % son hombres (N=83) y el 57'4 % son mujeres (N=112), con una edad media de 83'88 +/-7 años. En hombres dementes esta edad media es de 81'8+/-6'2 años y en mujeres de 85'3+/-7'2 años, existiendo diferencias significativas (<0'001).

El origen vascular es el diagnóstico etiológico más frecuente, al suponer un 40'4% (N=74) de dichos casos. Es seguido por la enfermedad de Alzheimer, presente en un 31'7% (N=58) de los casos de demencia y el resto presentan otros orígenes, como deterioro cognitivo mixto en el 12% (N=22), demencia asociada a enfermedad de Parkinson un 8'7% (N=16), un caso de demencia por cuerpos de Lewy, lo que representó un 0'5% de los dementes y otros orígenes un 6'6% (N=12), existiendo 12 casos de demencia no filiada, por lo que no se han incluido en el apartado de tipos de demencia.



Se trata de pacientes con un grado moderado y severo de deterioro medido según la escala GDS de Reisberg, con una puntuación media en ella de 6 +/-1'05, con una puntuación media de 8'87 errores en el test de Pfeiffer y con un grado de dependencia severo (índice de Barthel medio previo de 19'73 +/-31'8 y de 11'9 +/-23 en la primera valoración). No se detectan diferencias entre el GDS medio de hombres y de mujeres dementes (5'85+/-1'1 en hombres y 6'1+/-0'99 en mujeres).

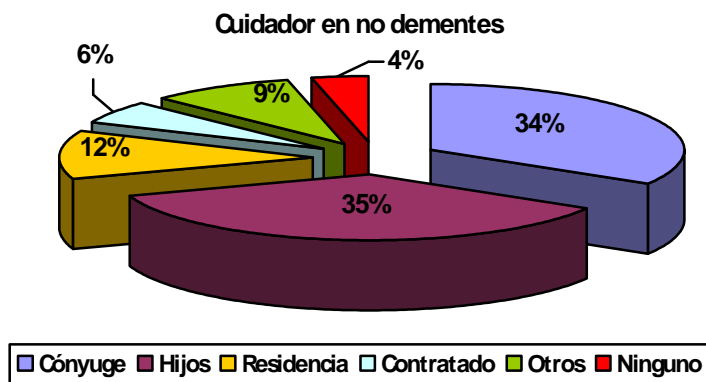
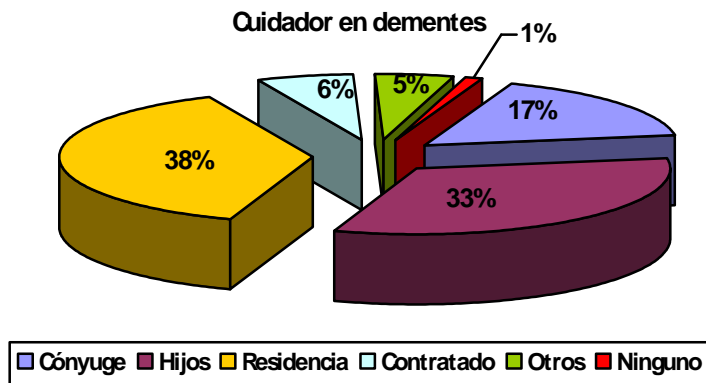
En pacientes sin demencia, se detectan notables diferencias en alguno de estos aspectos, mostrando una puntuación en el índice de Barthel previo de 85+/-30'3 y en la primera visita de 52'34+/-38. Al realizar el test de Pfeiffer a pacientes sin demencia se obtienen una puntuación media de 1'48+/-3'2. Las diferencias obtenidas en Barthel y Pfeiffer son estadísticamente significativas, con una $p < 0'001$. Este grupo de pacientes, incluidos dentro de los crónico-dependientes, presentan una menor polifarmacia, con una media de 6'3 +/-3'1 fármacos previos y generan una similar actividad respecto a la totalidad de la muestra, al obtenerse un número medio de visitas en el periodo de seguimiento de 2'34 +/-2'1 visitas en un tiempo medio de 54'72 +/-53'15 días. En pacientes sin demencia se obtiene una media de 7'28+/-3'34 fármacos, realizándose una media de 2'83+/-2'7 visitas en un tiempo de seguimiento medio de 56'71+/-58'17 días. Las diferencias en cuanto a polifarmacia son estadísticamente significativas ($p=0'001$), no encontrándose diferencias respecto a la actividad generada.

Tabla 32. Estadísticos de contraste(a)

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Barthel previo	7980,500	25185,500	-17,203	,000
Barthel actual	16195,000	34723,000	-12,469	,000
Pfeiffer	5893,500	78283,500	-17,273	,000
EVA	421,000	8296,000	-,170	,865
Número visitas	39353,500	58463,500	-1,791	,073
Tiempo seguimiento días	42020,500	139481,500	-,457	,647
Número fármacos previo	35285,500	54006,500	-3,402	,001

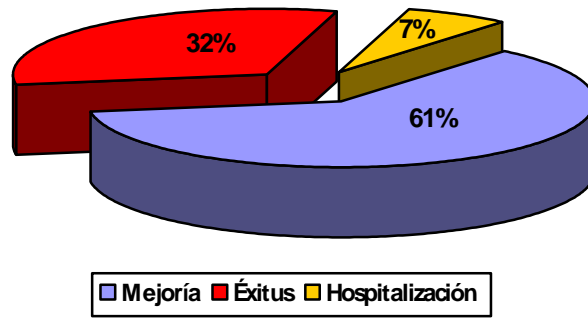
a Variable de agrupación: demencia?

Respecto al cuidador principal, se observa un marcado aumento de la institucionalización en residencias en los pacientes con antecedente de demencia, encontrándose en esta situación 74 casos, un 37'9% de los dementes, en comparación con 52 pacientes sin demencia, lo que representa sólo un 11'8%. Las diferencias se hacen notables también en la frecuencia de presencia de cónyuge como cuidador principal, siendo mayor en pacientes sin demencia (33'7%) que en dementes (16'9%). Los porcentajes se igualan más cuando asumen los cuidados los hijos, otros familiares o cuentan con cuidador contratado, como se puede observar en las tablas adjuntas. Se podría concluir que la demencia sobrecarga más al cónyuge, determinando mayor institucionalización del paciente.



Y respecto al motivo de alta, curiosamente, los pacientes con antecedente de demencia presentan un porcentaje menor de fallecimientos y de hospitalización que los no dementes. Fallecen 62 pacientes con demencia (31'8%) frente a 234 sin demencia (53'1%) y son hospitalizados 13 dementes (6'7%) frente a 77 pacientes sin demencia (17'5%). También es mucho mayor el porcentaje de altas por estabilización o mejoría del cuadro que origina la intervención del ESAD en pacientes dementes (61%) que en no dementes (28'8%). Las diferencias observadas en cuanto a mortalidad y hospitalización son muy significativas ($p < 0'001$). Por esto la demencia es una enfermedad, en fases avanzadas, muy susceptible de atención domiciliar especializada.

Motivo de alta en dementes



Motivo de alta en no dementes

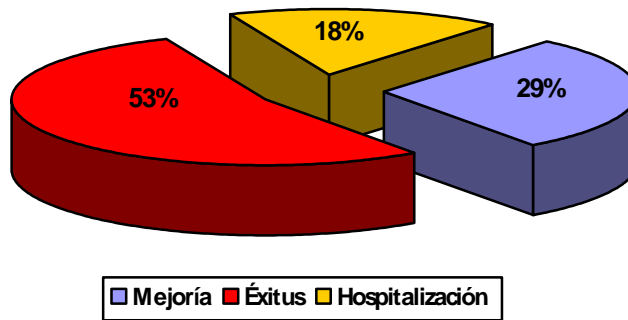


Tabla 33. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra-éxitus

		Demencia
N		296
Parámetros normales(a,b)	Media	,21
	Desviación típica	,408
Diferencias más extremas	Absoluta	,487
	Positiva	,487
	Negativa	-,304
Z de Kolmogorov-Smirnov		8,376
Sig. asintót. (bilateral)		,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 34. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra-hospitalización

		Demencia
N		90
	Media	,14
Parámetros normales(a,b)	Desviación típica	,354
Diferencias más extremas	Absoluta	,514
	Positiva	,514
	Negativa	-,341
Z de Kolmogorov-Smirnov		4,878
Sig. asintót. (bilateral)		,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

Presentaban UPP el 19'6% (N=38) de los pacientes con demencia, frente a un 3'9% (N=17) en pacientes sin demencia, obteniéndose una importante significación estadística en esta diferencia ($p < 0'001$). Ocurre lo mismo con la presencia de un síndrome de inmovilidad, observado en 137 casos, lo que supone un 70'3% de los pacientes con demencia, y que podría condicionar la existencia de dichas UPP. En pacientes sin demencia se observa síndrome de inmovilidad en 106 casos, equivalente a un 24% ($p < 0'001$). Los pacientes con antecedente de demencia presentan los siguientes antecedentes médicos: el 50% del total de la muestra (N=97) presentaba antecedente de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM) el 24'2 % (N=47), arritmia completa por fibrilación auricular (ACxFA) el 17'5 % (N=34), accidente cerebrovascular agudo (ACV) el 24'2 % (N=47), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el 9'3 % (N=18), cardiopatía isquémica (IAM) el 12'4 % (N=24), dislipemia el 8'8 % (N=17), anemia el 9'3 % (N=18), insuficiencia cardíaca (IC) el 8'8 % (N=17), insuficiencia renal crónica (IRC) el 7'2 % (N=14), parkinsonismo el 20'1 % (N=39) y hepatopatía crónica el 1'5 % (N=3). Fueron derivados 27 casos de demencia (13'8%) por su patología oncológica asociada, siendo descritos los tumores padecidos por dementes (N=33) en la tabla 35.

Tabla 35. Tipo de tumor en dementes

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Válidos Digestivo	11	33,3
Pulmón	4	12,1
Urológico	7	21,2
Ginecológico	3	9,1
Mama	4	12,1
Cerebral	1	3,0
Hematológico	3	9,1
Total	33	100,0

Respecto a los antecedentes médicos recogidos, se observan diferencias estadísticamente significativas marcadas entre dementes y pacientes sin demencia en ACV y parkinsonismo ($p < 0'001$) y más débilmente con HTA y presencia de hepatopatía crónica ($p < 0'05$), sin encontrarse diferencias en el resto. En la tabla 36 se representan estos antecedentes ordenados según la frecuencia en los pacientes dementes:

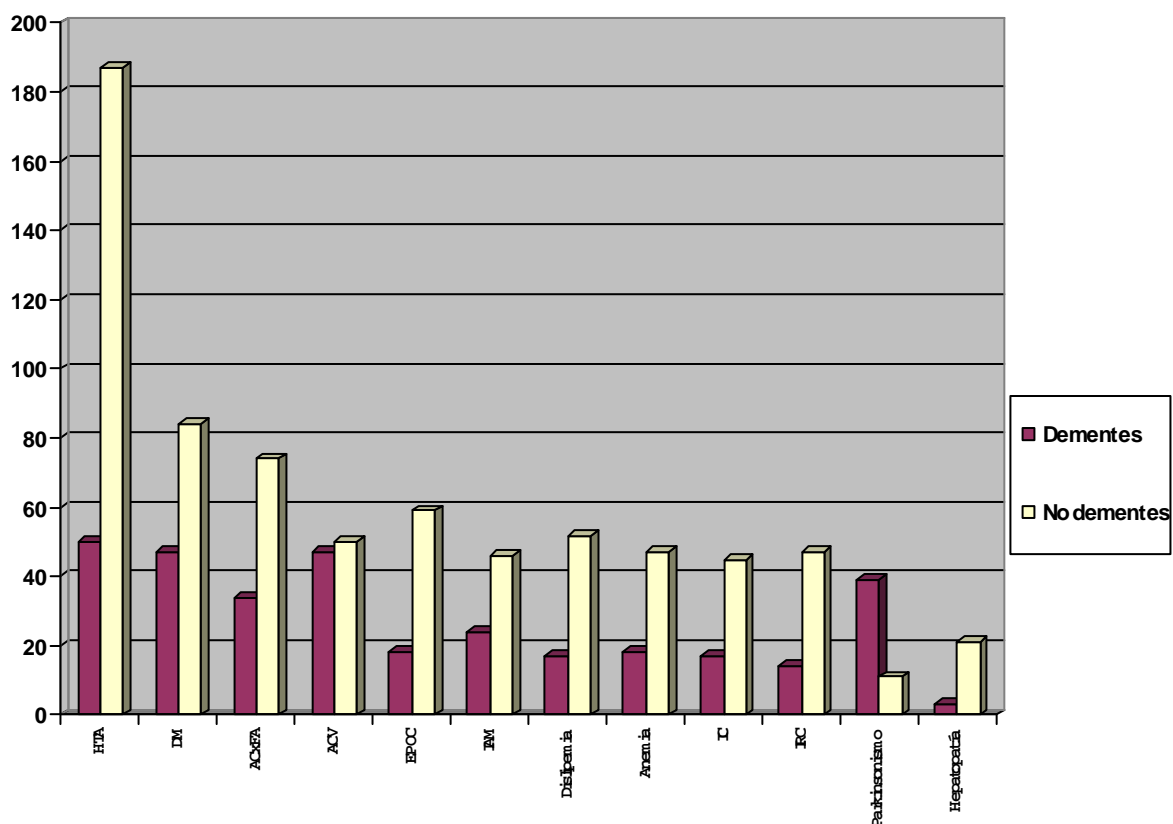
Tabla 36. Antecedentes médicos en dementes y no dementes

Antecedentes	Dementes	No dementes
HTA*	50 % (N=97)	42'4 % (N=187)
Diabetes	24'2 % (N=47)	19 % (N=84)
ACV **	24'2 % (N=47)	11'3 % (N=50)
Parkinsonismo**	20'1 % (N=39)	2'5 % (N=11)
ACxFA	17'5 % (N=34)	16'8 % (N=74)
Cardiopatía isquémica	12'4 % (N=24)	10'4 % (N=46)
EPOC	9'3 % (N=18)	13'4 % (N=59)
Anemia	9'3 % (N=18)	10'7 % (N=47)
Dislipemia	8'8 % (N=17)	11'8 % (N=52)
IC	8'8 % (N=17)	10'2 % (N=45)
IRC	7'2 % (N=14)	10'7 % (N=47)
Hepatopatía*	1'5 % (N=3)	4'8 % (N=21)

* $p < 0'05$

** $p < 0'001$

Antecedentes médicos



Los pacientes con antecedente de demencia presentaban la siguiente clínica en orden decreciente de frecuencia: agitación psicomotriz/delirium en el 38'5% (N=75), anorexia en el 31'3% (N=61), dolor en el 27'2% (N=53) con un EVA medio de 6'43 +/- 1'8 (obtenido sólo en 7 casos por adecuada colaboración), insomnio en el 15'9% (N=31), disnea en el 7'2% (N=14) con una puntuación media según la NYHA de 3'43 +/- 0'8 (escala obtenida únicamente en 14 casos), ansiedad en el 5'6% (N=11), náuseas en el 2'1% (N=4) y depresión en el 1'5% (N=3).

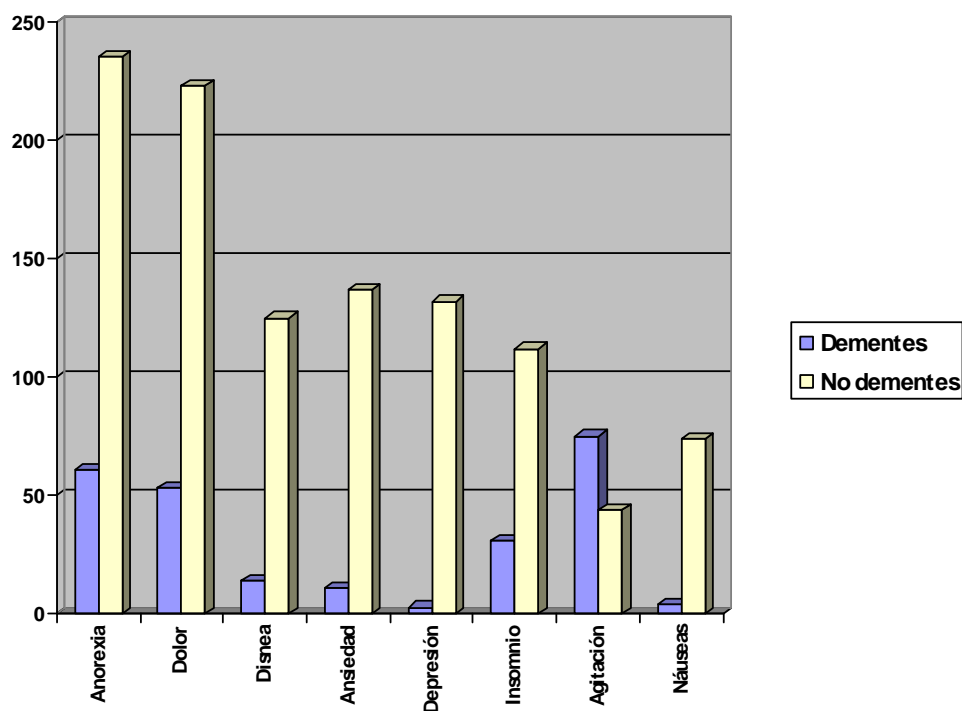
En los pacientes sin demencia se observan notables diferencias en cuanto a la sintomatología recogida: agitación psicomotriz/delirium en el 10% (N=44), anorexia en el 53'3 % (N=235), dolor en el 50'6 % (N=223) con un EVA medio de 6'54 +/- 1'8 (obtenido en 125 casos), insomnio en el 25'4 % (N=112), disnea en el 28'3 % (N=125) con una puntuación media según la NYHA de 2'59 +/- 0'84 (registrado en 119 casos), ansiedad en el 31'1 % (N=137), náuseas en el 16'8 % (N=74) y depresión en el 29'9 %

(N=132). Las diferencias observadas entre dementes y no dementes respecto a la sintomatología son todas estadísticamente muy significativas ($p < 0'001$).

Tabla 37. Clínica presentada en dementes y en no dementes

Síntomas	Dementes	No dementes
Dolor	27'2% (N=53)	50'6 % (N=223)
EVA	6'43 +/-1'8	6'54 +/-1'8
Disnea	7'2% (N=14)	28'3 % (N=125)
NYHA	3'43 +/-0'8	2'59 +/-0'84
Anorexia	31'3% (N=61)	53'3 % (N=235)
Ansiedad	5'6% (N=11)	31'1 % (N=137)
Depresión	1'5% (N=3)	29'9 % (N=132)
Insomnio	15'9% (N=31)	25'4% (N=112)
Agitación	38'5% (N=75)	10% (N=44)
Náuseas	2'1% (N=4)	16'8 % (N=74)

Síntomas



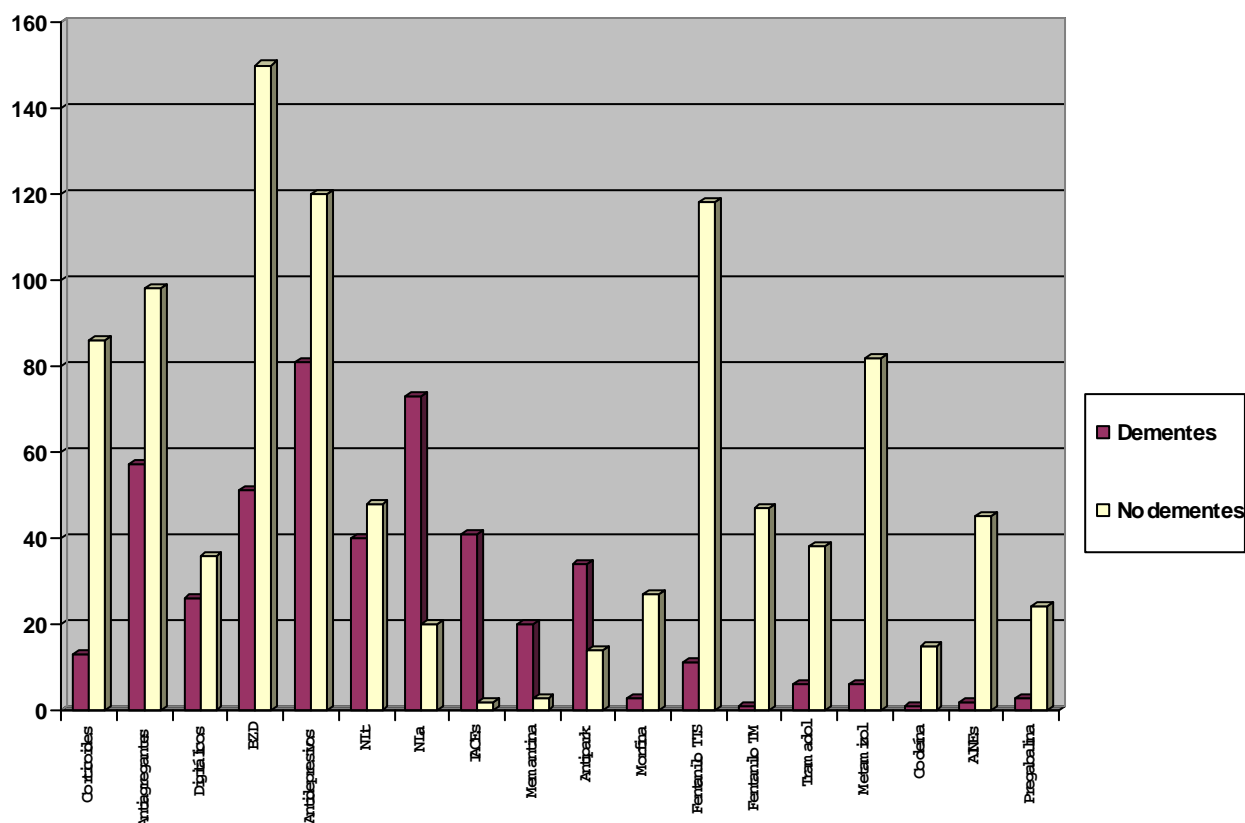
De los pacientes con antecedente de demencia, un 31'28% se encuentran en tratamiento con fármacos antidemencia, de forma que un 21'2% son tratados con IACEs (67'2% de los tratados) y un 10'4% son tratados con memantina (32'8% de los tratados). En la siguiente tabla se han representado todos los tratamientos previos a la intervención del ESAD en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0'05$) entre los pacientes con y sin antecedente de demencia:

Tabla 38. Diferencias significativas en tratamientos previos entre dementes y no dementes

Fármacos previos	Dementes	No dementes
Corticoides *	6'7 % (N=13)	19'5 % (N=86)
Antiagregantes	29'5 % (N=57)	22'2 % (N=98)
Digitálicos	13'5 % (N=26)	8'2 % (N=36)
Benzodiacepinas	26'4 % (N=51)	34 % (N=150)
Antidepresivos *	42 % (N=81)	27'2 % (N=120)
Neurolépticos típicos *	20'7 % (N=40)	10'9 % (N=48)
Neurolépticos atípicos *	37'8 % (N=73)	4'5 % (N=20)
IACEs *	21'2 % (N=41)	0'5 % (N=2)
Memantina *	10'4 % (N=20)	0'7 % (N=3)
Antiparkinsonianos *	17'6 % (N=34)	3'2 % (N=14)
Morfina	1'6 % (N=3)	6'1 % (N=27)
Fentanilo transdérmico *	5'7 % (N=11)	26'8 % (N=118)
Fentanilo transmucoso *	0'5 % (N=1)	10'7 % (N=47)
Tramadol	3'1 % (N=6)	8'6 % (N=38)
Metamizol *	3'1 % (N=6)	18'6 % (N=82)
Codeína	0'5 % (N=1)	3'4 % (N=15)
AINEs *	1 % (N=2)	10'2 % (N=45)
Pregabalina	1'6 % (N=3)	5'4 % (N=24)

* $p < 0'001$

Tratamientos previos



Tras la intervención del ESAD, se observa modificación de diversos tratamientos, representándose en la siguiente tabla los fármacos modificados o de nueva prescripción en los que se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre dementes y no dementes:

Tabla 39. Diferencias significativas en tratamientos pautados por ESAD entre dementes y no dementes

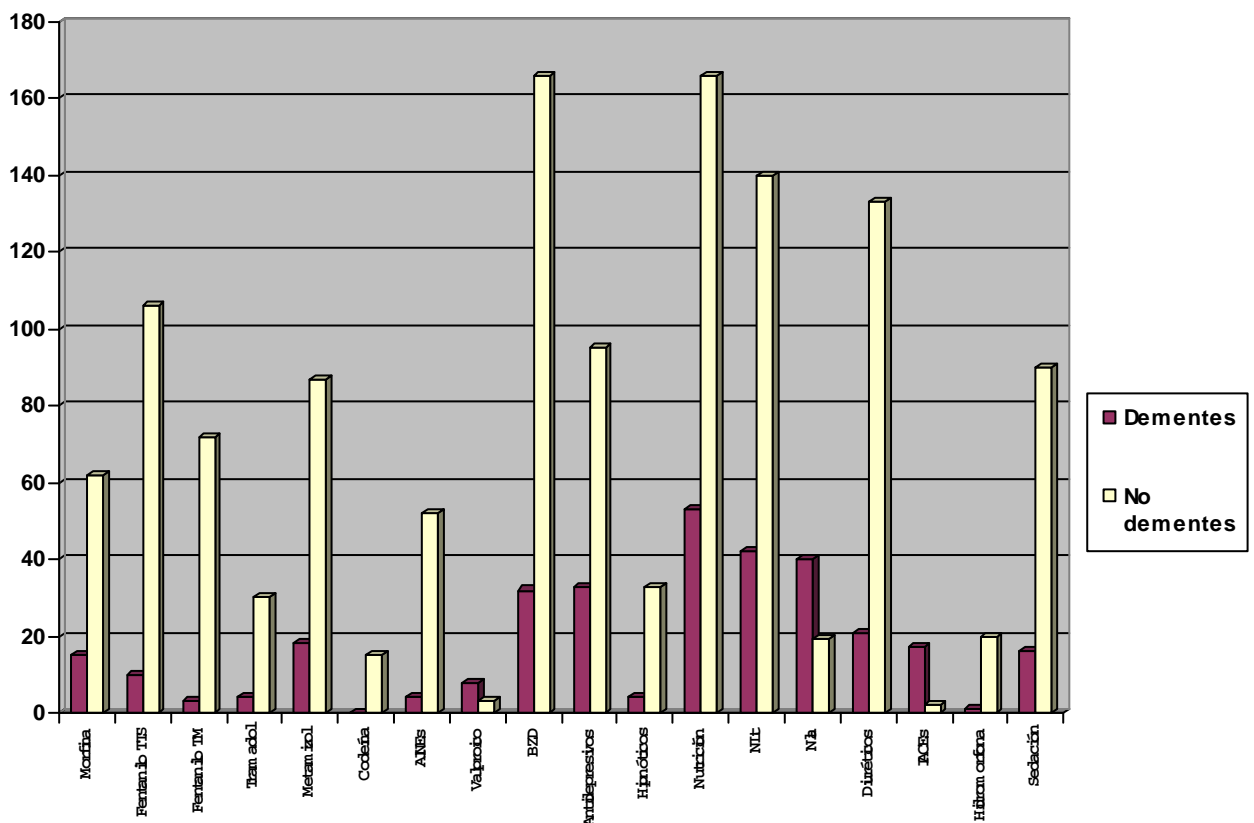
Fármacos tras ESAD	Dementes	No dementes
Morfina	7'7 % (N=15)	14'1 % (N=62)
Fentanilo transdérmico *	5'1 % (N=10)	24'1 % (N=106)
Fentanilo transmucoso *	1'5 % (N=3)	16'4 % (N=72)
Tramadol	2'1 % (N=4)	6'8 % (N=30)
Metamizol *	9'2 % (N=18)	19'7 % (N=87)
Codeína	0 % (N=0)	3'4 % (N=15)
AINEs *	2'1 % (N=4)	11'8 % (N=52)
Valproico	4'1 % (N=8)	0'7 % (N=3)

Benzodiacepinas *	16´4 % (N=32)	37´6 % (N=166)
Antidepresivos	11´8 % (N=33)	21´5 % (N=95)
Hipnóticos no BZD	2´1 % (N=4)	7´5 % (N=33)
Suplementación nutricional	27´2 % (N=53)	37´6 % (N=166)
Neurolépticos típicos	21´5 % (N=42)	31´7 % (N=140)
Neurolépticos atípicos *	20´7 % (N=40)	4´3 % (N=19)
Diuréticos *	10´9 % (N=21)	30´2 % (N=133)
IACEs *	8´8 % (N=17)	0´5 % (N=2)
Hidromorfona	0´5% (N=1)	4´5 % (N=20)
Sedación	8´2 % (N=16)	20´4 % (N=90)

* p<0´001

Precisaron sedación al final del proceso 16 pacientes con antecedente de demencia (8´2%) y 90 pacientes sin dicho antecedente (20´4%), resultando una diferencia estadísticamente significativa (p<0´001), por lo que se puede concluir que la demencia no es un factor que predisponga a la sedación.

Tratamientos tras ESAD



1.4. EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICO-TERAPÉUTICAS

Respecto al asunto de la información aportada al paciente acerca del proceso patológico de base que motiva nuestra intervención, 284 pacientes del total de la muestra, lo que supone un 45'2% del total, fueron clasificados como “no corresponde”, dado que su enfermedad ocasionaba un deterioro cognitivo suficiente para no poder ser valorado dicho aspecto o resultar irrelevante por no tratarse de enfermedad oncológica, donde frecuentemente se lleva a cabo una conspiración del silencio.

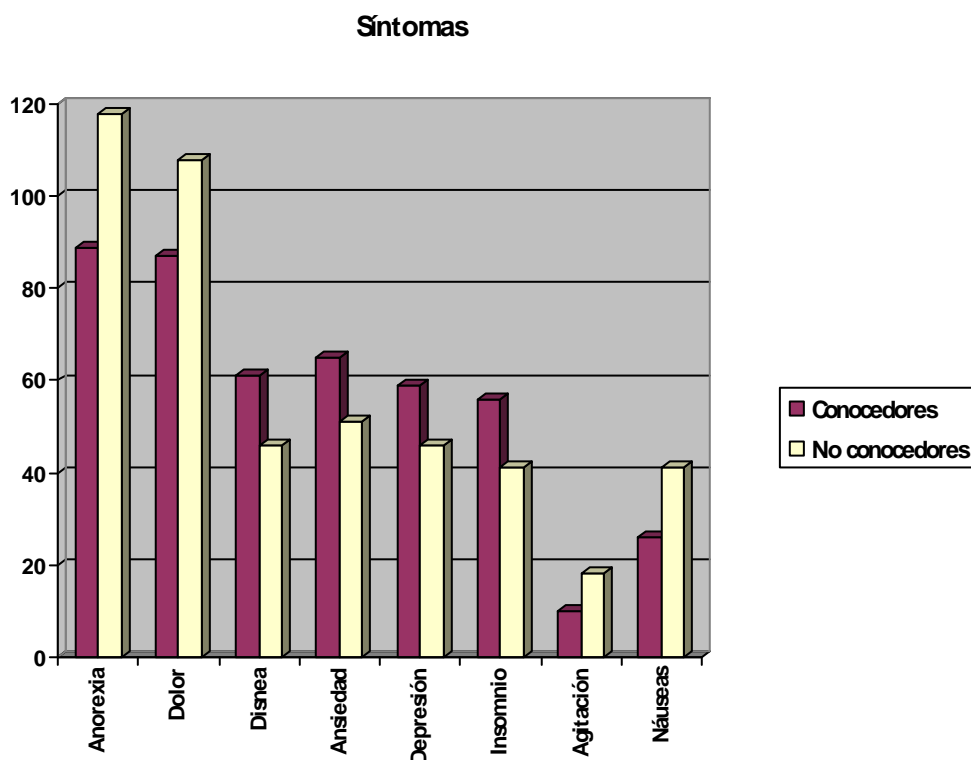
De los pacientes candidatos a ser evaluado el conocimiento o no de su enfermedad de base (N=344), obtenemos que tan solo 161 (un 46'8%) de ellos habían sido informados de dicho aspecto, permaneciendo un 53'2% sin ser conocedores de la enfermedad que padecen.

Un alto porcentaje de los pacientes oncológicos desconocen el diagnóstico de su enfermedad, de forma que un 50'9% (N=177) no saben que padecen un cáncer. Un 43'4% (N=151) sí que eran conocedores del proceso de base y en un 5'7% (N=20) se consideró que no correspondía determinar el hecho de si eran o no conocedores del proceso oncológico, dado su mal estado en la primera valoración o padecer demencia asociada (N=14). En este sentido hay 9 casos perdidos en los pacientes oncológicos, al no haberse recogido esta información. Comparando por sexos, se observa un mayor porcentaje de desconocimiento de la enfermedad en hombres que en mujeres, de forma que 118 hombres (35'3%) no sabían el diagnóstico frente a 65 mujeres (22'1%). Las diferencias encontradas entre sexos en este aspecto son marcadamente significativas ($p < 0'001$). En pacientes oncológicos se mantienen estas diferencias, siendo mayor el número de pacientes varones desconocedores de su enfermedad (54'2%) que mujeres (45'6%), aunque estas diferencias pierden significación respecto al total de la muestra ($p = 0'074$). Como se puede observar en la siguiente tabla, se dan marcadas diferencias clínicas entre los pacientes conocedores y los no conocedores de su enfermedad de base:

Tabla 40. Clínica presentada en conocedores y no conocedores de su enfermedad

Síntoma	Conocedor	No conocedor
Dolor	54 % (N=87)	59 % (N=108)
Disnea*	37'9 % (N=61)	25'1 % (N=46)
Anorexia	55'3 % (N= 89)	64'5 % (N=118)
Ansiedad*	40'4 % (N=65)	27'9 % (N=51)
Depresión*	36'6 % (N=59)	25'1 % (N=46)
Insomnio*	34'8 % (N=56)	22'4 % (N=41)
Agitación	6'2 % (N=10)	9'8 % (N=18)
Náuseas	16'1 % (N=26)	22'4 % (N=41)

* p<0'05



Se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0'05$) en disnea, ansiedad, depresión e insomnio. Estas diferencias en la percepción de síntomas conllevan también disparidad en las actuaciones terapéuticas por parte del ESAD, habiéndose especificado sólo las que mostraron significación estadística ($p < 0'05$) en la tabla 41. No se han encontrado diferencias en los tratamientos previos a la intervención

del ESAD, salvo en el uso de benzodiazepinas, más frecuentes en conocedores, al ser usadas por un 40'4% (N=65), que en no conocedores, pautadas en un 25'7% (N=47). El hecho de ser conocedor de la enfermedad no implicó llevar a cabo más sedaciones, como se verá en el apartado correspondiente.

Tabla 41. Fármacos pautados por ESAD con diferencias significativas

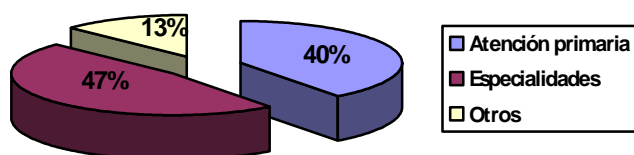
Tratamiento (ESAD)	CONOCEDOR	NO CONOCEDOR
Morfina	21'7 % (N=35)	12 % (N=22)
Benzodiazepina	47'8 % (N=77)	36'6 % (N=67)
Antidepresivo	28 % (N=45)	18 % (N=33)
Pregabalina	4'3 % (N=7)	0'5 % (N=1)
Suplemento nutricional	37'9 % (N=61)	49'7 % (N=91)

2. COMPARACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y CRÓNICO-DEPENDIENTES

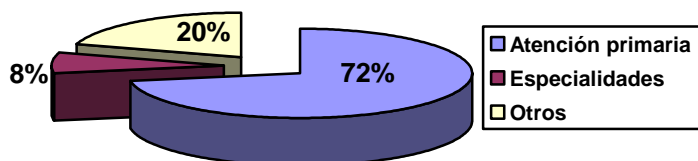
Del total de la muestra, se obtienen 357 pacientes oncológicos y 281 clasificados como pacientes crónico-dependientes. Se comprueba que existe una notable diferencia de edad entre ambos grupos, con una edad media en los pacientes oncológicos de 76'8 +/-11'1 años, frente a una edad media de 83'27 +/-9'2 años en el resto, siendo esta una primera diferencia significativa ($p<0'001$). Dentro del grupo de pacientes oncológicos, un 38'1% son mujeres (N=136) y un 61'9% hombres (N=221). Dentro del grupo de pacientes crónico-dependientes, un 56'2% son mujeres (N=158) y un 43'8% hombres (N=123). Esta gran diferencia en la distribución por sexos es también significativa ($p<0'001$).

Los pacientes oncológicos son derivados desde Atención Primaria (AP) un 39'8% (N=142), desde especialidades hospitalarias un 47'3% (N=169) y 46 casos son derivados desde otros niveles asistenciales (12'9%). Los clasificados como crónico-dependientes, son derivados desde Atención Primaria un 72'2% (N=203), desde especialidades hospitalarias un 7'5% (N=21) y 57 casos son derivados desde otros niveles asistenciales (20'3%). Las diferencias en cuanto al origen de los pacientes son estadísticamente muy significativas ($p<0'001$).

Origen de los pacientes oncológicos



Origen de los pacientes crónico-dependientes



La distribución de los pacientes oncológicos por centro de salud se puede apreciar en la tabla 42.

Tabla 42. Pacientes oncológicos y centro de salud

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Barbastro	106	30,1
Monzón	65	18,5
Binéfar	53	15,1
Berbegal	5	1,4
Aínsa	17	4,8
Mequinenza	1	,3
Graus	29	8,2
Fraga	10	2,8
Tamarite	20	5,7
Castejón	6	1,7
Lafortunada	1	0,3
Benabarre	10	2,8
Monzón Rural	8	2,3
Abiego	13	3,7
Albalate	8	2,3

La distribución de la procedencia por centro de salud en el caso de los pacientes crónico-dependientes se puede observar en la tabla 43 de la página siguiente.

Tabla 43. Pacientes crónico-dependientes y centro de salud

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Barbastro	113	40,2
Monzón	48	17,1
Binéfar	31	11,0
Berbegal	3	1,1
Aínsa	15	5,3
Mequinenza	11	3,9
Graus	2	0,7
Fraga	9	3,2
Tamarite	3	1,1
Castejón	28	10,0
Lafortunada	2	0,7
Benabarre	2	0,7
Monzón Rural	14	5,0
Abiego	113	40,2
Albalate	48	17,1

También se detecta una marcada diferencia en cuanto a la situación funcional de los pacientes entre ambos grupos, tanto previa como en el momento de la primera valoración, obteniendo unas puntuaciones en el índice de Barthel tal y como se describen a continuación. En el grupo de pacientes oncológicos se obtiene un Barthel medio previo de 90 +/-25'7, que había empeorado en el momento de nuestra primera valoración hasta una media de 55'6 +/-38, lo que representa un descenso medio de 34'4 puntos en esta escala. En el grupo de crónico-dependientes la situación es mucho peor ya previamente, con un Barthel medio previo de 32'5 +/-39, empeorado hasta una media de 20'38 +/-30'2 en nuestra primera valoración, suponiendo una disminución media de 12'12 puntos, menor que en pacientes oncológicos. Las diferencias entre pacientes oncológicos y crónico-dependientes respecto al índice de Barthel muestran una marcada significación estadística tanto en el previo, como en el obtenido en la primera visita, así como en su descenso ($p<0'001$).

Tabla 44. Estadísticos de contraste

	Barthel previo	Barthel actual	Barthel (diferencia)
Chi-cuadrado	268,662	128,051	79,289
gl	1	1	1
Sig. asintót.	,000	,000	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Motivo de derivación

Separando los pacientes por sexos, además de por motivo de derivación, respecto a la situación funcional, se obtienen los siguientes resultados: la puntuación en el índice de Barthel previo en hombres oncológicos fue de 90'65+/-24'76 y en la primera visita del ESAD de 59'93+/-37'53, suponiendo esto una disminución de 30'72 puntos de media. En mujeres oncológicas aún se acentúa más este hecho, observando un descenso medio de 40'55 puntos, al ser el Barthel previo de 89'08+/-27'41 y el de la primera valoración de 48'53+/-37'84. Este empeoramiento en la capacidad funcional es menor en pacientes crónico-dependientes, aunque se parte de una situación previa mucho más deteriorada: en hombres se recoge un índice de Barthel previo medio de 37'91+/-41'03 y actual de 22'2+/-31'8, representando una bajada de 15'71 puntos de media; en mujeres partimos de una puntuación media previa de 28'31+/-37'06 hasta obtener un registro en la primera visita de 18'93+/-28'94, es decir, habiendo empeorado una media de 9'38 puntos. Tras análisis estadístico, se observa que entre hombres y mujeres oncológicas, no hay diferencias significativas en la puntuación en el índice de Barthel previo, sí encontrándose en la recogida en la primera visita y, aunque con menor significación, en el descenso de puntuación. Entre hombres y mujeres no oncológicos, no se encuentran diferencias significativas en ninguno de estos parámetros (mínima significación en el descenso de Barthel). Sin embargo, partiendo del análisis respecto al sexo, varían los resultados: entre hombres oncológicos y crónico-dependientes se observan diferencias estadísticamente significativas muy marcadas ($p < 0'001$) tanto en Barthel previo, como en el recogido en la primera visita y en la diferencia entre ambos. Sucede exactamente lo mismo en las mujeres, las diferencias son muy marcadas ($p < 0'001$) en todas estas variables.

Si nos fijamos en el índice de Karnofsky, obtenemos una media en el grupo de pacientes oncológicos de 48'23 +/-15'8 (sólo en 12 casos de los 16 pacientes crónico-

dependientes que padecen enfermedad neoplásica asociada, se pudo recoger este dato, con una puntuación media de 54'17 +/-24'6). Se encuentran diferencias significativas ($p < 0'05$) entre sexos en esta variable, de forma que la puntuación es 49'76 +/-14'9 en hombres y 45'79 +/-17 en mujeres.

En cuanto a la actividad generada, en los pacientes oncológicos se obtiene un número de visitas medio en el tiempo de seguimiento de 3'06 +/-2'9 visitas (57'02 +/-62'2 días de seguimiento medio) frente a 2'21 +/-1'7 visitas en los pacientes crónico-dependientes, en un tiempo de seguimiento medio de 54'93 +/-48'4 días. Se obtiene significación estadística en cuanto al número de visitas ($p < 0'001$), no así en cuanto al tiempo de seguimiento entre los pacientes oncológicos y los crónico-dependientes ($p = 0'685$).

Tabla 44bis. Descriptivos ANOVA de un factor

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
Número visitas	Oncológico	357	3,06	2,994	,158	2,75	3,37
	Crónico dependiente	281	2,21	1,785	,106	2,00	2,42
	Total	638	2,68	2,567	,102	2,48	2,88
Tiempo seguimiento días	Oncológico	357	57,02	62,282	3,296	50,54	63,51
	Crónico dependiente	281	54,93	48,421	2,889	49,25	60,62
	Total	638	56,10	56,564	2,239	51,70	60,50

Tabla 45. ANOVA número de visitas y tiempo de seguimiento

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Número visitas	Inter-grupos	138,555	4	34,639	5,401	,000
	Intra-grupos	4059,489	633	6,413		
	Total	4198,044	637			
Tiempo seguimiento días	Inter-grupos	7308,319	4	1827,080	,570	,685
	Intra-grupos	2030800,058	633	3208,215		
	Total	2038108,378	637			

Si comparamos los casos por sexo y motivo de derivación, se puede apreciar que en hombres no hay diferencias significativas ni en número de visitas ni en tiempo de seguimiento entre los pacientes oncológicos (2'93 +/-3'1 visitas en 58'82 +/-65'8 días de seguimiento medio) y los crónico-dependientes (2'26 +/-1'8 visitas en 56'45 +/-52'5 días de seguimiento medio), mientras que en mujeres, sí que hay diferencias estadísticamente significativas en el número de visitas realizadas, siendo mayor en oncológicas en un tiempo similar de seguimiento (3'27 +/-2'7 visitas en un tiempo medio de seguimiento de 54'1 +/-56'2 días) que en crónico-dependientes (2'16 +/-1'7 visitas en un tiempo medio de seguimiento de 53'75 +/-45'1 días).

Tabla 46. ANOVA

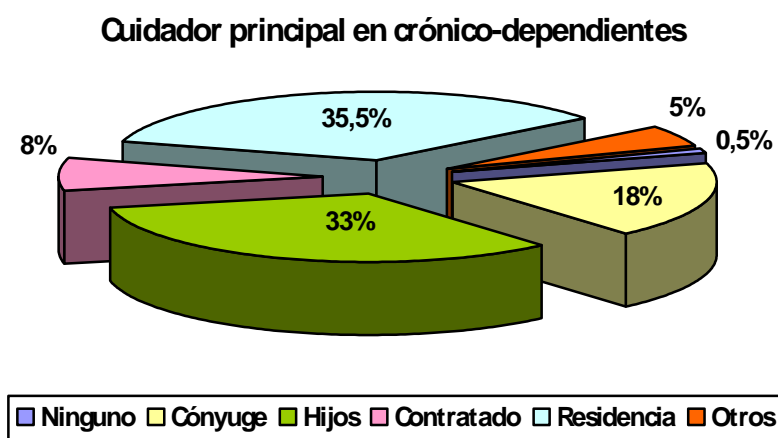
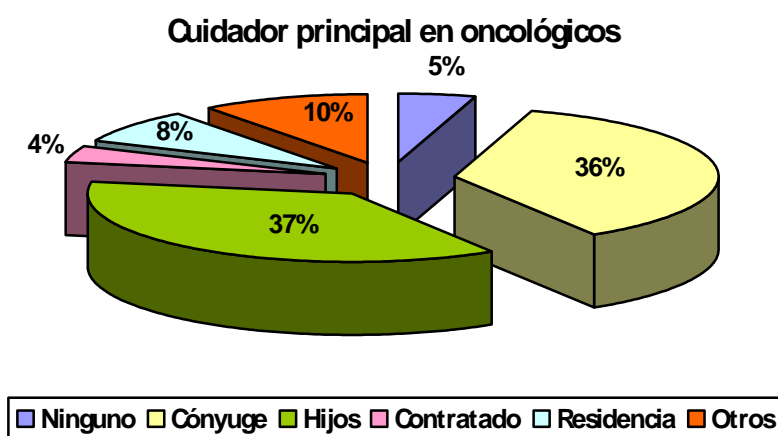
Hombres		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Número visitas	Inter-grupos	45,460	4	11,365	1,513	,198
	Intra-grupos	2546,258	339	7,511		
	Total	2591,718	343			
Tiempo seguimiento días	Inter-grupos	7683,489	4	1920,872	,508	,730
	Intra-grupos	1281737,276	339	3780,936		
	Total	1289420,765	343			

Tabla 47. ANOVA

Mujeres		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Número visitas	Inter-grupos	104,896	4	26,224	5,048	,001
	Intra-grupos	1501,406	289	5,195		
	Total	1606,303	293			
Tiempo seguimiento días	Inter-grupos	3399,140	4	849,785	,331	,857
	Intra-grupos	742672,561	289	2569,801		
	Total	746071,701	293			

Se detecta una similar polifarmacia entre el grupo de crónico-dependientes (6'98 fármacos de media), frente a 6'96 en oncológicos, no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al cuidador principal, en el grupo de pacientes oncológicos, la función recae de manera muy similar en el cónyuge y en los hijos (respectivamente 36'4% y 36'7%), encontrándose institucionalizados un muy bajo porcentaje de los mismos (un 7'8%). Sólo un 4'8% no disponen de cuidador principal y un 3'9% cuentan con cuidador contratado como principal.



En el grupo de pacientes crónico-dependientes, la función de cuidador principal recae principalmente en el cónyuge y en los hijos (respectivamente 18'3% y 33%), encontrándose institucionalizados un alto porcentaje de los mismos (un 35'5%).

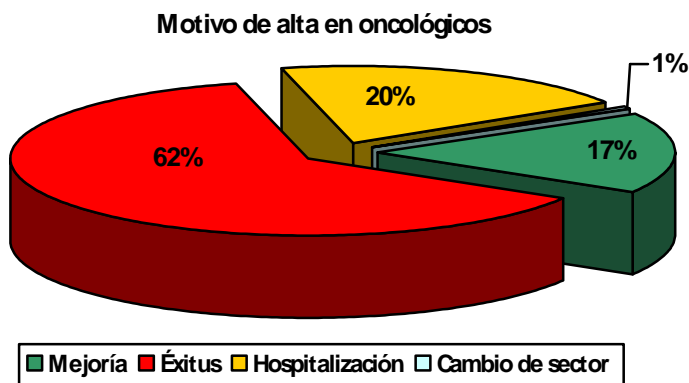
Tabla 48. Estadísticos de contraste

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	99,294 ^a	5	,000
Razón de verosimilitudes	104,785	5	,000
Asociación lineal por lineal	22,504	1	,000
N de casos válidos	636		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 7,90.

Analizando el motivo de alta, se puede observar que de los pacientes oncológicos, fallecieron 223 (el 62'5% de dicho grupo), 61 fueron dados de alta por mejoría o estabilización (17'1%), fueron derivados a hospitalización un 19'9% de los procesos (71 casos) y cambiaron de sector sanitario 2 casos (0'6%). En el grupo de pacientes crónico-dependientes, fallecen 73 casos, lo que supone un 26% de los mismos, son dados de alta por estabilización 187 casos (66'5%), son hospitalizados 19 pacientes (6'8%) y cambian de sector, cesando el seguimiento, otros 2 casos (0'7%). Estas marcadas diferencias en todos los motivos de alta son estadísticamente significativas ($p < 0'001$).



Motivo de alta en crónico-dependientes

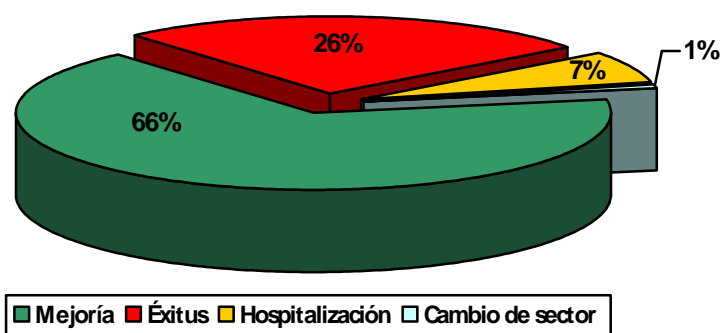


Tabla 49. Estadísticos de contraste(a)

	motivo alta
U de Mann-Whitney	25078,500
W de Wilcoxon	64699,500
Z	-11,850
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a Variable de agrupación: Motivo de derivación

Tabla 50. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra-éxito

		Motivo de derivación
N		296
Parámetros normales(a,b)	Media	1,25
	Desviación típica	,432
Diferencias más extremas	Absoluta	,469
	Positiva	,469
	Negativa	-,284
Z de Kolmogorov-Smirnov		8,077
Sig. asintót. (bilateral)		,000

Tabla 51. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra-hospitalización

		Motivo de derivación
N		90
Parámetros normales(a,b)	Media	1,21
	Desviación típica	,410
Diferencias más extremas	Absoluta	,485
	Positiva	,485
	Negativa	-,303
Z de Kolmogorov-Smirnov		4,605
Sig. asintót. (bilateral)		,000

En cuanto a antecedentes médicos, los pacientes oncológicos presentaron, por orden de frecuencia, los siguientes: HTA el 40'1% (N=143), diabetes el 18'8% (N=67), EPOC el 14% (N=50), ACxFA el 13'2% (N=47), dislipemia el 12% (N=43), anemia el 8'7% (N=31), demencia e IRC ambos el 7'6% (N=27), cardiopatía isquémica el 7'3% (N=26), al igual que ACV, IC el 5'6% (N=20), hepatopatía crónica el 5'3% (N=19) y parkinsonismo el 2% (N=7).

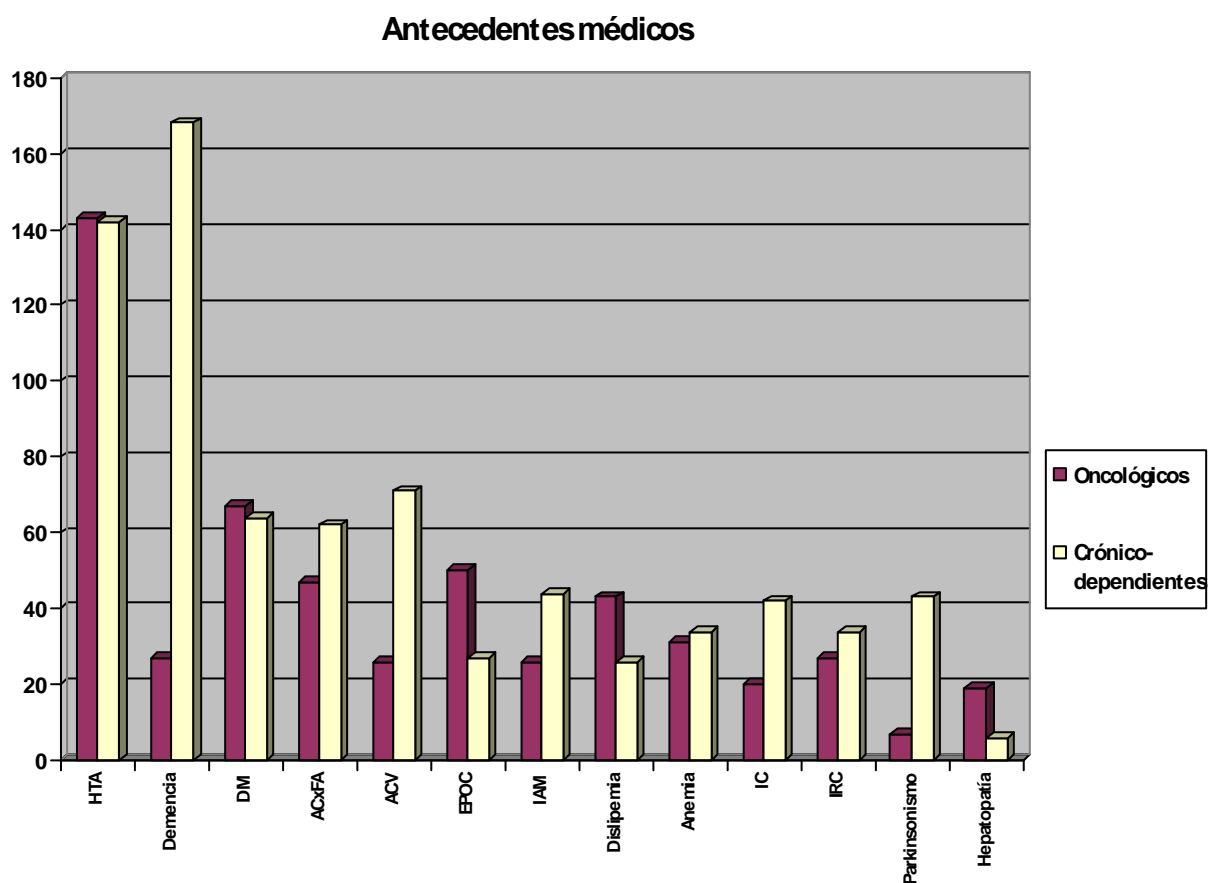
El grupo de pacientes crónico-dependientes, se registraron los siguientes antecedentes médicos, por orden de frecuencia: demencia un 60% (N=168), HTA en el 50'7% (N=142), ACV en el 25'4% (N=71), diabetes en el 22'9% (N=64), ACxFA en el 21'8% (N=61), cardiopatía isquémica en el 15'7% (N=44), parkinsonismo en el 15'4% (N=43), insuficiencia cardiaca en el 15% (N=42), anemia en el 12'1% (N=34), insuficiencia renal crónica en el 12'1% (N=34), EPOC en el 9'6% (N=27), dislipemia en el 9'3% (N=26), hepatopatía crónica en el 2'1% (N=6), esclerosis múltiple (EM) en el 1'1% (N=3) y esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en el 0'4% (N=1).

Tabla 52. Antecedentes médicos en oncológicos y crónico-dependientes

Antecedentes	Oncológicos	Crónico-dependientes
HTA**	40'1 % (N=143)	50'7 % (N=142)
Diabetes	18'8 % (N=67)	22'9 % (N=64)
EPOC	14 % (N=50)	9'6 % (N=27)
ACxFA**	13'2 % (N=47)	21'8 % (N=61)
Dislipemia	12 % (N=43)	9'3 % (N=26)
Anemia	8'7 % (N=31)	12'1 % (N=34)
IRC	7'6 % (N=27)	12'1 % (N=34)
Demencia***	7'6 % (N=27)	60 % (N=168)
Cardiopatía isquémica***	7'3 % (N=26)	15'7 % (N=44)
ACV***	7'3 % (N=26)	25'4 % (N=71)
IC***	5'6 % (N=20)	15 % (N=42)
Hepatopatía*	5'3 % (N=19)	2'1 % (N=6)
Parkinsonismo***	2 % (N=7)	15'4 % (N=43)

* p<0'05 ** p<0'005 *** p<0'001

Se encuentran marcadas diferencias entre pacientes oncológicos y crónico-dependientes, siendo estadísticamente significativas en los siguientes antecedentes médicos: ACV, parkinsonismo, demencia, IC y cardiopatía isquémica, ($p < 0'001$), ACxFA e HTA ($p < 0'005$) y aunque con menor significación, en hepatopatía ($p < 0'05$).



Respecto a la clínica que presentan los pacientes, los síntomas predominantes en el grupo de pacientes oncológicos son, por orden de frecuencia anorexia (N=210, un 58'8% del total de oncológicos), dolor (N=202, 56'6% del total de oncológicos), ansiedad (N=114, 31'9% del total de oncológicos), disnea (N=111, 31'1% del total de oncológicos), depresión (N=104, 29'1% del total de oncológicos), insomnio (N=98, 27'5% del total de oncológicos), náuseas (N=69, 19'3% del total de oncológicos) y agitación psicomotriz (N=34, 9'5% del total de oncológicos).

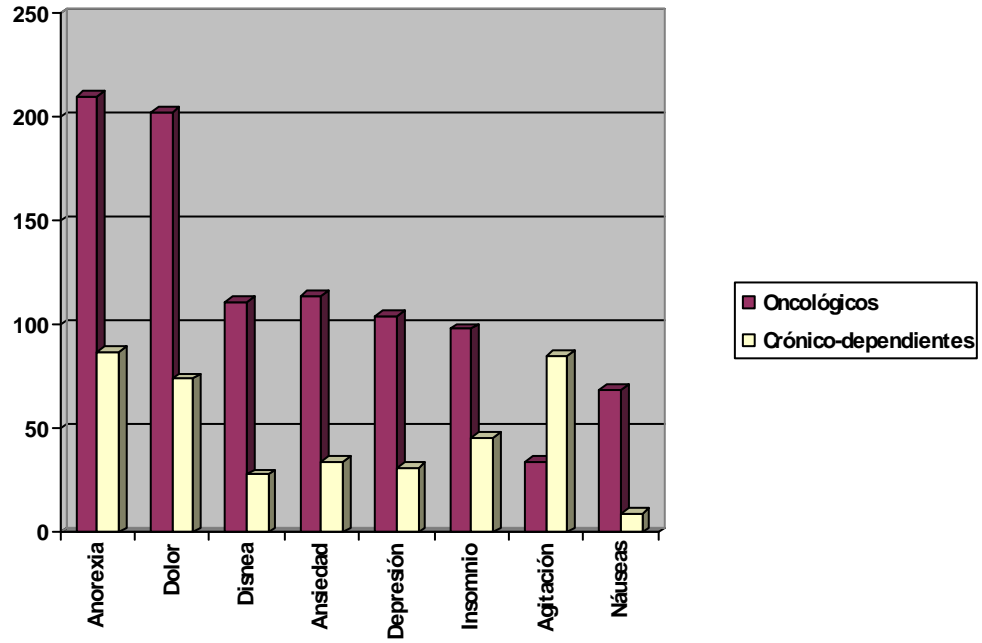
En el grupo de pacientes crónico-dependientes no oncológicos, se puede observar una distribución diferente de los síntomas referidos por los pacientes, también en orden de frecuencia: anorexia de nuevo el más frecuente (N=87, 31% del total de crónico-dependientes), agitación psicomotriz (N=85, 30'2% del total de crónico-dependientes), dolor (N=74, 26'3% del total de crónico-dependientes), insomnio (N=46, 16'4% del total de crónico-dependientes), ansiedad (N=34, 12'1% del total de crónico-dependientes), depresión (N=31, 11% del total de crónico-dependientes), disnea (N=28, 10% del total de crónico-dependientes) y náuseas (N=9, 3'2% del total de crónico-dependientes). En este grupo presentan antecedente de demencia 168 casos, lo que supone un 60% de los mismos, en comparación con un 7'6% en pacientes oncológicos (N=27), posible causa del origen de dicha diferencia en cuanto a agitación.

Tabla 53. Síntomas en oncológicos y crónico-dependientes

Clínica	Oncológicos	Crónico-dependientes
Anorexia	58'8 % (N=210)	31 % (N=87)
Dolor	56'6 % (N=202)	26'3 % (N=74)
Ansiedad	31'9 % (N=114)	12'1 % (N=34)
Disnea	31'1 % (N=111)	10 % (N=28)
Depresión	29'1 % (N=104)	11 % (N=31)
Insomnio	27'5 % (N=98)	16'4 % (N=46)
Náuseas	19'3 % (N=69)	3'2 % (N=9)
Agitación psicomotriz	9'5 % (N=34)	30'2 % (N=85)

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0'001$) en todos los síntomas descritos.

Síntomas



Respecto al grado cuantificable mediante escalas de determinados síntomas, se obtiene un EVA medio muy similar entre los dos grupos, de 6'54 (N=118) en oncológicos y 6'5 en crónico-dependientes (N=14). El grado de disnea medido según la escala de la NYHA, nos da un valor de 2'53 de media en oncológicos (N=106), y de 3'26 en crónico-dependientes (N=27), siendo una diferencia entre grupos estadísticamente significativa ($p < 0'001$).

Tabla 53 bis. Estadísticos de contraste

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Dolor	58,518	1	,000
EVA	,005	1	,946
Disnea	41,126	1	,000
NYHA	15,754	1	,000
Anorexia	48,983	1	,000
Ansiedad	34,661	1	,000
Depresión	30,828	1	,000
Insomnio	11,030	1	,001
Agitación	44,443	1	,000
Fiebre	5,562	1	,018
Náuseas	38,039	1	,000
Demencia	202,224	1	,000
GDS	3,788	1	,052
HTA	7,199	1	,007
Dislipemia	1,235	1	,266
Tabaco	,064	1	,800
DM1	,000	1	1,000
DM2	1,604	1	,205
EPOC	2,806	1	,094
ACV	39,649	1	,000
Park	38,873	1	,000
IC	15,750	1	,000
IAM	11,387	1	,001
IR	3,795	1	,051
Hepatopatía	4,200	1	,040
ELA	1,275	1	,259
EM	3,837	1	,050
UPP	42,016	1	,000
S.inmovilidad	128,105	1	,000
Anemia	2,046	1	,153
ACxFA	8,269	1	,004

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Motivo de derivación

En pacientes oncológicos se obtienen correlaciones positivas entre los siguientes síntomas: dolor con ansiedad e insomnio, disnea con ansiedad, anorexia con ansiedad, depresión e insomnio y náuseas con anorexia.

En el grupo de pacientes crónico-dependientes se obtiene correlación positiva entre la presencia de náuseas y dolor e insomnio, y depresión con dolor, disnea y ansiedad. La presencia de demencia supone correlación negativa con todos los síntomas salvo con agitación psicomotriz, observándose correlación positiva.

Separando los casos por sexo además de por motivo de derivación, se pueden observar las diferencias existentes en cuanto a sintomatología en las siguientes tablas. Se ha mantenido el antecedente de demencia y el GDS, dadas las marcadas diferencias en cuanto a la clínica presentada:

Tabla 54. Clínica en hombres y mujeres oncológicos

Oncológicos	HOMBRES	MUJERES
Dolor	57'5% (N=127)	55'1% (N=75)
EVA	6'65+/-2	6'3+/-1'7
Disnea	38% (N=84)	19'9% (N=27)
NYHA	2'5+/-0'79	2'6+/-0'8
Anorexia	57'9% (N=128)	60'3% (N=82)
Ansiedad	28'5% (N=63)	37'5% (N=51)
Depresión	29'4% (N=65)	28'7% (N=39)
Insomnio	30'8% (N=68)	22'1% (N=30)
Agitación	10'4% (N=23)	8'1% (N=11)
Náuseas	17'2% (N=38)	22'8% (N=31)
Demencia/GDS	6'3% (N=14) 5'4+/-1'2	9'6% (N=13) 5'7+/-1'1

Tabla 55. Clínica en hombres y mujeres crónico-dependientes

Crónico-dependientes	HOMBRES	MUJERES
Dolor	28'5% (N=35)	24'7% (N=39)
EVA	5'8+/-0'7	7+/-1'19
Disnea	15'4% (N=19)	5'7% (N=9)
NYHA	3'06+/-1'9	3'6+/-1'05
Anorexia	32'5% (N=40)	29'7% (N=47)
Ansiedad	10'6% (N=13)	13'3% (N=21)
Depresión	11'4% (N=14)	10'8% (N=17)
Insomnio	22% (N=27)	12% (N=19)
Agitación	37'4% (N=46)	24'7% (N=39)
Náuseas	3'3% (N=4)	3'2% (N=5)
Demencia/GDS	56'1% (N=69) 5'9+/-1'06	63'1% (N=99) 6'6+/-0'9

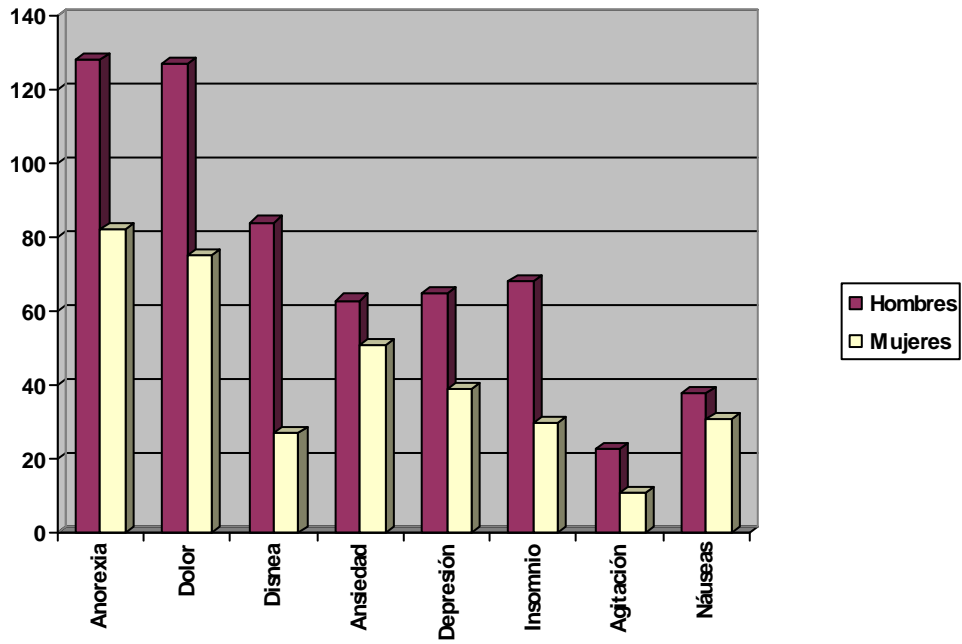
Tabla 56. Clínica en mujeres oncológicas y crónico-dependientes

Mujeres	ONCOLÓGICAS	CRONICO-DEPENDIENTES
Dolor	55'1% (N=75)	24'7% (N=39)
EVA	6'3+/-1'7	7+/-1'19
Disnea	19'9% (N=27)	5'7% (N=9)
NYHA	2'6+/-0'8	3'6+/-1'05
Anorexia	60'3% (N=82)	29'7% (N=47)
Ansiedad	37'5% (N=51)	13'3% (N=21)
Depresión	28'7% (N= 39)	10'8% (N=17)
Insomnio	22'1% (N=30)	12% (N=19)
Agitación	8'1% (N=11)	24'7% (N=39)
Náuseas	22'8% (N=31)	3'2% (N= 5)
Demencia/GDS	9'6% (N=13) 5'7+/-1'1	63'1% (N= 99) 6'6+/-0'9

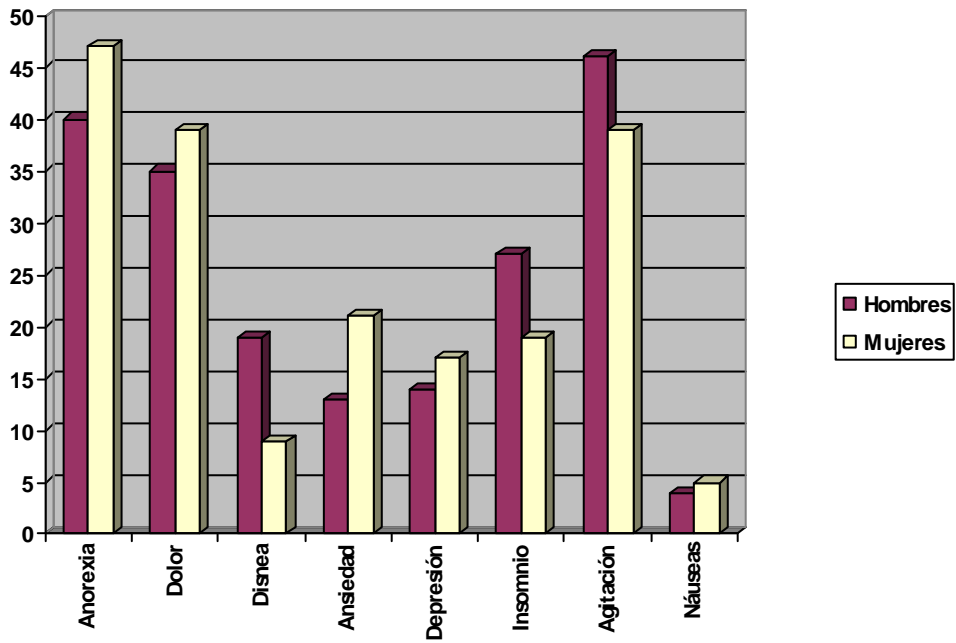
Tabla 57. Clínica en hombres oncológicos y crónico-dependientes

Hombres	ONCOLÓGICOS	CRONICO-DEPENDIENTES
Dolor	57'5% (N=127)	28'5% (N=35)
EVA	6'65+/-2	5'8+/-0'7
Disnea	38% (N=84)	15'4% (N=19)
NYHA	2'5+/-0'79	3'06+/-1'9
Anorexia	57'9% (N=128)	32'5% (N=40)
Ansiedad	28'5% (N=63)	10'6% (N=13)
Depresión	29'4% (N=65)	11'4% (N=14)
Insomnio	30'8% (N=68)	22% (N=27)
Agitación	10'4% (N=23)	37'4% (N=46)
Náuseas	17'2% (N=38)	3'3% (N=4)
Demencia/GDS	6'3% (N=14) 5'4+/-1'2	56'1% (N= 69) 5'9+/-1'06

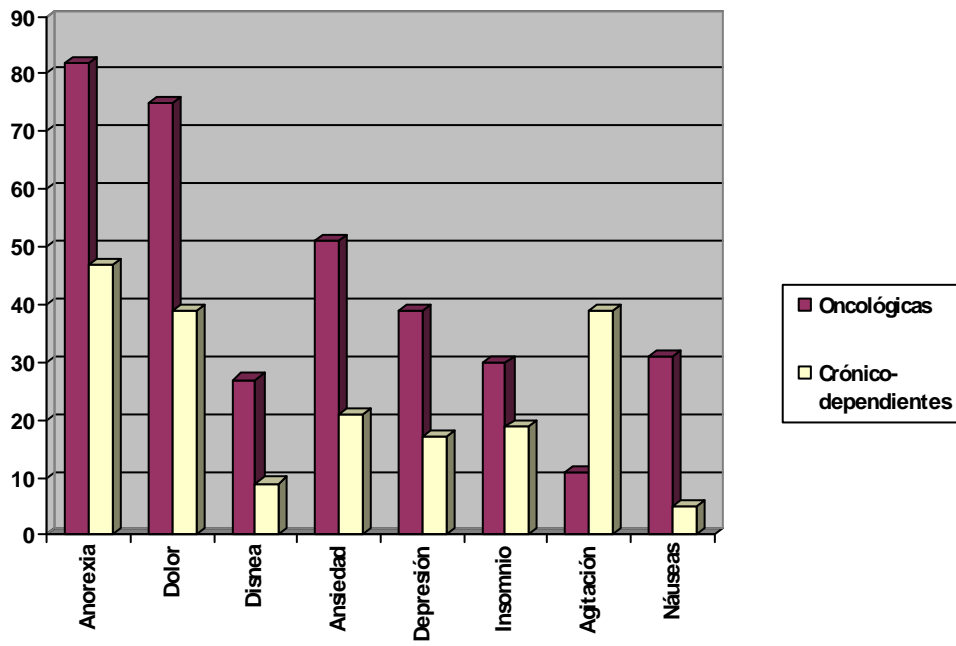
Síntomas oncológicos



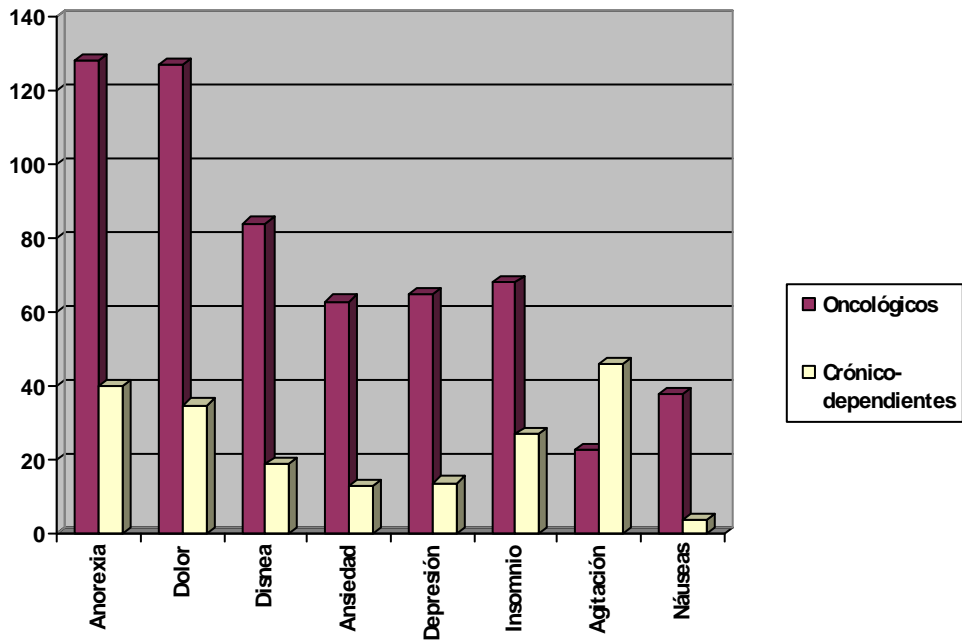
Síntomas crónico-dependientes



Síntomas mujeres



Síntomas hombres



Se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres oncológicos únicamente en disnea ($p < 0'001$), mientras que en pacientes crónico-dependientes, se encuentran diferencias entre sexos en disnea, insomnio y agitación psicomotriz ($p < 0'05$). Entre hombres oncológicos y crónico-dependientes se observan diferencias muy significativas ($p < 0'001$) en todos los síntomas registrados, salvo en insomnio. Las diferencias observadas entre mujeres oncológicas y crónico-dependientes respecto a la sintomatología son todas estadísticamente significativas con una $p < 0'001$, siendo la diferencia en insomnio con una $p < 0'05$.

Tabla 58. Estadísticos de contraste oncológicos

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Dolor	14679,500	23995,500	-,429	,668
Disnea	12299,500	21615,500	-3,594	,000
NYHA	910,500	4231,500	-,821	,411
Anorexia	14671,000	39202,000	-,442	,658
Ansiedad	13676,500	38207,500	-1,767	,077
Depresión	14917,500	24233,500	-,148	,882
Insomnio	13719,000	23035,000	-1,788	,074
Agitación	14679,500	23995,500	-,724	,469
Fiebre	14909,000	24225,000	-,523	,601
Náuseas	14186,500	38717,500	-1,299	,194
Demencia	14426,000	38957,000	-1,138	,255

a. Variable de agrupación: sexo

Tabla 59. Estadísticos de contraste crónico-dependientes

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
Dolor	9350,500	21911,500	-,711	,477	,194 ^a
Disnea	8769,500	21330,500	-2,703	,007	
NYHA	55,500	226,500	-1,436	,151	
Anorexia	9447,500	22008,500	-,498	,618	
Ansiedad	9452,500	17078,500	-,693	,488	
Depresión	9656,500	22217,500	-,165	,869	
Insomnio	8752,500	21313,500	-2,227	,026	
Agitación	8481,500	21042,500	-2,298	,022	
Fiebre	9717,000	22278,000	,000	1,000	
Náuseas	9708,500	22269,500	-,041	,967	
Demencia	8983,500	16609,500	-1,178	,239	

b. Variable de agrupación: sexo

Tabla 60. Estadísticos de contraste

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Dolor	26,615	1	,000
Disnea	19,120	1	,000
Anorexia	20,341	1	,000
Ansiedad	14,729	1	,000
Depresión	14,477	1	,000
Insomnio	3,065	1	,080
Agitación	35,797	1	,000
Fiebre	2,816	1	,093
Náuseas	14,290	1	,000
Demencia	106,581	1	,000
HTA	,570	1	,450
Dislipemia	,004	1	,949
Tabaco	,081	1	,777
DM1	,000	1	1,000
DM2	,004	1	,947
EPOC	,220	1	,639
ACV	30,019	1	,000
Park	33,914	1	,000
IC	7,360	1	,007
IAM	9,715	1	,002
IR	2,064	1	,151
Hepatopatía	2,546	1	,111
ELA	1,797	1	,180
EM	,000	1	1,000
UPP	28,469	1	,000
S.inmovilidad	80,038	1	,000
Anemia	,705	1	,401
ACxFA	4,233	1	,040

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Motivo de derivación

c. sexo = hombre

Tabla 61. Estadísticos de contraste

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Dolor	28,474	1	,000
Disnea	13,585	1	,000
Anorexia	27,602	1	,000
Ansiedad	23,085	1	,000
Depresión	15,165	1	,000
Insomnio	5,280	1	,022
Agitación	14,213	1	,000
Fiebre	2,331	1	,127
Náuseas	26,119	1	,000
Demencia	87,331	1	,000
HTA	6,343	1	,012
Dislipemia	1,531	1	,216
Tabaco	,000	1	1,000
DM1	,000	1	1,000
DM2	6,202	1	,013
EPOC	,042	1	,837
ACV	14,609	1	,000
Park	9,271	1	,002
IC	7,892	1	,005
IAM	4,344	1	,037
IR	3,493	1	,062
Hepatopatía	,852	1	,356
ELA	,000	1	1,000
EM	2,617	1	,106
UPP	14,854	1	,000
S.inmovilidad	46,350	1	,000
Anemia	1,144	1	,285
ACxFA	4,466	1	,035

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Motivo de derivación

c. sexo = mujer

Presentan síndrome de inmovilidad 67 pacientes oncológicos (18'8%), detectándose UPP en tan sólo 8 casos (2'2%). Sin embargo, en el grupo de pacientes crónico-dependientes, sufren inmovilidad 176 pacientes (62'6%), encontrándose presencia de UPP en 47 casos (16'8%), lo que supone una notable diferencia, con significación estadística tanto en síndrome de inmovilidad como en la presencia de UPP ($p < 0'001$).

Los medicamentos más usados, antes de la primera visita por el ESAD, en el grupo de pacientes oncológicos fueron inhibidores de la bomba de protones (IBP), usados por el 60'2% (N=215), diuréticos, presentes en el 35% del grupo (N=125), laxantes en el 37'1% (N=132), y benzodiacepinas, prescritas en el 33'9% de los pacientes oncológicos (N=121). En el grupo de pacientes crónico-dependientes, los medicamentos más usados, fueron: de nuevo en primer lugar, los inhibidores de la bomba de protones, presentes en el 57 % del grupo (N=159), antidepresivos en el 42'7% (N=119), diuréticos en el 38'7% (N=108), antiagregantes en el 37'6% (N=105) y laxantes, pautados en el 31'7 % (N=88).

Los pacientes oncológicos, en cuanto a sus antecedentes médicos, antes descritos, y por orden de frecuencia, eran usuarios de los siguientes fármacos antes de la primera intervención por parte del ESAD: corticoides en 22'4% (N=80), antiagregantes en el 14% (N=50), anticoagulantes en el 13'7% (N=49), antidiabéticos orales en el 8'7% (N=31), IECAs en el 8'4% (N=30), ARA-II en el 7'6% (N=27), digoxina en el 7'6% (N=27), betabloqueantes en el 7'3% (N=26), estatinas en el 7'3% (N=26), antagonistas del calcio en el 7% (N=25), insulina en el 6'4% (N=23), y antiparkinsonianos en el 2% (N=7). Por su parte, los pacientes crónico-dependientes, respecto a sus antecedentes médicos, eran usuarios, por orden de frecuencia de los siguientes fármacos: antiagregantes en el 37'6% (N=105), antiparkinsonianos en el 14'7% (N=41), anticoagulantes en el 14'3% (N=40), antagonistas del calcio en el 13'6% (N=38), digoxina en el 12'5% (N=35), IECAs en el 12'2% (N=34), antidiabéticos orales en el 10'8% (N=30), estatinas en el 8'2% (N=23), corticoides en el 6'8% (N=19), ARA-II en el 6'5% (N=18), insulina en el 6'1% (N=17), y betabloqueantes en el 5'7% (N=16).

Respecto a tratamientos psiquiátricos y del sistema nervioso central, la distribución en el grupo de pacientes oncológicos es la siguiente: benzodiacepinas en el 33'9% (N=121), antidepresivos en el 23% (N=82), neurolépticos típicos en el 9'8% (N=35), atípicos en el 4'5% (N=16), valproico en el 2% (N=7), memantina en el 1'1% (N=4) e IACEs en el 0'8% (N=3). En este aspecto, el grupo de crónico-dependientes, eran usuarios de las siguientes medicaciones psiquiátricas: antidepresivos en el 42'7% (N=119), benzodiacepinas en el 28'7% (N=80), neurolépticos atípicos en el 28%

(N=78), típicos en el 19% (N=53), IACEs en el 14'3% (N=40), memantina en el 6'8% (N=19) y valproico en el 2'2% (N=6).

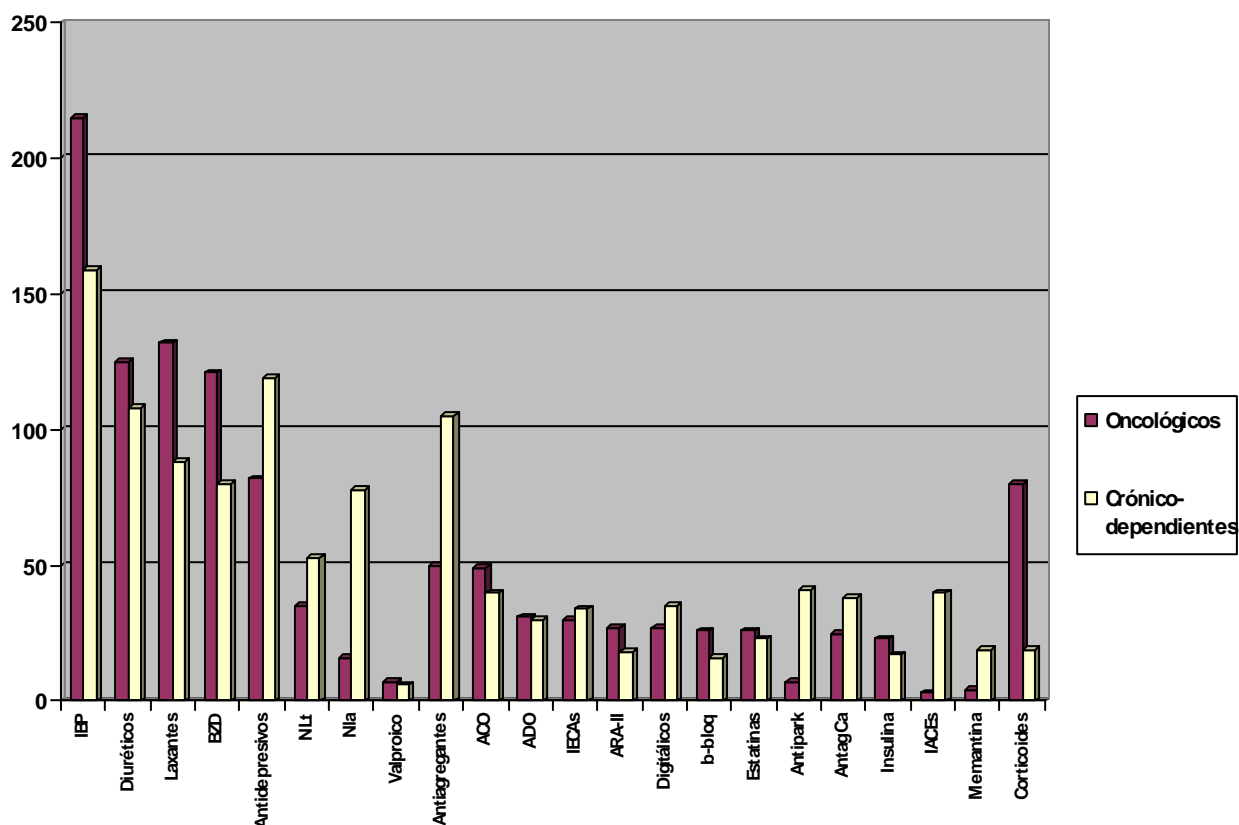
Tabla 62. Tratamientos previos en oncológicos y crónico-dependientes

Fármacos	Oncológicos	Crónico-dependientes
IBP	60'2 % (N=215)	57 % (N=159)
Diuréticos	35 % (N=125)	38'7 % (N=108)
Laxantes	37'1 % (N=132)	31'7 % (N=88)
Benzodiacepinas	33'9 % (N=121)	28'7 % (N=80)
Antidepresivos**	23 % (N=82)	42'7 % (N=119)
Neurolépticos típicos*	9'8 % (N=35)	19 % (N=53)
Neurolépticos atípicos**	4'5 % (N=16)	28 % (N=78)
Valproico	2 % (N=7)	2'2 % (N=6)
Antiagregantes**	14 % (N=50)	37'6 % (N=105)
Anticoagulantes orales	13'7 % (N=49)	14'3 % (N=40)
Antidiabéticos	8'7 % (N=31)	10'8 % (N=30)
IECAs	8'4 % (N=30)	12'2 % (N=34)
ARA-II	7'6 % (N=27)	6'5 % (N=18)
Digitálicos*	7'6 % (N=27)	12'5 % (N=35)
Betabloqueantes	7'3 % (N=26)	5'7 % (N=16)
Estatinas	7'3 % (N=26)	8'2 % (N=23)
Antiparkinsonianos**	2 % (N=7)	14'7 % (N=41)
Antagonistas del calcio*	7 % (N=25)	13'6 % (N=38)
Insulina	6'4 % (N=23)	6'1 % (N=17)
IACEs**	0'8 % (N=3)	14'3 % (N=40)
Memantina**	1'1 % (N=4)	6'8 % (N=19)
Corticoides**	22'4 % (N=80)	6'8 % (N=19)

* p<0'05 ** p<0'001

Se encuentran diferencias estadísticamente muy significativas (p<0'001) en el uso previo a la intervención del ESAD en corticoides, antiagregantes, antidepresivos, neurolépticos atípicos, IACEs, memantina y en antiparkinsonianos, y significativas (p<0'05) en antagonistas del calcio, digitálicos y neurolépticos típicos.

Tratamientos previos



En cuanto a la analgesia prescrita previa a la intervención del ESAD en los pacientes oncológicos, se puede observar la siguiente distribución de fármacos. Por orden de frecuencia: fentanilo transdérmico en el 31'2% (N=111), paracetamol en el 22'7% (N=81), metamizol en el 21'8% (N=78), fentanilo transmucoso en el 12'9% (N=46), AINEs en el 10'4% (N=37), tramadol en el 9% (N=32), morfina en el 6'7% (N=24), codeína en el 3'9% (N=14), buprenorfina en el 1'7% (N=6), oxicodona en el 1'1% (N=4) e hidromorfona en el 0'3% (N=1). Como otros tratamientos del dolor, se encontraron prescritos, gabapentina en el 2'2% (N=8) y pregabalina en el 3'4% (N=12).

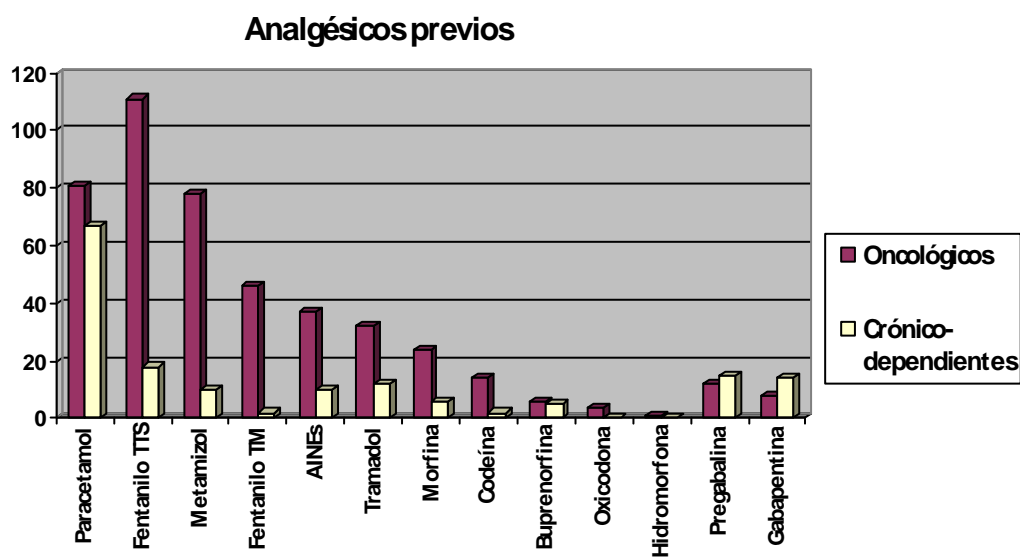
En el subgrupo de pacientes crónico-dependientes, la analgesia usada, de nuevo por orden de frecuencia, fue la siguiente: paracetamol en el 24% (N=67), fentanilo transdérmico en el 6'5% (N=18), tramadol en el 4'3% (N=12), metamizol en el 3'6% (N=10), AINEs en el 3'6% (N=10), morfina en el 2'2% (N=6), buprenorfina en el 1'8% (N=5), fentanilo transmucoso en el 0'7% (N=2), codeína en el 0'7% (N=2), y ningún caso tratado con oxicodona ni hidromorfona. Había sido prescrita pregabalina en el 5'4% (N=15) y gabapentina en el 5% (N=14).

Tabla 63. Analgésicos previos en oncológicos y crónico-dependientes

Analgesia previa ESAD	Oncológicos	Crónico-dependientes
Fentanilo transdérmico**	31'2 % (N=111)	6'5 % (N=18)
Fentanilo transmucoso**	12'9 % (N=46)	0'7 % (N=2)
Paracetamol	22'7 % (N=81)	24 % (N=67)
Metamizol**	21'8 % (N=78)	3'6 % (N=10)
AINEs*	10'4 % (N=37)	3'6 % (N=10)
Tramadol*	9 % (N=32)	4'3 % (N=12)
Morfina*	6'7 % (N=24)	2'2 % (N=6)
Codeína*	3'9 % (N=14)	0'7 % (N=2)
Buprenorfina	1'7 % (N=6)	1'8 % (N=5)
Oxicodona	1'1 % (N=4)	0 % (N=0)
Hidromorfona	0'3 % (N=1)	0 % (N=0)
Gabapentina	2'2 % (N=8)	5 % (N=14)
Pregabalina	3'4 % (N=12)	5'4 % (N=15)

* $p < 0'05$ ** $p < 0'001$

Se encuentran diferencias estadísticamente muy significativas ($p < 0'001$) en el uso de metamizol y fentanilo, tanto en presentación transdérmica como transmucoso y estadísticamente significativas ($p < 0'05$) en AINEs, codeína, tramadol y morfina.



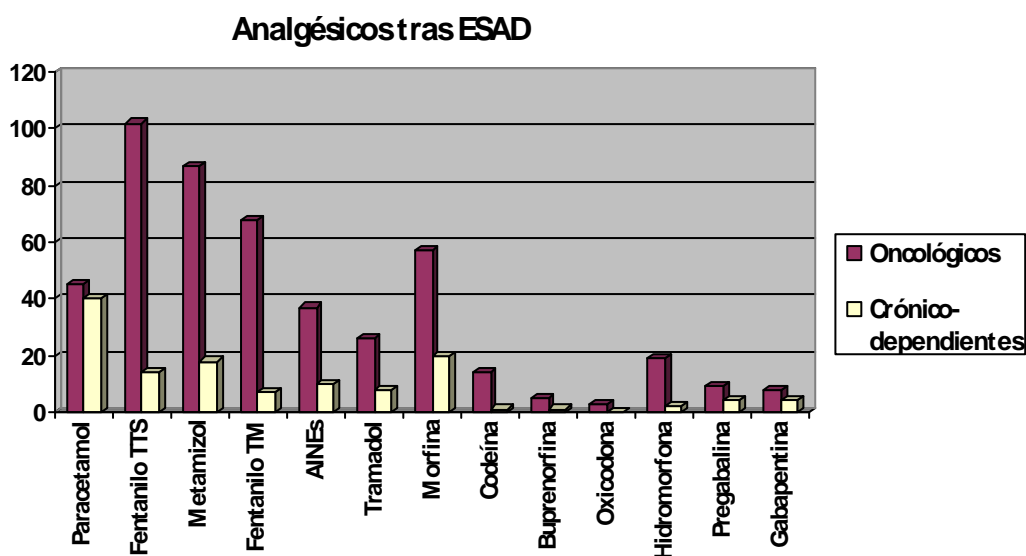
Las dosis medias de las medicaciones analgésicas pautadas a los pacientes, antes de la intervención por el ESAD, y ordenadas por grupos terapéuticos, según la escala analgésica de la OMS, son las siguientes: paracetamol dosis media previa en oncológicos 1463mg/24h, en crónico-dependientes 1152mg/24h, metamizol 1236'6 mg/24h de media en oncológicos y 614'5 mg/24h en crónico-dependientes, codeína 49'9 mg/24h en oncológicos y 40 mg/24h en crónico-dependientes, tramadol 115 mg/24h en oncológicos y 51'7 mg/24h en crónico-dependientes, buprenorfina 23'57 mcg/h/72h en oncológicos y 42'25 mcg/h/72h en crónico-dependientes, morfina 30'91 mg/24h en oncológicos y 2'35 mg/24h en crónico-dependientes, oxicodona 110 mg/24h en oncológicos, sin haber pacientes tratados en el grupo de crónico-dependientes, fentanilo transdérmico 58'3 mcg/h/72h en oncológicos y 22'05 mcg/h/72h en crónico-dependientes, fentanilo transmucoso 252 mcg en oncológicos y 75 mcg en crónico-dependientes e hidromorfona 1'47 mg/24h en oncológicos, sin existir pacientes crónico-dependientes tratados con esta medicación. Respecto a los tratamientos del dolor neuropático, gabapentina 500 mg/24h en oncológicos y 613 mg/24h en crónico-dependientes, siendo pregabalina 171 mg/24h en oncológicos y 138'6 mg/24h en crónico-dependientes. Las dosis medias son más altas en pacientes oncológicos en todos los fármacos, salvo en buprenorfina y gabapentina. Se encuentra significación estadística en estas diferencias únicamente en tramadol y paracetamol ($p < 0'05$).

Tras la intervención del ESAD, se observa nueva prescripción o variación de dosis de analgésico previo en los porcentajes de pacientes que se reseñan, según sean oncológicos (O) o crónico-dependientes (CD): paracetamol O12'6%-CD14'2%, metamizol O24'4%-CD6'4%, codeína O3'9%-CD0'4%, tramadol O7'3%-CD2'8%, buprenorfina O1'4%-CD0'4%, morfina O16%-CD7'1%, oxicodona O0'8%-CD0%, fentanilo transdérmico O28'7%-CD5%, fentanilo transmucoso O19'2%-CD2'5%, e hidromorfona O5'3%-CD0'7%. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0'05$) entre oncológicos y crónico-dependientes respecto a nueva prescripción o variación de dosis en morfina, hidromorfona, tramadol y codeína, y diferencias estadísticamente muy significativas ($p < 0'001$) en fentanilo, fentanilo transmucoso y metamizol.

Tabla 64. Analgésicos pautados por ESAD en oncológicos y crónico-dependientes

Analgésia tras ESAD	Oncológicos	Crónico-dependientes
Paracetamol	12'6 % (N=45)	14'2 % (N=40)
Metamizol**	24'4 % (N=87)	6'4 % (N=18)
Codeína*	3'9 % (N=14)	0'4 % (N=1)
Tramadol*	7'3 % (N=26)	2'8 % (N=8)
Buprenorfina	1'4 % (N=5)	0'4 % (N=1)
Morfina*	16 % (N=57)	7'1 % (N=20)
Oxicodona	0'8 % (N=3)	0 % (N=0)
Fentanilo transdérmico**	28'7 % (N=102)	5 % (N=14)
Fentanilo oral**	19'2 % (N=68)	2'5 % (N=7)
Hidromorfona*	5'3 % (N=19)	0'7 % (N=2)

* p<0'05 ** p<0'001



Al final de cada proceso se recoge de nuevo la dosis media de los fármacos usados, variando las dosis de los mismos tras la intervención del ESAD, de la siguiente manera: paracetamol dosis media en oncológicos 1613'6 mg/24h, en crónico-dependientes 1977mg/24h, metamizol 2184 mg/24h de media en oncológicos y 2008 mg/24h en crónico-dependientes, codeína 23'8 mg/24h en oncológicos y 50 mg/24h en crónico-dependientes, tramadol 47'5 mg/24h en oncológicos y 72'2 mg/24h en crónico-

dependientes, buprenorfina 39'6 mcg/h/72h en oncológicos y 29'25 mcg/h/72h en crónico-dependientes, morfina 59'78 mg/24h en oncológicos y 22 mg/24h en crónico-dependientes, oxicodona 80 mg/24h en oncológicos, sin haber pacientes en el grupo de crónico-dependientes en los que se iniciara tratamiento con este fármaco, fentanilo transdérmico 87'1 mcg/h/72h en oncológicos y 29'4 mcg/h/72h en crónico-dependientes, fentanilo transmucoso 412'5 mcg en oncológicos y 287'5 mcg en crónico-dependientes, e hidromorfona 17'26 mg/24h en oncológicos y 6 mg/24h en crónico-dependientes. Respecto a los tratamientos del dolor neuropático, gabapentina 727'27 mg/24h en oncológicos y 673 mg/24h en crónico-dependientes, sin disponer de datos acerca de dosis final de pregabalina. Se puede comprobar como aumentan las dosis de todos los fármacos, salvo disminución en oxicodona en oncológicos, buprenorfina en crónico-dependientes, y tramadol y codeína en oncológicos. Entre pacientes oncológicos y crónico-dependientes se encuentran diferencias significativas ($p < 0'05$) entre las primeras dosis variadas por el ESAD únicamente en fentanilo y paracetamol y se observan diferencias ($p < 0'05$) en las últimas dosis registradas sólo en fentanilo, tramadol y paracetamol.

Tabla 65. Variación de dosis de analgésicos en oncológicos

Dosis oncológicos	Previas	Finales
Paracetamol	1463mg/24h	1613'6 mg/24h
Metamizol	1236'6 mg/24h	2184 mg/24h
Codeína	49'9 mg/24h	23'8 mg/24h
Tramadol	115 mg/24h	47'5 mg/24h
Buprenorfina	23'57 mcg/h/72h	39'6 mcg/h/72h
Morfina	30'91 mg/24h	59'78 mg/24h
Oxicodona	110 mg/24h	80 mg/24h
Fentanilo transdérmico	58'3 mcg/h/72h	87'1 mcg/h/72h
Fentanilo oral	252 mcg	412'5 mcg
Hidromorfona	1'47 mg/24h	17'26 mg/24h

Tabla 66. Variación de dosis de analgésicos en crónico-dependientes

Dosis crónico-dependientes	Previas	Finales
Paracetamol	1152mg/24h	1977mg/24h
Metamizol	614'5 mg/24h	2008 mg/24h
Codeína	40 mg/24h	50 mg/24h
Tramadol	51'7 mg/24h	72'2 mg/24h
Buprenorfina	42'25 mcg/h/72h	29'25 mcg/h/72h
Morfina	2'35 mg/24h	22 mg/24h
Oxicodona	-	-
Fentanilo transdérmico	22'05 mcg/h/72h	29'4 mcg/h/72h
Fentanilo oral	75 mcg	287'5 mcg
Hidromorfona	-	6 mg/24h

En pacientes oncológicos se obtienen correlaciones significativas ($p < 0'05$) en las dosis aumentadas de los siguientes fármacos analgésicos: fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso, metamizol e hidromorfona, así como en dosis disminuida de tramadol. En el grupo de pacientes crónico-dependientes, se obtiene correlaciones significativas en cuanto al aumento de dosis de morfina oral, fentanilo transmucoso, paracetamol, metamizol y ácido valproico.

Otras medidas relevantes de las que se ha obtenido registro es el uso de suplementación nutricional, presente en pacientes oncológicos en el 11'5% (N=41), antibioterapia, prescrita previa a la intervención del ESAD en el 8'1% (N=29), corticoterapia, presente en el 22'4% (N=80) y oxigenoterapia domiciliaria, usada por el 8'5% (N=30). Por su parte, los pacientes crónico-dependientes, fueron tratados tanto con antibióticos como con corticoides, un 6'8% de ellos (N=19), se les habían prescrito suplementos nutricionales al 7'5% (N=21) y precisaban oxigenoterapia domiciliaria el 3'6% (N=10). En estos aspectos existen diferencias significativas en el uso previo de oxigenoterapia domiciliaria ($p < 0'05$) y de corticoides ($p < 0'001$).

Tabla 67. Otros tratamientos previos en oncológicos y crónico-dependientes

Otras medidas	Oncológicos	Crónico-dependientes
Suplementación nutricional	11'5 % (N=41)	7'5 % (N=21)
Antibioterapia	8'1 % (N=29)	6'8 % (N=19)
Corticoides**	22'4 % (N=80)	6'8 % (N=19)
Oxigenoterapia domiciliaria*	8'5 % (N=30)	3'6 % (N=10)

* p<0'05 ** p<0'001

Igual que en el total de la muestra, se detallan otras actuaciones terapéuticas del ESAD diferentes a los analgésicos previamente descritos, en este caso según sean oncológicos (O) o crónico-dependientes (CD): AINEs, pautados a un O13'4%-CD2'8%, valproico usado en el O0'8%-CD2'8% con un aumento de dosis media de 914'29 mg/día a 1042'86 mg/día(O) y de 372'92 mg/día a 706'25 mg/día(CD), gabapentina en el O2'2%-CD1'4%, con un aumento de dosis media de 500 mg/día a 727'27 mg/día(O) y de 613'33 mg/día a 673'33 mg/día(CD), pregabalina en el O2'5%-CD1'4%, corticoides en el O16%-CD5%, benzodiazepinas en el O41'2%-CD18'1%, antidepresivos en el O20'7%-CD15'7%, hipnóticos no benzodiazepínicos en el O8'7%-CD2'1%, neurolépticos típicos en el O34'2%-CD21'4%, atípicos en el O3'7%-CD16'4%, diuréticos en el O32'9%-CD13'2%, laxantes en el O57'6%-CD41'4%, suplementación nutricional en O41'2%-CD25'6%, IACEs en el O0'3%-CD6'5%, antibióticos en el O8'1%-CD12'5%, metilnaltrexona subcutánea en el O3'6%-CD0%, y oxigenoterapia paliativa en el O2%-CD2'5%. Se obtienen diferencias muy significativas (p<0'001) en la prescripción por el ESAD de AINEs, corticoides, benzodiazepinas, hipnóticos no benzodiazepínicos, suplementación nutricional, neurolépticos típicos, neurolépticos atípicos, diuréticos, laxantes, IACEs y algo menor en metilnaltrexona subcutánea (p=0'001).

Tabla 68. Tratamientos pautados por ESAD en oncológicos y crónico-dependientes

Actuación ESAD	Oncológicos	Crónico-dependientes
AINEs**	13'4 % (N=48)	2'8 % (N=8)
Valproico	0'8 % (N=3)	2'8 % (N=8)
Gabapentina	2'2 % (N=8)	1'4 % (N=4)
Pregabalina	2'5 % (N=9)	1'4 % (N=4)
Corticoides**	16 % (N=57)	5 % (N=14)
Benzodiacepinas**	41'2 % (N=147)	18'1 % (N=51)
Antidepresivos	20'7 % (N=74)	15'7 % (N=44)
Hipnóticos**	8'7 % (N=31)	2'1 % (N=6)
Neurolépticos típicos**	34'2 % (N=122)	21'4 % (N=60)
Neurolépticos atípicos**	3'7 % (N=13)	16'4 % (N=46)
Diuréticos**	32'9 % (N=117)	13'2 % (N=37)
Laxantes**	57'6 % (N=205)	41'4 % (N=116)
Suplementos nutricionales**	41'2 % (N=147)	25'6 % (N=72)
IACEs**	0'3 % (N=1)	6'5 % (N=18)
ABs	8'1 % (N=29)	12'5 % (N=35)
Metilnaltrexona*	3'6 % (N=13)	0 % (N=0)
Oxigenoterapia	2 % (N=7)	2'5 % (N=7)
Sedación	24'6 % (N=88)	6'4 % (N=18)

* p=0'001 ** p<0'001

Respecto a la necesidad de sedación paliativa, 88 pacientes oncológicos fueron subsidiarios de dicho tratamiento (24'6 %) y 18 casos del grupo de pacientes crónico-dependientes (6'4%), encontrándose diferencias significativas (p<0'001).

Tabla 69. Pruebas de chi-cuadrado sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,777 ^b	1	,000		
Corrección por continuidad ^a	36,471	1	,000		
Razón de verosimilitudes	41,356	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	37,718	1	,000		
N de casos válidos	638				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 46,69.

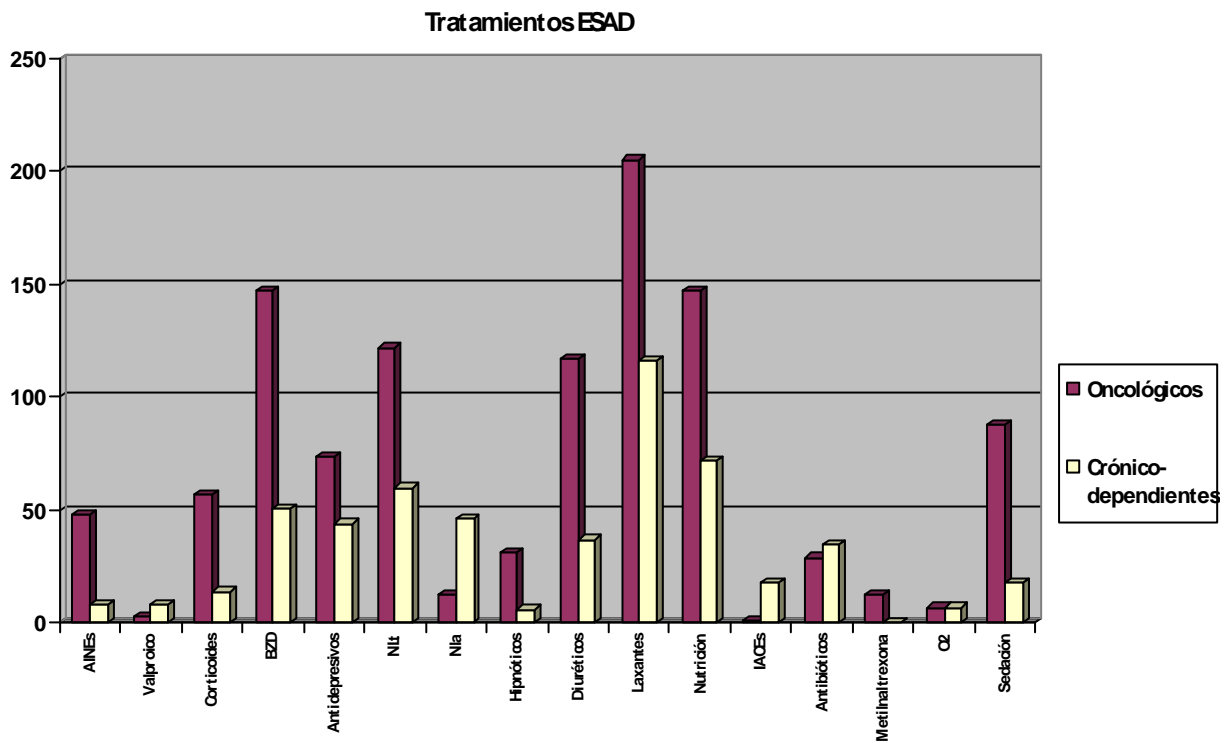


Tabla 70. Estadísticos de contraste

Estadísticos de contraste a,b

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
AB	,386	1	,534
corticoide	28,763	1	,000
diurético	1,173	1	,279
antiagreg	47,364	1	,000
ACO	,049	1	,826
digoxina	4,411	1	,036
IECA	2,473	1	,116
ARAI	,294	1	,588
bbloq	,608	1	,436
ADO	,772	1	,380
estatina	,203	1	,652
Inhal	11,501	1	,001
tipoinhanla	1,737	1	,187
BZD	1,971	1	,160
antidepre	28,025	1	,000
NLtipic	11,083	1	,001
NLatic	68,413	1	,000
IACE	45,183	1	,000
memantina	14,522	1	,000
IBP	,587	1	,444
suplenutri	2,784	1	,095
antipark	36,341	1	,000
insulina	,032	1	,857
antagCa	7,672	1	,006
morfina	7,273	1	,007
fentanilo	58,991	1	,000
fentaTM	33,289	1	,000
hidromorf	,781	1	,377
oxicodona	3,141	1	,076
bupre	,010	1	,919
tramadol	5,279	1	,022
paracetamol	,154	1	,695
metamizol	43,752	1	,000
codeína	6,548	1	,010
aine	10,564	1	,001
valproico	,028	1	,867
gaba	3,619	1	,057
pregaba	1,567	1	,211
laxante	2,024	1	,155
O2	6,140	1	,013
morfina	11,584	1	,001
fentanilo	58,979	1	,000
fentaTM2	41,806	1	,000
oxicodona	2,369	1	,124
bupre2	1,848	1	,174
tramadol	6,123	1	,013
paracetamol	,361	1	,548
metamizol	36,847	1	,000
codeína	8,694	1	,003
AINEs	22,023	1	,000
valproico	3,731	1	,053
gabapentina	,568	1	,451
pregabalina	,947	1	,330
corticoide2	17,521	1	,000
BZD2	38,893	1	,000
antidepre2	2,677	1	,102
hipnotic2	12,322	1	,000
nutri	16,847	1	,000
NLt	12,657	1	,000
NLa	30,353	1	,000
diuretico	32,929	1	,000
laxante2	16,339	1	,000
IACe2	20,487	1	,000
AB2	3,334	1	,068
metilnaltrexona	10,429	1	,001
hidromorfona	10,435	1	,001
oxigeno	,207	1	,649
sedación?	37,718	1	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Motivo de derivacion

En la siguiente tabla se han representado todos los tratamientos previos a la intervención del ESAD en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre los pacientes varones oncológicos y crónico-dependientes:

Tabla 71. Diferencias significativas en tratamientos previos en hombres oncológicos y crónico-dependientes

Fármacos previos	Hombres oncológicos	Hombres crónico-dependientes
Corticoides	24 % (N=53)	6.6 % (N=8)
Antiagregantes	16.3 % (N=36)	38.5 % (N=47)
Benzodiacepinas	33 % (N=73)	19.7 % (N=24)
Antidepresivos	19.5 % (N=43)	41.8 % (N=51)
Neurolépticos típicos	11.3 % (N=25)	20.5 % (N=25)
Neurolépticos atípicos	4.5 % (N=10)	23.8 % (N=29)
IACEs	0 % (N=0)	17.2 % (N=21)
Memantina	0.9 % (N=2)	4.9 % (N=6)
Antiparkinsonianos	1.4 % (N=3)	17.2 % (N=21)
Fentanilo transdérmico	33.2 % (N=73)	5.7 % (N=7)
Fentanilo transmucoso	12.3 % (N=27)	0 % (N=0)
Tramadol	10.4 % (N=23)	4.1 % (N=5)
Metamizol	24.4 % (N=54)	1.6 % (N=2)
Codeína	3.6 % (N=8)	0 % (N=0)
AINEs	11.4 % (N=25)	2.5 % (N=3)

En la siguiente tabla se han representado todos los tratamientos previos a la intervención del ESAD en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre las pacientes oncológicas y las crónico-dependientes:

Tabla 72. Diferencias significativas en tratamientos previos en mujeres oncológicas y crónico-dependientes

Fármacos previos	Mujeres oncológicas	Mujeres crónico-dependientes
Corticoides	19'9 % (N=27)	7 % (N=11)
Antiagregantes	10'3 % (N=14)	36'9 % (N=58)
Digitálicos	5'9 % (N=8)	12'7 % (N=20)
Antagonistas del Ca	5'1 % (N=7)	15'9 % (N=25)
Antidepresivos	28'7 % (N=39)	43'3 % (N=68)
Neurolépticos típicos	7'4 % (N=10)	17'8 % (N=28)
Neurolépticos atípicos	4'4 % (N=6)	31'2 % (N=49)
IACEs	2'2 % (N=3)	12'1 % (N=19)
Memantina	1'5 % (N=2)	8'3 % (N=13)
Antiparkinsonianos	2'9 % (N=4)	12'7 % (N=20)
Morfina	11'8 % (N=16)	1'3 % (N=2)
Fentanilo transdérmico	29'7 % (N=38)	7 % (N=11)
Fentanilo transmucoso	14 % (N=19)	1'3 % (N=2)
Metamizol	17'6 % (N=24)	5'1 % (N=8)

En la siguiente tabla se muestran los fármacos pautados o modificados por el ESAD que han mostrado diferencias significativas entre pacientes hombres oncológicos y crónico-dependientes:

Tabla 73. Diferencias significativas en tratamientos pautados por ESAD en hombres oncológicos y crónico-dependientes

Fármacos posteriores	Hombres oncológicos	Hombres crónico-dependientes
Fentanilo transdérmico	28'2 % (N=62)	4'9 % (N=6)
Fentanilo transmucoso	19'5 % (N=43)	2'4 % (N=3)
Tramadol	7'7 % (N=17)	2'4 % (N=3)
Metamizol	24'9 % (N=55)	8'9 % (N=11)
AINEs	14 % (N=31)	2'4 % (N=3)
Corticoides	18'1 % (N=40)	3'3 % (N=4)
Benzodiacepinas	37'1 % (N=82)	14'6 % (N=18)
Suplementos nutricionales	40'7 % (N=90)	28'5 % (N=35)
Neurolépticos típicos	32'6 % (N=72)	21'1 % (N=26)

Neurolépticos atípicos	3'2 % (N=7)	18 % (N=22)
Diuréticos	30 % (N=66)	18 % (N=22)
IACEs	0 % (N=0)	2'5 % (N=3)
Metilnaltrexona	3'2 % (N=7)	0 % (N=0)

En la tabla 74 se muestran los fármacos pautados o modificados por el ESAD que han mostrado diferencias significativas entre pacientes mujeres oncológicas y crónico-dependientes:

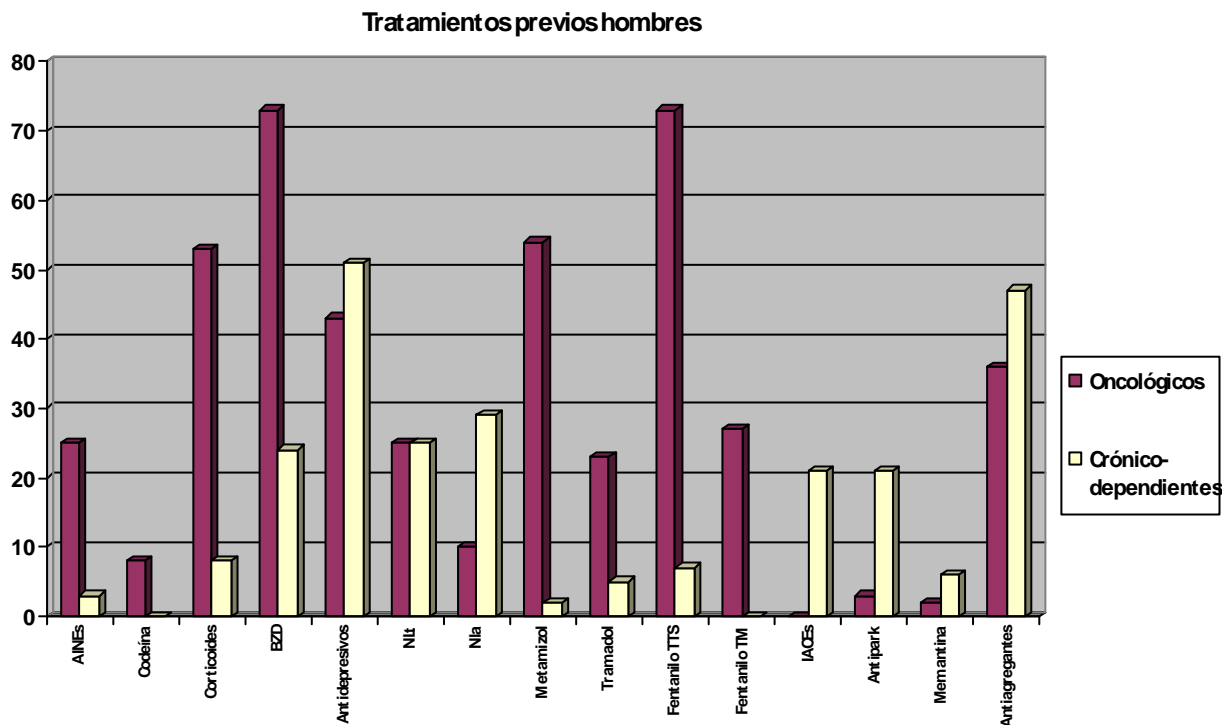
Tabla 74. Diferencias significativas en tratamientos pautados por ESAD en mujeres oncológicas y crónico-dependientes

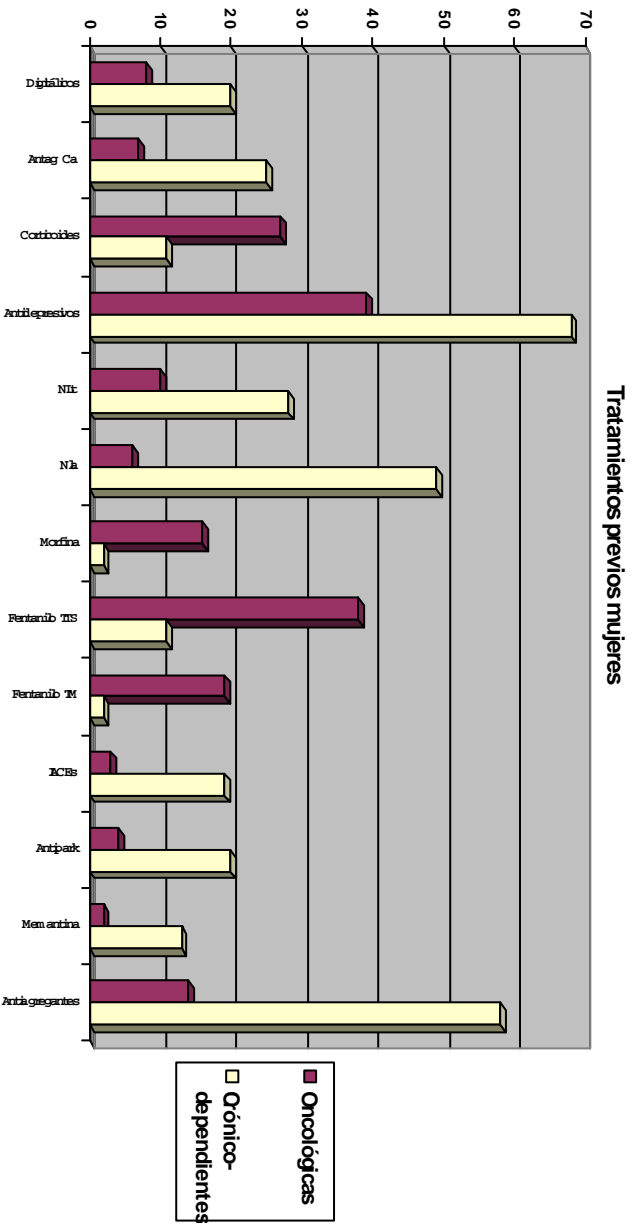
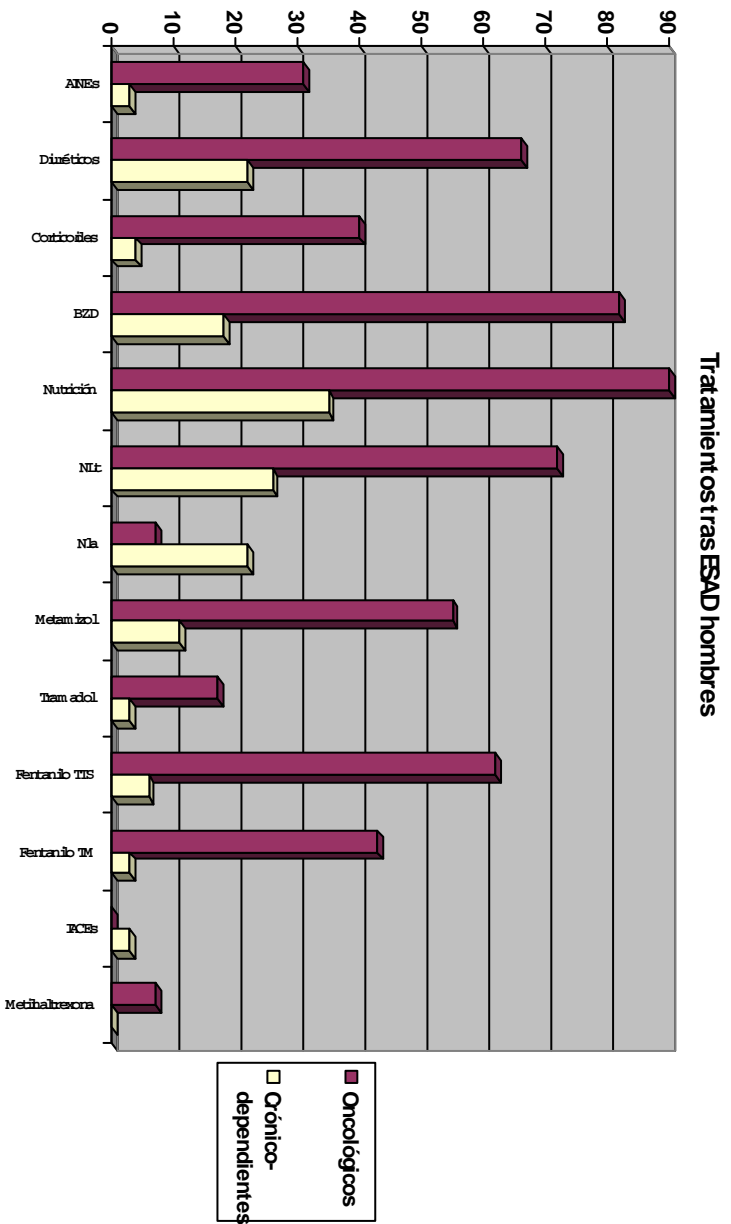
Fármacos posteriores	Mujeres oncológicas	Mujeres crónico-dependientes
Morfina	17'6 % (N=24)	5'7 % (N=9)
Fentanilo transdérmico	29'4 % (N=40)	5'1 % (N=8)
Fentanilo transmucoso	18'5 % (N=25)	2'5 % (N=4)
Metamizol	23'5 % (N=32)	4'4 % (N=7)
Codeína	3'7 % (N=5)	0 % (N=0)
AINEs	2'5 % (N=17)	3'2 % (N=5)
Benzodiazepinas	47'8 % (N=65)	29'9 % (N=33)
Hipnóticos	8'8 % (N=12)	0'6 % (N=1)
Suplementos nutricionales	41'9 % (N=57)	23'4 % (N=37)
Neurolépticos típicos	36'8 % (N=50)	21'5 % (N=34)
Neurolépticos atípicos	4'4 % (N=6)	15'2 % (N=24)
Diuréticos	37'5 % (N=51)	9'5 % (N=15)
Laxantes	55'1 % (N=75)	36'1 % (N=57)
IACEs	0'7 % (N=1)	9'5 % (N=15)
Metilnaltrexona	4'4 % (N=6)	0 % (N=0)
Hidromorfona	6'6 % (N=9)	0 % (N=0)

Entre hombres oncológicos y crónico-dependientes se encuentran diferencias significativas ($p < 0'05$) respecto a los tratamientos previos a la intervención del ESAD en benzodiazepinas, neurolépticos típicos, memantina, tramadol, codeína y AINEs, y muy significativas ($p < 0'001$) en corticoides, antiagregantes, antiparkinsonianos,

antidepresivos, neurolépticos atípicos, IACEs, fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso y metamizol. Respecto a los tratamientos pautados o modificados por el ESAD se encuentran diferencias significativas ($p < 0.05$) en tramadol, AINEs, suplementación nutricional, neurolépticos típicos, diuréticos, IACEs y metilnaltrexona, y muy significativas ($p < 0.001$) en fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso, metamizol, corticoides, benzodiacepinas, neurolépticos atípicos y sedación.

Entre mujeres oncológicas y crónico-dependientes se encuentran diferencias significativas ($p < 0.05$) respecto a los tratamientos previos a la intervención del ESAD en corticoides, digitálicos, antidepresivos, neurolépticos típicos, IACEs, memantina, antiparkinsonianos, antagonistas del calcio y metamizol, y muy significativas ($p < 0.001$) en antiagregantes, neurolépticos atípicos, morfina, fentanilo transdérmico y fentanilo transmucoso. En este sentido, respecto a los tratamientos pautados o modificados por el ESAD tras su intervención, muestran diferencias significativas ($p < 0.05$) el uso de morfina, codeína, AINEs, hipnóticos no benzodiacepínicos, suplementación nutricional, neurolépticos típicos y atípicos, laxantes, IACEs, metilnaltrexona e hidromorfona, y muy significativas ($p < 0.001$) fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso, metamizol, benzodiacepinas, diuréticos y sedación.





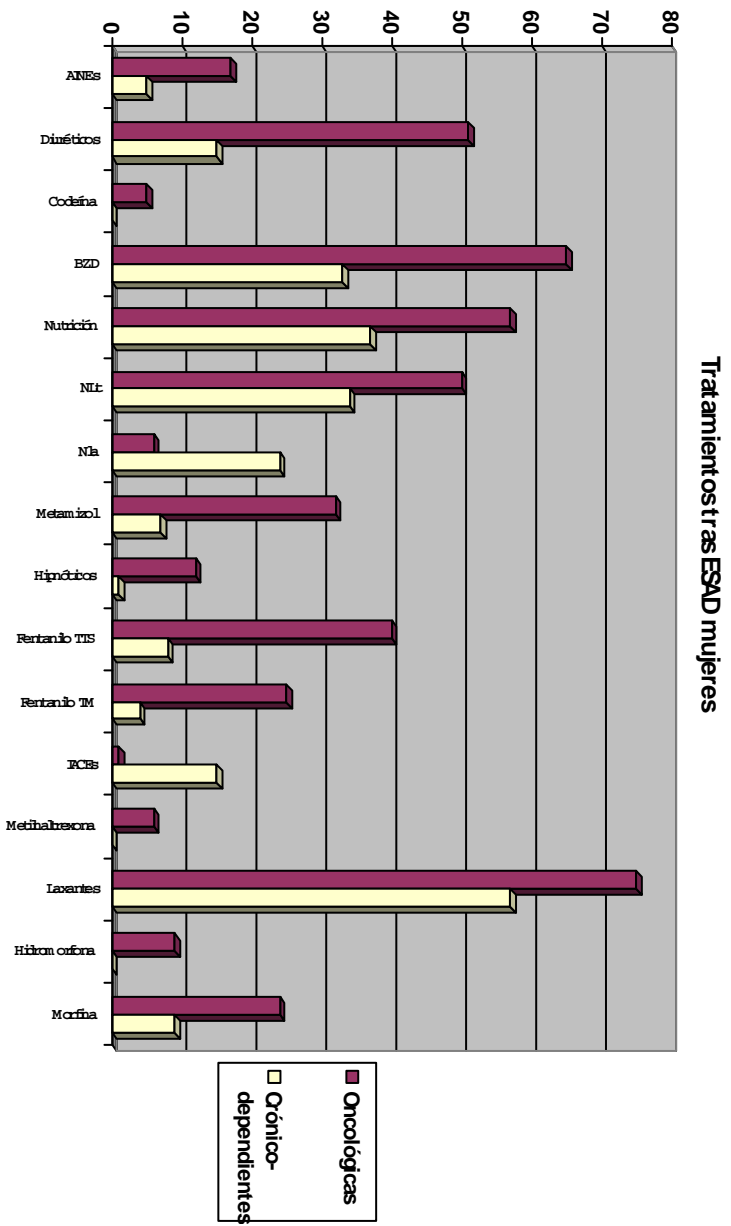


Tabla 74bis. Estadísticos de contraste

Estadísticos de contraste ^{a,b,c}			
	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
AB	,093	1	,760
corticoide	16,051	1	,000
diurético	,380	1	,537
antiagreg	21,125	1	,000
ACO	,070	1	,791
digoxina	1,200	1	,273
IECA	2,377	1	,123
ARAll	1,413	1	,235
bbloq	,704	1	,401
ADO	,005	1	,943
estatina	,747	1	,388
Inhal	5,388	1	,020
tipoinhanla	2,130	1	,144
BZD	6,897	1	,009
antidepre	19,673	1	,000
NLtipic	5,304	1	,021
NLatipic	28,807	1	,000
IACE	40,404	1	,000
memantina	5,541	1	,019
IBP	,845	1	,358
suplenutri	1,283	1	,257
antipark	30,279	1	,000
insulina	1,254	1	,263
antagCa	,601	1	,438
morfina	,027	1	,869
fentanilo	32,888	1	,000
fentaTM	16,209	1	,000
hidromorf	,000	1	1,000
oxicodona	,552	1	,457
bupre	,545	1	,460
tramadol	4,161	1	,041
paracetamol	,699	1	,403
metamizol	29,812	1	,000
codeína	4,509	1	,034
aine	8,254	1	,004
valproico	,165	1	,684
gaba	1,622	1	,203
pregaba	2,983	1	,084
laxante	,014	1	,905
O2	3,784	1	,052
morfina	2,534	1	,111
fentanilo	26,876	1	,000
fentaTM2	19,822	1	,000
oxicodona	,557	1	,456
bupre2	,207	1	,649
tramadol	3,971	1	,046
paracetamol	,061	1	,805
metamizol	12,918	1	,000
codeína	2,966	1	,085
AINEs	11,879	1	,001
valproico	1,419	1	,234
gabapentina	,016	1	,901
pregabalina	,411	1	,521
corticoide2	13,359	1	,000
BZD2	19,293	1	,000
antidepre2	,703	1	,402
hipnotic2	2,494	1	,114
nutri	5,127	1	,024
NLt	5,062	1	,024
NLa	22,238	1	,000
diuretico	5,864	1	,015
laxante2	3,644	1	,056
IACe2	5,487	1	,019
AB2	3,133	1	,077
metilnaltrexona	3,965	1	,046
hidromorfona	1,967	1	,161
oxigeno	,015	1	,904
sedación?	13,217	1	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis
b. Variable de agrupación: Motivo de derivacion
c. sexo = hombre

Tabla 75. Estadísticos de contraste

Estadísticos de contraste a,b,c

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
AB	,303	1	,582
corticoide	10,619	1	,001
diurético	,303	1	,582
antiagreg	27,826	1	,000
ACO	,932	1	,334
digoxina	3,950	1	,047
IECA	,631	1	,427
ARAI	1,876	1	,171
bbloq	,110	1	,740
ADO	2,276	1	,131
estatina	,048	1	,826
Inhal	1,358	1	,244
tipoinhanla	,321	1	,571
BZD	,004	1	,947
antidepre	6,710	1	,010
NLtipic	7,069	1	,008
NLatipic	34,206	1	,000
IACE	10,241	1	,001
memantina	6,933	1	,008
IBP	,097	1	,755
suplenutri	,630	1	,427
antipark	9,271	1	,002
insulina	1,560	1	,212
antagCa	8,669	1	,003
morfina	13,862	1	,000
fentanilo	22,855	1	,000
fentaTM	17,596	1	,000
hidromorf	1,147	1	,284
oxicodona	3,487	1	,062
bupre	,376	1	,540
tramadol	,656	1	,418
paracetamol	2,488	1	,115
metamizol	11,760	1	,001
codeína	2,693	1	,101
aine	2,282	1	,131
valproico	,032	1	,859
gaba	1,335	1	,248
pregaba	,000	1	,985
laxante	2,894	1	,089
O2	,324	1	,569
morfina	10,440	1	,001
fentanilo	31,610	1	,000
fentaTM2	20,792	1	,000
oxicodona	2,331	1	,127
bupre2	2,331	1	,127
tramadol	1,915	1	,166
paracetamol	1,000	1	,317
metamizol	23,093	1	,000
codeína	5,889	1	,015
AINEs	9,169	1	,002
valproico	3,479	1	,062
gabapentina	1,023	1	,312
pregabalina	,385	1	,535
corticoide2	3,326	1	,068
BZD2	23,733	1	,000
antidepre2	1,848	1	,174
hipnotic2	11,562	1	,001
nutri	11,454	1	,001
NLt	8,296	1	,004
NLa	9,235	1	,002
diuretico	32,817	1	,000
laxante2	10,708	1	,001
IACe2	10,858	1	,001
AB2	1,013	1	,314
metilnaltrexona	7,092	1	,008
hidromorfona	10,682	1	,001
oxigeno	,253	1	,615
sedación?	29,532	1	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Motivo de derivacion

c. sexo = mujer

Tabla 76. Estadísticos de contraste dosis de fármacos

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Dosismorf	3,232	1	,072
Morfina2	,050	1	,823
Dosismorf2	,294	1	,587
Dosisfenta	2,668	1	,102
Fentanilo2	6,919	1	,009
Dosisfenta2	10,168	1	,001
DosisfentaTM0	2,248	1	,134
DosisfentatM1	,942	1	,332
DosisfentaTM2	1,205	1	,272
Dosisbupre0	1,551	1	,213
Dosisbupre1	,357	1	,550
Dosisbupre2	,463	1	,496
Dosistrama	7,079	1	,008
Tramadol2	1,001	1	,317
Dosistrama2	4,355	1	,037
Dosisparaceta	4,564	1	,033
Paraceta2	4,699	1	,030
Dosisparaceta2	3,917	1	,048
Dosismeta	3,289	1	,070
Metamizol2	,003	1	,953
Dosismeta2	,002	1	,962
Dosiscode	,003	1	,958
Codeína2	,454	1	,500
Dosiscode2	1,929	1	,165
Dosisvalpro	2,886	1	,089
Dosisvalpro2	,409	1	,522
Dosisgaba	1,693	1	,193
Dosisgaba2	,034	1	,853
Dosispregaba	,317	1	,573
Hidromorfona0	,105	1	,746
Hidromorfona1	,644	1	,422
Hidromorfona2	,463	1	,496

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Motivo de derivación

3. SEDACIÓN:

Se procede a estudiar las diferencias entre los pacientes sedados y no sedados al final del proceso asistencial. Como ya se ha citado previamente, requirieron sedación paliativa un 16'6% de todos los casos atendidos por el ESAD de Barbastro (N=106).

La edad media de los pacientes sedados fue de 77'71+/-10'3 años, frente a 80'03 +/-10'8 años de los pacientes que no recibieron este tratamiento. Respecto al sexo, un 49'1% de los pacientes sedados fueron hombres (N=52) y un 50'9% mujeres (N=54), mientras que en el grupo de pacientes no sedados fueron un 54'9% hombres (N=292) y un 45'1% mujeres (N=240). Las diferencias expuestas son estadísticamente significativas respecto a la edad de los pacientes ($p<0'001$), sin haber encontrado diferencias en cuanto al sexo.

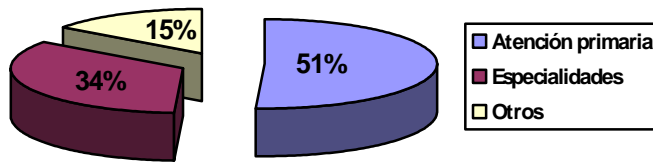
Tabla 77. Estadísticos de contraste(a)

	Edad	Sexo
U de Mann-Whitney	23464,5 00	26552,000
W de Wilcoxon	29135,5 00	168330,000
Z	-2,707	-1,099
Sig. asintót. (bilateral)	,007	,272

a Variable de agrupación: sedación?

Los pacientes sedados fueron derivados en un 50'9% (N=54) desde Atención Primaria, un 34% desde especialidades hospitalarias (N=36) y un 15'1% provenían de otros orígenes (N=16). En el grupo de pacientes que no recibieron sedación, la distribución fue de la siguiente manera: desde Atención Primaria un 54'7% (N=291), desde otras especialidades un 28'9% (N=154) y de otros orígenes un 16'4% (N=87). No se observan diferencias significativas en cuanto al origen de los pacientes entre sedados y no sedados.

Origen de pacientes sedados



Origen de pacientes no sedados

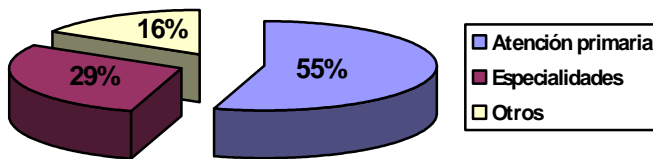
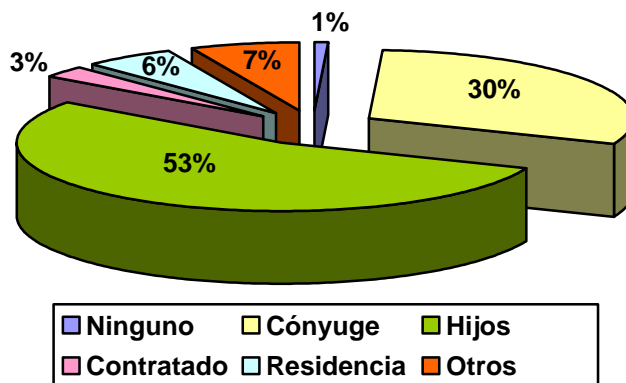


Tabla 78. Estadísticos de contraste

	Procedencia
U de Mann-Whitney	27471,000
W de Wilcoxon	169249,000
Z	-,465
Sig. asintót. (bilateral)	,642

En los siguientes gráficos se puede apreciar quién ejercía de cuidador principal de los pacientes, apreciándose notables diferencias entre los grupos de pacientes que recibieron una sedación y los que no la precisaron, obteniéndose significación estadística ($p < 0,05$).

Cuidador principal en sedados



Cuidador principal en no sedados

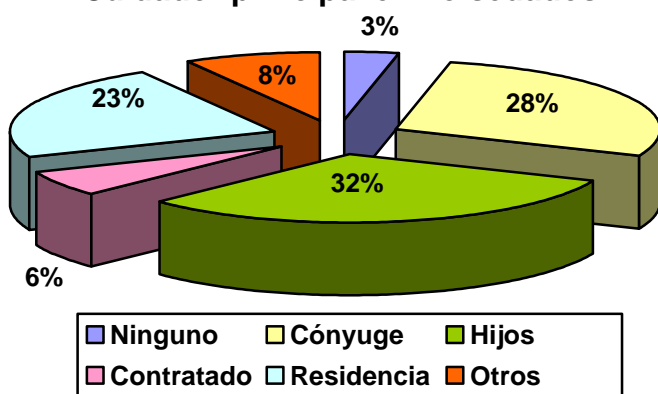


Tabla 79. Pruebas de Chi-cuadrado cuidador-sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,593(a)	5	,000
Razón de verosimilitudes	33,218	5	,000
Asociación lineal por lineal	4,160	1	,041
N de casos válidos	636		

El motivo de derivación de estos pacientes fue, en el grupo de los pacientes que precisaron sedación, oncológico en el 83% (N=88) y crónico-dependiente no oncológico el 17% (N=18), mientras que en los no sedados, la distribución es de un 50'6% de pacientes oncológicos (N=269) y un 49'4% de crónico-dependientes no oncológicos (N=263). Estas marcadas diferencias presentan también significación estadística ($p < 0'001$).

Tabla 80. Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilatera)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,777(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	36,471	1	,000		
Razón de verosimilitudes	41,356	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	37,718	1	,000		
N de casos válidos	638				

Analizando los casos además de por motivo de derivación por sexo, se observan diferencias significativas, de forma que precisan sedación 45 pacientes hombres oncológicos frente a 7 crónico-dependientes y 43 mujeres oncológicas frente a 11 crónico-dependientes:

Tabla 81. Contingencia sedación? * Motivo de derivación * sexo

Sexo			Motivo de derivación		Total
			Oncológico	Crónico dependiente	
Hombre	Sedación	No	176	116	292
		Sí	45	7	52
	Total		221	123	344
Mujer	Sedación?	No	93	147	240
		Sí	43	11	54
	Total		136	158	294

Tabla 82. Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	13,255	1	,000		
	Corrección por continuidad ^a	12,136	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	15,108	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
	Asociación lineal por lineal	13,217	1	,000		
	N de casos válidos	344				
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	29,633	1	,000		
	Corrección por continuidad ^a	28,011	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	30,873	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
	Asociación lineal por lineal	29,532	1	,000		
	N de casos válidos	294				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,6.

c. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,5.

En el subgrupo de pacientes oncológicos, se obtiene la siguiente distribución por tipo de tumor:

Tabla 83. Tipo de tumor en pacientes sedados

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Digestivo	42	48,3
Pulmón	6	6,9
Urológico	15	17,2
Ginecológico	6	6,9
Mama	7	8,0
Cerebral	2	2,3
Hematológico	9	10,3
Total	87	100,0
Perdidos Sistema	19	
Total	106	

Mientras que en el grupo de pacientes oncológicos que no precisaron sedación, la distribución es la siguiente:

Tabla 84. Tipo de tumor en pacientes no sedados

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Digestivo	98	34,3
Pulmón	60	21,0
Urológico	57	19,9
Ginecológico	25	8,7
Mama	11	3,8
Cerebral	12	4,2
Hematológico	23	8,0
Total	286	100,0
Perdidos Sistema	246	
Total	532	

Se puede observar que la suma de los 87 sedados y los 286 no sedados supone un total de 373 pacientes con cáncer (son los 357 oncológicos y los 16 crónico-dependientes afectados de cáncer).

Tabla 85. Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,252(a)	6	,018
Razón de verosimilitudes	16,761	6	,010
Asociación lineal por lineal	,010	1	,922
N de casos válidos	354		

a 2 casillas (14,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,70.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la distribución de tumores entre sedados y no sedados según Chi. Sí hay diferencias entre tipo de tumor determinado y sedación, de forma que padecer un tipo de tumor está relacionado con precisar o no una sedación. De estos pacientes, presentaban metástasis a distancia de su tumor original el 66'7% de los sedados (N=58), mientras que en el grupo de pacientes oncológicos no sedados, presentaban metástasis a distancia el 54'8% (N=155). Sin embargo, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas respecto al hecho de la existencia o no de metástasis entre pacientes sedados y no sedados.

La distribución de las metástasis por grupos de pacientes sedados y no sedados, se puede apreciar en la siguiente tabla, aunque el análisis por tipo de metástasis por separado, tampoco muestra diferencias estadísticamente significativas frente al hecho de recibir una sedación.

Tabla 86. Metástasis en sedados y en no sedados

Tipo de metástasis	Sedados	No sedados
Hepáticas	44'6% (N=25)	40'3% (N=60)
Pulmonares	32'1% (N=18)	32'9% (N=49)
Óseas	25% (N=14)	26'8% (N=40)
Cerebrales	5'4% (N=3)	6'7% (N=10)
Peritoneales	23'2% (N=13)	13'4% (N=20)
Otras	30'4% (N=17)	24'2% (N=36)

Tabla 87. Pruebas de Chi-cuadrado presencia metástasis-sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,103(b)	1	,147		
Corrección por continuidad(a)	1,753	1	,185		
Razón de verosimilitudes	2,135	1	,144		
Estadístico exacto de Fisher				,166	,092
Asociación lineal por lineal	2,097	1	,148		
N de casos válidos	353				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 34,75.

Tabla 88. Pruebas de chi-cuadrado presencia metástasis hepáticas-sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,383(b)	1	,536		
Corrección por continuidad(a)	,211	1	,646		
Razón de verosimilitudes	,381	1	,537		
Estadístico exacto de Fisher				,633	,322
Asociación lineal por lineal	,381	1	,537		
N de casos válidos	204				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,06.

Tabla 89. Pruebas de Chi-cuadrado presencia metástasis pulmonares-sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,017(b)	1	,896		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,017	1	,896		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,518
Asociación lineal por lineal	,017	1	,896		
N de casos válidos	204				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,39.

Tabla 90. Pruebas de Chi-cuadrado presencia metástasis óseas-sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,086(b)	1	,770		
Corrección por continuidad(a)	,013	1	,908		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	,086	1	,769	,860	,459
Asociación lineal por lineal	,085	1	,770		
N de casos válidos	204				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,82.

Tabla 91. Pruebas de Chi-cuadrado presencia metástasis cerebrales-sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,133(b)	1	,715		
Corrección por continuidad(a)	,002	1	,965		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	,138	1	,710	1,000	,500
Asociación lineal por lineal	,133	1	,716		
N de casos válidos	204				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,57.

Tabla 92. Pruebas de Chi-cuadrado presencia metástasis peritoneales-sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,820(b)	1	,093		
Corrección por continuidad(a)	2,150	1	,143		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	2,661	1	,103	,134	,074
Asociación lineal por lineal	2,806	1	,094		
N de casos válidos	204				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,06.

Tabla 93. Pruebas de Chi-cuadrado presencia otras metástasis-sedación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,769(b)	1	,381		
Corrección por continuidad(a)	,487	1	,485		
Razón de verosimilitudes	,753	1	,385		
Estadístico exacto de Fisher				,378	,241
Asociación lineal por lineal	,765	1	,382		
N de casos válidos	204				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,55.

Del grupo de pacientes sedados, habían recibido tratamiento activo frente al tumor original el 60'2% (N=53) y en el grupo de los no sedados, un 62'5% (N=177), sin existir diferencias estadísticamente significativas.

Eran conocedores de su enfermedad el 35'2% de los pacientes sedados (N=37) y el 23'7% de lo no sedados (N=124), de forma que un 45'7% (N=48) de los pacientes que recibieron una sedación no eran conocedores de su enfermedad (un 19% se consideró no apto para determinar si era o no conocedor). De los pacientes conocedores de su patología de base, precisaron sedación un 23% (N=37), mientras que de los no conocedores, la precisaron un 26'2% (N=48), sin encontrarse diferencias significativas entre el hecho de ser conocedor de la patología de base y la necesidad de una sedación.

**Tabla 94. Estadísticos de contraste(a)
Prueba de Mann-Whitney**

	Sedación?
U de Mann-Whitney	14253,000
W de Wilcoxon	27294,000
Z	-,696
Sig. asintót. (bilateral)	,486

a Variable de agrupación: conocedor?

En los pacientes sedados obtenemos una diferencia de medias entre la puntuación en el índice de Barthel previo (media de 85'19+/-31'8) y el actual (media de 36'33+/-38'4) de 48'86 puntos, mientras que en los pacientes no sedados, dicha diferencia es de 20'4 puntos (media en índice de Barthel previo de 61'19+/-43'8 y en el actual de 40'79+/-39). Se constata un mayor declive funcional en sedados, con significación estadística ($p < 0'001$) respecto a la sedación en el índice de Barthel previo y en el descenso en la puntuación en el índice de Barthel, no así en el Barthel obtenido en la primera valoración.

Presentaron UPP el 5'7% de los pacientes sedados (N=6) frente al 9'2% de los no sedados (N=49), sin encontrarse diferencias significativas en este aspecto. Se dio síndrome de inmovilidad en 32'1% (N=34) de los pacientes sedados y en 39'3% (N=209) de los no sedados, sin diferencias significativas.

Tabla 95. Estadísticos de contraste(a)

	Barthel previo	Barthel actual
U de Mann-Whitney	18268,500	25302,500
W de Wilcoxon	147046,500	30867,500
Z	-5,297	-1,270
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,204

a Variable de agrupación: sedación?

Tabla 96. Estadísticos de contraste (b)

	Barthel actual - barthel previo
Z	-7,615(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a Basado en los rangos positivos.

b Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

La puntuación media del índice de Karnofsky en los pacientes que recibieron una sedación fue de 41'8 y en el grupo que no precisaron sedación de 50'63 con una marcada significación estadística ($p < 0'001$).

Tabla 97. Estadísticos de contraste(a)

	Karnofski
U de Mann-Whitney	8458,500
W de Wilcoxon	12463,500
Z	-4,232
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a Variable de agrupación: sedación?

La puntuación media en el test de Pfeiffer fue de 2´66 en pacientes sedados y de 3´99 en no sedados con una marcada significación estadística ($p < 0´05$).

Tabla 98. Estadísticos de contraste(a)

	Pfeiffer
U de Mann-Whitney	17357,500
W de Wilcoxon	21273,500
Z	-2,581
Sig. asintót. (bilateral)	,010

a Variable de agrupación: sedación?

Respecto a la actividad asistencial del ESAD, los pacientes que requirieron una sedación recibieron una media de 3´9 visitas en un tiempo medio de 50´08 días, frente a una media de 2´44 visitas en un tiempo medio de 57´3 días de seguimiento en los pacientes que no la precisaron. De esta manera, se constata que en pacientes sedados se habían realizado más visitas en un tiempo menor de seguimiento obteniéndose una marcada significación estadística ($p < 0´001$) en ambos parámetros.

Tabla 99. Correlaciones

		número visitas	tiempo seguimiento días
Número visitas	Correlación de Pearson	1	,745(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	638	638
Tiempo seguimiento días	Correlación de Pearson	,745(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	638	638

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 100. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra(c) Sedación = no

		número visitas	tiempo seguimiento días
N		532	532
Parámetros normales(a,b)	Media	2,44	57,30
	Desviación típica	2,202	55,141
Diferencias más extremas	Absoluta	,256	,154
	Positiva	,239	,149
	Negativa	-,256	-,154
Z de Kolmogorov-Smirnov		5,912	3,543
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

c sedación? = no

Tabla 101. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra(c) Sedación = sí

		número visitas	tiempo seguimiento días
N		106	106
Parámetros normales(a,b)	Media	3,90	50,08
	Desviación típica	3,698	63,169
Diferencias más extremas	Absoluta	,217	,221
	Positiva	,209	,221
	Negativa	-,217	-,219
Z de Kolmogorov-Smirnov		2,232	2,273
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

c sedación? = sí

Y respecto a los antecedentes clínicos relevantes de los pacientes, se muestran las diferencias entre grupos en la siguiente tabla:

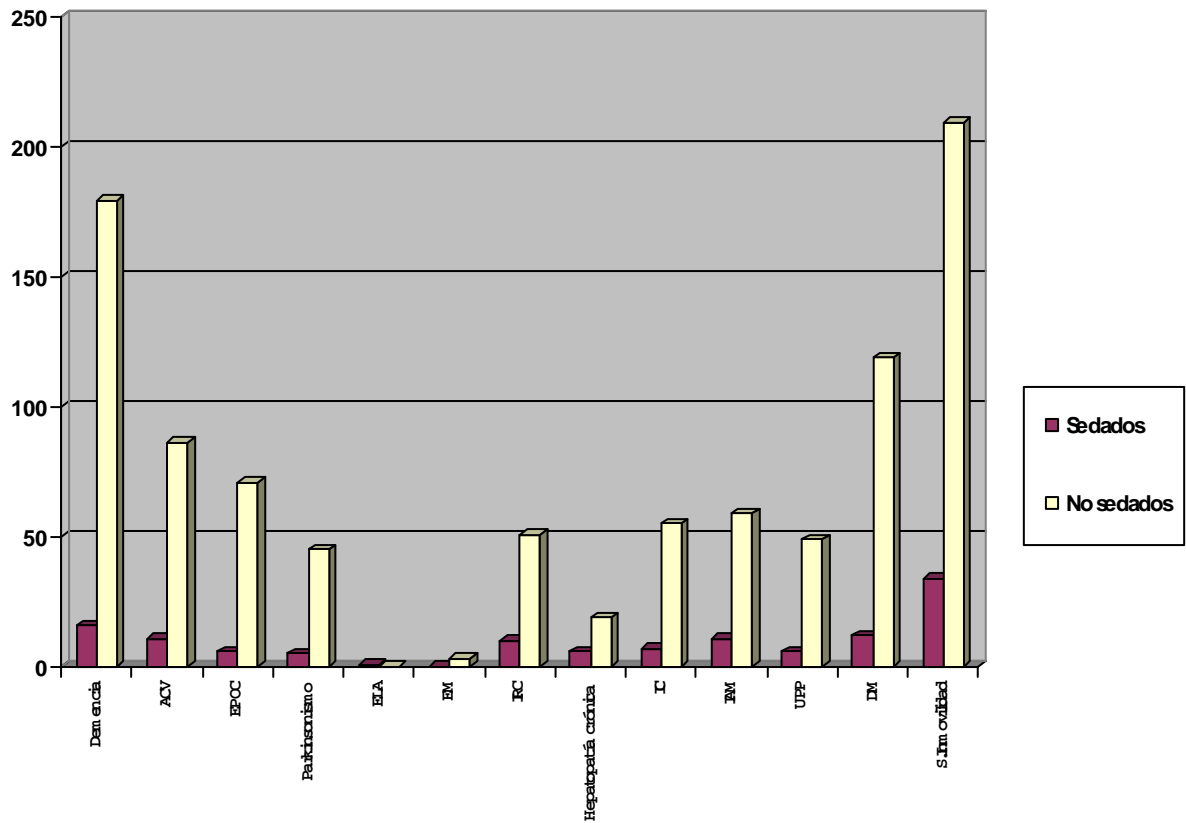
Tabla 102. Antecedentes médicos en sedados y no sedados

Antecedentes	Sedados	No sedados
Demencia*	15'1 % (N=16)	33'8 % (N=179)
GDS medio	5'79+/-1'3	6'02+/-1'02
ACV	10'4 % (N=11)	16'2 % (N=86)
EPOC*	5'7 % (N=6)	13'4 % (N=71)
Parkinsonismo	4'7 % (N=5)	8'5 % (N=45)
ELA*	0'9 % (N=1)	0 % (N=0)
EM	0 % (N=0)	0'6 % (N=3)
IRC	9'4 % (N=10)	9'6 % (N=51)
Hepatopatía crónica	5'7 % (N=6)	3'6 % (N=19)
Insuficiencia cardíaca	6'6 % (N=7)	10'4 % (N=55)
Cardiopatía isquémica	10'4 % (N=11)	11'1 % (N=59)
ACxFA*	10'4 % (N=11)	18'3 % (N=97)
UPP	5'7 % (N=6)	9'2 % (N=49)
DM*	11'3 % (N=12)	22'4 % (N=119)
Síndrome de inmovilidad	32'1 % (N=34)	39'3 % (N=209)

* p<0'05

Se obtienen diferencias estadísticamente significativas (p<0'05) en demencia, diabetes, EPOC, ACxFA y ELA.

Antecedentes médicos



La clínica que presentaron los pacientes, se expresa en la siguiente tabla, comparando los que precisaron y no una sedación:

Tabla 103. Síntomas en sedados y en no sedados

Clínica	Sedados	No sedados
Anorexia*	59'4 % (N=63)	44 % (N=234)
Dolor*	54'7 % (N=58) EVA medio 6'25+/-2	40'8 % (N=217) EVA medio 6'65+/-1'8
Ansiedad*	34 % (N=36)	21'1 % (N=112)
Disnea	24'5 % (N=26) NYHA medio 2'91+/-0'9	21'2 % (N=113) NYHA medio 2'63+/-0'8
Depresión*	28'3 % (N=30)	19'7 % (N=105)
Insomnio*	30'2 % (N=32)	21'1 % (N=112)
Náuseas*	19'8 % (N=21)	10'7 % (N=57)
Agitación psicomotriz	18'9 % (N=20)	18'6 % (N=99)

* p<0'05

Se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en dolor (no en el valor medio de la escala EVA), anorexia, ansiedad, náuseas y, en menor medida, en depresión e insomnio.

Síntomas

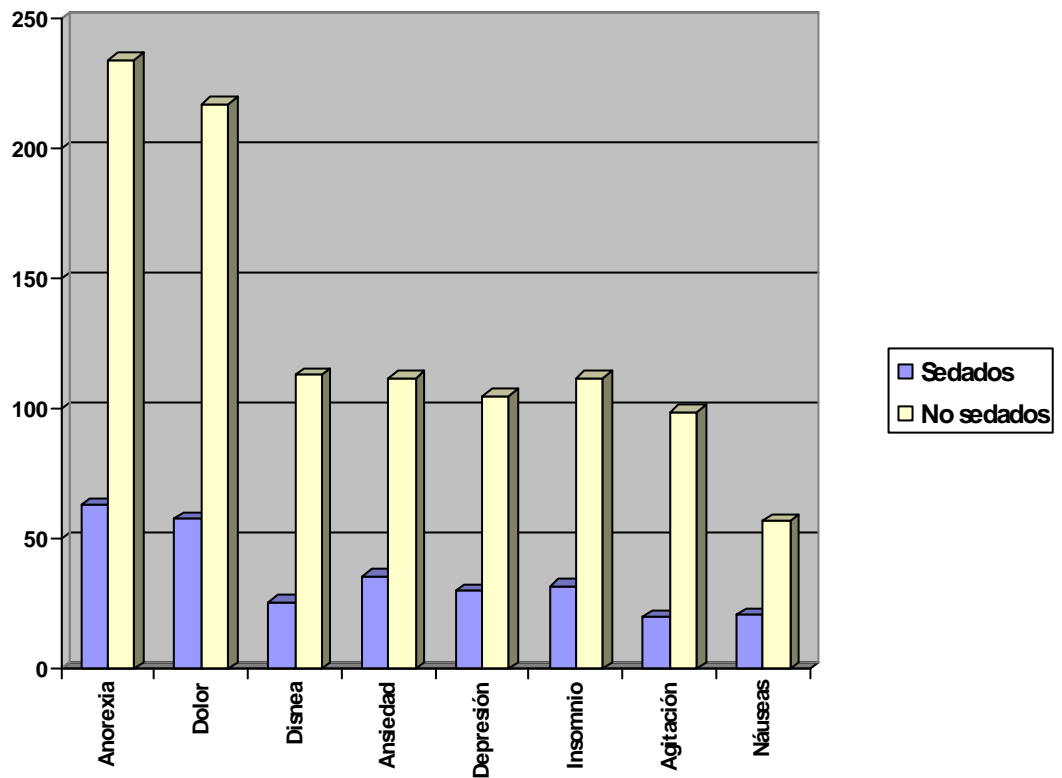


Tabla 104. Rangos

	Sedación	N	Rango promedio
Dolor	No	532	311,62
	Sí	106	359,06
	Total	638	
Disnea	No	532	317,76
	Sí	106	328,25
	Total	638	
NYHA	No	110	64,91
	Sí	23	77,00
	Total	133	
Anorexia	No	532	311,31
	Sí	106	360,59
	Total	638	
Ansiedad	No	532	312,66

	Sí	106	353,84
	Total	638	
Depresión	No	532	314,96
	Sí	106	342,28
	Total	638	
Insomnio	No	532	314,66
	Sí	106	343,80
	Total	638	
Agitación	No	532	319,36
	Sí	106	320,19
	Total	638	
Fiebre	No	532	319,00
	Sí	106	322,02
	Total	638	
Náuseas	No	532	314,68
	Sí	106	343,70
	Total	638	
Demencia	No	530	328,40
	Sí	106	269,00
	Total	636	

Tabla 105. Estadísticos de contraste(a,b)

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Dolor	7,951	1	,005
Disnea	,560	1	,454
NYHA	2,113	1	,146
Anorexia	8,465	1	,004
Ansiedad	8,255	1	,004
Depresión	3,881	1	,049
Insomnio	4,215	1	,040
Agitación	,004	1	,950
Fiebre	,729	1	,393
Náuseas	6,806	1	,009
Demencia	14,474	1	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: sedación?

En los pacientes que precisaron un sedación, se observan correlaciones positivas entre dolor y ansiedad, anorexia con náuseas y depresión, y ansiedad con depresión e insomnio.

Comparando los fármacos previos entre grupos, se obtiene la siguiente tabla:

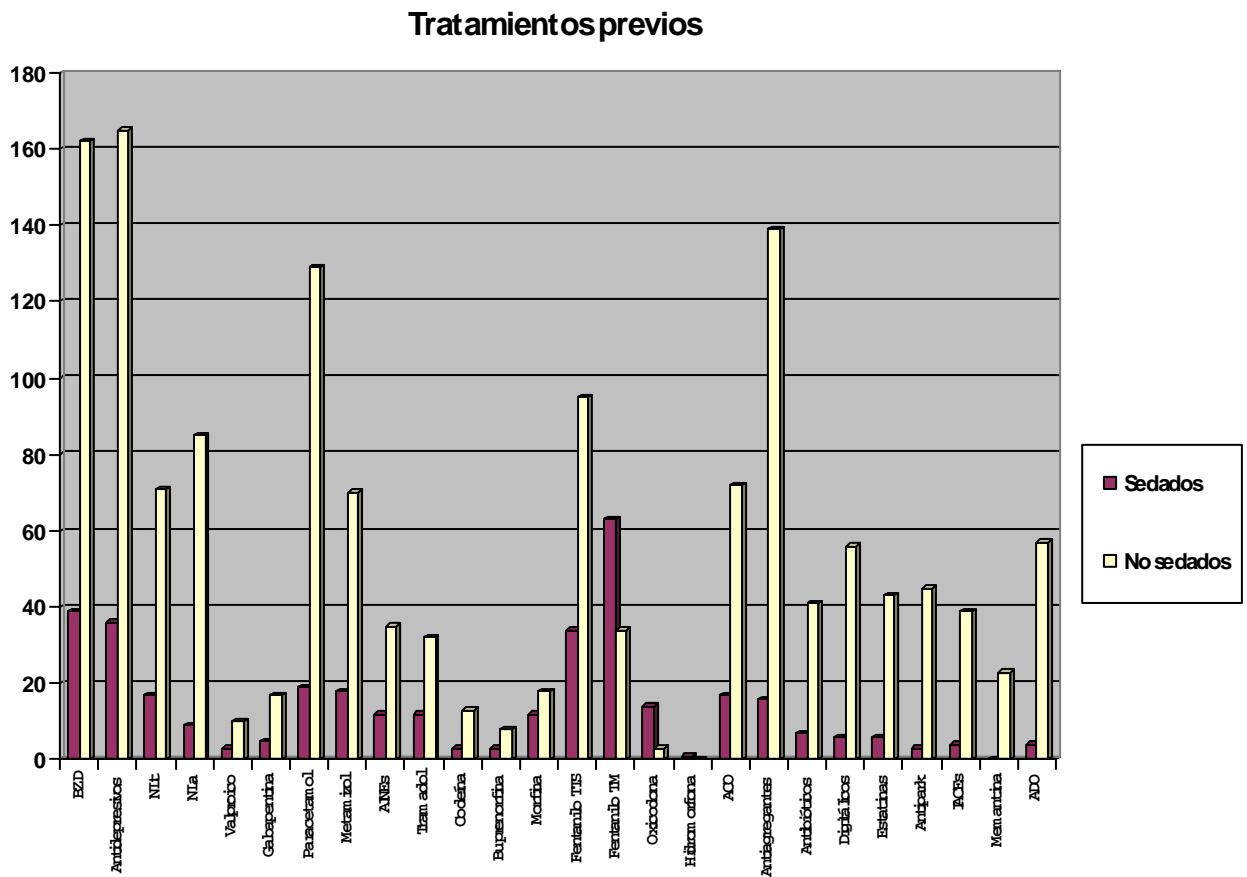
Tabla 106. Fármacos previos en sedados y en no sedados

Fármacos previos	Sedados	No sedados
Benzodiacepinas	36'8 % (N=39)	30'6 % (N=162)
Antidepresivos	34 % (N=36)	31'1 % (N=165)
Neurolépticos típicos	16 % (N=17)	13'4 % (N=71)
Neurolépticos atípicos*	8'5 % (N=9)	16 % (N=85)
Valproico	2'8 % (N=3)	1'9 % (N=10)
Gabapentina	4'7 % (N=5)	3'2 % (N=17)
Paracetamol	17'9 % (N=19)	24'3 % (N=129)
Metamizol	17 % (N=18)	13'2 % (N=70)
AINEs	11'3 % (N=12)	6'6 % (N=35)
Tramadol	11'3 % (N=12)	6 % (N=32)
Codeína	2'8 % (N=3)	2'5 % (N=13)
Buprenorfina	2'8 % (N=3)	1'5 % (N=8)
Morfina**	11'3 % (N=12)	3'4 % (N=18)
Fentanilo transdérmico*	32'1 % (N=34)	18 % (N=95)
Fentanilo transmucoso*	13'2 % (N=63)	6'4 % (N=34)
Oxicodona	0'9 % (N=14)	0'6 % (N=3)
Hidromorfona*	0'9 % (N=1)	0 % (N=0)
Anticoagulantes orales	16 % (N=17)	13'6 % (N=72)
Antiagregantes*	15'1 % (N=16)	26'2 % (N=139)
Antibióticos	6'6 % (N=7)	7'7 % (N=41)
Digitálicos	5'7 % (N=6)	10'6 % (N=56)
Estatinas	5'7 % (N=6)	8'1 % (N=43)
Antiparkinsonianos*	2'8 % (N=3)	8'5 % (N=45)
IACEs	3'8 % (N=4)	7'4 % (N=39)
Memantina*	0 % (N=0)	4'3 % (N=23)
Antidiabéticos *	3'8 % (N=4)	10'7% (N=57)

* p<0'05

** p<0'001

Se obtienen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los pacientes que precisaron y no una sedación en los siguientes tratamientos previos a la intervención del ESAD: antiagregantes, antidiabéticos, neurolépticos atípicos, memantina, antiparkinsonianos, fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso e hidromorfona. Se obtienen diferencias muy significativas ($p < 0.001$) en tratamiento con morfina.



Respecto a los tratamientos pautados o modificados por el ESAD, se expresan las diferencias entre pacientes sedados y no sedados en la siguiente tabla:

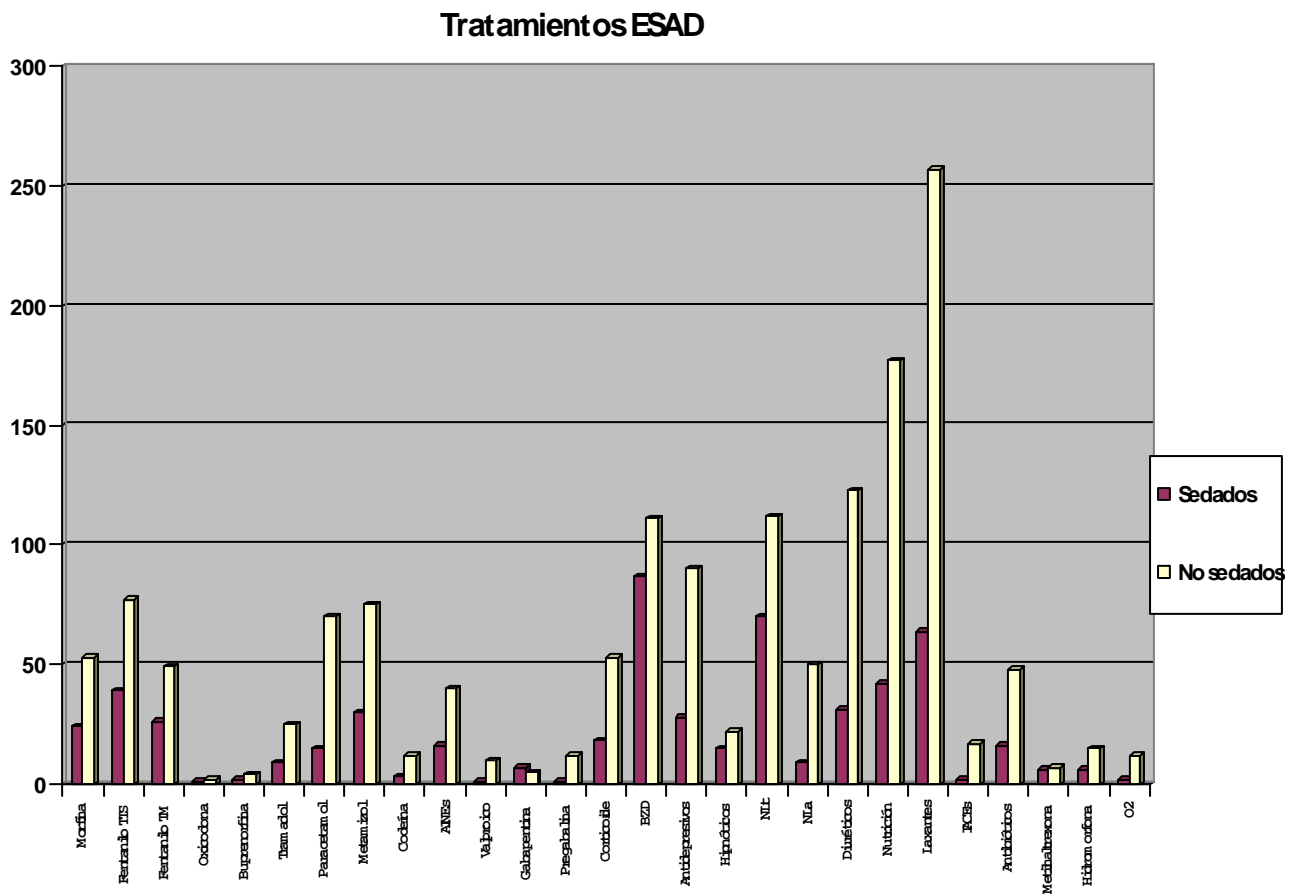
Tabla 107. Fármacos pautados por ESAD en sedados y en no sedados

Fármacos posteriores	Sedados	No sedados
Morfina**	22'6 % (N=24)	10 % (N=53)
Fentanilo transdérmico**	36'8 % (N=39)	14'5 % (N=77)
Fentanilo transmucoso**	24'8 % (N=26)	9'2 % (N=49)
Oxicodona	0'9 % (N=1)	0'4 % (N=2)
Buprenorfina	1'9 % (N=2)	0'8 % (N=4)
Tramadol	8'5 % (N=9)	4'7 % (N=25)
Paracetamol	14'2 % (N=15)	13'2 % (N=70)
Metamizol**	28'3 % (N=30)	14'1 % (N=75)
Codeína	2'8 % (N=3)	2'3 % (N=12)
AINEs*	15'1 % (N=16)	7'5 % (N=40)
Valproico	0'9 % (N=1)	1'9 % (N=10)
Gabapentina**	6'6 % (N=7)	0'9 % (N=5)
Pregabalina	0'9 % (N=1)	2'3 % (N=12)
Corticoides	17 % (N=18)	10 % (N=53)
Benzodiacepinas	82'1 % (N=87)	20'9 % (N=111)
Antidepresivos	26'4 % (N=28)	16'9 % (N=90)
Hipnóticos	14'2 % (N=15)	4'1 % (N=22)
Neurolépticos típicos**	66 % (N=70)	21'1 % (N=112)
Neurolépticos atípicos	8'5 % (N=9)	9'4 % (N=50)
Diuréticos	29'2 % (N=31)	23'2 % (N=123)
Suplementación nutrición	39'6 % (N=42)	33'3 % (N=177)
Laxantes	60'4 % (N=64)	48'5 % (N=257)
IACEs	1'9 % (N=2)	3'2 % (N=17)
Antibióticos	15'1 % (N=16)	9'1 % (N=48)
Metilnaltrexona*	5'7 % (N=6)	1'3 % (N=7)
Hidromorfona	5'7 % (N=6)	2'8 % (N=15)
Oxigenoterapia	1'9 % (N=2)	2'3 % (N=12)

* p<0'05

** p<0'001

Se obtienen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los pacientes que precisaron y no una sedación en los siguientes tratamientos pautados o modificados por el ESAD: AINEs y metilnaltrexona. En el caso de morfina, fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso, metamizol, gabapentina y neurolépticos típicos la significación estadística es mayor ($p < 0.001$).



Respecto al destino de los pacientes, el 100% de los sedados fallecieron, al tratarse de sedaciones definitivas. De los no sedados, fallecieron un 35'7% (N=190), fueron dados de alta por mejoría o estabilización un 46'6 % (N=248), fueron hospitalizados un 16'9 % (N=90) y cambiaron de sector un 0'8 % (N=4). Evidentemente, se obtiene significación estadística en estas diferencias ($p < 0'001$).

Tabla 108. Pruebas de chi-cuadrado sedación y destino

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	146,875	3	,000
Razón de verosimilitudes	187,667	3	,000
Asociación lineal por lineal	14,043	1	,000
N de casos válidos	638		

Tabla 109. Estadísticos de contraste

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
S.inmovilidad	1,946	1	,163
UPP	1,423	1	,233
Karnofski	17,907	1	,000
Barthel previo	28,063	1	,000
Barthel actual	1,614	1	,204
HTA	,015	1	,902
Dislipemia	,270	1	,604
DM1	,000	1	1,000
DM2	6,642	1	,010
EPOC	4,936	1	,026
ACV	2,314	1	,128
Park	1,722	1	,189
IC	1,415	1	,234
IAM	,049	1	,826
IR	,003	1	,957
Hepatopatía	1,014	1	,314
ELA	5,009	1	,025
EM	,601	1	,438
Anemia	1,796	1	,180
ACxFA	3,901	1	,048
Número fármacos previo	,895	1	,344
AB	,162	1	,687
Corticoide	,019	1	,889
Diurético	1,240	1	,265
Antiagreg	5,930	1	,015

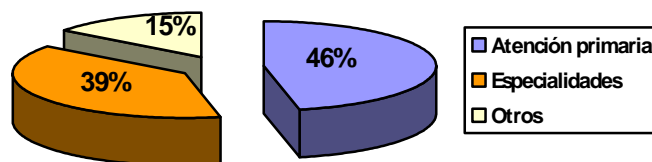
ACO	,441	1	,507
Digoxina	2,412	1	,120
IECA	,347	1	,556
ARAI	,387	1	,534
bbloq	,183	1	,669
ADO	4,957	1	,026
Estatina	,746	1	,388
Inhal	3,038	1	,081
Tipoinhanla	,097	1	,756
BZD	1,582	1	,209
Antidepre	,327	1	,568
NLtipic	,516	1	,472
NLatipic	3,988	1	,046
IACE	1,798	1	,180
Memantina	4,765	1	,029
IBP	,095	1	,758
Suplenutri	,057	1	,811
Antipark	4,050	1	,044
Insulina	,085	1	,770
Antagca	2,565	1	,109
Morfina	12,323	1	,000
Fentanilo	10,854	1	,001
FentaTM	5,801	1	,016
Hidromorf	4,981	1	,026
Oxicodona	,201	1	,654
Bupre	,900	1	,343
Tramadol	3,822	1	,051
Paracetamol	2,033	1	,154
Metamizol	1,053	1	,305
Codeína	,051	1	,821
AINE	2,847	1	,092
Valproico	,392	1	,531
Gaba	,590	1	,442
Pregaba	,065	1	,798
Laxante	,517	1	,472
O2	1,401	1	,237
Morfina	13,368	1	,000
Fentanilo	29,433	1	,000
FentaTM2	20,305	1	,000
Oxicodona	,607	1	,436
Bupre2	1,215	1	,270
Tramadol	2,514	1	,113
Paracetamol	,075	1	,784
Metamizol	12,950	1	,000
Codeína	,127	1	,722

AINEs	6,325	1	,012
Valproico	,457	1	,499
Gabapentina	15,340	1	,000
Pregabalina	,761	1	,383
Nutri	1,579	1	,209
NLt	87,591	1	,000
NLa	,093	1	,760
Diuretico	1,752	1	,186
Metilnaltrexona	8,345	1	,004
Hidromorfona	2,225	1	,136
Oxigeno	,058	1	,809

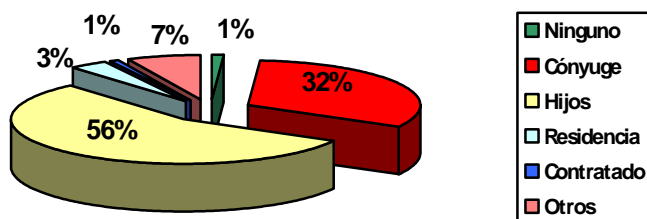
Se procede a la comparación entre pacientes sedados oncológicos (N=88) y pacientes sedados crónico-dependientes (N=18) en determinados aspectos relevantes.

En pacientes sedados oncológicos se obtiene una edad media de 76'1 +/-10'1 años, un 51'1% de hombres (N=45) con un 48'9% de mujeres (N=43), un descenso en la puntuación media del índice de Barthel de 92'87 +/-21'9 a 43'22 +/-38'6, un índice medio de Karnofski de 41'9, llevándose a cabo una media de 4'23 +/-3'8 visitas en un tiempo medio de seguimiento de 55'72 días +/-66 días. La puntuación media obtenida en el test de Pfeiffer fue de 1'68 +/- 3'5. La media de fármacos fue de 6'98 +/- 3'4. La procedencia de los mismos y su cuidador principal, se pueden observar en los gráficos adjuntos.

Origen pacientes sedados oncológicos



Quiador pacientes sedados oncológicos

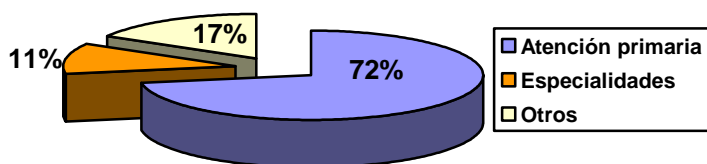


Como datos clínicos relevantes, los pacientes sedados oncológicos presentaron dolor un 61'4% (N=54) con un EVA medio de 6'25 +/-2, disnea un 22'7% (N=20) con una puntuación media en escala NYHA 2'61 +/-0'8, anorexia un 63'6% (N=56), ansiedad un 38'6% (N=34), depresión un 33% (N=29), insomnio un 33% (N=29), agitación un 13'6% (N=12), náuseas un 22'7% (N=20), y síndrome de inmovilidad un 23'9% (N=21). Respecto al hecho de ser conocedor de su patología de base, sólo eran conocedores de su enfermedad el 41'4%, la desconocían el 55'2% y no correspondía este hecho en el 3'4% (hubo un caso perdido respecto a este asunto).

En pacientes sedados crónico-dependientes se obtiene una edad media de 85'6 +/-7'4 años, un 39% de hombres (N=7) con un 61% de mujeres (N=11), un descenso en la puntuación media del índice de Barthel de 43'44 +/-43'9 a 3'06 +/-7, llevándose a cabo una media de 2'28 +/-1'9 visitas en un tiempo medio de seguimiento de 22'56 días +/-37 días. La puntuación media obtenida en el test de Pfeiffer fue de 7'86 +/- 4'2. La media de fármacos fue de 4'83 +/- 2'9. La procedencia de los mismos y su cuidador principal, se puede ver en los gráficos adjuntos.

Las diferencias observadas entre pacientes sedados oncológicos y crónico-dependientes respecto a edad, sexo, índices de Barthel previo y de la primera visita, y puntuación en el test de Pfeiffer, son estadísticamente muy significativas ($p < 0'001$); el número de visitas, el tiempo de seguimiento y el número de fármacos previo a la intervención del ESAD son estadísticamente significativas ($p < 0'05$).

Origen pacientes sedados crónico-dependientes



Cuidador pacientes sedados crónico-dependientes

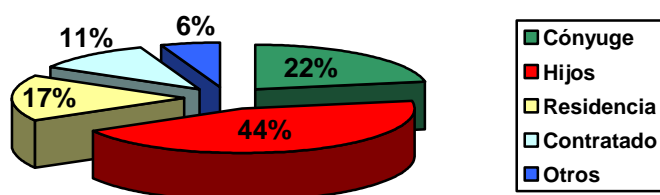


Tabla 110. Estadísticos de contraste

	Edad	Barthel previo	Barthel actual	Pfeiffer	Número visitas	Tiempo seguimiento días	Número fármacos previo
Chi-cuadrado	13,642	27,820	17,980	20,067	7,738	9,237	6,414
gl	1	1	1	1	1	1	1
Sig. asintót.	,000	,000	,000	,000	,005	,002	,011

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Motivo de derivacion

Tabla 111. Tabla de contingencia sedación?*Motivo de derivación*sexo

Recuento			Motivo de derivacion		Total
sexo	sedación?		Oncologico	Cronico dependiente	
hombre	sedación?	no	176	116	292
		si	45	7	52
	Total		221	123	344
mujer	sedación?	no	93	147	240
		si	43	11	54
	Total		136	158	294

Tabla 112. Chi cuadrado sedación? *Motivo de derivación *sexo

sexo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
hombre	Chi-cuadrado de Pearson	13,255 ^b	1	,000		
	Corrección por continuidad ^a	12,136	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	15,108	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
	Asociación lineal por lineal	13,217	1	,000		
	N de casos válidos	344				
	mujer	Chi-cuadrado de Pearson	29,633 ^c	1	,000	
Corrección por continuidad ^a		28,011	1	,000		
Razón de verosimilitudes		30,873	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher					,000	,000
Asociación lineal por lineal		29,532	1	,000		
N de casos válidos		294				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,4

c. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,4

Los pacientes sedados crónico-dependientes presentaron la siguiente clínica: dolor en 27'8% (N=5) sin poder obtener un EVA medio por imposible colaboración, disnea en 33'3% (N=6) con una puntuación media en escala NYHA 4+/-0, obtenida sólo en cuatro pacientes, anorexia en 39% (N=7), ansiedad en 11% (N=2), depresión en 5'6% (N=1), insomnio en 16'7% (N=3), agitación en 44'4% (N=8), náuseas en 5'6% (N=1), y síndrome de inmovilidad en 72'2% (N=13). Respecto al hecho de ser conocedor de su patología de base, sólo era conocedor de su enfermedad un caso (5'6%) y no correspondía este hecho en el resto (94'4%).

Respecto a la sintomatología presentada, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0'05$) entre pacientes sedados oncológicos y sedados crónico-dependientes en ansiedad, depresión, insomnio y agitación, siendo aún mayores las diferencias ($p < 0'001$) en dolor y anorexia.

Las correlaciones obtenidas entre síntomas en estos subgrupos de pacientes son las siguientes: en pacientes oncológicos sedados, se correlacionaron de forma positiva la

existencia de anorexia con depresión, náuseas e insomnio y la ansiedad con la depresión. En el resto de pacientes, en los crónico-dependientes sedados, se correlacionan anorexia con dolor, depresión con ansiedad y depresión con insomnio.

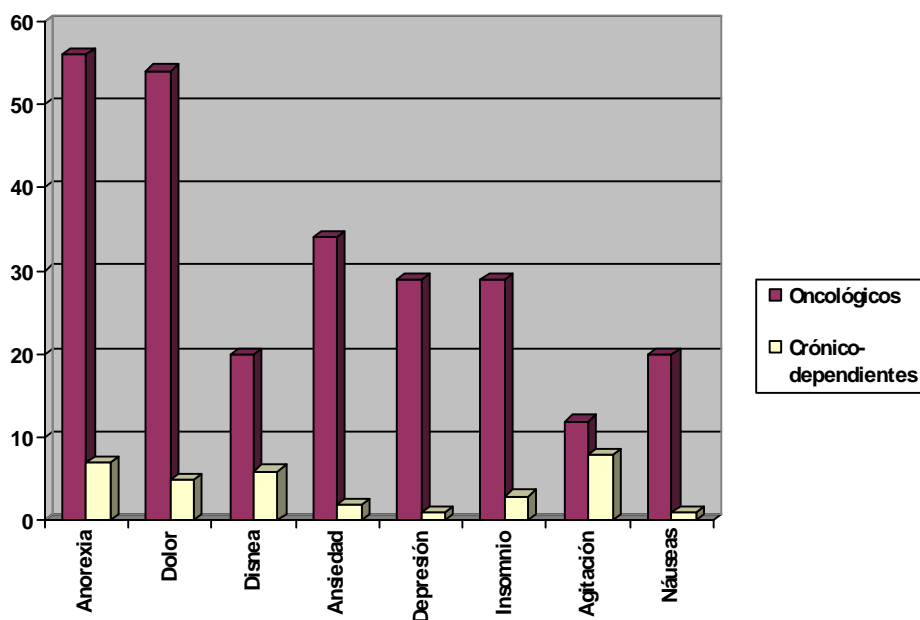
Tabla 113. Síntomas en sedados oncológicos y crónico-dependientes

Clínica	Sedados oncológicos	Sedados crónico-dependientes
Anorexia**	63'6 % (N=56)	39 % (N=7)
Dolor**	61'4 % (N=54)	27'8 % (N=5)
EVA medio	6'25+/-2	imposible
Ansiedad*	38'6 % (N=34)	11 % (N=2)
Disnea	22'7 % (N=20)	33'3 % (N=6)
NYHA medio	2'61+/-0'85	4+/-0
Depresión*	33 % (N=29)	5'6 % (N=1)
Insomnio*	33 % (N=29)	16'7 % (N=3)
Náuseas	22'7 % (N=20)	5'6 % (N=1)
Agitación psicomotriz*	13'6 % (N=12)	44'4 % (N=8)

* p<0'05

** p<0'001

Síntomas sedados



Presentaron síndrome de inmovilidad 21 pacientes sedados oncológicos (23,9%) y 13 pacientes sedados crónico-dependientes (72,2%), siendo esta marcada diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Entre los pacientes que han recibido una sedación al final del proceso, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, entre pacientes oncológicos y crónico-dependientes en los siguientes antecedentes: demencia, ACV, parkinsonismo y síndrome de inmovilidad. No hubo diferencias en la existencia de EPOC, insuficiencia renal, UPP ni en el resto de antecedentes relevantes. Padecieron demencia un 4,5 % de los pacientes sedados oncológicos (N=4) y un 66,7% de los no oncológicos (N=12), ACV un 6,8% de los pacientes sedados oncológicos (N=6) y un 27,8% de los no oncológicos (N=5) y parkinsonismo un 2,3% de los pacientes sedados oncológicos (N=2) y un 16,7% de los no oncológicos (N=3).

Tabla 114. Rangos en sedados según motivo de derivación

	Motivo de derivación	N	Rango promedio
Demencia	Oncológico	88	47,91
	Crónico dependiente	18	80,83
	Total	106	
HTA	Oncológico	88	53,59
	Crónico dependiente	18	53,06
	Total	106	
Dislipemia	Oncológico	88	53,02
	Crónico dependiente	18	55,83
	Total	106	
DM1	Oncológico	88	53,50
	Crónico dependiente	18	53,50
	Total	106	
DM2	Oncológico	88	54,13
	Crónico dependiente	18	50,44
	Total	106	
EPOC	Oncológico	88	53,51
	Crónico dependiente	18	53,44
	Total	106	
ACV	Oncológico	88	51,61
	Crónico dependiente	18	62,72
	Total	106	
Park	Oncológico	88	52,20
	Crónico dependiente	18	59,83
	Total	106	
IC	Oncológico	88	53,01
	Crónico dependiente	18	55,89

	Total	106	
IAM	Oncológico	88	54,02
	Crónico dependiente	18	50,94
	Total	106	
IR	Oncológico	88	53,32
	Crónico dependiente	18	54,39
	Total	106	
Hepatopatía	Oncológico	88	53,51
	Crónico dependiente	18	53,44
	Total	106	
ELA	Oncológico	88	53,00
	Crónico dependiente	18	55,94
	Total	106	
EM	Oncológico	88	53,50
	Crónico dependiente	18	53,50
	Total	106	
UPP	Oncológico	88	52,91
	Crónico dependiente	18	56,39
	Total	106	
S.inmovilidad	Oncológico	88	49,15
	Crónico dependiente	18	74,78
	Total	106	
Anemia	Oncológico	88	54,22
	Crónico dependiente	18	50,00
	Total	106	
ACxFA	Oncológico	88	52,82
	Crónico dependiente	18	56,83
	Total	106	

Tabla 115. Estadísticos de contraste según motivo de derivación

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Demencia	44,572	1	,000
HTA	,006	1	,938
Dislipemia	,387	1	,534
DM1	,000	1	1,000
DM2	,711	1	,399
EPOC	,000	1	,983
ACV	6,992	1	,008
Park	6,824	1	,009
IC	,707	1	,400
IAM	,537	1	,464
IR	,071	1	,790
Hepatopatía	,000	1	,983
ELA	4,889	1	,027
EM	,000	1	1,000
UPP	1,195	1	,274
S.inmovilidad	15,888	1	,000
Anemia	1,519	1	,218
ACxFA	,913	1	,339

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Motivo de derivación

Entre pacientes oncológicos sedados y oncológicos no sedados, sólo se obtienen diferencias significativas en el antecedente de EPOC, sin encontrarse ninguna diferencia en otros antecedentes médicos ni en los síntomas presentados. Analizando las diferentes variables recogidas, se obtiene significación estadística entre pacientes crónico-dependientes sedados y crónico-dependientes no sedados únicamente con la presencia de ELA como antecedente clínico y con la disnea como síntoma.

Tabla 116. Estadísticos de contraste en oncológicos

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Demencia	1,536	1	,215
HTA	1,414	1	,234
Dislipemia	,051	1	,821
DM1	,000	1	1,000
DM2	3,001	1	,083
EPOC	6,700	1	,010
ACV	,037	1	,847
Park	,059	1	,808
IC	,001	1	,970
IAM	2,872	1	,090
IR	,389	1	,533
Hepatopatía	,030	1	,863
ELA	,000	1	1,000
EM	,000	1	1,000
UPP	2,823	1	,093
S.inmovilidad	1,984	1	,159
Anemia	,078	1	,780
ACxFA	1,691	1	,193
Dolor	1,084	1	,298
Disnea	3,804	1	,051
NYHA	,274	1	,601
Anorexia	1,114	1	,291
Ansiedad	2,408	1	,121
Depresión	,824	1	,364
Insomnio	1,771	1	,183
Agitación	2,286	1	,131
Fiebre	,059	1	,808
Náuseas	,863	1	,353

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: sedación?

c Motivo de derivacion = Oncológico

Tabla 117. Estadísticos de contraste en crónico-dependientes

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Demencia	,355	1	,551
HTA	,301	1	,583
Dislipemia	1,240	1	,266
Tabaco	,278	1	,598
DM1	,000	1	1,000
DM2	3,254	1	,071
EPOC	,368	1	,544
ACV	,059	1	,808
Park	,025	1	,874
IC	,227	1	,633
IAM	1,494	1	,222
IR	,019	1	,890
Hepatopatía	1,065	1	,302
ELA	14,556	1	,000
EM	,208	1	,649
UPP	,442	1	,506
S.inmovilidad	,753	1	,386
Anemia	2,649	1	,104
ACxFA	,295	1	,587
Dolor	,021	1	,886
Disnea	11,665	1	,001
NYHA	4,935	1	,026
Anorexia	,564	1	,453
Ansiedad	,018	1	,894
Depresión	,586	1	,444
Insomnio	,001	1	,972
Agitación	1,830	1	,176
Fiebre	,000	1	1,000
Náuseas	,342	1	,559

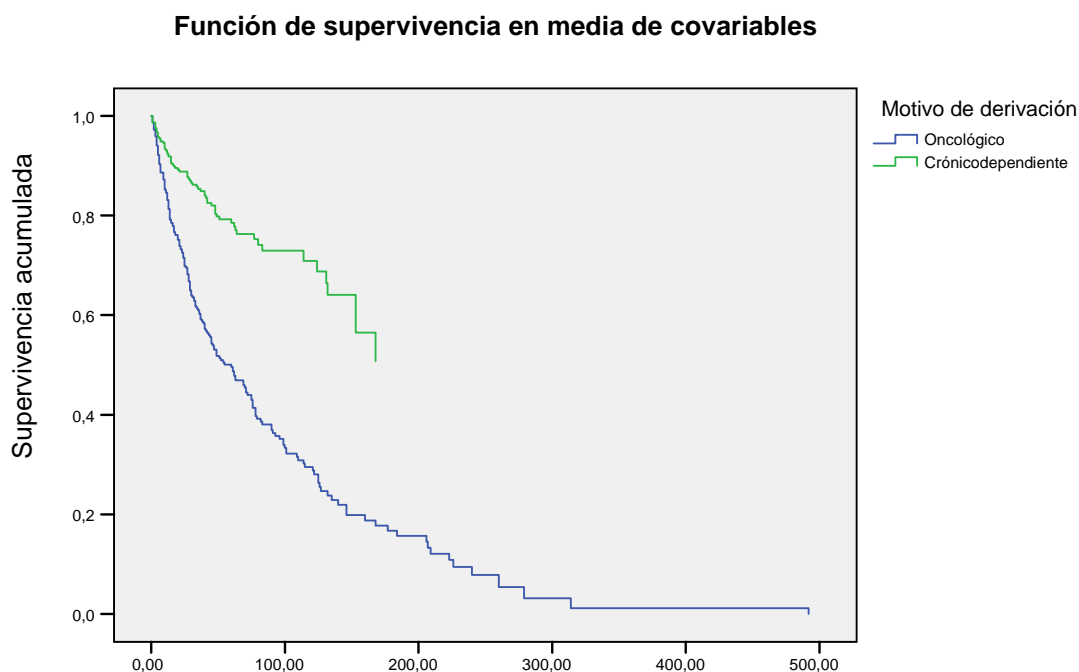
a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: sedación?

c Motivo de derivación = Crónico dependiente

4. EL DECLIVE FUNCIONAL Y SU IMPLICACIÓN EN LA MORTALIDAD Y EN LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA

Se procede al análisis de los fallecimientos para intentar establecer factores que se hubieran podido ver involucrados en este hecho, ya sea de forma directa o acelerando el proceso. Se obtiene un número de 296 fallecidos en el total de la muestra, lo que supone un 46'4% de la misma. De estos, 219 eran pacientes oncológicos y 72 crónico-dependientes, suponiendo respectivamente un 75'25% y un 24'75% del total de éxitus. Mediante la regresión de Cox, se obtiene significación estadística frente al evento éxitus con las variables de DM de tipo 2 ($p=0'02$), síndrome de inmovilidad ($p<0'001$), disnea ($p=0'026$), anorexia ($p=0'001$) y náuseas ($p=0'016$), en el total de la muestra de pacientes fallecidos. No se obtiene significación estadística con el resto de antecedentes médicos (HTA, ACxFA, IC, dislipemia, insuficiencia renal, hepatopatía, EPOC, anemia, ACV, parkinsonismo, EM, ELA, demencia ni presencia de UPP) ni con la presencia del resto de síntomas (dolor, ansiedad, depresión, insomnio ni agitación psicomotriz). En el siguiente gráfico se puede observar la evolución de los casos fallecidos respecto al tiempo:



Llevando a cabo el mismo análisis con los factores que demuestran significación estadística, se puede observar un aumento de ésta, quedando demostrada la influencia de dichos factores en el fallecimiento del paciente (DM tipo 2 ($p=0'020$), síndrome de inmovilidad ($p<0'001$), disnea ($p=0'039$), náuseas ($p=0'020$) y anorexia ($p<0'001$)).

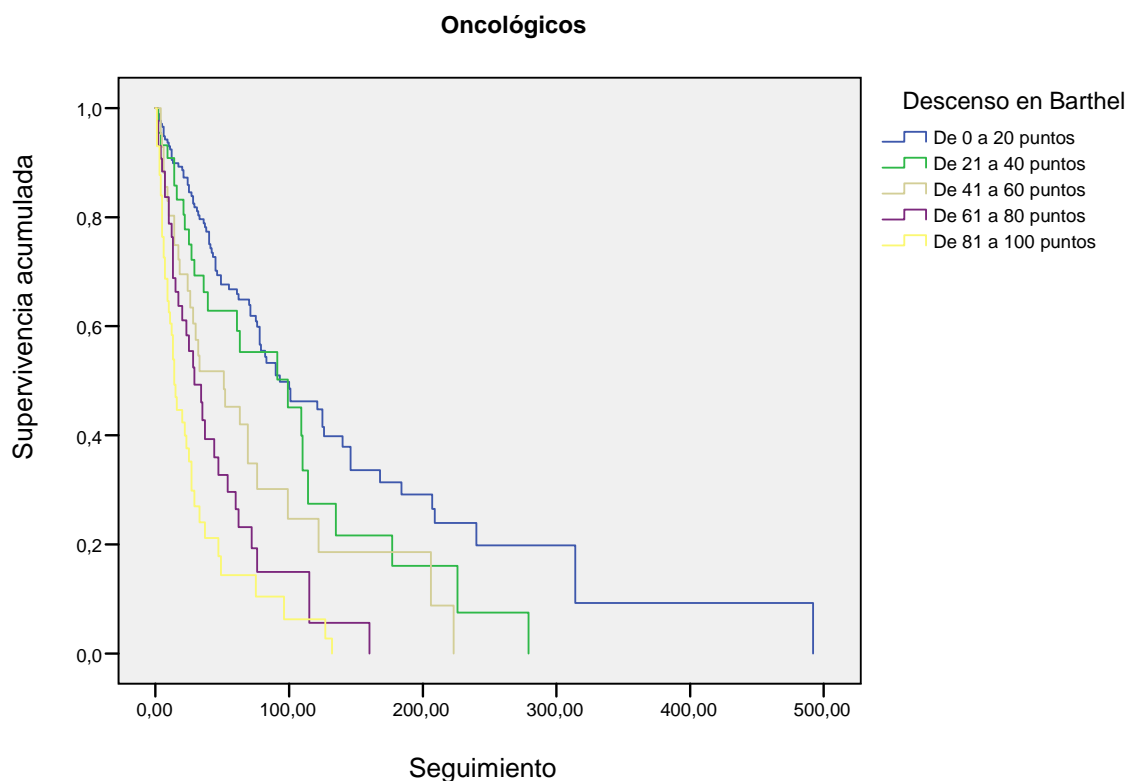
Posteriormente se procede a realizar el mismo proceso en los pacientes oncológicos y en los crónico-dependientes por separado, para establecer posibles diferencias. En los pacientes oncológicos se puede observar, tras la realización del mismo análisis, significación estadística en las variables síndrome de inmovilidad ($p<0'001$) y anorexia ($p=0'004$). En los pacientes crónico-dependientes, obtenemos significación de nuevo en el síndrome de inmovilidad ($p<0'001$) y en los síntomas náuseas ($p=0'007$) y disnea ($p<0'001$).

En un paso posterior, se procede al análisis en subgrupos, para determinar la influencia en la mortalidad del grado de descenso en la puntuación obtenida en el índice de Barthel desde antes del padecimiento del proceso mórbido que había motivado la intervención del ESAD, hasta el momento de la primera visita por dicho servicio. De esta manera, se dividen los pacientes, además de en grupos oncológico y crónico-dependiente, por quintiles y posteriormente por cuartiles, por los motivos que posteriormente se detallarán.

El total del subgrupo de pacientes fallecidos oncológicos supone 209 casos (58'5% del total de la muestra de oncológicos), asumiendo 15 pacientes como perdidos, por no haber podido obtener los valores del Barthel previo. En un primer análisis estadístico, se clasifican en diferentes grupos por quintiles según la diferencia en la puntuación entre índice de Barthel previo y en la primera visita, obteniéndose los siguientes grupos: diferencia de Barthel de 0 a 20 puntos ($N=81$), diferencia de Barthel de 21 a 40 puntos ($N=25$), diferencia de Barthel de 41 a 60 puntos ($N=28$), diferencia de Barthel de 61 a 80 puntos ($N=32$) y diferencia de Barthel de 81 a 100 puntos ($N=43$).

En este aspecto, en el total de pacientes oncológicos fallecidos, teniendo en cuenta la puntuación en el índice de Barthel como variable, independientemente de su valor o descenso, se observa que la anorexia ($p=0'010$), la DM de tipo 2 ($p=0'015$) y el síndrome de inmovilidad ($p=0'006$) influyen en la supervivencia.

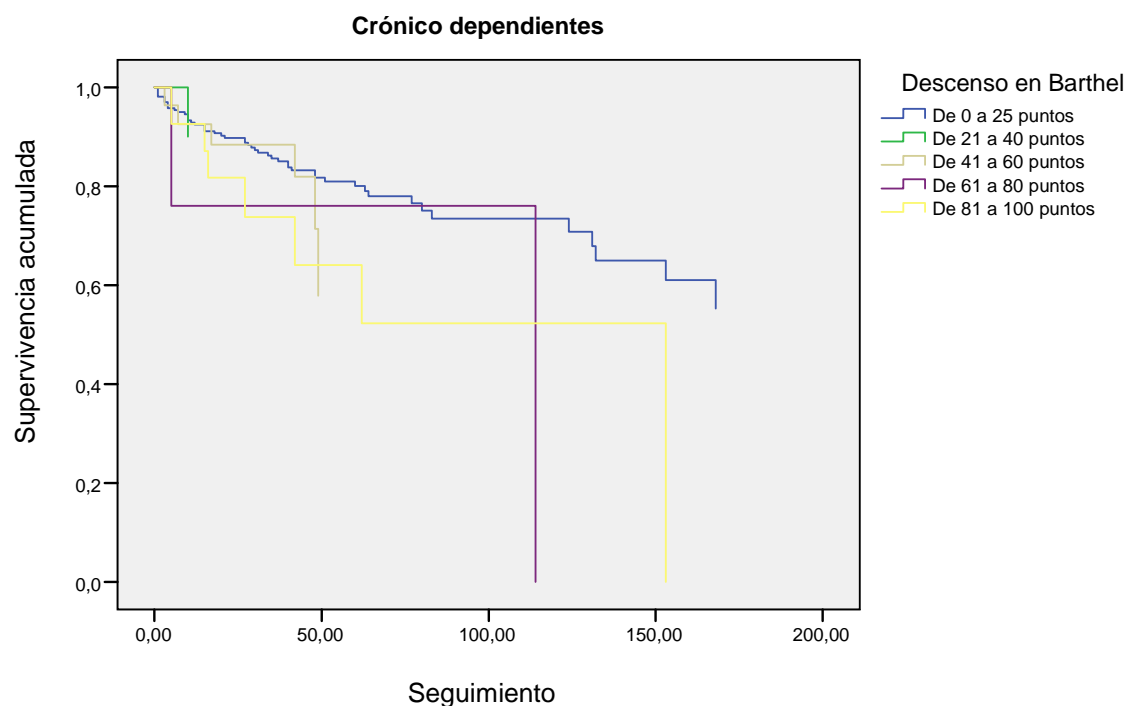
Función de supervivencia en media de covariables



El total del subgrupo de pacientes fallecidos crónico-dependientes supone 68 casos (24'2% del total de la muestra de crónico-dependientes), asumiendo 22 pacientes como perdidos, por el mismo motivo que en el grupo previo de pacientes oncológicos. En un primer análisis estadístico, se clasifican en diferentes grupos por quintiles según la diferencia en la puntuación entre índice de Barthel previo y en la primera visita, obteniéndose los siguientes grupos: diferencia de Barthel de 0 a 20 puntos (N=51), diferencia de Barthel de 21 a 40 puntos (N=1), diferencia de Barthel de 41 a 60 puntos (N=6), diferencia de Barthel de 61 a 80 puntos (N=2) y diferencia de Barthel de 81 a 100 puntos (N=8).

En este caso, el total de pacientes crónico-dependientes fallecidos, teniendo en cuenta la puntuación en el índice de Barthel como variable, independientemente de su valor o descenso, se observa que los antecedentes de síndrome de inmovilidad ($p=0'002$) y DM tipo 2 ($p=0'038$), así como los síntomas anorexia ($p=0'033$), disnea ($p=0'019$) y náuseas ($p=0'016$) influyen en la supervivencia.

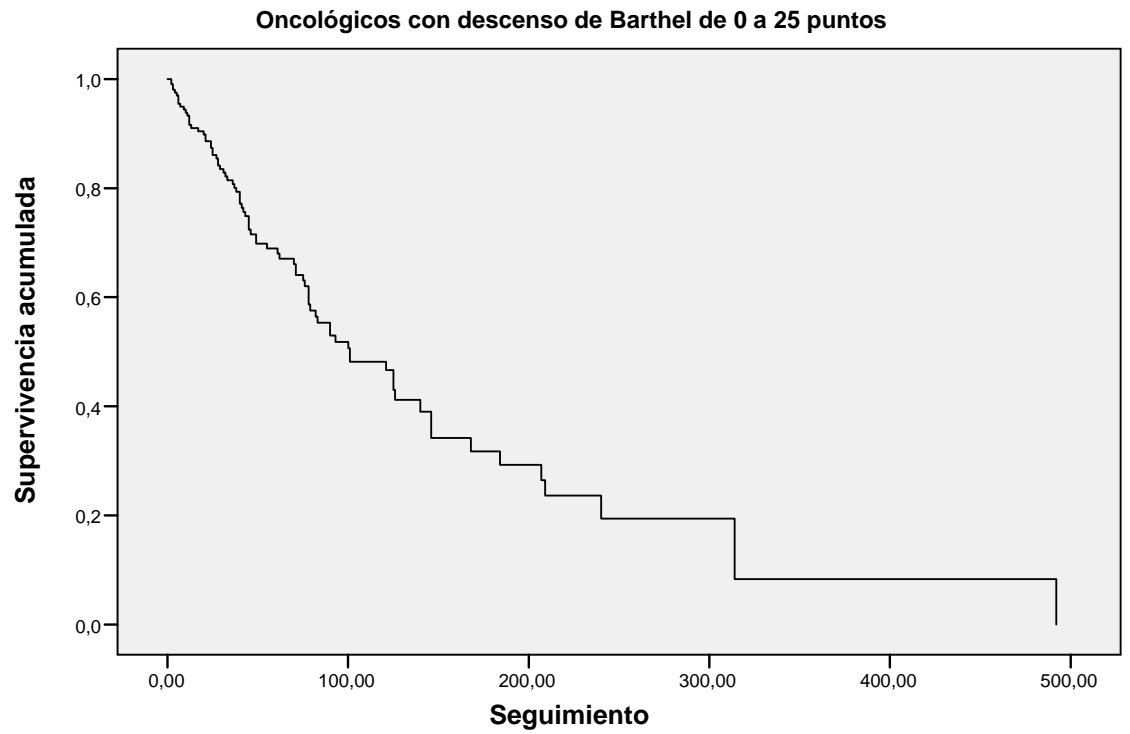
Función de supervivencia en media de covariables



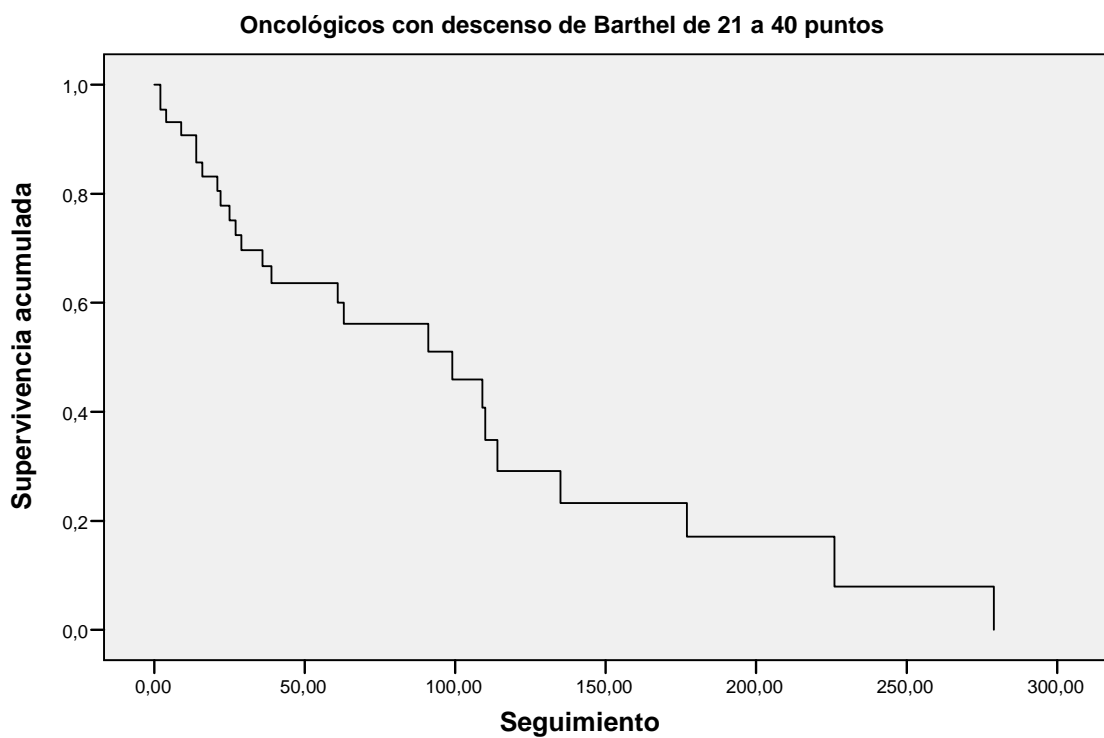
Analizando los pacientes, según los subgrupos establecidos, según el descenso en el índice de Barthel, anteriormente comentados, se obtienen los siguientes resultados:

En pacientes oncológicos, con un descenso en la puntuación del Barthel de 0 a 20 puntos (N=81), suponiendo un 46%, se observa significación estadística únicamente con el propio síndrome de inmovilidad ($p < 0,001$), no viéndose implicados el resto de antecedentes y síntomas analizados con la mortalidad. En pacientes oncológicos, con un descenso en la puntuación del Barthel de 21 a 40 puntos (N=25), suponiendo un 59,5%, no se observa significación estadística con ninguna variable, no siendo válido el análisis por tratarse de un grupo con muy pocos casos. Lo mismo sucede en el resto de subgrupos, detallándose las gráficas de mortalidad a continuación:

Función de supervivencia en media de covariables

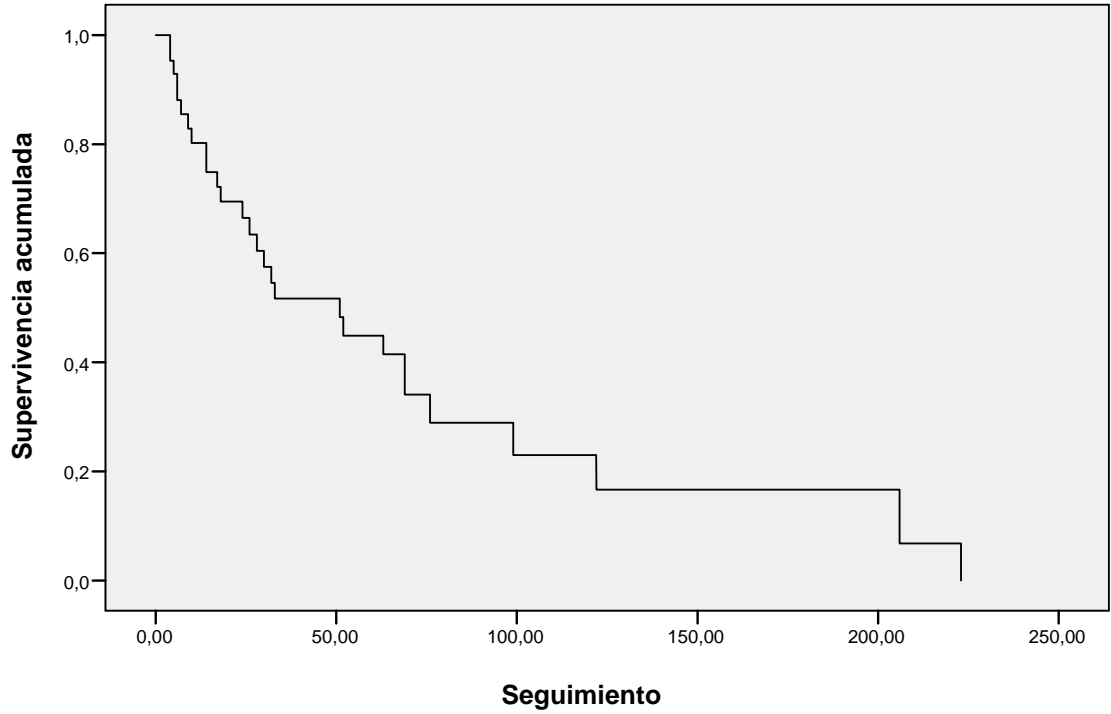


Función de supervivencia en media de covariables



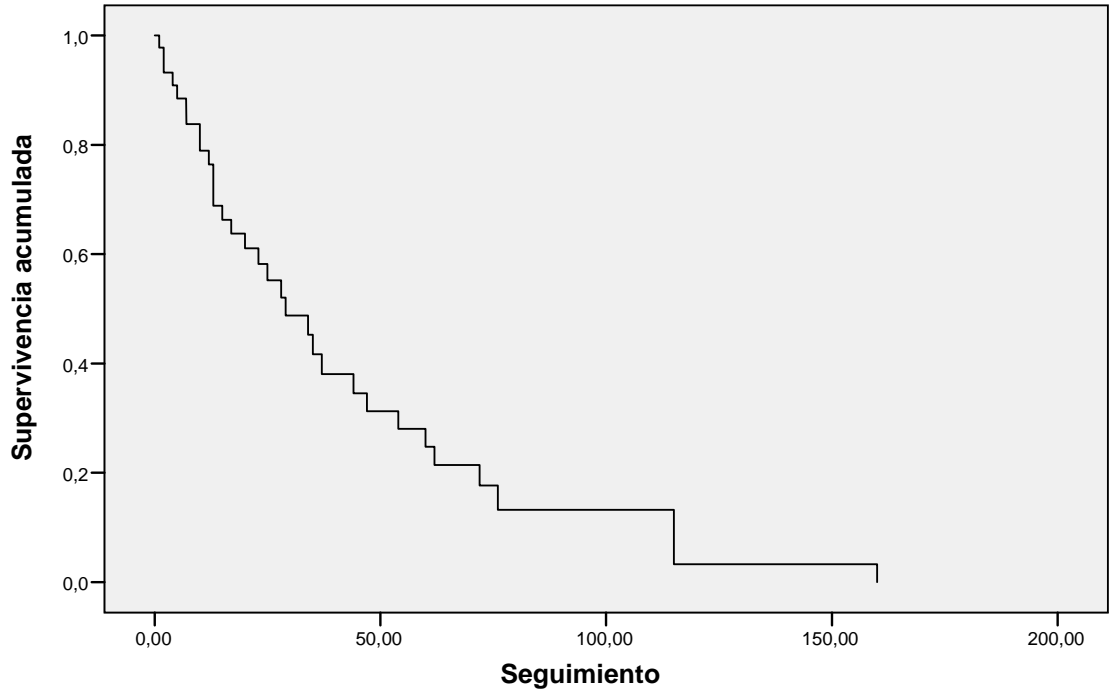
Función de supervivencia en media de covariables

Oncológicos con descenso de Barthel de 41 a 60 puntos



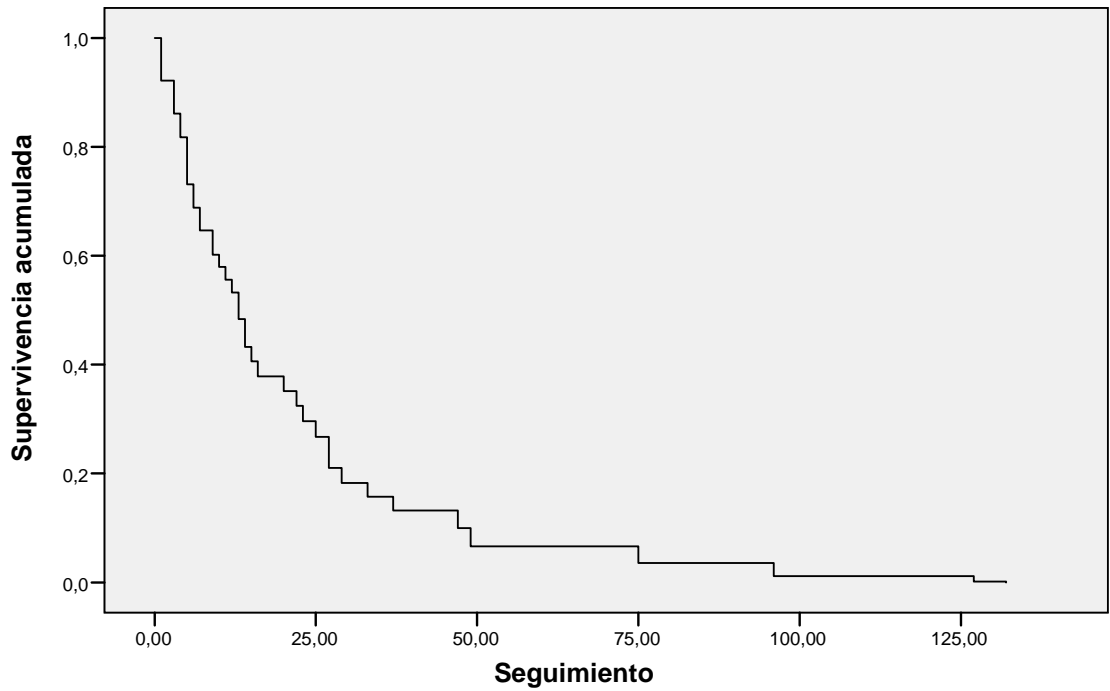
Función de supervivencia en media de covariables

Oncológicos con descenso de Barthel de 61 a 80 puntos



Función de supervivencia en media de covariables

Oncológicos con descenso de Barthel de 81 a 100 puntos

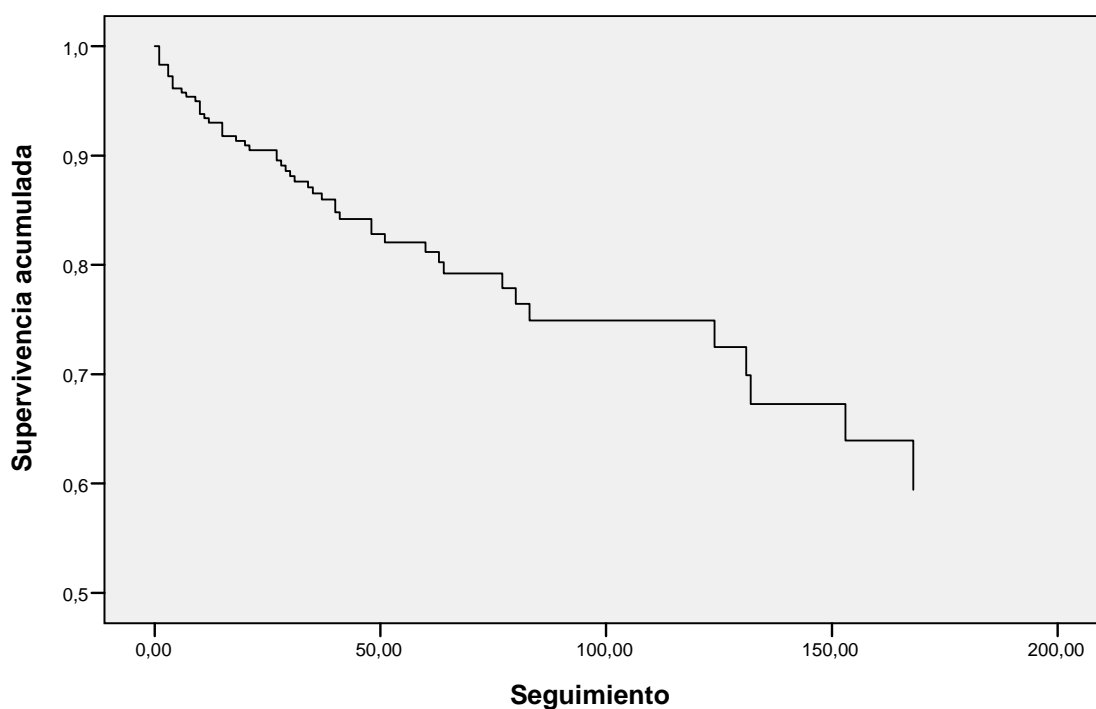


En pacientes crónico-dependientes, con un descenso en la puntuación del Barthel de 0 a 20 puntos (N=51), suponiendo un 23%, se observa significación estadística con el síndrome de inmovilidad ($p=0'003$), y con los síntomas de disnea ($p=0'001$) y de náuseas ($p=0'012$).

En el resto de grupos, por tratarse de un muy escaso número de casos, no se han podido establecer relaciones entre la presencia de antecedentes y síntomas con mortalidad.

Función de supervivencia en media de covariables

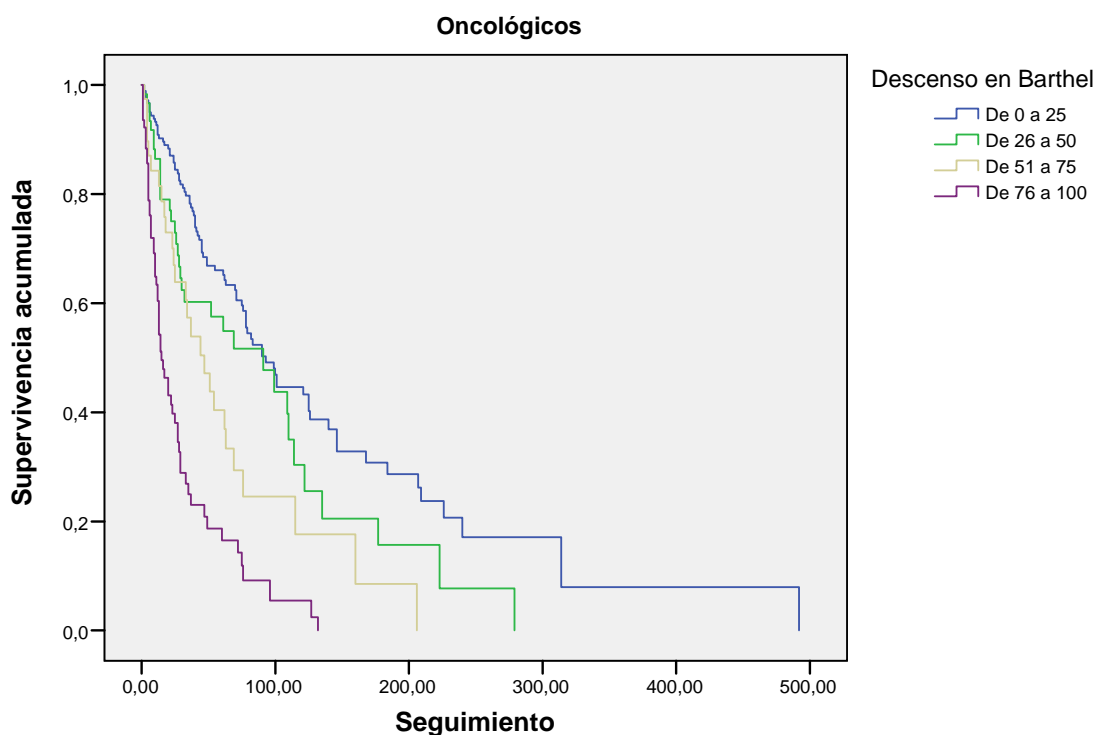
Crónico-dependientes con descenso de Barthel de 0 a 25 puntos



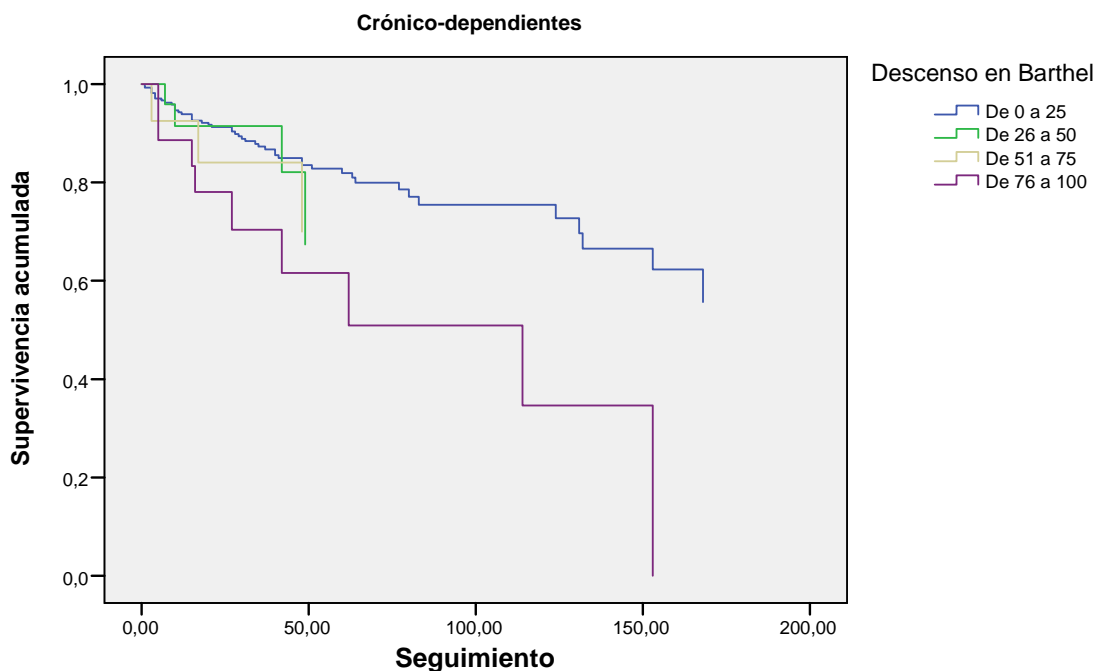
Dada la dispersión de casos tras establecimiento de subgrupos por quintiles, se procede a reagrupar los casos por cuartiles, realizando los mismos cálculos estadísticos. De esta forma, se dividen los pacientes en cuatro grupos, tal como se describe: descenso del índice de Barthel de 0 a 25 puntos, descenso del índice de Barthel de 26 a 50 puntos, descenso del índice de Barthel de 51 a 75 puntos y descenso del índice de Barthel de 76 a 100 puntos. En el grupo de pacientes oncológicos (N=208), estos grupos cuentan, respectivamente con 87, 34, 27 y 60 casos, obteniéndose significación estadística en los

antecedentes de DM tipo 2 ($p=0'020$), síndrome de inmovilidad ($p=0'014$) y con el síntoma anorexia ($p=0'041$). En el grupo de pacientes crónico-dependientes ($N=65$), los grupos cuentan, respectivamente con 48, 4, 3 y 10 casos, obteniéndose significación estadística en los antecedentes de DM tipo 2 ($p=0'037$), síndrome de inmovilidad ($p=0'001$) y con los síntomas anorexia ($p=0'007$) y náuseas ($p=0'015$). Se muestran a continuación las gráficas de supervivencia de los dos grupos:

Función de supervivencia en media de covariables



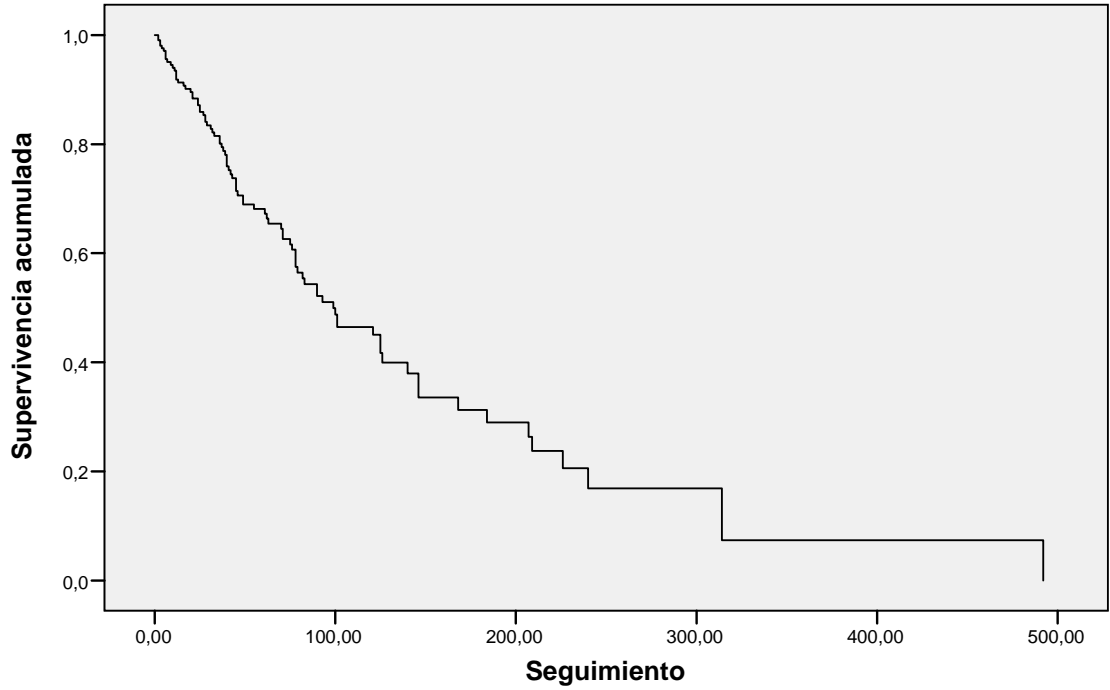
Función de supervivencia en media de covariables



En pacientes oncológicos, con un descenso del índice de Barthel de 0 a 25 puntos (N=87), se obtiene relación estadísticamente significativa entre síndrome de inmovilidad ($p < 0,001$) y anorexia ($p = 0,044$) con mortalidad. En el resto de grupos no se han podido establecer relaciones significativas. En pacientes crónico-dependientes, con un descenso del índice de Barthel de 0 a 25 puntos (N=48), se obtiene relación estadísticamente significativa entre síndrome de inmovilidad ($p = 0,001$), anorexia ($p = 0,050$) y náuseas ($p = 0,014$) con mortalidad. En el resto de grupos no se han podido establecer relaciones significativas.

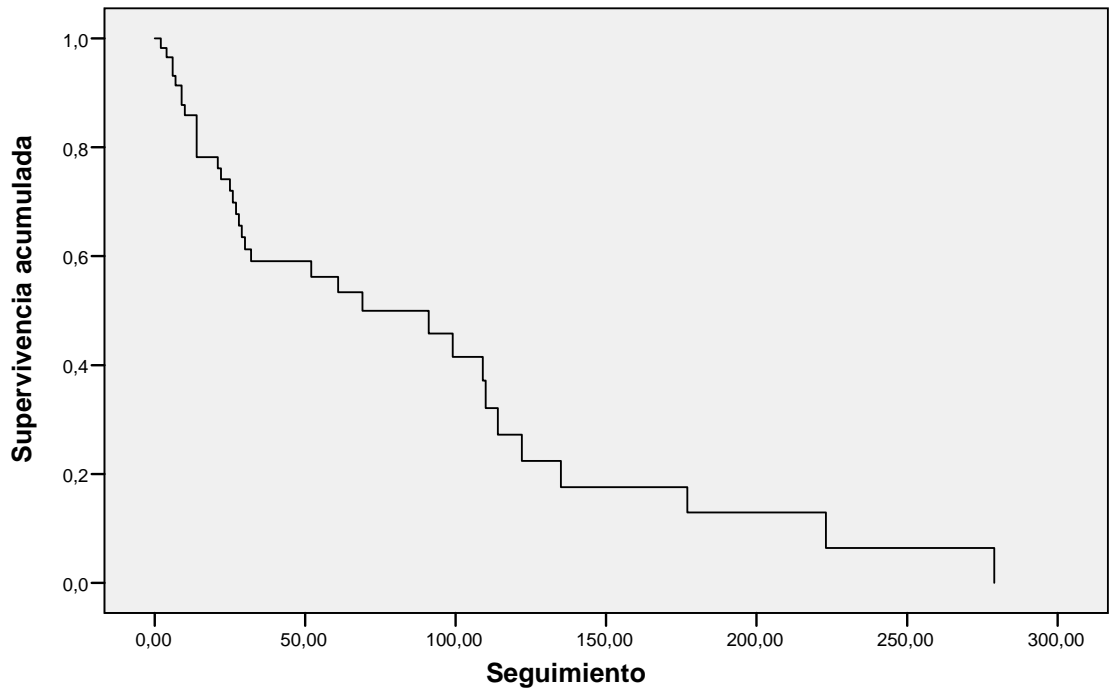
Función de supervivencia en media de covariables

Oncológicos con descenso de Barthel de 0 a 25 puntos



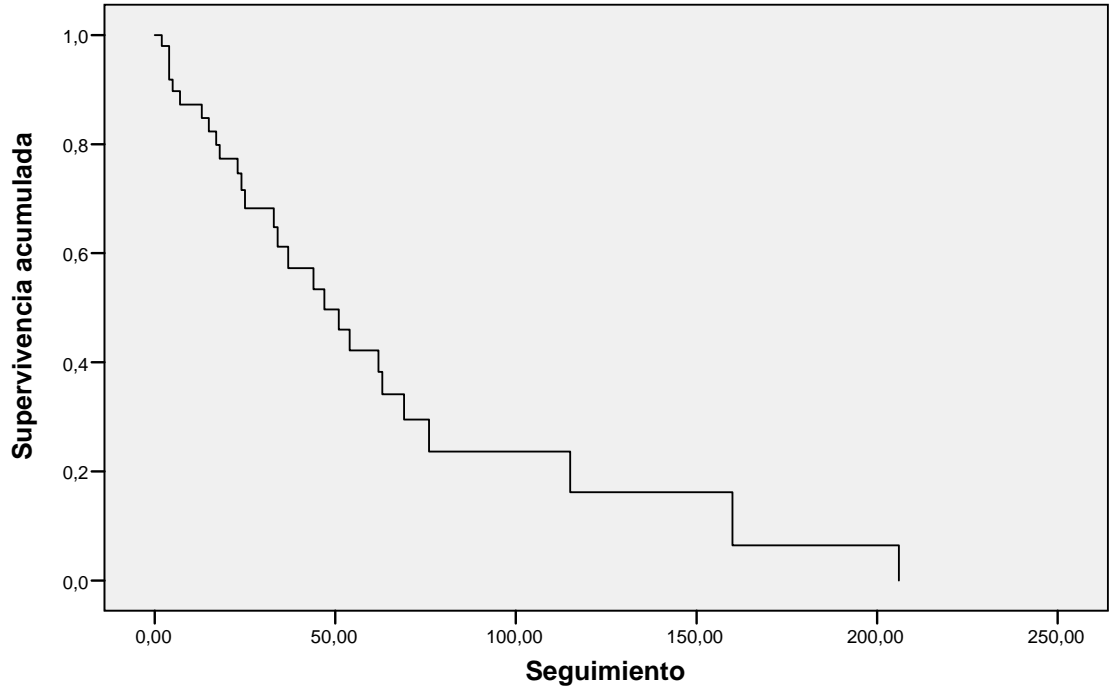
Función de supervivencia en media de covariables

Oncológicos con descenso de Barthel de 26 a 50 puntos



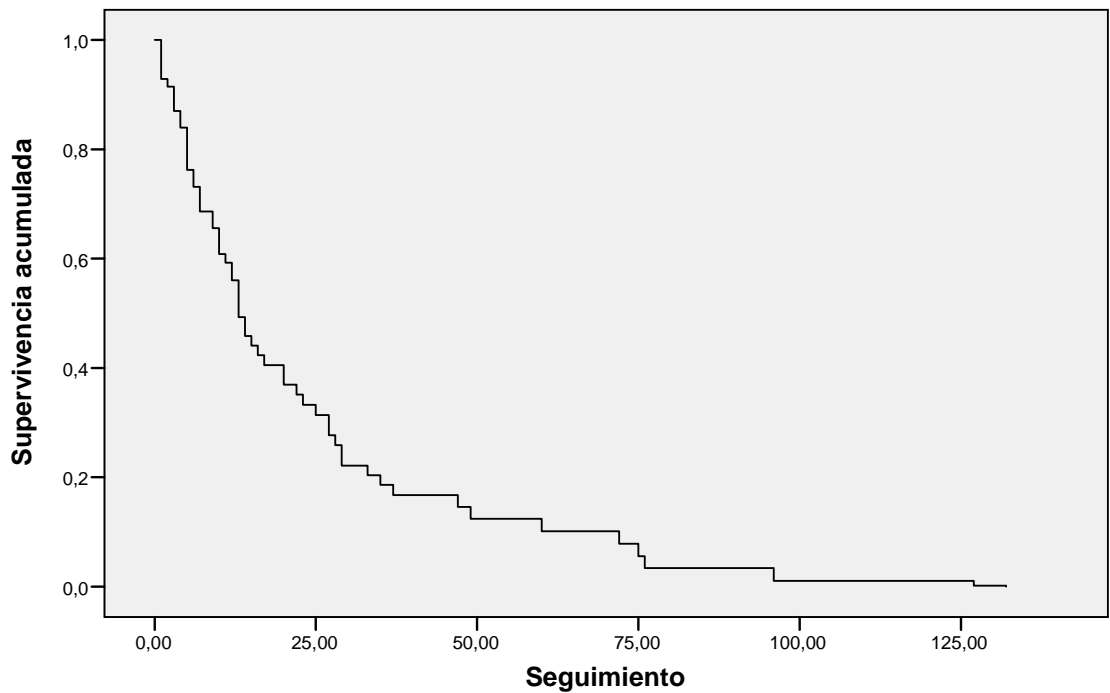
Función de supervivencia en media de covariables

Oncológicos con descenso de Barthel de 51 a 75 puntos



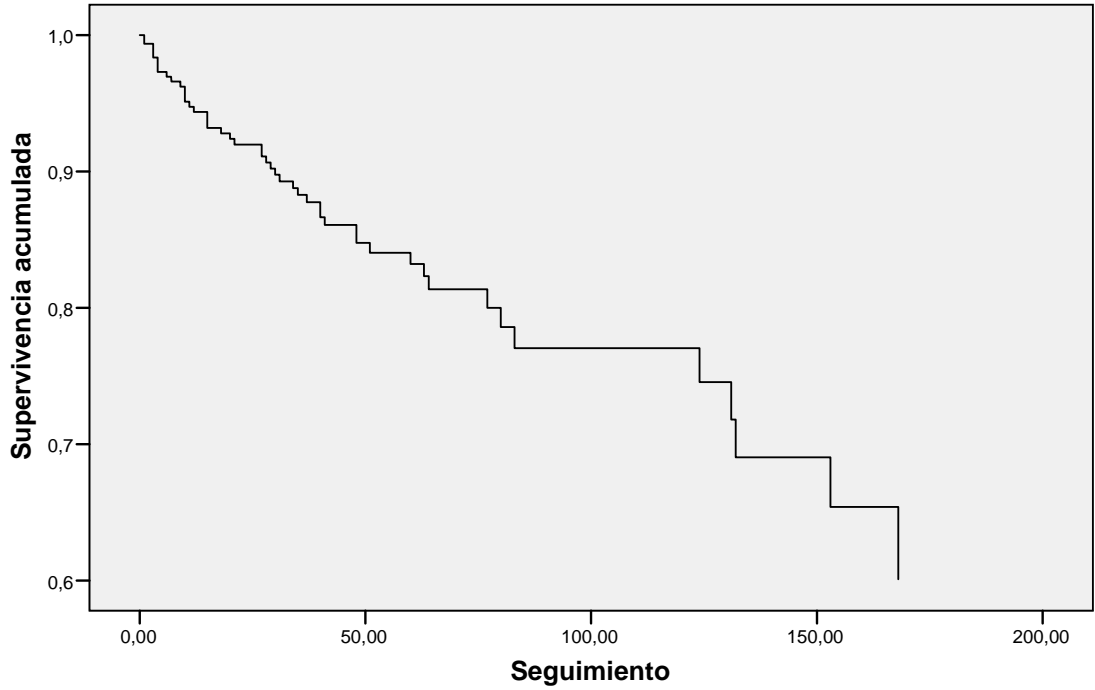
Función de supervivencia en media de covariables

Oncológicos con descenso de Barthel de 76 a 100 puntos



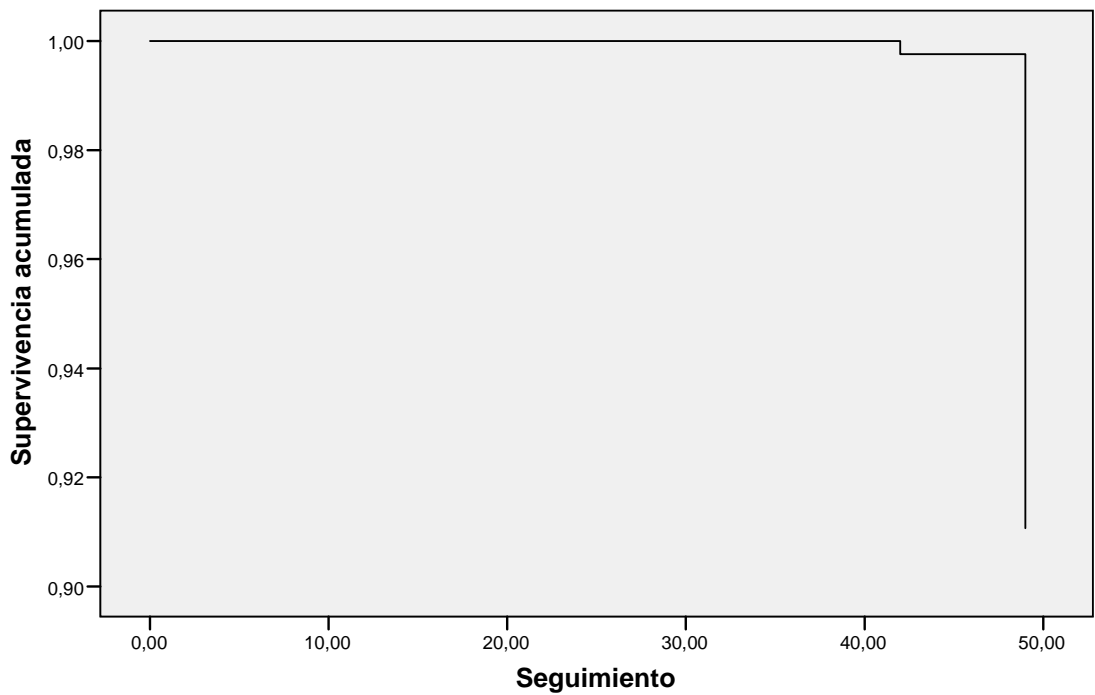
Función de supervivencia en media de covariables

Crónico-dependientes con descenso de Barthel de 0 a 25 puntos



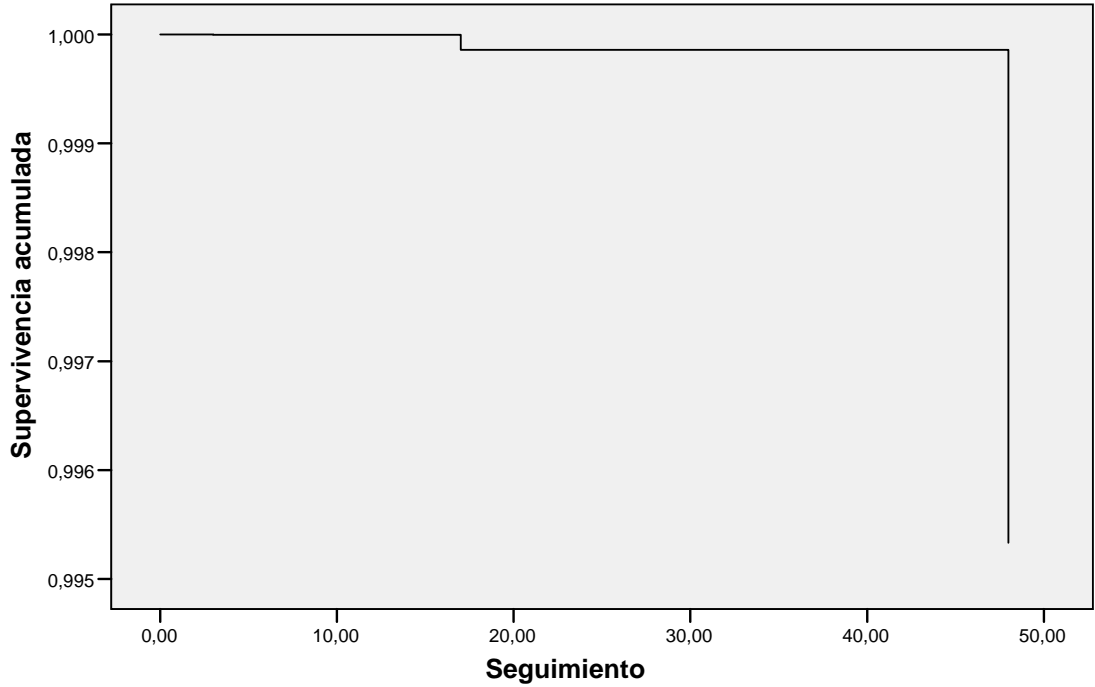
Función de supervivencia en media de covariables

Crónico-dependientes con descenso de Barthel de 26 a 50 puntos



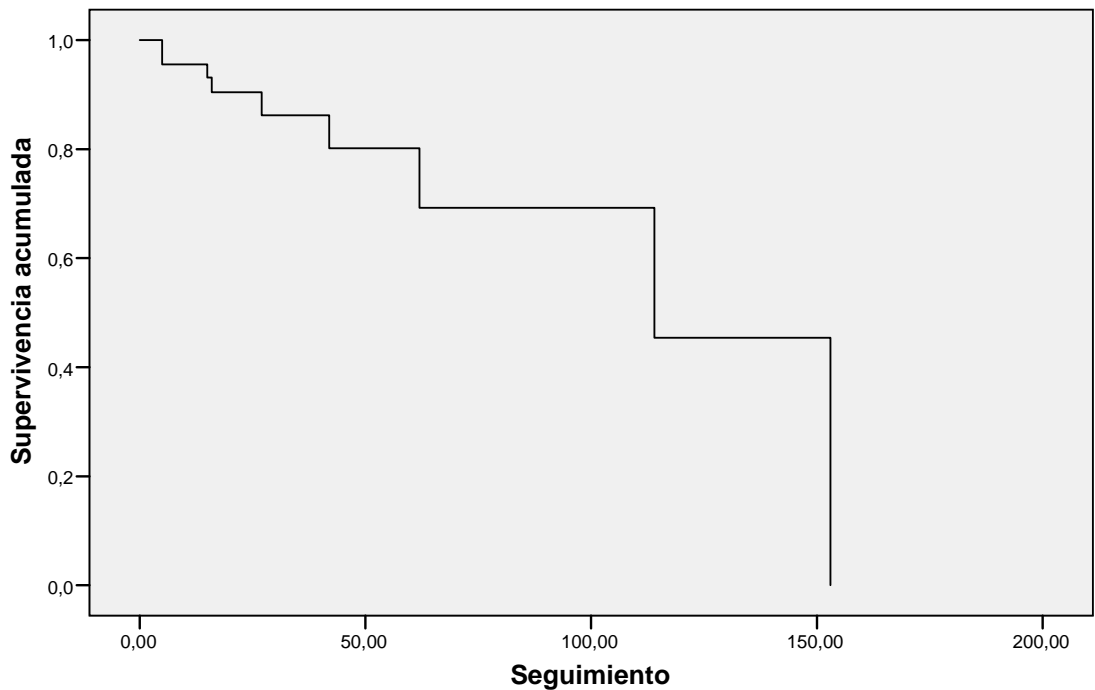
Función de supervivencia en media de covariables

Crónico-dependientes con descenso de Barthel de 51 a 75 puntos



Función de supervivencia en media de covariables

Crónico-dependientes con descenso de Barthel de 76 a 100 puntos



Tras lo previo, se procede a analizar las diferencias existentes entre los pacientes cuyo motivo de alta fue éxitus, frente a los que no fallecieron. Como ya se ha nombrado previamente, se obtiene un número de 296 fallecimientos en el total de la muestra (46'4%), siendo un 75'25% de los mismos pacientes oncológicos. La edad media en este grupo fue de 79'63 años \pm 10'7 años. Un 57'4% eran hombres (N=170). Su situación funcional era la siguiente: el índice de Barthel previo medio fue de 74'98 \pm 39'9 y en la primera visita de 34'65 \pm 37'2, lo que supone un descenso medio de 35'08 puntos; el IK medio fue de 43'1 \pm 15. A nivel cognitivo, los pacientes presentaron 3'23 \pm 4 errores de media en el test de Pfeiffer. Presentaban demencia como antecedente un 20'9% (N=62) con un GDS medio de 6'1 \pm 1. La sintomatología presentada en los pacientes fallecidos fue dolor en un 51'4% (N=152) con un EVA medio de 6'3 \pm 1'8, disnea en un 27'7% (N=82) con una puntuación media según la escala NYHA de 2'8 \pm 0'9, anorexia en un 56'4% (N=167), ansiedad en un 27'4% (N=81), depresión en un 22'3% (N=66), insomnio en un 24'7% (N=73), agitación psicomotriz en un 19'3% (N=57) y náuseas en un 18'6% (N=55). La media de fármacos usados previa intervención del ESAD fue de 6'63 \pm 3'3. Precisaron sedación un 35'8% (N=106). En este subgrupo se llevaron a cabo una media de 3 \pm 3 visitas en un tiempo medio de seguimiento de 46'3 \pm 58 días (mediana de 27 días).

En el grupo de los no fallecidos se observa que un 39'2% son pacientes oncológicos. La edad media en este grupo fue de 79'65 años \pm 10'8 años. Un 50'9% eran hombres (N=174). Su situación funcional inicial era peor que en los fallecidos, con un índice de Barthel previo de 56'98 \pm 43'7 y en la primera visita de 44'64 \pm 39'7, por lo que se observa un menor declive funcional que en los fallecidos, con un descenso medio en el índice de Barthel de 12'34 puntos. En los pacientes oncológicos, el IK medio fue de 57'2 \pm 13'8, mejor que en los fallecidos. A nivel cognitivo la situación fue peor que en los fallecidos, con una media de 4'23 \pm 4'7 errores en test de Pfeiffer, debido a la gran cantidad de pacientes con diagnóstico de demencia. Presentan deterioro cognitivo establecido un 39'1% (N=133) del grupo con un GDS medio de 5'95 \pm 1. En este grupo, los síntomas referidos fueron dolor en el 36'3% (N=124) con un EVA medio de 6'8 \pm 1'9, disnea en el 16'7% (N=57) con una puntuación media de 2'5 \pm 0'7 en la NYHA, anorexia en el 38% (N=130), ansiedad en el 19'6% (N=67), depresión en el 20'2% (N=69), insomnio en el 20'8% (N=71), agitación en el 18'1% (N=62) y náuseas en el 6'7% (N=23). La media de fármacos usados previa a la intervención del ESAD fue

de 7'26+/-3'3. No se llevó a cabo ninguna sedación reversible. Se llevan a cabo una media de 2'41+/-1'9 visitas en un tiempo medio de 64'6+/-53'4 días (mediana de 50 días) en los pacientes no fallecidos.

Según esto, se observan marcadas diferencias ($p<0'001$) entre los fallecidos y los no fallecidos en determinados aspectos: en fallecidos se observa un mayor declive funcional (mayor descenso en el índice de Barthel y un peor Karnofsky en oncológicos), con una mejor situación funcional previa (índice de Barthel previo), mayor presencia de síntomas, como dolor (aunque sin significación, con menor intensidad del mismo, medido mediante la escala EVA), anorexia y náuseas. El tiempo de seguimiento es menor, siendo más numerosos los pacientes oncológicos y menos los dementes. Se observan diferencias significativas ($p<0'05$) en cuanto a una mejor situación cognitiva (menos errores en el test de Pfeiffer), un menor uso de fármacos previo y en los síntomas ansiedad y disnea (con algo más de intensidad según la NYHA), produciéndose más visitas en el tiempo de seguimiento.

No se aprecian diferencias en edad, sexo ni en síntomas como la depresión y la agitación psicomotriz, un síntoma que frecuentemente supone un mal pronóstico vital en el ámbito de los cuidados paliativos o de los pacientes oncológicos, aunque todos los síntomas son más frecuentes en fallecidos. Los únicos antecedentes médicos que muestran diferencias estadísticamente significativas ($p<0'05$) entre estos dos grupos son la DM de tipo 2, el ACV, la cardiopatía isquémica y de forma muy significativa ($p<0'001$), la demencia, todos menos frecuentes en el grupo de fallecidos. El síndrome de inmovilidad no muestra diferencias significativas en este análisis.

Tabla 118. Diferencias significativas en antecedentes médicos en fallecidos y no fallecidos

Antecedentes	Fallecidos	No fallecidos
DM	16'6 % (N=49)	24 % (N=82)
ACV	11'5 % (N=34)	18'5 % (N=63)
IAM	8'1 % (N=24)	13'5 % (N=46)
Demencia	20'9% (N=62)	39'1% (N=133)

Los tipos de tumor padecidos por pacientes oncológicos fallecidos y no fallecidos, así como sus frecuencias y la presencia de metástasis, pueden observarse en las tablas adjuntas. La presencia de metástasis a distancia se relaciona con la mortalidad ($p < 0,05$).

Tabla 119. Tipo tumor en fallecidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Digestivo	89	30,1	39,4	39,4
	Pulmón	36	12,2	15,9	55,3
	Urológico	41	13,9	18,1	73,5
	Ginecológico	17	5,7	7,5	81,0
	Mama	16	5,4	7,1	88,1
	Cerebral	7	2,4	3,1	91,2
	Hematológico	20	6,8	8,8	100,0
	Total	226	76,4	100,0	
Perdidos	Sistema	70	23,6		
Total		296	100,0		

Tabla 120. Tipo tumor en no fallecidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Digestivo	51	14,9	34,7	34,7
	Pulmón	30	8,8	20,4	55,1
	Urológico	31	9,1	21,1	76,2
	Ginecológico	14	4,1	9,5	85,7
	Mama	2	,6	1,4	87,1
	Cerebral	7	2,0	4,8	91,8
	Hematológico	12	3,5	8,2	100,0
	Total	147	43,0	100,0	
Perdidos	Sistema	195	57,0		
Total		342	100,0		

Tabla 121. Metástasis en fallecidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	86	29,1	38,2	38,2
	Sí	139	47,0	61,8	100,0
	Total	225	76,0	100,0	
Perdidos	Sistema	71	24,0		
Total		296	100,0		

Tabla 122. Metástasis en no fallecidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	71	20,8	49,0	49,0
	Sí	74	21,6	51,0	100,0
	Total	145	42,4	100,0	
Perdidos	Sistema	197	57,6		
Total		342	100,0		

Tabla 123. Estadísticos de contraste fallecimiento-metástasis

	metástasis (M)
U de Mann-Whitney	14560,000
W de Wilcoxon	25145,000
Z	-2,038
Sig. asintót. (bilateral)	,042

Tabla 124. Síntomas en fallecidos y en no fallecidos

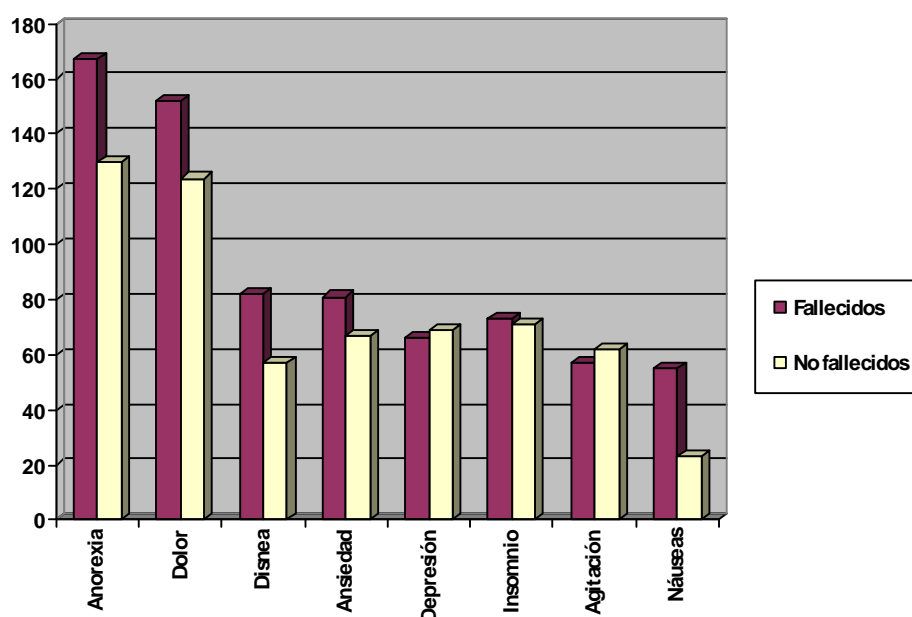
Clínica	Fallecidos	No fallecidos
Anorexia**	56'4 % (N=167)	38 % (N=130)
Dolor**	51'4 % (N=152)	36'3 % (N=124)
Ansiedad*	27'4 % (N=81)	19'6 % (N=67)
Disnea*	27'7 % (N=82)	16'7 % (N=57)
Depresión	22'3 % (N=66)	20'2 % (N=69)
Insomnio	24'7 % (N=73)	20'8 % (N=71)
Náuseas**	18'6 % (N=55)	6'7 % (N=23)
Agitación psicomotriz	19'3 % (N=57)	18'1 % (N=62)

* p<0'05

** p<0'001

Se encuentran diferencias significativas en ansiedad (p<0'05) y disnea (p=0'001), y muy significativas (p<0'001) en anorexia, dolor y náuseas.

Síntomas



Se encuentran diferencias muy significativas ($p < 0'001$) en los siguientes fármacos usados previamente a la intervención del ESAD: corticoides, antiagregantes, estatinas, neurolépticos atípicos, morfina y fentanilo TTS. Se obtienen diferencias significativas ($p < 0'005$) en antidiabéticos orales, IACEs, antiparkinsonianos, memantina, antagonistas del calcio, AINEs y en fentanilo transmucoso.

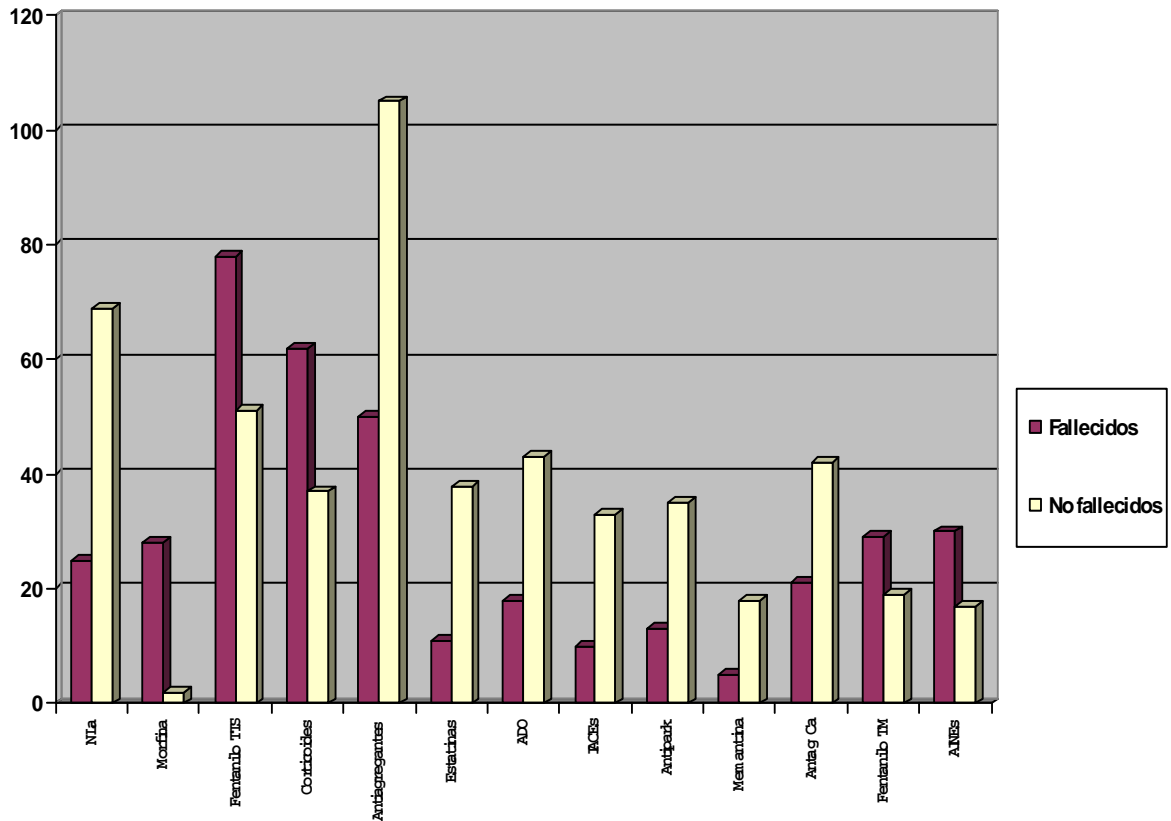
Tabla 125. Fármacos previos en fallecidos y en no fallecidos

Fármacos previos ESAD	Fallecidos	No fallecidos
Neurolépticos atípicos**	8'4% (N=25)	20'3% (N=69)
Morfina**	9'5% (N=28)	0'6% (N=2)
Fentanilo transdérmico**	26'4% (N=78)	15% (N=51)
Corticoides**	20'9% (N=62)	10'9% (N=37)
Antiagregantes**	16'9% (N=50)	30'9% (N=105)
Estatinas**	3'7% (N=11)	11'2% (N=38)
Antidiabéticos*	6'1% (N=18)	12'6% (N=43)
IACEs*	3'4% (N=10)	9'7% (N=33)
Antiparkinsonianos*	4'4% (N=13)	10'3% (N=35)
Memantina*	1'7% (N=5)	5'3% (N=18)
Antagonistas del Ca*	7'1% (N=21)	12'4% (N=42)
Fentanilo transmucoso*	9'8% (N=29)	5'6% (N=19)
AINEs*	10'1% (N=30)	5% (N=17)

* $p < 0'005$

** $p < 0'001$

Tratamientos previos



Respecto a los tratamientos requeridos por los pacientes tras la actuación del ESAD, se detallan en la tabla 126 los que mostraron diferencias significativas entre los fallecidos y los no fallecidos. A nivel de tratamientos precisados por los pacientes, muestran diferencias muy significativas ($p < 0'001$) en cuanto al requerimiento de diversos analgésicos (morfina, fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso y metamizol), corticoides, benzodiacepinas, hipnóticos no benzodiacepínicos, neurolépticos típicos, diuréticos y laxantes. La hidromorfona, suplementación nutricional, neurolépticos atípicos, antibióticos y oxigenoterapia domiciliaria muestran diferencias significativas ($p < 0'05$).

Tratamientos ESAD

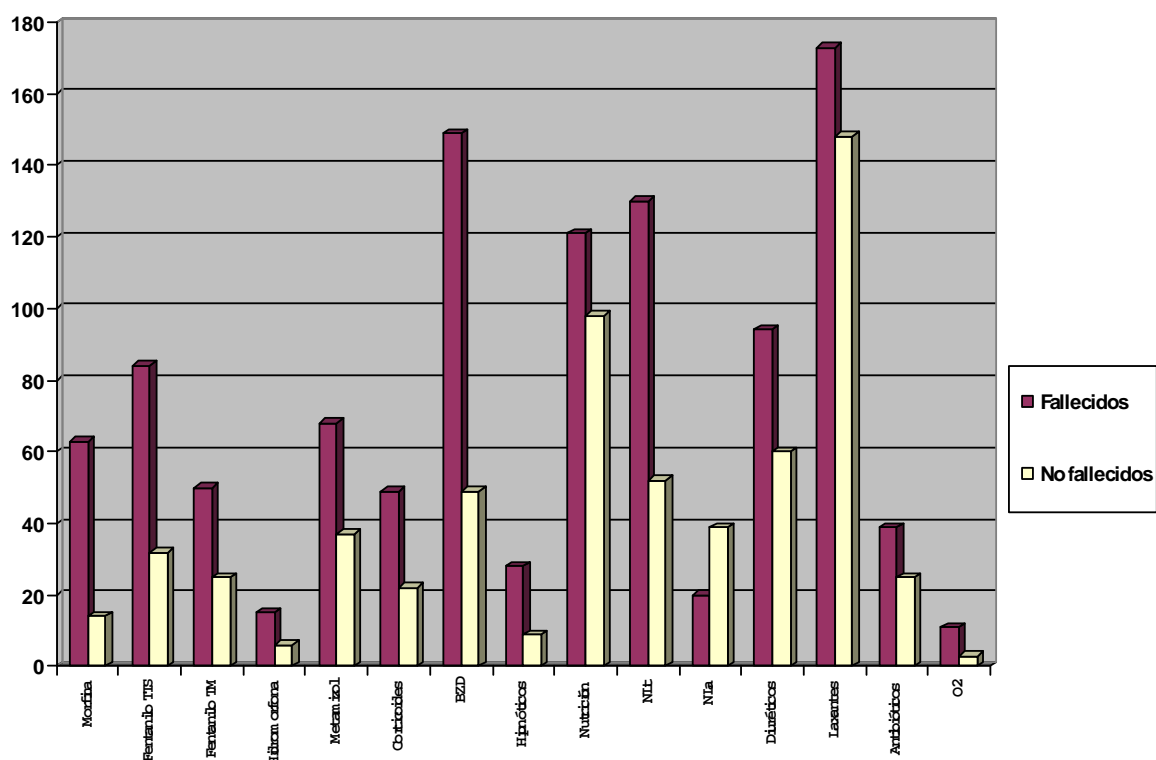


Tabla 126. Fármacos usados por ESAD en fallecidos y en no fallecidos

Fármacos pautados por ESAD	Fallecidos	No fallecidos
Morfina**	21'3% (N=63)	4'1% (N=14)
Fentanilo transdérmico**	28'5% (N=84)	9'4% (N=32)
Fentanilo transmucoso**	16'9% (N=50)	7'3% (N=25)
Hidromorfona*	5'1% (N=15)	1'8% (N=6)
Metamizol**	23% (N=68)	10'8% (N=37)
Corticoides**	16'6% (N=49)	6'4% (N=22)
Benzodiazepinas**	50'3% (N=149)	14'3% (N=49)
Hipnóticos no BZD**	9'5% (N=28)	2'6% (N=9)
Suplementos nutricionales*	40'9% (N=121)	28'7% (N=98)
Neurólpticos típicos**	43'9% (N=130)	15'2% (N=52)
Neurólpticos atípicos*	6'8% (N=20)	11'5% (N=39)
Diuréticos**	31'8% (N=94)	17'6% (N=60)
Laxantes**	58'4% (N=173)	43'5% (N=148)
Antibióticos*	13'2% (N=39)	7'4% (N=25)
Oxigenoterapia*	3'7% (N=11)	0'9% (N=3)

* p<0'05

** p<0'001

Tabla 127. Estadísticos de contraste

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Edad	,037	1	,847
Barthel previo	27,734	1	,000
Barthel actual	9,840	1	,002
Pfeiffer	5,953	1	,015
Karnofsky	65,336	1	,000
Número visitas	4,898	1	,027
Tiempo seguimiento días	51,122	1	,000
Dolor	14,705	1	,000
EVA	1,347	1	,246
Disnea	11,323	1	,001
NYHA	4,293	1	,038
Anorexia	21,574	1	,000
Ansiedad	5,374	1	,020
Depresión	,428	1	,513
Insomnio	1,380	1	,240
Agitación	,133	1	,715
Fiebre	,328	1	,567
Náuseas	20,751	1	,000
Demencia	24,539	1	,000
Tipo demencia	1,670	1	,196
GDS	1,239	1	,266
HTA	2,774	1	,096
Dislipemia	1,077	1	,299
DM1	,000	1	1,000
DM2	5,437	1	,020
EPOC	,188	1	,665
ACV	5,986	1	,014
Park	3,385	1	,066
IC	,003	1	,959
IAM	4,684	1	,030
IR	,199	1	,655
Hepatopatía	3,210	1	,073
ELA	1,152	1	,283
EM	,209	1	,648
UPP	,477	1	,490
S.inmovilidad	,136	1	,712
Anemia	,100	1	,752
ACxFA	,214	1	,644
Número fármacos previo	4,210	1	,040
AB	2,897	1	,089
Corticoide	12,308	1	,000
Diurético	,498	1	,481

Antiagreg	16,778	1	,000
ACO	,614	1	,433
Digoxina	,052	1	,819
IECA	3,211	1	,073
ARAI	,107	1	,743
bbloq	,216	1	,642
ADO	7,855	1	,005
Estatina	12,366	1	,000
Inhal	,937	1	,333
Tipoinhanla	,663	1	,416
BZD	,367	1	,544
Antidepre	2,132	1	,144
NLtipic	,490	1	,484
NLatipic	17,608	1	,000
IACE	10,034	1	,002
Memantina	5,890	1	,015
IBP	2,259	1	,133
Suplenutri	1,232	1	,267
Antipark	7,888	1	,005
Insulina	,280	1	,597
Antagca	4,895	1	,027
Morfina	27,664	1	,000
Fentanilo	12,461	1	,000
FentaTM	3,969	1	,046
Hidromorf	1,142	1	,285
Oxicodona	,019	1	,889
Bupre	1,301	1	,254
Tramadol	,227	1	,634
Paracetamol	1,222	1	,269
Metamizol	,866	1	,352
Codeína	1,678	1	,195
AINE	6,035	1	,014
Valproico	,001	1	,977
Gaba	,974	1	,324
Pregaba	3,292	1	,070
Laxante	,014	1	,905
O2	2,006	1	,157
Morfina	44,113	1	,000
Dosismorf	1,478	1	,224
Morfina2	,144	1	,705
Dosismorf2	,243	1	,622
Fentanilo	38,805	1	,000
Dosisfenta	1,588	1	,208
Fentanilo2	,159	1	,690
Dosisfenta2	,144	1	,704

FentaTM2	14,043	1	,000
DosisfentaTM0	1,586	1	,208
DosisfentatM1	1,662	1	,197
DosisfentaTM2	4,197	1	,040
Oxicodona	,497	1	,481
Dosisoxicod	2,400	1	,121
Oxicodona2	2,667	1	,102
Dosisoxicod2	1,000	1	,317
Bupre2	,030	1	,862
Dosisbupre0	,000	1	1,000
Dosisbupre1	,804	1	,370
Dosisbupre2	,944	1	,331
Tramadol	,006	1	,936
Dosistrama	8,097	1	,004
Tramadol2	,028	1	,868
Dosistrama2	,014	1	,905
Paracetamol	,692	1	,405
Dosisparaceta	,677	1	,411
Paraceta2	,004	1	,949
Dosisparaceta2	1,025	1	,311
Metamizol	17,021	1	,000
Dosismeta	1,761	1	,184
Metamizol2	,124	1	,725
Dosismeta2	,494	1	,482
Codeína	,000	1	,983
Dosiscode	,305	1	,581
Codeína2	,065	1	,799
Dosiscode2	,678	1	,410
AINEs	1,269	1	,260
Valproico	,004	1	,950
Dosisvalpro	,007	1	,933
Dosisvalpro2	,002	1	,967
Gabapentina	2,018	1	,155
Dosisgaba	,204	1	,652
Dosisgaba2	1,065	1	,302
Pregabalina	2,897	1	,089
Dosispregaba	,024	1	,878
Corticoide2	15,134	1	,000
BZD2	95,983	1	,000
Antidepre2	1,633	1	,201
Hipnotic2	13,519	1	,000
Nutri	10,500	1	,001
NLt	64,064	1	,000
NLa	4,171	1	,041
Diurético	17,140	1	,000

Laxante2	14,063	1	,000
IACe2	3,238	1	,072
AB2	5,858	1	,016
Metilnaltrexona	2,778	1	,096
Hidromorfona	5,431	1	,020
Hidromorfona0	,400	1	,527
Hidromorfona1	2,613	1	,106
Hidromorfona2	3,417	1	,065
Oxigeno	5,894	1	,015
Sedación	146,645	1	,000
Barthel (diferencia)	87,804	1	,000

El declive funcional, además de suponer un marcador de mortalidad, podría verse relacionado con la aparición de determinados síntomas. Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre el hecho de variar la situación funcional y la clínica presentada en dolor, disnea, ansiedad y agitación. Muestran una significación aún mayor ($p < 0,001$) síntomas como depresión, náuseas y anorexia. Todo esto se puede observar en las siguientes tablas:

Tabla 128. Estadísticos de contraste dolor

	Barthel (diferencia)
U de Mann-Whitney	40885,000
W de Wilcoxon	99196,000
Z	-2,288
Sig. asintót. (bilateral)	,022

Tabla 129. Estadísticos de contraste disnea

	Barthel (diferencia)
U de Mann-Whitney	26120,500
W de Wilcoxon	138221,500
Z	-3,413
Sig. asintót. (bilateral)	,001

Tabla 130. Estadísticos de contraste ansiedad

	Barthel (diferencia)
U de Mann-Whitney	28895,000
W de Wilcoxon	135848,000
Z	-2,741
Sig. asintót. (bilateral)	,006

Tabla 131. Estadísticos de contraste depresión

	Barthel (diferencia)
U de Mann-Whitney	23973,000
W de Wilcoxon	138933,000
Z	-4,163
Sig. asintót. (bilateral)	,000

Tabla 132. Estadísticos de contraste insomnio

	Barthel (diferencia)
U de Mann-Whitney	30044,500
W de Wilcoxon	141200,500
Z	-1,209
Sig. asintót. (bilateral)	,227

Tabla 133. Estadísticos de contraste agitación

	Barthel (diferencia)
U de Mann-Whitney	25507,000
W de Wilcoxon	32410,000
Z	-2,034
Sig. asintót. (bilateral)	,042

Tabla 134. Estadísticos de contraste náuseas

	Barthel (diferencia)
U de Mann-Whitney	13962,000
W de Wilcoxon	155740,000
Z	-4,624
Sig. asintót. (bilateral)	,000

Tabla 135. Estadísticos de contraste anorexia

	Barthel (diferencia)
U de Mann-Whitney	36858,500
W de Wilcoxon	87579,500
Z	-4,626
Sig. asintót. (bilateral)	,000

Respecto a la sintomatología referida por los pacientes, se puede observar que:

- En pacientes con dolor (N=362) el índice de Barthel se redujo de 76´4 a 49´4, lo que supone un descenso de 27 puntos. En este grupo, la edad media fue de 78´4+/-11´4 años, fueron hombres un 58´5% (N=161) y oncológicos un 73´1% (N=201).
- En pacientes sin dolor (N=275) el índice de Barthel se redujo de 56´5 a 32´9, lo que supone un descenso de 23´6 puntos. Estos pacientes tenían una edad media de 80´6+/-10´2 años, fueron hombres un 50´3% (N=182) y oncológicos un 42´8% (N=155).
- En pacientes con disnea (N=139) el índice de Barthel se redujo de 87´95 a 55´07, lo que supone un descenso de 32´88 puntos. En este grupo, la edad media fue de 77´17+/-11´8 años, fueron hombres un 74´1% (N=103) y oncológicos un 79´9% (N=111).
- En pacientes sin disnea (N=499) el índice de Barthel se redujo de 76´41 a 49´43, lo que supone un descenso de 26´98 puntos. Estos pacientes tenían una edad media de 80´3+/-10´4 años, fueron hombres un 48´3% (N=241) y oncológicos un 49´3% (N=246).
- En pacientes con ansiedad (N=148) el índice de Barthel se redujo de 88´25 a 59´76, lo que supone un descenso de 28´49 puntos. En estos, la edad media resultó de 75´8+/-11´5 años, fueron hombres un 51´4% (N=76) y oncológicos un 77% (N=114).

- En pacientes sin ansiedad (N=490) el índice de Barthel se redujo de 58 a 34, lo que supone un descenso de 24 puntos. En este caso, la edad media fue de 80'7+/-10'3 años, fueron hombres un 54'7% (N=268) y oncológicos un 49'6% (N=243).
- En pacientes con depresión (N=135) el índice de Barthel se redujo de 89'84 a 56'35, lo que supone un descenso de 33'49 puntos. Estos pacientes tenían una edad media de 76'7+/-11'7 años, fueron hombres un 58'5% (N=79) y oncológicos un 77% (N=104).
- En pacientes sin depresión (N=503) el índice de Barthel se redujo de 58'65 a 35'65, lo que supone un descenso de 23 puntos. En este grupo, la edad media fue de 80'4+/-10'4 años, fueron hombres un 52'7% (N=265) y oncológicos un 50'3% (N=253).
- En pacientes con insomnio (N=144) el índice de Barthel se redujo de 77'85 a 52'38, lo que supone un descenso de 25'47 puntos. Estos pacientes tenían una edad media de 77'78+/-11'5 años, fueron hombres un 66% (N=95) y oncológicos un 68'1% (N=98).
- En pacientes sin insomnio (N=494) el índice de Barthel se redujo de 61'6 a 36'46, lo que supone un descenso de 25'14 puntos. En este caso, la edad media fue de 80'18+/-10'5 años, fueron hombres un 50'4% (N=249) y oncológicos un 52'4% (N=259).
- En pacientes con agitación (N=119) el índice de Barthel se redujo de 36'32 a 16'19, lo que supone un descenso de 20'13 puntos. Estos pacientes tenían una edad media de 82'9+/-8'6 años, fueron hombres un 58% (N=119) y oncológicos un 28'6% (N=34).
- En pacientes sin agitación (N=519) el índice de Barthel se redujo de 72'11 a 45'57, lo que supone un descenso de 26'54 puntos. En este grupo, la edad media fue de 78'9+/-11'1 años, fueron hombres un 53% (N=275) y oncológicos un 62'2% (N=323).

- En pacientes con náuseas (N=78) el índice de Barthel se redujo de 85'13 a 47'53, lo que supone un descenso de 37'6 puntos. En estos, la edad media resultó de 79'26+/-10'1 años, fueron hombres un 53'8% (N=42) y oncológicos un 88'5% (N=69).
- En pacientes sin náuseas (N=560) el índice de Barthel se redujo de 62'46 a 39, lo que supone un descenso de 23'46 puntos. Estos pacientes tenían una edad media de 79'7+/-10'9 años, fueron hombres un 53'9% (N=302) y oncológicos un 51'4% (N=288).
- En pacientes con anorexia (N=297) el índice de Barthel se redujo de 73'74 a 42'87, lo que supone un descenso de 30'87 puntos. En este caso, la edad media fue de 79'3+/-10'2 años, fueron hombres un 56'6% (N=168) y oncológicos un 70'7% (N=210).
- En pacientes sin anorexia (N=341) el índice de Barthel se redujo de 57'55 a 37'54, lo que supone un descenso de 20'01 puntos. En estos, la edad media resultó de 79'9+/-11'3 años, fueron hombres un 51'6% (N=168) y oncológicos un 43'1% (N=147).

De estas observaciones, se puede apreciar que en todos los síntomas hay una presencia de una edad media menor, salvo en agitación, que son más mayores y en anorexia y náuseas, donde apenas se observan diferencias. Las diferencias en edad son significativas, con una $p < 0'05$, en dolor, disnea, ansiedad y agitación. Respecto al sexo, se observan más frecuentemente en hombres la depresión, agitación, anorexia, insomnio y de forma muy marcada, la disnea. Como ya se ha descrito con anterioridad, entre sexos, se obtienen diferencias estadísticamente significativas sólo en dolor ($p < 0'05$), disnea ($p < 0'001$) e insomnio ($p = 0'001$). Todos los síntomas son mucho más frecuentes en pacientes oncológicos que en crónico-dependientes, salvo la agitación, como ya se ha nombrado previamente, con diferencias significativas en todos.

Y respecto al declive funcional, todos los descensos son superiores a 20 puntos en el descenso de Barthel, por lo que para demostrar la relación del declive funcional con la aparición de sintomatología, se procede a la comparación de los pacientes con

descensos de Barthel mayor y menor de 20 puntos en busca de diferencias. El grupo de pacientes con descenso en índice de Barthel <20 (N=396) cuenta con un 44'4% de oncológicos (N=176) y en el grupo de pacientes con descenso en índice de Barthel >20 hay un 79'6% (N=168) de oncológicos.

Por otra parte, los pacientes con un descenso en el índice de Barthel inferior a 20 puntos tenían una edad media de 79'9+/-11'4 años, frente a 78'3+/-9'6 años en el grupo de pacientes con descenso en índice de Barthel superior a 20 puntos, con diferencia significativa ($p<0'01$). En el primero se llevaron a cabo una media de 2'7 visitas en un tiempo medio de seguimiento de 63'7 días, siendo en el segundo grupo 2'67 visitas en 42'5 días de media. Existen diferencias muy significativas ($p<0'001$) en cuanto al tiempo de seguimiento, pero no en el número de visitas. El índice de Karnofsky medio fue de 56'5+/-14'9 en los pacientes con un descenso en el índice de Barthel inferior a 20 puntos y de 40'3+/-12'9 en los pacientes con un descenso en el índice de Barthel superior a 20 puntos ($p<0'001$). La polifarmacia fue similar, con una media de 6'8+/-3'2 en los sujetos en los que su Barthel disminuyó menos de 20 puntos y de 7'4+/-3'4 en los que su Barthel disminuyó más de 20 puntos ($p<0'05$).

Tabla 136. Estadísticos de contraste(a)

	Edad	Número visitas	Tiempo seguimiento días	Karnofsky	Número fármacos previo
U de Mann-Whitney	35463,000	40297,500	29921,500	6093,500	37360,000
W de Wilcoxon	57829,000	118903,500	52287,500	20458,500	115175,000
Z	-3,027	-,754	-5,763	-9,961	-2,062
Sig. asintót. (bilateral)	,002	,451	,000	,000	,039

a Variable de agrupación: Barthel con diferencias >y<20

En pacientes con un descenso en el índice de Barthel inferior a 20 puntos, se observa la presencia de dolor en 158 pacientes (39'9%), disnea en 68 individuos (17'2%), ansiedad en 78 personas (19'7%), depresión en 63 casos (15'9%), insomnio en 82 personas (20'7%), agitación psicomotriz en 85 pacientes (21'5%), anorexia en 162 pacientes (40'9%) y náuseas en 29 casos (7'3%). En los pacientes con un descenso en el índice de Barthel superior a 20 puntos, se observa la presencia de dolor en 108 pacientes (51'2%), disnea en 66 casos (31'3%), ansiedad en 67 individuos (31'8%), depresión en 65 casos (30'8%), insomnio en 54 personas (25'6%), agitación psicomotriz en 32 pacientes (15'2%), anorexia en 127 personas (60'2%) y náuseas en 46 casos (21'8%).

Es evidente la mayor presencia de clínica como dolor, disnea, ansiedad, depresión, anorexia y náuseas en pacientes con mayor declive funcional, y curiosamente la menor presencia de agitación psicomotriz. Se lleva a cabo análisis estadístico para determinar si existen diferencias significativas, encontrándose en todos los síntomas, salvo en insomnio y en agitación psicomotriz. Estas diferencias son significativas ($p < 0'05$) en dolor y ansiedad, y muy significativas ($p < 0'001$) en disnea, anorexia, depresión y náuseas.

Tabla 137. Síntomas presentados según el grado de declive funcional

Síntomas	Descenso Barthel <20	Descenso Barthel >20
Dolor*	39'9% (N=158)	51'2% (N=108)
Disnea**	17'2% (N=68)	31'3% (N=66)
Anorexia**	40'9% (N=162)	60'2% (N=127)
Ansiedad*	19'7% (N=78)	31'8% (N=67)
Depresión**	15'9% (N=63)	30'8% (N=65)
Insomnio	20'7% (N=82)	25'6% (N=54)
Agitación	21'5% (N=85)	15'2% (N=32)
Náuseas**	7'3% (N=29)	21'8% (N=46)

* $p < 0'05$ ** $p < 0'001$

Tabla 137bis. Estadísticos de contraste

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Dolor	37063,000	115669,000	-2,666	,008
Disnea	35884,000	114490,000	-3,988	,000
NYHA	1569,000	3714,000	-2,303	,021
Anorexia	33723,000	112329,000	-4,526	,000
Ansiedad	36741,000	115347,000	-3,315	,001
Depresión	35554,500	114160,500	-4,281	,000
Insomnio	39737,000	118343,000	-1,374	,170
Agitación	39146,500	61512,500	-1,872	,061
Fiebre	41606,000	120212,000	-,452	,651
Náuseas	35729,500	114335,500	-5,157	,000

Respecto a los tratamientos previos en los pacientes, que pudieran interferir en la percepción del dolor o del resto de sintomatología, observamos que en los pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos existía prescripción previa de benzodiazepinas

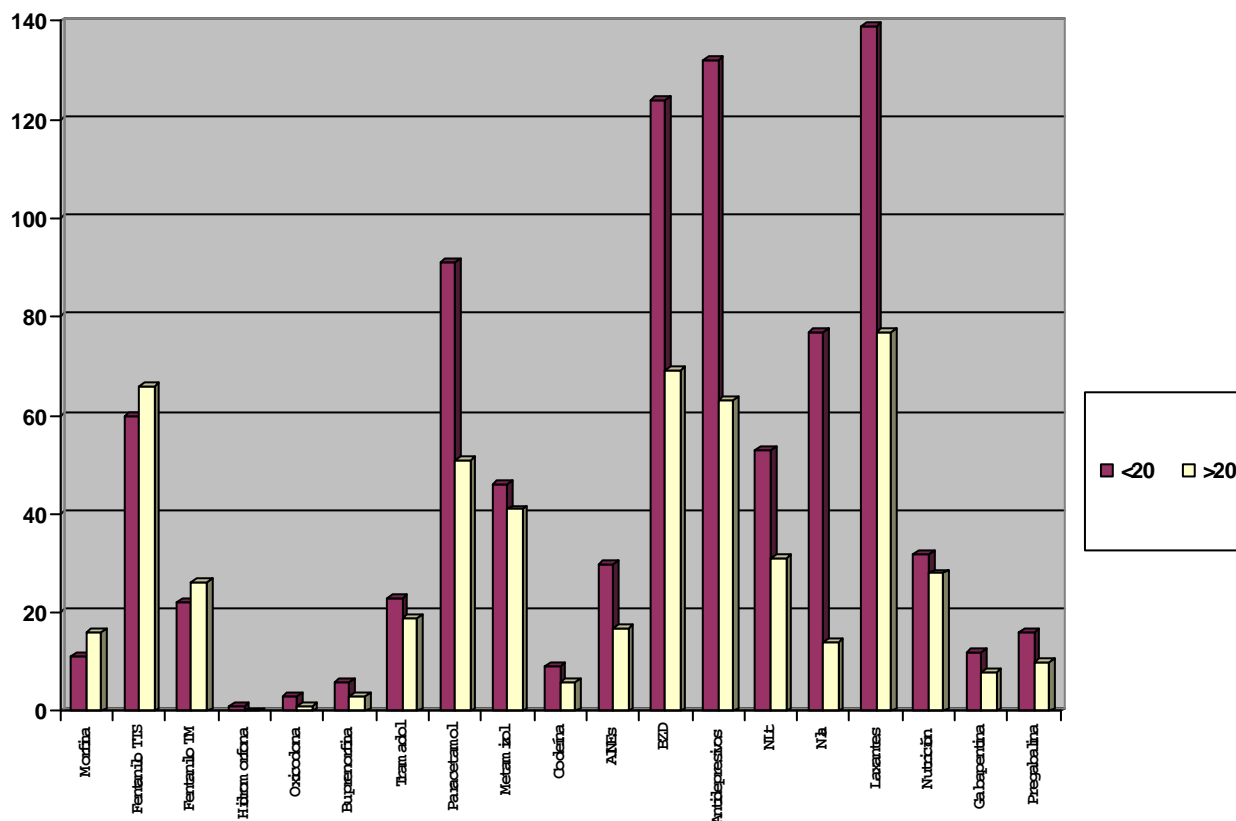
en 124 pacientes (31'5%), frente a 69 casos (32'7%) en el grupo de descenso mayor a 20 puntos, sin existir diferencias significativas. Lo mismo pasa con antidepresivos, presentes en 132 pacientes (33'5%) con descenso del Barthel menor a 20 puntos y en 63 (29'9%) en el grupo de descenso mayor a 20 puntos. Esto demuestra que, al no existir diferencias en el uso de medicaciones, éstas no interferían en la percepción de la clínica, relacionándose el declive funcional con la presencia de estos síntomas. Sí encontramos diferencias significativas ($p < 0'05$) en determinados analgésicos: en morfina, presente en 11 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (2'8%) y en 16 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (7'6%); en metamizol, pautado en 46 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (11'7%) y en 41 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (19'4%); fentanilo transmucoso, prescrito en 22 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (5'6%) y en 26 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (12'4%). Esta diferencia es mayor ($p < 0'001$) en fentanilo transdérmico, usado por 60 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (15'3%) y por 66 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (31'3%). El resto de tratamientos se pueden observar en la tabla 145.

Otros tratamientos que muestran diferencias ($p < 0'05$) entre estos grupos son los suplementos nutricionales, utilizados por 32 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (8'1%) y por 28 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (13'3%).

Tabla 138. Diferencias en fármacos previos según declive funcional

Fármacos	Descenso Barthel<20	Descenso Barthel>20
Morfina	2'8% (N=11)	7'6% (N=16)
Fentanilo TTS	15'3% (N=60)	31'3% (N=66)
Fentanilo TM	5'6% (N=22)	12'4% (N=26)
Hidromorfona	0'3% (N=1)	0 % (N=0)
Oxicodona	0'8% (N=3)	0'5% (N=1)
Buprenorfina	1'5% (N=6)	1'4% (N=3)
Tramadol	5'8% (N=23)	9% (N=19)
Paracetamol	23'1% (N=91)	24'2% (N=51)
Metamizol	11'7% (N=46)	19'4% (N=41)
Codeína	2'3% (N=9)	2'8% (N=6)
AINEs	7'6% (N=30)	8'1% (N=17)
Benzodiacepinas	31'5% (N=124)	32'7% (N=69)
Antidepresivos	33'5% (N=132)	29'9% (N=63)
Neurolépticos típicos	13'5% (N=53)	14'7% (N=31)
Neurolépticos atípicos	19'5% (N=77)	6'6% (N=14)
Laxantes	35'4% (N=139)	36'7% (N=77)
Suplementos nutricionales	8'1% (N=32)	13'3% (N=28)
Gabapentina	3'1% (N=12)	3'8% (N=8)
Pregabalina	4'1% (N=16)	4'7% (N=10)

Tratamientos previos según descenso en Barthel



Tras la intervención del ESAD, se observan diferencias muy significativas ($p < 0'001$) entre estos grupos en benzodiazepinas, pautadas a 98 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (24'7%) y a 90 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (42'7%) y neurolépticos típicos usados en 86 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (21'7%) y 87 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (41'2%).

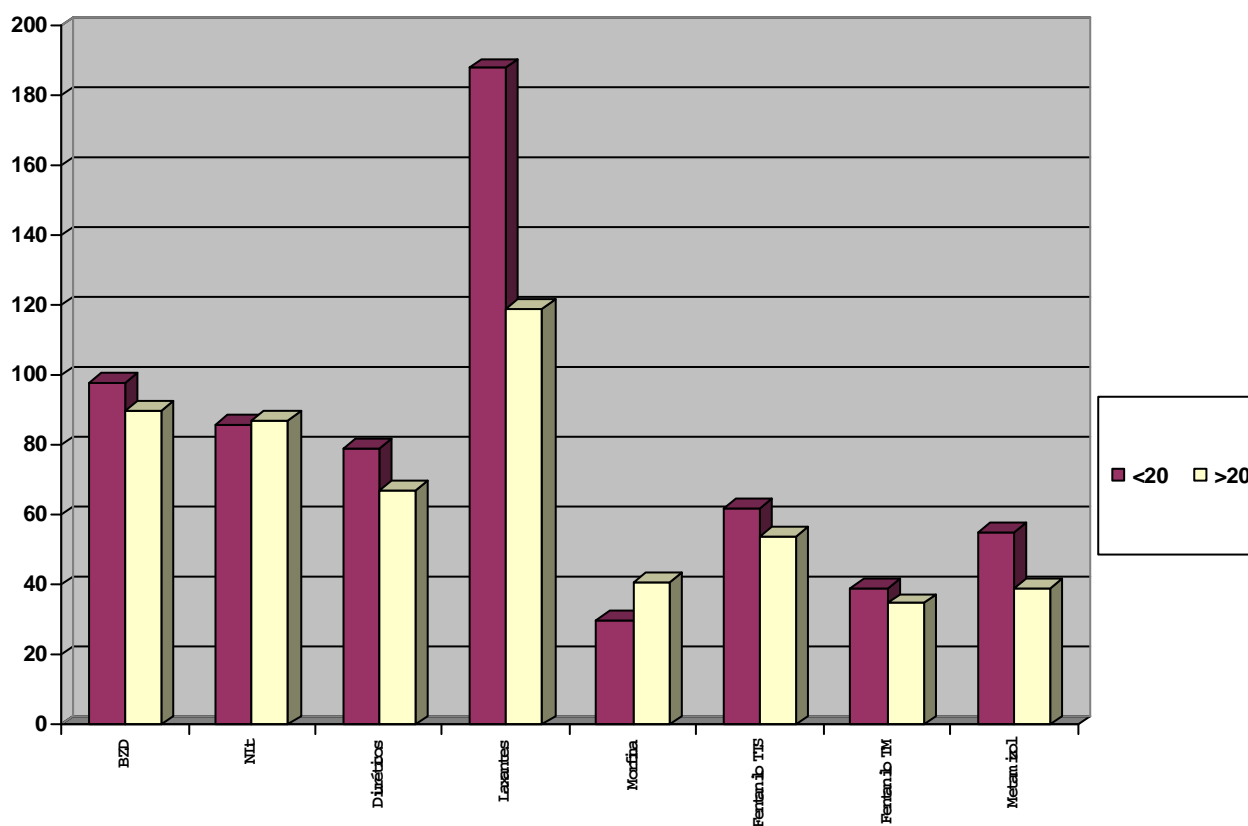
Otras diferencias son significativas ($p < 0'01$) en diuréticos, prescritos a 79 pacientes (20%) con descenso del Barthel menor a 20 puntos y a 67 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (31'9%) y en laxantes ($p < 0'05$), utilizados en 188 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (47'6%) y en 119 pacientes con descenso del Barthel mayor a 20 puntos (56'7%).

Respecto a analgésicos, observamos diferencias en morfina ($p < 0'001$), utilizada en 30 pacientes con descenso del Barthel menor a 20 puntos (7'6%) y en 41 pacientes con

descenso del Barthel mayor a 20 puntos (19'4%), fentanilo transdérmico ($p<0'01$), fentanilo transmucoso ($p<0'05$) y metamizol ($p<0'01$).

La morfina fue utilizada en el 7'6 % de los pacientes con descenso en Barthel<20 puntos (N=30) y en el 19'4% de los pacientes con descenso en Barthel>20 puntos (N=41), el fentanilo transdérmico fue usado por el 15'7 % de los pacientes con descenso en Barthel<20 puntos (N=62) y en el 25'7 % de los pacientes con descenso en Barthel>20 puntos (N=54), el fentanilo transmucoso fue pautaado o modificado en el 9'8% de los pacientes con descenso en Barthel<20 puntos (N=39) y en el 16'7 % de los pacientes con descenso en Barthel>20 puntos (N=35) y el metamizol fue utilizada en el 13'9 % de los pacientes con descenso en Barthel<20 puntos (N=55) y en el 23'2% de los pacientes con descenso en Barthel>20 puntos (N=39).

Tratamientos tras ESAD según descenso en Barthel



Por último, otros aspectos relevantes relacionados con el declive funcional, que se han comparado entre los pacientes que sufrieron descenso en Barthel mayor y menor de 20 puntos son:

- Existencia de demencia: presente en 167 casos con descenso <20 (42'3%) y en 18 casos con descenso >20 (8'6%), siendo una diferencia muy significativa ($p<0'001$).
- El único antecedente médico, además de la demencia, que condiciona diferencias ($p<0'005$) entre estos grupos es el parkinsonismo, de forma que se encontraba presente en el 10'6% (N=42) de los pacientes con descenso del Barthel <20 y en un 3'8% (N=8) de los pacientes con descenso del Barthel >20 .
- Padecimiento de UPP: detectadas en 47 pacientes con descenso <20 (11'9%) y en 8 pacientes con descenso >20 (3'8%). En este caso la p resultante es $<0'005$.
- Instauración de reciente síndrome de inmovilidad: en 165 casos con descenso <20 (41'7%) y en 66 casos con descenso >20 (31'3%), con significación estadística ($p<0'05$).
- Necesidad de sedación paliativa: requerida en 38 pacientes con descenso <20 (9'6%) y en 64 pacientes con descenso >20 (30'3%), siendo en este aspecto las diferencias muy significativas ($p<0'001$).
- Mortalidad: se producen 130 fallecimientos en el grupo de pacientes con descenso <20 (32'8%) y 147 en el grupo de pacientes con descenso >20 (69'7%), con una importante significación estadística en la diferencia ($p<0'001$).
- Hospitalización: se aprecian un 14'9% de hospitalizaciones en el grupo de pacientes con descenso <20 (N=59) y un 14'2% en el grupo de pacientes con descenso >20 (N=30), siendo una diferencia muy significativa ($p<0'001$).

Tabla 139. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra-mortalidad

		Barthel con diferencias ><20
N		277
Parámetros normales(a,b)	Media	1,53
	Desviación típica	,500
Diferencias más extremas	Absoluta	,357
	Positiva	,325
	Negativa	-,357
Z de Kolmogorov-Smirnov		5,937
Sig. asintót. (bilateral)		,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 140. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra-hospitalización

		Barthel con diferencias ><20
N		89
Parámetros normales(a,b)	Media	1,34
	Desviación típica	,475
Diferencias más extremas	Absoluta	,424
	Positiva	,424
	Negativa	-,255
Z de Kolmogorov-Smirnov		3,998
Sig. asintót. (bilateral)		,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 141. Estadísticos de contraste

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Dolor	37063,000	115669,000	-2,666	,008
Disnea	35884,000	114490,000	-3,988	,000
NYHA	1569,000	3714,000	-2,303	,021
Anorexia	33723,000	112329,000	-4,526	,000
Ansiedad	36741,000	115347,000	-3,315	,001
Depresión	35554,500	114160,500	-4,281	,000
Insomnio	39737,000	118343,000	-1,374	,170
Agitación	39146,500	61512,500	-1,872	,061
Fiebre	41606,000	120212,000	-,452	,651
Náuseas	35729,500	114335,500	-5,157	,000
Demencia	27495,000	49650,000	-8,559	,000
Tipo demencia	1186,500	1357,500	-1,249	,212
HTA	40944,500	63310,500	-,411	,681
Dislipemia	40863,000	119073,000	-,726	,468
DM1	41672,500	64038,500	,000	1,000
DM2	41606,000	63972,000	-,046	,963
EPOC	40742,500	63108,500	-,808	,419
ACV	40358,500	62724,500	-1,039	,299
Park	38821,500	61187,500	-2,914	,004
IC	40507,000	62873,000	-1,123	,262
IAM	41363,500	119573,500	-,279	,780
IR	40809,000	119019,000	-,845	,398
Hepatopatía	41064,000	63430,000	-,895	,371
ELA	41475,000	119685,000	-1,368	,171
EM	41356,000	63722,000	-1,268	,205
UPP	38294,000	60660,000	-3,307	,001
S.inmovilidad	37438,500	59804,500	-2,508	,012
Anemia	40888,500	63254,500	-,727	,467
ACxFA	40699,500	63065,500	-,726	,468

Tabla 142. Estadísticos de contraste

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
AB	41474,500	119289,500	-,099	,921	
Corticoide	38451,000	116266,000	-2,286	,022	
Diurético	38603,000	116418,000	-1,732	,083	
Antiagreg	38278,000	60644,000	-2,181	,029	
ACO	38842,500	116657,500	-2,198	,028	
Digoxina	40787,500	63153,500	-,740	,459	
IECA	40274,000	62640,000	-1,210	,226	
ARAI	39645,500	117460,500	-2,130	,033	
Bbloq	41144,000	118959,000	-,485	,627	
ADO	41090,000	63456,000	-,453	,651	
Estatina	41383,000	119198,000	-,194	,846	
Inhal	40334,500	118149,500	-1,162	,245	
BZD	41056,000	118871,000	-,309	,757	
Antidepre	40052,000	62418,000	-,913	,361	
NLtipic	41051,500	118866,500	-,420	,674	
NLatipic	36201,500	58567,500	-4,229	,000	
IACE	38240,500	60606,500	-3,648	,000	
Memantina	39745,500	62111,500	-2,684	,007	
IBP	39188,000	117003,000	-1,361	,173	
Suplenutri	39427,000	117242,000	-2,017	,044	
Antipark	38620,500	60986,500	-3,072	,002	
Insulina	41446,500	119261,500	-,138	,890	
Antagca	40274,000	62640,000	-1,210	,226	
Morfina	39575,500	117390,500	-2,718	,007	
Fentanilo	34822,500	112243,500	-4,614	,000	
FentaTM	38558,000	116373,000	-2,939	,003	
Hidromorf	41160,000	63315,000	-,731	,465	
Oxicodona	41447,500	63813,500	-,415	,678	
Bupre	41331,000	63486,000	-,091	,927	
Tramadol	40250,500	118065,500	-1,459	,144	
Paracetamol	41120,500	118935,500	-,297	,767	
Metamizol	38343,000	116158,000	-2,589	,010	
Codeína	41334,500	119149,500	-,421	,674	
AINE	41171,000	118986,000	-,210	,834	
Valproico	41103,000	63469,000	-,902	,367	
Gaba	40953,000	118374,000	-,494	,622	
Pregaba	40980,000	118401,000	-,397	,691	
Laxante	40729,500	118150,500	-,316	,752	
O2	37912,500	115333,500	-3,467	,001	
Morfina	36825,000	115431,000	-4,324	,000	
Morfina2	678,000	1174,000	-,547	,585	

Fentanilo	37398,000	116004,000	-2,992	,003	
Fentanilo2	3310,500	6796,500	-,574	,566	
FentaTM2	38527,500	117133,500	-2,460	,014	
Oxicodona	41765,000	64131,000	-,052	,959	
Oxicodona2	,500	1,500	-,943	,346	,500
Bupre2	41253,000	63408,000	-,930	,353	
Tramadol	40707,000	119313,000	-1,325	,185	
Tramadol2	215,500	425,500	-1,218	,223	
Paracetamol	41429,500	120035,500	-,285	,776	
Paraceta2	2789,000	4500,000	-1,412	,158	
Metamizol	37878,500	116484,500	-2,904	,004	
Metamizol2	2415,000	4431,000	-,806	,420	
Codeína	41539,500	120145,500	-,431	,666	
Codeína2	45,000	111,000	-,354	,723	,766
AINEs	39887,500	118493,500	-1,863	,062	
Valproico	41224,500	63590,500	-1,164	,244	
Gabapentina	41223,000	119829,000	-1,119	,263	
Pregabalina	40919,500	119525,500	-1,730	,084	
Corticoide2	40679,000	119285,000	-,965	,334	
BZD2	34297,000	112903,000	-4,540	,000	
Antidepre2	41137,500	119743,500	-,468	,640	
Hipnotic2	41630,500	120236,500	-,175	,861	
Nutri	38835,000	117441,000	-1,740	,082	
NLt	33625,000	112231,000	-5,068	,000	
NLa	40027,500	62182,500	-1,398	,162	
Diuretico	36537,500	114747,500	-3,255	,001	
Laxante2	37712,500	115922,500	-2,123	,034	
IACe2	40302,500	62247,500	-1,623	,105	
AB2	41245,000	63190,000	-,031	,976	
Metilnaltrexona	41025,000	119631,000	-1,460	,144	
Hidromorfona	41578,000	63944,000	-,145	,884	
Oxigeno	40623,000	119229,000	-1,478	,139	
Sedación	33115,000	111721,000	-6,501	,000	

Tabla 143. Estadísticos de contraste(a,b)

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Morfina	18,701	1	,000
Dosismorf	,941	1	,332
Morfina2	,299	1	,585
Dosismorf2	,628	1	,428
Fentanilo	8,954	1	,003
Dosisfenta	,013	1	,909
Fentanilo2	,330	1	,566
Dosisfenta2	,270	1	,603
FentaTM2	6,053	1	,014
DosisfentaTM0	,081	1	,775
DosisfentatM1	,027	1	,869
DosisfentaTM2	,337	1	,562
Oxicodona	,003	1	,959
Dosisoxicod	,200	1	,655
Oxicodona2	,889	1	,346
Dosisoxicod2	,333	1	,564
Bupre2	,864	1	,353
Dosisbupre0	1,407	1	,236
Dosisbupre1	2,881	1	,090
Dosisbupre2	1,827	1	,176
Tramadol	1,757	1	,185
Dosistrama	7,619	1	,006
Tramadol2	1,484	1	,223
Dosistrama2	,622	1	,430
Paracetamol	,081	1	,776
Dosisparaceta	,000	1	,993
Paraceta2	1,994	1	,158
Dosisparaceta2	2,592	1	,107
Metamizol	8,433	1	,004
Dosismeta	1,608	1	,205
Metamizol2	,649	1	,420
Dosismeta2	,988	1	,320
Codeína	,186	1	,666
Dosiscode	,194	1	,660
Codeína2	,126	1	,723
Dosiscode2	,601	1	,438
AINEs	3,472	1	,062
Valproico	1,356	1	,244
Dosisvalpro	,561	1	,454
Dosisvalpro2	2,319	1	,128
Gabapentina	1,252	1	,263
Dosisgaba	,113	1	,737
Dosisgaba2	,253	1	,615
Pregabalina	2,995	1	,084
Dosispregaba	1,678	1	,195
Corticoide2	,932	1	,334
BZD2	20,611	1	,000
Antidepre2	,219	1	,640

Hipnotic2	,031	1	,861
Nutri	3,028	1	,082
NLt	25,683	1	,000
NLa	1,954	1	,162
Diurético	10,596	1	,001
laxante2	4,507	1	,034
IACe2	2,633	1	,105
AB2	,001	1	,976
Metilnaltrexona	2,130	1	,144
Hidromorfona	,021	1	,884
Hidromorfona0	,500	1	,480
Hidromorfona1	,062	1	,803
Hidromorfona2	,013	1	,908
Oxigeno	2,185	1	,139
Sedación	42,267	1	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Barthel con diferencias $>y<20$

DISCUSIÓN

GENERALIDADES:

El sector sanitario de Barbastro es un sector con una gran dispersión de población y envejecido, con un amplio porcentaje de pacientes mayores y nonagenarios, como se puede observar en el mapa del sector y en los índices de envejecimiento y sobre-envejecimiento del Instituto Aragonés de Estadística adjuntos en el anexo (páginas 306 y 307). A pesar de ello, la edad media de nuestra muestra no es muy elevada (79'64 años +/-10'8 años), siendo mayor en mujeres que en hombres, con un porcentaje parecido en cuanto a distribución por sexos. Esta edad media, no obstante, es mayor que en otros trabajos similares, con edades medias que rondan los 75 años (205). Se puede observar que existe una marcada diferencia de edad entre pacientes oncológicos, con una media de 76'8 +/-11'1 años, y pacientes crónico-dependientes, con una edad media de 83'27 +/-9'2 años, hecho objetivado de la misma manera en otros estudios (206). En el previamente nombrado (205) hay una marcada diferencia en cuanto a la distribución de pacientes en oncológicos y no oncológicos, encontrando porcentajes de hasta 71% de pacientes con cáncer. En este trabajo, un 74% de los casos provenían de Atención Primaria; en nuestro caso ese porcentaje es menor, siendo del 54%.

Son muchas las publicaciones, en las que se puede observar un mayor porcentaje de pacientes oncológicos, como en la realizada por Simó Cruzet et al, en la que un 66% de los pacientes se ven afectados por patología neoplásica (207). En nuestro caso, el número de derivaciones de pacientes no oncológicos es elevado en proporción, respecto al número de pacientes oncológicos, en un ámbito sanitario donde siempre se ha dado prioridad a este tipo de patologías (120) al tratarse de pacientes que, de forma menos complicada se asume su situación final como terminal (29,31). En la mayoría de estudios realizados para analizar las características de los pacientes terminales, se hace referencia únicamente a pacientes oncológicos (208).

En otros trabajos (209) este porcentaje es aún mayor, llegando a representar los pacientes oncológicos un 79'6% de los que reciben atención paliativa, y se estima que cada año 22.638 pacientes en fase terminal reciben atención por parte de servicios de cuidados paliativos. En éste también se afirma que de los pacientes que mueren de

cáncer cada año en nuestro país, sólo el 21'2% reciben cuidados paliativos durante las semanas finales de su vida.

El estudio anteriormente nombrado (207), con una duración del mismo de unos cuatro años, similar al nuestro en este aspecto, y realizado por otro equipo de soporte en Cataluña, cuenta con un 66% de pacientes con patología oncológica y muestra una edad media de 72'2 años. En este caso, el origen de la solicitud fue un 45% desde Atención Primaria, un 43% desde hospital, y un 12% desde otros servicios. Tras analizar los datos recogidos a lo largo de estos años, tratándose Barbastro de un sector sanitario amplio y con gran dispersión demográfica, llama la atención el elevado número de procesos realizados a lo largo de este tiempo. Otro aspecto diferente en nuestro caso es el elevado número de casos derivados desde servicios diferentes a los habituales, tales como asociaciones de enfermos o desde residencias de ancianos o por la propia familia del paciente, clasificados todos ellos como "otros" y debido en ocasiones a reingresos tras altas por mejoría.

Respecto a otros estudios (210), en los que se muestra la actividad en función de visitas, obtenemos un número de visitas anuales similar en el año 2008 (526 visitas para cada 100.000 habitantes en 2003, nosotros 544 en población similar de referencia), con un posterior crecimiento de las mismas en años posteriores (646 visitas en el año 2009 y 637 visitas en el 2010). Todos estos datos están reflejados en el apartado de resultados, en las páginas 60 y 61.

Haciendo referencia a la actividad asistencial, la media de visitas realizadas por el ESAD en el trabajo referido anteriormente (207) fue de 5'63 visitas en un tiempo de seguimiento medio de 81'6 días. En nuestro caso, el tiempo de seguimiento medio en el total de la muestra es de 56 días, con una media de 2'68 visitas por proceso, advirtiéndose una notable diferencia respecto a dicho estudio. En nuestro caso, analizando los pacientes oncológicos por separado, se obtiene un número de visitas medio de 3'06 en un tiempo de seguimiento de 57'02 días, algo más cercano a los resultados del estudio comparado. El alto porcentaje de pacientes no oncológicos en nuestra muestra y la dispersión de la población pueden conllevar la diferencia en la actividad del total de nuestra muestra. El motivo de alta resultó ingreso en centro socio sanitario el 37%, éxitus el 28%, alta y seguimiento por Atención Primaria un 15%, e

ingreso hospitalario un 15%. En nuestro caso, se obtiene un porcentaje menor de hospitalización en el total de la muestra, con un 14'1%, aunque en oncológicos es algo mayor, un 20%, siendo de tan sólo un 6'8% en pacientes no oncológicos. Habría que reseñar que este trabajo (207), está realizado, a diferencia del nuestro, en un área urbana, y el total de la muestra es de 102 casos, frente a 638 casos (357 pacientes oncológicos) en el nuestro, lo que implicó poder realizar menos visitas por proceso y, consecuentemente, poder ser el origen de la diferencia en cuanto a hospitalización, el mayor gasto sanitario originado por pacientes oncológicos terminales, según estudios (211). No obstante, se observa un notable descenso de ingresos en el Hospital de Barbastro en el Servicio de Oncología a raíz del inicio de la actividad del ESAD en el sector, como se puede observar en la gráfica de la página 313. En otro reciente estudio (212) se puede constatar que la preferencia tanto del paciente como del cuidador, la percepción de adecuado soporte social del cuidador, así como el número de visitas del ESAD son factores predictivos de muerte en casa. En este caso se analizan 380 pacientes con cáncer avanzado, de los cuales el 64% fallece en casa, un 19% en un hospital de agudos, un 16% en una unidad de cuidados paliativos y un 1% en residencia. En un trabajo realizado previamente (213), se encuentra relación también con el hecho de ser mujer, factor no contemplado en otros trabajos, para que el paciente sea atendido en casa por un equipo de soporte, además de otros factores como una larga supervivencia y una capacidad funcional no deteriorada. En nuestro caso, el porcentaje de pacientes mujeres no es demasiado elevado, representando un 46'1% de la muestra y contando con un 38'1 % de mujeres entre los pacientes oncológicos y un 56'2 % de mujeres entre los clasificados como crónico-dependientes. Se puede observar que se dan marcadas diferencias respecto al cuidador principal entre hombres y mujeres, siendo el cónyuge el cuidador principal más frecuente en hombres, mientras que en mujeres es más frecuentemente registrado como cuidador principal los hijos o un cuidador contratado y es más frecuente también la institucionalización en residencia. Esto puede hablar a favor de que la mujer siga siendo figura principal en los cuidados domiciliarios de pacientes, siendo necesario que otra persona o una institución se hagan cargo de los cuidados de enfermos en su ausencia. Se observa una mayor frecuencia de hospitalización en hombres que en mujeres, lo cual podría verse influenciado también por todos estos aspectos.

Es muy claro el beneficio observado en diferentes estudios respecto al descenso en ingresos hospitalarios en pacientes en seguimiento por un equipo de soporte, tanto en España (214), como en otros países, como en Estados Unidos (215), así como en la reducción de la estancia media hospitalaria y un mayor uso de camas destinadas a cuidados paliativos en lugar de convencionales (216), lo que supone un importante ahorro económico en pacientes paliativos que precisan tratamiento parenteral (217), así como en visitas al servicio de Urgencias (218), hecho también constatado en un reciente estudio español (219). En este aspecto, un estudio francés (220) demuestra una reducción marcada de ingresos hospitalarios, observándose un 14% de pacientes hospitalizados en comparación con el 48% durante el año de referencia, algo objetivado también en estudios previos (221).

A estos beneficios, se suma la mejoría del manejo de síntomas en los pacientes atendidos por estos equipos, beneficio observado además en diferentes niveles asistenciales (domicilio, hospital de agudos, hospital de convalecencia) tras intervención de servicios de cuidados paliativos, tal como nos dice el estudio multicéntrico español realizado por Gómez-Batiste et al. (222) y no sólo en pacientes oncológicos, también en pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas, como insuficiencia cardiaca congestiva o EPOC (223). Los beneficios a nivel de mejoría del control de síntomas se siguen observando en estudios recientemente publicados, aunque con una tasa de fallecimiento en domicilio escasa, de un 47% (224).

Sin embargo, intervenciones de personal de enfermería aislado, no demuestran los mismos beneficios, a nivel clínico en cuanto a la intensidad de síntomas o reducción de días de estancia en el hospital o visitas al servicio de urgencias. Sí que se observa ganancia en cuanto a calidad de vida en este caso (225). En este sentido, si el equipo, en este caso hospitalario, cuenta con personal médico, de enfermería, trabajador social, y personal religioso, se puede obtener beneficio en cuanto a disminución de reingresos hospitalarios (226). Trabajos recientes siguen confirmando el beneficio de la atención especializada en Cuidados Paliativos en pacientes terminales, respecto a una menor administración de quimioterapias, disminución de visitas a servicios de urgencias, de reingresos hospitalarios, disminución de estancia media en hospital, de traslados a unidades de cuidados intensivos y de muertes en el hospital (227). La claudicación familiar en el domicilio es la causa más frecuente de ingreso hospitalario, según un

estudio asturiano, en el que menos de la quinta parte de los enfermos atendidos por dicho ESAD fallecen fuera de su domicilio, 252 pacientes de los 1.131 en seguimiento (228). Otros afirman que casi el 90% de pacientes enfermos de cáncer prefieren fallecer en casa (229). Algo similar relata otro artículo irlandés (230), en el que se aprecia que más del 80% de los pacientes derivados a un ESAD prefieren fallecer en casa, aunque de estos sólo un 50% lo hacen allí, siendo los factores que precipitan ingreso hospitalario los síntomas incontrolados e inhabilidad de familia para adaptarse a la situación. Los autores ya hacen referencia a la necesidad por parte del gobierno de facilitar medios para facilitar la estancia en casa. En nuestra muestra se objetiva la existencia de un buen soporte social, detectándose sólo un 2'8% pacientes sin cuidador alguno, siendo un hecho más frecuente en pacientes oncológicos (4'8%) que en crónico-dependientes (0'4%). El porcentaje de pacientes cuidados por su cónyuge es mayor en oncológicos (36'4%) que en no oncológicos (18'3%), siendo estos últimos más mayores y con mayor frecuencia mujeres, hechos que pudieron condicionar que hubiera fallecido el cónyuge. El porcentaje de institucionalización es mayor en crónico-dependientes, siendo muy similar el porcentaje de pacientes cuidados por los hijos.

También en patologías no oncológicas, como por ejemplo en fallo renal terminal, muchos pacientes hubieran no deseado recibir tratamientos agresivos, como diálisis, y fallecer en casa o en hospitales especializados en cuidados paliativos (231). Sin embargo, en determinadas series, hasta en el 50% de los casos existe diferencia de opinión entre el paciente y su cuidador principal respecto al lugar donde se desea asumir el final de la enfermedad y se afirma que hasta un 50% de los pacientes no desean fallecer en casa (232). En este sentido, hasta un 67% de los pacientes en algunos trabajos reciben sus últimos cuidados médicos en instituciones, con un mejorable control de síntomas (233). En nuestro caso, se observa un 20% de institucionalización en el total de la muestra, algo mucho más frecuente, como ya se ha mencionado, en pacientes no oncológicos (35'5%) que en pacientes con cáncer (7'8%) y fallecen el 46'4% del total de pacientes atendidos sin precisar hospitalización. En una amplia revisión (234) realizada por Rodríguez & Gagnon en Taiwán, Inglaterra, Australia e Italia de 1985 a 2003, se comprueba que existe relación entre el hecho de fallecer en casa y el ser nativo de la región o autóctono de la misma, con el hecho de tener un nivel socioeconómico y educativo alto, con el hecho de estar casado, con haber tenido una supervivencia prolongada desde el diagnóstico de la enfermedad, lo que conlleva mayor

adaptación a la misma y con el hecho de encontrarse en el rango de edad comprendido entre 70-79 años. De nuevo este estudio está realizado sólo con pacientes oncológicos y nuestro porcentaje de ingresos hospitalarios (14'1%) respecto a la edad media es bajo, teniendo en cuenta que sólo el 28'5% de los casos cuentan con su cónyuge como cuidador principal. Incluso hay estudios (235) que detectan diferencias en este aspecto respecto a la raza de los pacientes.

Otro trabajo suizo (236) demostró que la atención domiciliaria especializada en cuidados paliativos, se asocia con hospitalizaciones menos frecuentes y más cortas en los últimos tres meses de vida. En este trabajo, comparan pacientes atendidos y no atendidos por un ESAD, de forma que en los primeros el 22% nunca fue hospitalizado, y el 43'5% fallecieron en casa. Estos valores eran considerablemente diferentes del grupo de no utilizadores de cuidados paliativos en casa, falleciendo en ella el 23% y no siendo ingresados el 13'5%.

En un estudio japonés (237), realizado con 528 pacientes de equipos de atención domiciliaria, se aprecia que el 65% fallecen en casa y el 35% en un hospital, mucho más frecuentemente que en nuestro caso. El deseo de los pacientes de recibir en casa los cuidados, el deseo del cuidador de recibir atención domiciliaria, el hecho de tener más de un cuidador, si hubo apoyo de su médico de familia, quienes recibieron más visitas en casa por el equipo de atención domiciliaria, y quienes estaban en mejor estado funcional durante la semana previa a la muerte, con mayor probabilidad murieron en su casa, según este trabajo. En nuestro caso, como se hará referencia posteriormente, no se ha encontrado relación entre el declive funcional y la hospitalización del paciente. Muchas hospitalizaciones podrían evitarse con una adecuada comunicación entre el médico y la familia y entre profesionales sanitarios (238), algo que los servicios específicos de Cuidados Paliativos mejoran frecuentemente.

Por último, respecto a este tema, en una revisión sistemática (239) de la literatura de estudios de investigación primarios realizada entre los años 1997-2007, se constata que el lugar preferido por el paciente oncológico terminal suele ser el domicilio, pero aún así la mayoría de estas muertes se producen en instituciones u hospitales, siendo factores determinantes de nuevo el apoyo social, la atención sanitaria y la preferencia del paciente. En otra revisión de 58 estudios (240), con más de 1'5

millones de pacientes de 13 países diferentes, fueron asociados seis factores con la posibilidad de fallecimiento en casa: el bajo estado funcional del paciente, sus preferencias respecto al lugar de fallecimiento, adecuada atención domiciliar, y su intensidad, medida en número de visitas, factor que es más importante en la última semana de vida, según otro trabajo (241) al que se hace referencia, vivir con parientes y el adecuado apoyo familiar. Otra publicación (242) concluye que cuando es el paciente quien elige la opción de ser atendido en casa mediante hospitalización domiciliar o con los medios convencionales, se observa que es preferida la atención domiciliar en pacientes sin tratamiento etiológico para el cáncer, con una situación funcional peor, con peor pronóstico vital, un mayor tiempo de convivencia con su enfermedad y con una calidad de vida más reducida. En nuestros pacientes, un 38'1% nunca habían recibido tratamiento etiológico por considerarse en el momento del diagnóstico como no tratables y se había producido un marcado declive funcional ya en la primera visita, factores que supuestamente favorecen el hecho de morir en casa. Finalmente, un trabajo alemán (243) recientemente publicado, a partir de un cuestionario realizado por 3.582 personas, afirma que el 93'8% de los casos que habían reflejado su preferencia respecto al lugar de fallecimiento, éste fue el domicilio. Los hechos de ser paciente oncológico y de vivir en medio rural con un adecuado soporte social favorecen el fallecimiento en casa respecto a morir en el hospital. Aún así, este estudio demuestra, por otra parte, que fueron más frecuentes los fallecimientos en hospitalización que en domicilio, de forma que el 40% no fallecieron en donde hubieran querido.

Se aprecian marcadas diferencias en cuanto al acceso a la atención paliativa en función del grado de desarrollo del país, dependiendo de condiciones socioeconómicas y condiciones culturales (244), recomendándose la inclusión de este tipo de atención médica en el sistema sanitario público para garantizar el éxito en la atención al paciente paliativo (245). En países desarrollados, como Estados Unidos, pacientes con demencia o afro-americanos siguen teniendo dificultades para acceder a atención médica y cuidados paliativos (246), siendo esta patología muy frecuente en nuestra muestra (30'7% de pacientes con demencia del total de la muestra), por lo que en nuestro caso no parece un problema.

En la literatura ya se pueden encontrar afirmaciones (247) como la que dice que la provisión de cuidados paliativos no debería verse condicionada por la posición

geográfica del paciente, por su condición o enfermedad o por la capacidad de pagar los servicios, siendo indicadores cuantitativos de calidad el número de profesionales (1/26.436 habitantes), el número de pacientes (1.635/millón habitantes/año), el número de actividades/millón (6.183 hospital y 3.869 visitas domiciliarias; 1.863 consultas; 14.748 servicios de asesoramiento; 11.539 reuniones de coordinación y 483 reuniones educativas), costes de los cuidados (2.242.000 euros por año), y consumo de opioides (494.654 dosis/año diarias definidas). En España existe una gran variabilidad de recursos en la provisión de la asistencia de cuidados paliativos para los pacientes en situación terminal. En el año 2001 se estimó que existían más de 206 equipos de cuidados paliativos de gran diversidad (248), desde unidades de cuidados paliativos hospitalarios, cuidados paliativos domiciliarios desde atención primaria y equipos de soporte hospitalario o domiciliario. Los cuidados paliativos se iniciaron en nuestro país a finales de los años ochenta, siendo Cataluña la primera comunidad autónoma que realizó una apuesta estructurada para desarrollar un programa amplio de cuidados paliativos (249), demostrada la eficacia en el cuidado de los pacientes y de sus familias, eficiencia en la provisión de cuidados, y una mejoría del coste-beneficio (250).

Según un trabajo (251) realizado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), nos encontramos en una situación relativamente privilegiada respecto a otros países en cuanto a los medios que disponemos para la atención al paciente paliativo en domicilio, contando con un número de equipos de soporte para atención domiciliaria sólo superado por países como UK, Italia y Polonia. Respecto a Equipos Hospitalarios para Cuidados Paliativos, empeora la situación, siendo mucho menores en comparación con otros países, siendo todavía menor el número de hospitales dedicados exclusivamente a este campo de la medicina (“Hospices”). Sí que contamos con un aceptable número de unidades hospitalarias, siendo Alemania el único país que cuenta con un mayor número de éstas.

Por otra parte, son múltiples las publicaciones que hacen referencia al ahorro que supone la atención domiciliaria en el paciente paliativo, ya sea en cáncer metastático (252), donde se puede apreciar un gasto tres veces menor al hospitalario, en enfermedades hematológicas (253), con ahorro también en domicilio frente a hospital y en cáncer microcítico de pulmón (254), observándose marcada disminución (de hasta siete veces) de gastos en fases terminales. Cuando los pacientes acceden a cuidados

paliativos, el porcentaje de muertes en hospital, la duración de los ingresos y el número de muertes en unidades de cuidados intensivos bajan significativamente. Todos estos efectos mejoran la calidad de vida de los pacientes y reducen el coste del tratamiento hasta un 30% de media en el año previo al fallecimiento (255), suponiendo sólo un quinto del gasto en el mes previo respecto a pacientes que no reciben atención paliativa, y objetivándose un mayor ahorro en mujeres y pacientes más jóvenes en cuanto a hospitalizaciones y tratamientos oncológicos (256). No obstante, el tratamiento de pacientes con cáncer en fases cercanas al final de la vida, es más agresivo de lo que muchos pacientes prefieren (257).

Respecto a los pacientes oncológicos, la distribución del tipo de tumor padecido es muy similar a otros trabajos realizados con pacientes atendidos por un ESAD, como el de Garrido et al (258), en el que se describe una mayor frecuencia de tumores del aparato digestivo, seguidos por pulmonares y genitourinarios. En nuestro caso, el 59'6% de los pacientes presentaban metástasis en el momento de la inclusión en el estudio, frecuencia menor que en el trabajo referido, donde se puede apreciar afectación metastásica en un 84%. Las localizaciones de metástasis más frecuentes en él fueron: hueso (24'1%), hígado (19%), pulmón (16'4%), ganglionar (13'8%), pericardio (11'2%), peritoneo (11'2%) e intestino delgado (10'3%). En nuestro caso, por orden de frecuencia, resultaron ser hepáticas (23'5%), pulmonares (18'8%), óseas (15'1%), peritoneales (9'2%) y cerebrales (3'6%).

Además de en enfermedades oncológicas, se empiezan a encontrar trabajos relativos a cuidados paliativos en patologías crónicas degenerativas, como la enfermedad de Alzheimer (259), siendo un tema recientemente estudiado, dado el aumento de prevalencia de estas enfermedades (260), aunque generalmente en unidades hospitalarias (261), donde frecuentemente no se lleva a cabo un adecuado control de síntomas en patologías terminales, tal como se puede constatar en un estudio realizado por Formiga et al. (262), en el que el control del dolor y de la disnea está bien realizado tan sólo en el 55% de pacientes con demencia o insuficiencia cardiaca terminal. Respecto a esto, incluso síntomas como estertores respiratorios y agitación, en muchos casos (69% y 43% respectivamente) no reciben tratamiento específico en pacientes no oncológicos en hospitales de agudos, la mayoría en los cinco días previos a su fallecimiento (263). Lo mismo se constata en otro trabajo publicado (264), en el que se

relata un bajo uso de medidas paliativas en pacientes fallecidos en una unidad de Cardiología, con un alto uso de medidas agresivas previas a haberse dado la orden de no reanimación cardiopulmonar.

Otros estudios (265) analizan diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos, de forma similar al nuestro, en este caso frente a la percepción del dolor. Independientemente de tratarse de pacientes con enfermedades no oncológicas, muchos trabajos relativos a los cuidados paliativos, son realizados con pacientes ingresados en unidades hospitalarias (144), siendo muchos los servicios que se preocupan por la atención al paciente paliativo, incluso en Unidades de Cuidados Intensivos (266), donde se atienden muchas situaciones cercanas a la muerte, y donde se han realizado estudios para la elaboración de unas recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico (267). También en Servicios de Urgencias aumenta el interés por aportar una adecuada atención a pacientes paliativos no subsidiarios de medidas agresivas (268), siendo que determinadas actuaciones, como la identificación de los pacientes subsidiarios de recibir cuidados paliativos, el establecimiento de pronósticos, y el control de síntomas han demostrado mejorar los resultados, disminuir la duración de la estancia hospitalaria y el coste de la misma (269).

En servicios de Medicina Interna también crece la preocupación por este tema, observándose estudios donde se realizan análisis entre pacientes pluripatológicos y paliativos, como en el llevado a cabo por Bernabeu-Wittel M. et al (270). En éste se detalla que la incidencia de pacientes paliativos era de 15'4/100 ingresos hospitalarios con una supervivencia del 63'5%. El 68'5% de los fallecimientos se produjeron en el domicilio del paciente, demostrándose un deterioro funcional mayor en los pacientes durante la hospitalización. En otro trabajo posterior (271) realizado también en ámbito hospitalario, se constata que las causas más frecuentes de fallecimiento son respiratoria (70%), neurológica (52%), cardiovascular (35%) y sepsis (31%), con un 52% de pacientes con demencia, porcentaje mucho más elevado que en nuestra muestra (30'7% del total), EPOC 10% e IC 9%, porcentajes más parecidos a los de nuestro estudio (12'1% y 9'7% respectivamente). Y aún más reciente, en ámbito geriátrico, un trabajo (272) relaciona la mortalidad intrahospitalaria con la presencia de demencia y fallo cardiaco, además de con el juicio clínico realizado por el médico, no encontrando relación con la situación funcional del paciente, determinada mediante el índice de

Barthel al ingreso ni con el hecho de ser un paciente institucionalizado en residencia. En nuestros pacientes se ha encontrado una marcada evidencia en la relación del declive funcional con la mortalidad, sobre todo en pacientes oncológicos, mucho más que en crónico-dependientes, como se verá después. En otro trabajo (273) se puede observar, respecto a pacientes con fallo renal terminal, que la diálisis no mostró una ventaja en cuanto a la supervivencia sobre los pacientes en tratamiento conservador mayores de 80 años, además de favorecer fallecimientos en hospital y un notable descenso en cuanto a la recepción de cuidados paliativos, en contra de las conclusiones obtenidas en estudios previos, como el realizado por Joly et al. (274) en pacientes de 80 años o más, donde la supervivencia media fue de 20 meses más (28'9 meses frente a 8'9 meses) en diálisis en comparación con el grupo tratado de forma conservadora. Los estudios detallados sobre la trayectoria funcional en el último episodio de la vida de los pacientes geriátricos tratados de forma conservadora con enfermedad renal, muestran que el estado funcional disminuye drásticamente en el último mes de vida, en comparación con una disminución más gradual en los pacientes con enfermedad cardíaca o pulmonar (275). Por todo esto, tanto la esperanza de vida como la calidad de vida deberían ser tenidas en cuenta antes de decidir la inclusión del paciente en diálisis (276). Una reciente revisión (277) en este sentido concluye con una serie de hechos importantes: en primer lugar, los pacientes con múltiples comorbilidades, especialmente la cardiopatía isquémica, fueron los menos propensos a experimentar un beneficio de supervivencia; por otra parte, no hay estudios que comparen si los pacientes en los que se desestima la diálisis sufren más síntomas que los tratados de forma conservadora, así como tampoco acerca de la mejoría en calidad de vida; por último, los equipos multidisciplinares de enfermeros, trabajadores sociales y médicos especialistas en Nefrología y Cuidados Paliativos tienen mayor éxito en el manejo de los síntomas de los pacientes que se niegan a la diálisis o si se interrumpe. Más recientemente se ha determinado que existe reducción de la calidad de vida asociada a la diálisis, siendo esta pérdida mayor en pacientes de sexo masculino, de edad más avanzada y con diálisis prolongadas (278).

La comorbilidad de nuestros pacientes es alta, con presencia de HTA en el 44'7%, DM en el 20'6%, ACxFA en el 17%, ACV en el 15'2%, EPOC en el 12'1%, cardiopatía isquémica en el 11%, dislipemia en el 10'8%, anemia en el 10'2%, IC en el 9'7%, IRC en el 9'6%, parkinsonismo en el 7'8% y hepatopatía crónica en el 3'9%. Se objetivan notables diferencias entre los grupos de oncológicos y no oncológicos, siendo

significativas en HTA, ACV, IC, IAM, parkinsonismo y hepatopatías crónicas. Entre sexos se observan diferencias en cuanto a la HTA, más frecuente en mujeres, y en dislipemia y EPOC, más frecuentes en hombres.

A pesar de que cada vez se investiga más en este campo, queda patente que es necesario realizar estudios prospectivos para ayudar a la creación de criterios de inclusión en programas de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas (279), a pesar de las dificultades que entraña la investigación en Cuidados Paliativos, debido a la heterogeneidad de la población, problemas de medición, la complejidad de los cuadros clínicos y la fluctuación en el estado de salud del paciente (280). La investigación, por ejemplo, sobre la eficacia de los cuidados paliativos para el paciente con EPOC es escasa y no concluyente (281). Recientemente se ha puesto en marcha un estudio multicéntrico (282) en pacientes con EPOC tras alta de hospital por reagudización en vistas a evaluar la capacidad de discriminación de un conjunto de indicadores para valorar el inicio de los cuidados paliativos y evaluar los efectos de los mismos en el bienestar de los pacientes con EPOC con mal pronóstico y en sus cuidadores. Los síntomas que se producen en la etapa final de la EPOC son tan graves o incluso peores que en la etapa final del cáncer de pulmón (283), pero los pacientes con EPOC reciben menos opiáceos y benzodiazepinas que los pacientes con cáncer ante la presencia de disnea (284), probablemente en relación con la dificultad en la comunicación entre el enfermo y el profesional, algo mejorable, así como el tratamiento de otros síntomas asociados como ansiedad y depresión (285). La depresión, por otra parte, es un factor que dificulta esta comunicación en enfermedades crónicas (137).

En el contexto de la Neurología también se está haciendo hincapié en la necesidad de aplicar cuidados paliativos en el contexto del ACV, determinándose la urgente necesidad de ampliar la investigación en esta área (286).

También en el ámbito de la Atención Primaria se pueden encontrar trabajos acerca de las necesidades de cuidados paliativos. Uno de ellos (206) afirma que la prevalencia de necesidad de cuidados paliativos recae en 422'3 de cada 100.000 habitantes mayores de 14 años (el 95% CI: 398.7-447.0), siendo mucho más alta en mujeres que en hombres (553.9 contra 287.3, $p < 0'01$). La estimación para la población

general española fue de tres casos por cada 1.000 habitantes, mayor en las poblaciones más envejecidas (el 95% CI: 286.0-332.0).

Una patología muy susceptible de ser subsidiaria de inclusión en programas de cuidados paliativos es la demencia, dada la ausencia de tratamiento curativo. Hay más de 35 millones de personas en todo el mundo que viven con demencia, y según la OMS, se prevé que esta cifra se duplique para el año 2.030(287). La mediana de supervivencia después del diagnóstico es de 2 a 4 años (288), pero es una enfermedad poco reconocida como terminal (289), salvo en fases muy avanzadas (290). Las personas con demencia reciben con menos frecuencia cuidados paliativos respecto a los pacientes con cáncer, a pesar de que claramente los precisan en las fases avanzadas de la enfermedad y que frecuentemente son solicitados por sus familias. La demencia es la enfermedad crónica que provoca la mayor dependencia a los 12, 24 y 36 meses después del diagnóstico, delante de otras enfermedades como el ictus, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad cardiovascular (291). Sin embargo, hay trabajos (292) que demuestran que en hospitalización se llevan a cabo medidas consideradas paliativas en mayor grado en pacientes no oncológicos más ancianos respecto a otros más jóvenes, como órdenes de no resucitación cardiopulmonar y retirada de tratamientos, cuando se debería priorizar hacia otros factores como la calidad de vida y la situación funcional por encima de la edad. De hecho, el mismo autor, en otro estudio más actual (293), concluye que los factores que mejor predicen mortalidad en nonagenarios son el deterioro cognitivo y la comorbilidad, relacionando también mortalidad con deterioro funcional, con alto riesgo de desnutrición y con polifarmacia. Kruse et al (294) han demostrado que la mortalidad a los tres meses tras un episodio de infección del tracto respiratorio inferior, se relacionaba mejor con la severidad de la demencia que con la agresividad del tratamiento antibiótico. Otros autores (295) han objetivado que un manejo intensivo de la fiebre y las infecciones no prolonga la supervivencia en aquellos pacientes con demencia en fases muy avanzadas que permanecen mutistas y encamados. Casi la mitad de las demencias que murieron por neumonía en un amplio estudio belga (296) recientemente realizado, lo hicieron en el hospital, así como un 25% de los institucionalizados, siendo más frecuente la hospitalización en estos casos si no contaban con pareja/cónyuge y si vivían en zonas más urbanizadas (menos en ámbito rural). En otro trabajo (297) se determina que los síntomas más frecuentemente sufridos por los pacientes con demencia en sus últimos días son la confusión y anorexia,

seguidos por la ansiedad, disnea y dolor, además de sufrir declive funcional (en este aspecto sin diferencias respecto a pacientes sin demencia). No obstante, todos los síntomas, salvo la desorientación y confusión, fueron más frecuentes en pacientes sin demencia, algo observado también en los pacientes atendidos por el ESAD de Barbastro. En estos pacientes el único factor que se vio relacionado con el hecho de fallecer en casa fue la convivencia con, al menos, un familiar, no con las características propias del paciente ni de su enfermedad. El porcentaje de fallecimientos de pacientes con demencia en hospitales y en residencias es muy alto (82%), según estudios (298), llegando a ser de hasta casi un 95% (299), a pesar de que la satisfacción del cuidador frente al trato recibido suele ser mejor en el propio domicilio (297). Sin embargo, en los Países Bajos sólo el 3% de las muertes en demencia se producen en el hospital, lo que puede deberse en parte a la presencia de médicos especializados en residencias de ancianos (299). La inclusión en un programa de cuidados paliativos ha demostrado aumentar la probabilidad de muerte en casa, reduciendo las muertes hospitalarias en pacientes con demencia en los Estados Unidos (300). En UK existen 223 centros de cuidados paliativos de adultos que prestan atención hospitalaria y comunitaria, pero muy pocas personas murieron en unidades de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados con mención en el certificado de defunción de la demencia (301), algo que puede estar minimizado por el hecho de no ser o no haberse considerado tan severa como para influir en el fallecimiento (302), habiendo estudios (303) donde en el 37% de las personas con demencia avanzada conocida ésta no fue mencionada en el certificado de defunción. Los Servicios de Cuidados paliativos han demostrado en un meta-análisis (304) aumentar las probabilidades de morir en casa en pacientes oncológicos, pero la evidencia en la demencia es escasa (305).

En algunas series de pacientes (306), se puede observar un inadecuado control de síntomas en pacientes con demencia, con un deficiente uso de analgésicos en pacientes con úlceras por presión y dolor, aunque con frecuente uso de antibioterapia y medidas agresivas, como nutrición artificial o restricciones físicas (307). Muchas personas con demencia mueren en condiciones difíciles debido a que el sistema de atención de salud está mal equipado para hacer frente a sus necesidades (308). Hay trabajos (309) que demuestran la mejoría del control de síntomas y la disminución del gasto sanitario en pacientes hospitalizados con demencia y edad avanzada tras la intervención de un equipo de atención paliativa.

En nuestra muestra general de pacientes se recoge como antecedente demencia en el 30'7%, siendo el origen vascular el más frecuente, al representar un 40'4% de todas las demencias, a diferencia de otros trabajos donde suele ser la más frecuente la enfermedad de Alzheimer. La situación funcional de estos pacientes es muy mala, peor que la del grupo general, con una puntuación media en el índice de Barthel previa de 19'7 y en nuestra primera valoración de 11'9. La edad media en estos pacientes era de 83'88 +/-7 años, mayor que la edad media general y similar a la de los pacientes crónico-dependientes, grupo en el que están incluidos la mayoría de los casos. El 42'6% eran hombres y el 57'4% mujeres. La edad media es similar a la evidenciada en otros trabajos (310), en los que predominan las mujeres. El porcentaje de institucionalización en residencia es mucho mayor en el subgrupo de dementes, mostrando diferencias respecto al cuidador principal, de forma que en los casos sin demencia es el cónyuge mucho más frecuentemente quien se encarga de los cuidados del paciente. Se ha demostrado que la menor capacidad cognitiva y funcional, y la presencia de sintomatología neuropsiquiátrica predispone a una mayor y más temprana institucionalización del paciente con demencia (311). Según una reciente revisión (312), la carga del cuidador y la institucionalización del paciente se ven influenciadas por el estado conductual y cognitivo de éste, el tiempo utilizado en la atención del mismo, con el consiguiente estrés y aislamiento social, el sexo (más frecuente en mujeres), la relación con el paciente, la disponibilidad de recursos de apoyo, y las características del cuidador.

Este grupo de pacientes presentaba úlceras por presión en menor grado que en otras series (310, 313), con un 19'6% de los pacientes con demencia frente a un 3'9% en pacientes sin demencia, siendo ésta un factor determinante para su aparición y condicionando una mayor mortalidad respecto a pacientes sin úlceras por presión (314). Comparando con los pacientes de nuestra muestra sin presencia de demencia se observan unas marcadas diferencias respecto al hecho de presentar síndrome de inmovilidad y úlceras por presión, aunque la mortalidad del grupo de pacientes con demencia fue menor que en los no dementes, a pesar de que la situación funcional y cognitiva, medida mediante las escalas de Barthel y el test de Pfeiffer muestran diferencias significativas, siendo mucho peores en el grupo de dementes. Esto quizás sea debido a que el empeoramiento de la situación funcional previa fue mucho más marcado en el grupo de pacientes oncológicos, que a su vez presentaron una mayor

mortalidad. El porcentaje de hospitalizaciones también fue menor en pacientes afectos de demencia, a pesar de que la actividad asistencial del ESAD no mostró diferencias significativas respecto a los pacientes sin demencia, con un número de visitas y un tiempo de seguimiento similar. Una posible causa, además de la mayor institucionalización, es la menor presencia de sintomatología en pacientes con demencia, ya que el único síntoma más frecuente en estos pacientes es la agitación psicomotriz o delirium, presente en un 38'5%, porcentaje menor que el registrado en un estudio previamente nombrado (297), donde alcanza casi el 87%. De ahí que los únicos fármacos prescritos por el ESAD que muestran diferencias frente a no dementes en cuanto a un mayor uso sean los antipsicóticos atípicos y los IACEs. Antes de que interviniera el ESAD se observa un mayor uso de antidepresivos y neurolépticos tanto típicos como atípicos, así como de antiagregantes y digitálicos, siendo que la polifarmacia es significativamente menor en el grupo de dementes, algo frecuente en este tipo de patologías (315). Como posteriormente se analizará, el hecho de padecer demencia no influyó en la necesidad de sedación al final del proceso, quizás debido al mejor control de la sintomatología presentada con dichos neurolépticos atípicos. Un 27'2% presentaron dolor no controlado, síntoma presente con intensidad de moderada a severa dos días antes del fallecimiento en más de la mitad de pacientes con demencia (316), siendo un factor contribuyente en la presencia de la agitación psicomotriz (317), aunque la prescripción de analgésicos en dementes fue menor que en pacientes sin demencia, con diferencias significativas, y la presencia de agitación fue, curiosamente, menor en pacientes con dolor en el total de la muestra que en los que no padecían dolor. Hay trabajos (318) donde se puede observar que el dolor es el síntoma que más frecuentemente se presenta en pacientes con demencia, observándose en un 52%, seguido por la agitación, presente en un 35% y requiriendo sedación un 21%. Siendo una población con una situación funcional muy deteriorada, se encuentran en tratamiento con fármacos antidemencia un 31'28%, justificado quizás por el intento de control de síntomas conductuales o agitación psicomotriz, pero ya no como un tratamiento destinado a frenar la progresión del declive cognitivo o funcional de los pacientes, ya que tras la retirada de los mismos se puede ver incrementada la frecuencia de alteraciones de conducta (319).

La polifarmacia mayor es definida como el consumo de cinco o más fármacos de forma simultánea durante el mismo periodo de tiempo (320). En nuestro trabajo se

detecta una importante polifarmacia (6'97+/-3'35 fármacos de media por paciente), mayor en hombres (7'34 +/-3'3) que en mujeres (6'53+/-3'3), en contra de lo observado en otros trabajos (321), sin diferencias entre el grupo de oncológicos y crónico-dependientes, y en pacientes con una situación funcional de base ya muy deteriorada, siendo ésta peor en los crónico-dependientes que en los oncológicos. Este hecho es constatado ya en otros estudios (322), observándose la existencia de polifarmacia en pacientes ancianos con cáncer, hecho que aumenta con la hospitalización de los mismos y que a su vez, se asocia con un aumento tanto en ingresos hospitalarios como en días de hospitalización (323), muchas veces secundaria al tratamiento de efectos secundarios del tratamiento antineoplásico (324). Se ha constatado además que la polifarmacia aumenta la probabilidad de reingreso, cuando al alta hospitalaria se han prescrito más de seis fármacos (325). Otros trabajos más recientes en hospitales de agudos (326) demuestran aún un mayor número de fármacos por paciente en ancianos con una edad media de 85 años, llegando a ser de diez o más en el 41% de su muestra. La polifarmacia, por otra parte, se ha visto asociada en el anciano con disminución de la calidad de vida, y con un aumento tanto de la morbilidad como de la mortalidad (327), además de aumentar el gasto sanitario (328), provocar caídas y fracturas (329) y generar ausencia de adherencia al tratamiento (330). La polifarmacia en muchas ocasiones se debe a que la mayoría de adultos con cáncer tienen 65 años o más, frecuentemente con condiciones médicas previas que requieren tratamiento (331). En nuestro caso la edad media en pacientes oncológicos es aún mayor, con 76'8 años de media. Un estudio (332) divulgó que el 63% de los pacientes oncológicos tenían interacciones medicamentosas potencialmente adversas, recibiendo la mayoría de dichos pacientes al menos ocho medicaciones, porcentaje que disminuye hasta el 31% en pacientes que se encuentran únicamente con tratamiento sintomático (333). Esto es algo que se sigue constatando en recientes publicaciones, como en el interesante trabajo realizado por Kotlinska-Lemieszek et al (334), en el que se se objetiva una media de 7'8 fármacos en pacientes con cáncer terminal, de los cuales, más del 25% utilizaban 10 o más medicamentos y el 45% recibieron medicamentos innecesarios o potencialmente innecesarios. Este trabajo analiza las combinaciones de fármacos con opioides, siendo los grupos farmacológicos más frecuentemente asociados a estos los inhibidores de la bomba de protones, laxantes, corticoides, paracetamol, AINEs, metoclopramida, benzodiazepinas, anticoagulantes, antibióticos, anticonvulsivantes, diuréticos y antidepresivos. En general, se podría afirmar que la investigación en reducción de

polifarmacia en el paciente en situación de enfermedad avanzada o terminal es muy escasa (335). La polifarmacia mayor a cinco fármacos se ha visto relacionada en pacientes con demencia con la presencia de mayor declive funcional (336), con la repercusión que éste puede tener, como se verá después.

Respecto a este asunto, y en un conjunto de pacientes atendidos en domicilio por inmovilidad y/o situación terminal, nos encontramos con un alto porcentaje de anticoagulación oral, estando el 14% de la muestra en tratamiento con acenocumarol (13'7% de los pacientes oncológicos y 14'3% de los crónico-dependientes). Sin embargo, este porcentaje es menor que el encontrado en otros trabajos en unidades hospitalarias de cuidados paliativos (337), donde se puede llegar a encontrar un 32'3% de pacientes anticoagulados al provenir de un hospital de agudos. En este trabajo son retirados el 87'8% de estos tratamientos, sin producirse eventos tromboembólicos.

La mayoría de los estudios de profilaxis de tromboembolismo realizados en pacientes paliativos, hacen referencia a heparinas de bajo peso molecular (HBPM), siendo una terapia a largo plazo más segura y que aporta mayor calidad de vida al paciente respecto a los anticoagulantes orales, los cuales han mostrado un mayor riesgo de sangrado, peor control de anticoagulación y mayor tasa de recurrencia de tromboembolismo (338). Este hecho se confirma en otro trabajo (339), en el que se narra además una mayor eficacia con HBPM que con anticoagulantes orales y en una revisión más reciente (340), donde se llega a la conclusión de que las HBPM son mejor aceptadas en pacientes con un declive funcional reciente, debiéndose pautar si existe un riesgo aumentado transitorio de tromboembolismo. No obstante, aún existen dudas acerca de la duración del tratamiento con HBPM en pacientes con trombosis en contexto de cáncer avanzado o metastásico (341). En otras series (342) se constatan porcentajes de casi el 50% de pacientes oncológicos con contraindicaciones para anticoagulación, sólo un 8'5% de pacientes con real aumento de riesgo tromboembólico, a la par que sólo entre un 3% y un 6% tienen riesgo aumentado de tromboembolismo sin contraindicación para dicha anticoagulación. En un reciente estudio español (343), se determina un bajo riesgo de evento tromboembólico en pacientes atendidos en domicilio por síndrome de inmovilidad, aunque excluyen del mismo a pacientes terminales. La Sociedad Americana de Oncología Clínica, en una publicación a modo de guía clínica para el manejo de la profilaxis del tromboembolismo

en pacientes oncológicos (344), no recomienda la profilaxis rutinaria de pacientes con cáncer ambulatorios con anticoagulación, a excepción de pacientes que reciban talidomida o lenalidomida y afirma que el impacto de los anticoagulantes sobre la supervivencia del paciente con cáncer requiere estudios adicionales sin poder recomendarla en la actualidad.

Respecto a la antiagregación, encontramos un 14% en oncológicos y un 37'6% en crónico-dependientes, suponiendo un 24'4% del total de la muestra. Los antiagregantes son uno de los fármacos más inadecuadamente prescritos en ancianos con demencia (345), siendo una medicación involucrada frecuentemente en hemorragias digestivas altas, por encima del acenocumarol (346). En nuestro caso, encontramos que un 29'5% de los pacientes con demencia se encuentran con tratamiento antiagregante y un 11'9% con anticoagulantes orales.

Comprobamos un uso de antibióticos del 7'5% en el total de la muestra en el momento de nuestra primera intervención (se usaban antibióticos en el 8'1% de los pacientes oncológicos y en el 6'8% de los no oncológicos), siendo usados en el 10% del total de los pacientes atendidos por el ESAD (8'1% en oncológicos y 12'5% en crónico-dependientes). De esto se desprende que el uso de antibióticos por parte del ESAD es mayor en crónico-dependientes que en oncológicos, aunque el uso previo era mayor en oncológicos. Recientemente se ha demostrado el beneficio del uso de la vía subcutánea en domicilio incluso para determinados antibióticos, como ceftriaxona (347). No existen guías que orienten sobre el manejo de las infecciones en pacientes terminales, siendo todavía más difícil esta decisión en pacientes con demencia (348). Algunos autores han mostrado que los antibióticos mejorarían los síntomas derivados de las infecciones urinarias en pacientes que reciben cuidados paliativos por cáncer terminal (349). Recientemente, Van der Steen et al (350) han mostrado que los antibióticos pueden tener utilidad en el control sintomático en los pacientes con demencia que sufren neumonía, ya que ésta es causa de gran sufrimiento en el paciente con demencia y que, independientemente del uso de antibióticos, es necesario un adecuado tratamiento sintomático (351).

El tratamiento más frecuentemente registrado previamente a la intervención del ESAD son los inhibidores de la bomba de protones (IBP), pautados en el 58'8% del total de la muestra. Esto es observado de igual manera en pacientes oncológicos, con un

60'2%, como en no oncológicos con un 57%. Puede ser necesario aumentar la investigación para examinar los efectos clínicos de los IBP en los cuidados paliativos con el fin de establecer un uso más apropiado (352), aunque se considera un fármaco seguro a nivel de interacciones medicamentosas (353), beneficioso en cuanto al tratamiento sintomático del reflujo gastroesofágico, algo frecuente en el contexto de tratamiento quimioterápico (354) y con posibilidad de uso por vía subcutánea tanto en pacientes oncológicos (355) como en pacientes con demencia (356), sin presencia de efectos secundarios derivados de esta vía de administración. Recientemente se ha publicado la posible relación entre la prescripción al alta de hospitales de agudos de un IBP y la existencia de declive funcional al año (357).

SINTOMATOLOGÍA:

Clásicamente se ha relacionado la atención paliativa con el dolor, como síntoma más frecuente, aunque son otros muchos síntomas los que nos encontramos en el paciente terminal. Determinar la prevalencia de los problemas en el contexto de los cuidados paliativos de pacientes sin cáncer en comparación con los pacientes oncológicos es dificultoso debido a las diferentes trayectorias de variables como el deterioro funcional y la dependencia en grupos de diagnóstico no oncológico (358), hecho que hemos comprobado en nuestros pacientes. En nuestro trabajo el dolor no es el síntoma más frecuente, y son otros muchos síntomas a los que hacen referencia estudios recientes en cuidados paliativos (359).

Como se ha nombrado, en nuestros pacientes, a diferencia de otros trabajos realizados en unidades de atención domiciliaria (360), no hay predominio del dolor como síntoma, aunque en este estudio al menos el 80% de los pacientes eran oncológicos. En nuestro caso el dolor es mucho más frecuente en pacientes varones y en oncológicos, mostrando una marcada significación respecto a la edad, al observarse en pacientes más jóvenes. En otro estudio (361), un 85% de los pacientes presentaban dolor, frente a un 56'6% observado en nuestros pacientes oncológicos y un 26'3% en no oncológicos. En la primera visita por el ESAD, sin embargo, 276 pacientes del total de la muestra (43'3%) presentaban dolor no controlado, con una percepción de dicho dolor intensa, al presentar una puntuación media en la escala EVA de 6'54+/-1'87, siendo mayor que en el trabajo referido, donde la puntuación media fue de 4'8+/-3'5. En éste, el 82% de los pacientes recibían analgesia de primer escalón, el 71% opioides, y el 19% además fármacos adyuvantes. Los síntomas menos controlados en dicho estudio fueron, precisamente, el dolor y la anorexia. En nuestra muestra, las dosis de fármacos analgésicos usadas en los pacientes que no presentaban dolor no mostraron diferencias con las dosis utilizadas en los que presentaron dolor en la primera visita del ESAD, por lo que esto puede hacer pensar que la ausencia del control del dolor pudo deberse no a la dosis, sino al tipo de analgesia usada y/o a la ausencia de control de síntomas concomitantes. Respecto al estudio antes referido, se observa que contamos con una menor frecuencia de dolor, pero la percepción del mismo, medida a través de la escala EVA, es superior, lo cual sigue apoyando la hipótesis de la necesidad de analgesia más potente. Otras publicaciones (362) ya hablaban del mal control del dolor en pacientes

oncológicos, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en hospitalización, en pacientes con un EVA medio elevado (EVA media de 7,08 en Atención Primaria y 4,88 en hospitalización), en los que un 6% no tenía analgesia pautada, un 25% usaban sólo fármacos del primer escalón, un 17% del segundo y un 52% opioides mayores. También en pacientes no oncológicos se puede observar un deficiente control del dolor en otros trabajos (363).

No obstante, en otras publicaciones (364), se ha relatado un mayor y creciente aumento del uso de opioides mayores en España en Atención Primaria respecto a unidades hospitalarias, en las que se observa una mayor prescripción de estas medicaciones en relación con la creación de Equipos Hospitalarios de Cuidados Paliativos. En este trabajo, los opioides de liberación transdérmica son los más frecuentemente usados, superando el 90% de las prescripciones, tanto en Atención Primaria como en hospitalización, ámbito sanitario donde la implantación de Equipos Hospitalarios de Cuidados Paliativos ha demostrado una mejora en la cantidad y calidad de prescripción en opioides mayores (365), al igual que en el trabajo anteriormente referido. Otro trabajo (366) muy similar que abarca un periodo de tiempo mucho más amplio lleva a las mismas conclusiones, un marcado y progresivo aumento del uso de opioides mayores, siendo el fentanilo transdérmico el más usado. En nuestro caso también es la vía transdérmica la más utilizada, aunque el porcentaje de pacientes con fentanilo transdérmico es en la generalidad de la muestra un 20'3% antes de la intervención del ESAD, en pacientes que presentan dolor 32'8%, en pacientes oncológicos 31'2%, y en no oncológicos 6'5%, siendo también el más pautado o modificado por el ESAD (35%). Tras la actuación del ESAD se puede apreciar el aumento progresivo de todas las medicaciones analgésicas en los pacientes, salvo disminución de oxicodona, tramadol y codeína, hecho acorde con la mejora descrita de la prescripción y dosificación de estas medicaciones por servicios específicos de cuidados paliativos. Entre pacientes oncológicos y crónico-dependientes se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a nuevas prescripciones o variación de dosis por el ESAD en los siguientes fármacos: morfina, fentanilo, fentanilo transmucoso, hidromorfona, tramadol, metamizol y codeína. Respecto a la dosis en sí, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre oncológicos y crónico-dependientes en fentanilo y paracetamol, siendo esto fruto de la disparidad encontrada en la sintomatología presentada entre los grupos.

Otro factor a tener en cuenta en el adecuado control del dolor es, además de la subjetividad del mismo con un umbral diferente en cada paciente, la posibilidad de verse incrementado por otros síntomas asociados, como ansiedad (367), depresión (368) e insomnio (369). Por otra parte, el dolor puede ser el origen de la clínica ansioso-depresiva (370), incluso en dolores de etiología no oncológica (371), lo que puede conllevar la entrada en un círculo vicioso que se debe romper lo antes posible. En nuestros pacientes con dolor se observa que el uso previo de benzodiazepinas es muy similar al de los pacientes sin dolor (33'5% frente a 30% respectivamente), mientras que tras la valoración por el ESAD aumenta el uso de estos fármacos a un 40'4% en los pacientes con dolor y son utilizadas sólo un 23'8% en los que no padecían dolor. Esto es debido a que se determina una presencia mucho mayor de síntomas como ansiedad, insomnio, depresión, anorexia y disnea en los pacientes con dolor. Por todo esto, se debe realizar una valoración completa de la sintomatología del paciente y un tratamiento de síntomas multifactorial, además de interrogar al paciente de forma adecuada acerca de la presencia de síntomas asociados, dada la elevada correlación de los mismos. En el total de nuestra muestra, se obtienen correlaciones positivas entre los siguientes síntomas: dolor con anorexia, ansiedad, depresión e insomnio; disnea con anorexia, ansiedad, depresión e insomnio; y náuseas con dolor, anorexia, ansiedad, depresión e insomnio. En los pacientes oncológicos se obtienen correlaciones positivas entre dolor y ansiedad e insomnio, disnea y ansiedad, anorexia y ansiedad, depresión e insomnio y náuseas con anorexia. Y en el grupo de pacientes crónico-dependientes se obtiene correlación positiva entre la presencia de náuseas y dolor e insomnio, y depresión con dolor, disnea y ansiedad. Se observan resultados similares en un reciente trabajo (372), donde se ven correlacionados el dolor con la disnea, las náuseas con la anorexia y la ansiedad con la depresión.

El síntoma más frecuentemente observado en los pacientes atendidos por el ESAD de Barbastro, tal y como se objetiva en otros trabajos (373), es la anorexia, presente en el 46'6% del total de la muestra, en el 58'8% de pacientes oncológicos y en el 31% del total de pacientes crónico-dependientes. Esto podría justificar el marcado uso de suplementación nutricional por el ESAD de Barbastro (usado en el 34'3% del total de la muestra, en el 41'2% de pacientes oncológicos y en el 25'6% de los pacientes crónico-dependientes). Es un síntoma más frecuente en hombres y no muestra diferencias por edad.

La anorexia es seguida en frecuencia por el dolor, presente en el 43'3% del total, síntoma previamente comentado. La ansiedad es padecida por el 23'2% del total, por el 31'9% de los pacientes oncológicos y por el 12'1% del total de crónico-dependientes, junto con insomnio, presente en el 22'6% del total, en el 27'5% del total de oncológicos y en el 16'4% del total de crónico-dependientes. De nuevo esto justificaría el marcado uso de benzodiazepinas, pautadas por el ESAD en el 31% (en el 41'2% de pacientes oncológicos y en el 18'1% del total de pacientes crónico-dependientes) y de hipnóticos no benzodiazepínicos, utilizados en casi el 6% del total (en 8'7% de oncológicos y en 2'1% de crónico-dependientes), a pesar de que el uso previo a la intervención del ESAD de estas medicaciones ya era alto de por sí. En otros estudios (374), aunque centrados en el paciente oncológico, se observan frecuencias similares de ansiedad. Ambos síntomas son más frecuentes en edades más jóvenes y en hombres, aunque sólo la ansiedad muestra diferencias significativas respecto a la edad. La presencia de trastornos del sueño se ve relacionada, a su vez, con presencia de dolor, depresión y ansiedad (375).

La disnea se encuentra presente en el 21'8% del total de la muestra, en el 31'1% del total de oncológicos y en el 10% de los casos crónico-dependientes. Los pacientes que la padecen son más jóvenes y se da mucho más frecuentemente en hombres. Es más frecuente en cánceres de pulmón que en EPOC, y asocia frecuentemente ansiedad y dolor. Se objetiva un notable aumento del uso de morfina, benzodiazepinas y oxigenoterapia tras la actuación del ESAD, con diferencias de actuación entre pacientes oncológicos y crónico-dependientes. El tratamiento sintomático de la disnea en pacientes paliativos es una de las principales causas de prescripción de oxígeno en domicilio (376). Para el tratamiento de la disnea, se utilizó oxigenoterapia paliativa en el 2% de los pacientes oncológicos y un 2'5% en crónico-dependientes en nuestro caso, aunque su eficacia en cuidados paliativos es actualmente bastante incierta (377).

Según estudios (378), la depresión es la clínica psíquica más frecuente en el ámbito de los cuidados paliativos, viéndose relacionada con una mayor presencia de ansiedad y disnea (379). Se ha descrito, además, una gran prevalencia de sintomatología depresiva en el paciente con enfermedades crónicas (380), siendo en ocasiones un predictor más fuerte del estado de salud que la enfermedad física en sí (381). En nuestro caso, la depresión se manifiesta en el 21'2% del total, mucho más frecuentemente en pacientes oncológicos (29'1%) que en crónico-dependientes (11%), con un uso previo

de antidepresivos en el 31'6% del total (pautados previamente en 23% de oncológicos y en un 42'7% de crónico-dependientes), aunque deben ser pautados o modificados por el ESAD en el 18'5% del total (se modifican en un 20'7% de pacientes oncológicos y en un 15'7% de los pacientes crónico-dependientes). Esto hace pensar que el control de la clínica depresiva era mayor en pacientes no oncológicos antes de la actuación del ESAD. El sexo femenino, la edad más joven, el uso de analgésicos y múltiples comorbilidades se han visto asociados con el uso de antidepresivos (382). En nuestro caso, se observa mayor frecuencia de depresión en hombres (23%) que en mujeres (19%), coincidiendo en que es menor la edad media en los pacientes con depresión que en los que no la presentaron, aunque sin obtener significación estadística. Como ya se ha nombrado previamente, la depresión se ve correlacionada con el dolor, disnea y náuseas en el total de nuestros pacientes, con insomnio en oncológicos y con dolor, disnea y ansiedad en crónico-dependientes. En otros trabajos (383), los pacientes oncológicos con depresión tuvieron frecuencia más alta de somnolencia, náuseas, dolor, disnea, anorexia, así como mayor intensidad de los síntomas. Por otra parte, los pacientes con ansiedad padecieron más náuseas, mayor frecuencia de dolor y más intenso, disnea, astenia y anorexia.

La agitación psicomotriz aparece en el 18'7% de los pacientes, de forma predominante en crónico-dependientes (30'2% frente a 9'5% en oncológicos), lo que conlleva el uso descrito de antipsicóticos (neurolépticos típicos en el 28'5% del total, 34'2% de los pacientes oncológicos y 21'4% de los crónico-dependientes y neurolépticos atípicos en el 9'3% del total, 3'7% de los oncológicos y 16'4% de los crónico-dependientes). Es el único síntoma más frecuente en pacientes crónico-dependientes respecto a los oncológicos y el único que se da con mayor frecuencia en edades más avanzadas, ambos hechos con significación estadística. El porcentaje de pacientes que presentan agitación psicomotriz en nuestro caso, es bajo frente a otras series (56%), aunque este estudio (384) está realizado exclusivamente con pacientes oncológicos y en una unidad hospitalaria. En él se observa una alta mortalidad tras el cuadro (89,2%) precisando sedación un 17,9%. En nuestros pacientes, es un síntoma más frecuentemente padecido por pacientes no oncológicos (30'2%) que en oncológicos (9'5%), sin suponer diferencias significativas frente al hecho de precisar una sedación y sin verse relacionado con la mortalidad. Otros estudios (385) tampoco encuentran relación entre el hecho de padecer un delirium y la mortalidad inminente, aunque existe

disparidad en este asunto, ya que en otros trabajos (386) sí que se pone de manifiesto una relación marcada entre el padecer un delirium y mortalidad, aunque de nuevo en pacientes oncológicos exclusivamente, con cifras que rondan el 80% de delirium previo al fallecimiento, precisando sólo sedación un 6% en otros casos (387). Hay una escasez de pruebas de alto nivel de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento del delirio en cuidados paliativos, existiendo guías clínicas, pero con un nivel de evidencia limitada (388), requiriéndose estudios más sensibles sobre la evaluación del delirio en esta población, respecto a las escalas existentes para detección o evaluación de su gravedad (389).

Respecto al estreñimiento, se puede observar que el uso de laxantes, utilizados por el 34'7% del total de la muestra, parece adecuado respecto al uso de analgésicos de segundo y tercer escalón, hecho observado en otros estudios (390), con lo que parece adecuada la prevención de estreñimiento por opioides en nuestro medio, algo no generalizado en la práctica médica, ni realizado según dictan las guías clínicas (391). La frecuencia de uso de laxantes es parecida entre pacientes oncológicos (37'1%) y crónico-dependientes (31'7%). No obstante, en el 50'5% del total de la muestra, se pautaron laxantes o se aumentó la dosis del previamente usado, por lo que se deduce que no era tan adecuado el control del estreñimiento. Este aumento de laxantes es mayor en pacientes oncológicos (57'6%) que en crónico-dependientes (41'4%), usuarios en mayor medida de medicaciones opioides, como se ha descrito previamente. Fue necesario el uso de metilnaltrexona en un bajo porcentaje de pacientes, en el 3'6% de los oncológicos y en ningún paciente no oncológico, sin existir estudios acerca de la prevalencia de uso de esta medicación. Hay pocos datos disponibles sobre el tratamiento farmacológico del estreñimiento en pacientes paliativos debido a la inexistencia de suficientes ensayos controlados aleatorios. La metilnaltrexona es eficaz como laxante y bien tolerada (392) con efectos secundarios limitados o transitorios en pacientes paliativos (393), estando la eficacia relacionada con la dosis de opioide usada en el paciente (394). Otros trabajos relatan la rapidez de actuación (395), y su posible asociación con otros beneficios clínicos, como la mejora del vaciado gástrico, el alivio de las náuseas y vómitos y la reducción del riesgo de regurgitación y aspiración pulmonar (396), además de su posible uso en pacientes ancianos (397). A pesar de todo esto, se necesita más investigación (398), dado que la seguridad de este producto no se ha evaluado completamente (399).

Por último, respecto a la sintomatología de los pacientes, presentan náuseas el 12'2% del total de pacientes, mucho más frecuente en oncológicos (19'3%) que en crónico-dependientes (3'2%). Es un síntoma que no presenta diferencias por edad ni entre sexos y que suele conllevar un marcado deterioro de la calidad de vida del paciente (400), habiéndose relacionado con una pobre supervivencia en nuestro estudio.

En los pacientes oncológicos todos los síntomas son mucho más frecuentes, incluso separándolos por sexos, de forma que salvo en insomnio, se encuentran diferencias significativas entre hombres oncológicos y crónico-dependientes. Entre mujeres oncológicas y crónico-dependientes existen diferencias significativas en todos los síntomas, con mayor frecuencia de todos en oncológicas. Las diferencias en la clínica observada, de forma más o menos evidente, entre pacientes oncológicos y no oncológicos son estadísticamente significativas en todos los síntomas.

En un reciente trabajo (401) publicado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), realizado en 21 países con más de tres mil pacientes, se observa que la frecuencia de los síntomas diferentes al dolor padecidos es como sigue: ansiedad 28%, anorexia 26%, estreñimiento 18%, depresión 18% y disnea 15%. Generalmente, el control de los síntomas físicos se logra más fácilmente que el control del sufrimiento psicológico, de síntomas tales como la angustia psicológica (402). A pesar de ello, se puede apreciar en la literatura que son más frecuentemente tratados los síntomas físicos que los psíquicos (403), cuando estos pueden llegar a ser más frecuentes en el paciente paliativo (404).

Según otros trabajos revisados (405), síntomas como la disnea, la anorexia y la depresión, podrían ser factores pronósticos del tiempo de supervivencia en pacientes hospitalizados con cáncer terminal, viéndose la intensidad de dichos síntomas relacionada también con dicha supervivencia, de forma que cuanto más severos son los síntomas, menor es el tiempo de vida. Otros, sin embargo, no encuentran relación entre dolor y depresión con supervivencia, y sí con síntomas como disnea, náuseas, anorexia y somnolencia (406). En la misma línea, según datos obtenidos en otro artículo (407), síntomas como el dolor, las náuseas, la ansiedad y la depresión permanecieron relativamente estables durante los seis meses previos al fallecimiento del paciente. A la inversa, la disnea, la somnolencia, la anorexia y la astenia aumentaron en severidad con

el tiempo, en particular en el mes previo a la muerte. También el dolor, sin que el uso de morfina en su tratamiento influya en ello, y la falta de soporte social se han relacionado con una mortalidad más temprana (408). Otros estudios (409) hablan de cambios de ciertos síntomas, como el empeoramiento en la depresión y el delirium persistente, como predictores importantes de muerte en pacientes hospitalizados en unidades de agudos de cuidados paliativos. En nuestro caso, se ha demostrado existencia de relación de la mortalidad en el total de la muestra con la disnea ($p=0'026$), la anorexia ($p=0'001$) y las náuseas ($p=0'016$); en los pacientes oncológicos únicamente con anorexia ($p=0'004$), y en los pacientes crónico-dependientes, con náuseas ($p=0'007$) y disnea ($p=0'000$). Por último, recientes trabajos (410), especificando por tipo de tumor, encuentran únicamente relación estadísticamente significativa con una menor supervivencia, entre anorexia y cáncer gastrointestinal y astenia en cáncer no microcítico de pulmón. En nuestros pacientes fallecidos se observó una mayor presencia de síntomas, como dolor (aunque con menor intensidad del mismo, medido mediante la escala EVA), disnea (con algo más de intensidad según la NYHA), anorexia, ansiedad y náuseas. Otros trabajos (411) relacionan síntomas con diversas variables, observando que el dolor, el estreñimiento, el insomnio, las náuseas, la ansiedad y los vómitos disminuyen con la edad, el dolor y la ansiedad disminuían al empeorar la situación funcional y encuentran diferencias en la percepción de algunos síntomas según el sexo, de forma que las mujeres tenían más náuseas, ansiedad, y vómitos, mientras que los varones más insomnio. En nuestro caso observamos como todos los síntomas registrados en el total de la muestra son más frecuentes en hombres que en mujeres, salvo ansiedad, algo mayor en mujeres y náuseas, presentes en ambos grupos con la misma frecuencia, aunque las diferencias sólo son significativas en dolor, disnea e insomnio.

En un trabajo publicado (412) se compara la prevalencia de ansiedad y de depresión en pacientes terminales hospitalizados con la de pacientes atendidos en domicilio, observándose que ambos síntomas alcanzan frecuencias del 20% sin diferencias entre los grupos y sin relación con la situación funcional. Sin embargo, la funcionalidad, medida con la escala de Karnofsky, era predictor de depresión, y la edad menor se vio relacionada con una mayor ansiedad. En pacientes no oncológicos sí que se encuentran evidencias de que la depresión puede verse relacionada con peor situación funcional y ser un predictor de mortalidad (413).

Por último, respecto a este apartado, según una reciente revisión (414) acerca de las diferentes necesidades de pacientes oncológicos y no oncológicos, se llega a la conclusión de que los cuidados paliativos deben aplicarse en base a los problemas y las necesidades de los pacientes, y no deben basarse en el grupo diagnóstico al que pertenece el paciente. En este trabajo también se determina la necesidad de aumentar la investigación en problemas relacionados con la atención paliativa entre los pacientes con cáncer y sin cáncer con las mismas herramientas de medición.

SEDACIÓN:

Hay una amplia variación en la frecuencia relatada de empleo de sedación paliativa para controlar síntomas refractarios en pacientes en fase terminal (415), pudiéndose encontrar múltiples publicaciones que hacen referencia a la misma en diferentes niveles asistenciales. En un estudio publicado (416) realizado en una unidad especializada de cuidados paliativos, el 15% del total de la muestra y el 41% de los pacientes que murieron la precisaron. Las indicaciones más comunes para llevarla a cabo fueron el delirium, en el 82% y la disnea, en el 6%. En otro trabajo (417), realizado con pacientes oncológicos hospitalizados, la sedación fue indicada con mayor frecuencia en varones y en pacientes con disnea y agitación recurrentes, en el 64% de todos los pacientes que tuvieron criterios para recibirla. En un estudio alemán (418), comparando sedaciones entre “hospices” y hospitales de agudos con unidad de cuidados paliativos, se observa un mayor número de éstas en los primeros, de manera que se llegan incluso a duplicar. En una unidad de hospitalización a domicilio, se relatan porcentajes de sedación paliativa de hasta un 50'8%, siendo los síntomas que condicionan su uso la disnea en el 38'8%, el delirium en el 35'5%, la angustia en el 24'4%, y el dolor en el 14'4% (419). Y en pacientes paliativos en seguimiento domiciliario fue precisada la sedación paliativa en el 12%. Respecto a los no sedados del total de su muestra, encuentran diferencias sólo en la edad, de forma que los sedados fueron más jóvenes, hecho que también se constata en nuestros pacientes. El sexo en nuestros pacientes no es una variable que condicione diferencias en este aspecto, en el total de nuestra serie de casos, aunque se encuentran trabajos que hacen referencia a una mayor frecuencia de sedaciones en hombres (417). En otros estudios acerca de sedaciones en domicilio (420), se observan frecuencias del 13'6% de los fallecidos en casa, muy similares a estudios muy recientes (421). En nuestro caso la sedación es precisada por el 16'6% del total de pacientes, similar a la registrada en otros trabajos, por el 24'6% de los oncológicos, y por el 6'4% de pacientes crónico-dependientes. Comparando los pacientes que precisaron sedación y tras establecer los grupos de oncológicos y no oncológicos, se observa una mayor frecuencia de sedaciones en hombres oncológicos y en mujeres crónico-dependientes, con diferencias estadísticamente significativas. El 83% de los pacientes sedados fueron oncológicos, porcentaje muy similar al encontrado en otros ESAD similares (422). Los tipos de tumor que más precisan sedación en nuestra muestra son los digestivos y los urológicos,

aunque no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a los pacientes con el mismo tipo de tumor que no precisaron sedación, ni tampoco se han encontrado diferencias en el resto de tumores. Tampoco el hecho de presentar metástasis a distancia, independientemente de su localización, condiciona la necesidad de una sedación en nuestro caso. Y el hecho de no haber recibido tratamiento curativo previo para el cáncer diagnosticado tampoco reporta diferencias respecto a la necesidad de llevar a cabo una sedación al final del proceso.

Tradicionalmente ha sido una técnica usada en pacientes oncológicos, con hasta un 90% de casos oncológicos entre los sedados en hospitales (423), aunque ya se pueden encontrar trabajos de opinión en otros ámbitos, como en Cardiología (424) y en Neurología (425), donde frecuentemente se ven patologías degenerativas e irreversibles. De todas formas, este último trabajo demuestra que las perspectivas de uso de la sedación son menores en patologías neurológicas que en oncológicas. Generalmente, los síntomas identificados en estos pacientes, como los fármacos utilizados, no difieren de los que se aprecian en los enfermos con patologías oncológicas en fase agónica de la enfermedad (426). El único síntoma que quizás presente diferencias significativas con el grupo de pacientes oncológicos en otros trabajos (427) sea el de la agitación, presente en el 43% de los casos, hecho coincidente en nuestros pacientes. La confusión, el déficit cognitivo, la imposibilidad de comunicación y el deterioro de la función motora se consideran propios de situaciones al final de la vida en pacientes neurológicos con patología irreversible (428), siendo observados también en pacientes terminales tanto oncológicos como en otras patologías no oncológicas. La patología neurológica irreversible más frecuentemente observada en los pacientes atendidos por el ESAD de Barbastro fue la demencia, llevándose a cabo sedación en el 8'2% de las mismas, porcentaje más bajo que en otras series (429), donde se observan sedaciones en dementes entre un 10% y un 14%. En otros estudios, se observan frecuencias aún mayores de sedación en demencias, de hasta un 21% y siendo en este caso más frecuente el dolor como origen de la necesidad que la agitación psicomotriz (318). Los síntomas que condicionan frecuentemente la sedación son el delirium (hasta un 62%) y la disnea (sobre un 14%) según algunos trabajos (430). En nuestro caso, los pacientes oncológicos sedados presentaron una notable mayor presencia de síntomas como dolor, anorexia, ansiedad, depresión, insomnio y náuseas, mientras que los pacientes sedados no oncológicos presentaron una mayor presencia de disnea y agitación psicomotriz. En

este sentido, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre pacientes sedados oncológicos y sedados crónico-dependientes en dolor, anorexia, ansiedad, depresión, insomnio y agitación. En pacientes respiratorios fallecidos sin cáncer, como en enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se reciben cuidados paliativos de peor calidad respecto a los oncológicos (284), aunque hay trabajos (431) donde se describe un 43% de sedaciones, pero son muestras también muy pequeñas.

La disnea es uno de los síntomas que más predispone a la necesidad de sedación, además de ser un factor que condiciona un acortamiento del pronóstico vital (432). Se encuentra presente en un 24'5% de los pacientes de nuestra muestra que precisaron sedación, aunque no se obtuvieron diferencias en este aspecto frente a los que no la precisaron. Respecto a otros síntomas, se encuentran diferencias notables entre pacientes sedados y no sedados en dolor, anorexia, ansiedad y náuseas, y de forma menos marcada en depresión e insomnio. A diferencia de otros trabajos, anteriormente reseñados (423), la agitación psicomotriz o delirium no muestra diferencias respecto a la sedación en nuestros pacientes, debido quizás a la mayor presencia de este síntoma en pacientes no oncológicos, que precisan sedación con mucha menor frecuencia en el total de la muestra.

La procedencia de los pacientes que han precisado sedación es mayor desde servicios de Atención Primaria, siendo la patología oncológica digestiva la más frecuente, y mayor en sexo masculino, similar a lo que ocurre en otras series de pacientes (433). En esto difieren los resultados vertidos por una reciente revisión sistemática (434), donde un factor para recibir sedación es estar hospitalizado, aunque coincide en la mayor frecuencia en hombres, patologías oncológicas y en pacientes más jóvenes.

En una encuesta realizada por un ESAD a los médicos de Atención Primaria de su sector (435), se observa que el 98% de los encuestados estaban de acuerdo en que la sedación terminal es, en ocasiones, necesaria en el manejo de los enfermos en fase terminal, pero tan sólo el 48% la habían utilizado, hecho que demuestra que todavía hoy es un proceso no ampliamente usado en la medicina, a pesar de que hay estudios muy recientes (436) y amplias revisiones sistemáticas (437,438), que determinan que no acorta el pronóstico vital, obteniendo incluso supervivencias más altas en pacientes

sedados respecto a los que no precisaron dicho tratamiento (439), y habiéndose diferenciado claramente de lo que supondría una eutanasia (440), considerándola una práctica médica normal y diferente de la misma (441). Con la intención de unificar criterios y dar a conocer la técnica, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos elaboró en el año 2009 una guía práctica de sedación paliativa en el paciente terminal (442). Otros trabajos (443) afirman que es un hecho ampliamente aceptado por las familias de los pacientes, considerando la sedación una práctica positiva sin relacionarla con la pérdida de la capacidad de comunicarse con el paciente durante la sedación ni con la posibilidad de acelerar su muerte. De hecho, se puede constatar la mínima diferencia en cuanto a nivel de consciencia en los tres últimos días de vida en pacientes que han recibido sedación y en los que no la recibieron, en determinadas series (444). En este aspecto, en nuestros pacientes, se puede observar una menor frecuencia de sedación en pacientes institucionalizados, hecho que podría verse influenciado por ser más frecuentemente crónico-dependientes que oncológicos, que, como ya hemos dicho, reciben una sedación al final de proceso más a menudo. Sin embargo, cuando los cuidadores principales son los hijos, se encuentran notables diferencias, no siendo así cuando el cuidador es el cónyuge. Recientes trabajos (445) hablan de la importancia tanto de la preferencia del paciente como de la familia en la toma de decisiones respecto a la sedación, de manera que, de la misma forma que la clínica refractaria del paciente, ésta deba ser tenida en cuenta en este aspecto. El hecho de que el cuidador principal sea un hijo podría facilitar que se lleve a cabo una sedación al final del proceso, al considerarse “natural” el hecho de ser “ley de vida” la muerte, siendo más aceptado que por el cónyuge o si no existe una clara referencia personal en la toma de decisiones para el paciente.

Se demuestra, por otra parte, el notable beneficio en el control adecuado de síntomas refractarios en pacientes que han recibido una sedación frente a los que no, insistiendo en el hecho de que esta técnica no acorta el pronóstico vital, tanto en síntomas físicos (446), como en lo que se define como síntomas psico-existenciales (447), como la angustia vital (448). Muller-Busch et al., en un estudio retrospectivo (449), encontró que el 40% de los pacientes necesitaron sedación por problemas psico-existenciales, mostrando una tendencia al alza de este hecho durante el periodo de estudio de 7 años. El autor explica que esto podría ser debido a que los síntomas físicos son bien controlados con unos cuidados paliativos crecientes a lo largo de los años en

Alemania, lo que probablemente llevó a la menor necesidad de sedación para síntomas físicos refractarios y más para los problemas psico-existenciales. No obstante, estudios recientes (450) muestran la mayor tendencia de profesionales médicos hacia la sedación en casos de sintomatología física que psíquica.

En nuestro trabajo se aprecia diferencia, aunque no significativa, entre los pacientes que fueron conocedores y los que no de su proceso de base en cuanto a la sedación, siendo más frecuente cuando el paciente no era consciente de su enfermedad. Los pacientes conocedores presentaron, de forma muy significativa más clínica de tipo ansioso-depresiva, insomnio y disnea, que conllevó una mayor prescripción de morfina, benzodiazepinas y antidepresivos, por lo que al controlar dicha clínica, posiblemente se evitó la necesidad de sedación. Un 53'2% de los pacientes candidatos a ser informados del total de la muestra no son conocedores, de los cuales un 96'7% son oncológicos, porcentaje algo más alto que en otros estudios (451) donde se refleja este dato, en los que dicho porcentaje ronda el 48%. Otras publicaciones (452), sin embargo, aún presentan menor índice de información de los pacientes, con cifras de ausencia de conocimiento del 65%. En los pacientes de ésta se constata agitación, disnea, vómitos, secreciones respiratorias y distrés emocional mal controlados, precisando sedación el 17% de los mismos, siendo el fármaco más usado el midazolam y la agitación la causa más frecuente. En este caso, la edad media era de 69 años, y más de la mitad padecían tumores pulmonares y gastrointestinales, determinándose que los pacientes que conocen su situación totalmente, precisaron más sedación (25%) que los que sólo la conocen parcialmente (13,4%), con una marcada significación estadística. En nuestro caso, se produce sedación del 26'2% de no conocedores y del 23% de los conocedores, sin diferencias significativas. En nuestros pacientes, el ser conocedor de la enfermedad no se ve relacionado con el precisar una sedación.

Una reciente publicación (453), muestra un menor porcentaje de pacientes desinformados (14%), aunque está realizado en una Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos, con un escaso número de pacientes, y observándose una mayor información previa de los familiares que del propio paciente, hecho que se mejora tras el paso por dicha unidad. Muchos autores (454) son partidarios de la información completa al paciente, al demostrar que ello conlleva una mejor comunicación con los profesionales y no detectan diferencias respecto a la existencia de síntomas como la ansiedad frente a

los no conocedores, no observándose tampoco diferencias a este nivel en función de llevarse a cabo o no tratamiento activo de la enfermedad de base y reclamándose una mayor atención médica en cuanto a las preocupaciones de los pacientes y de sus aspectos psico-emocionales (455). El hecho de informar que la enfermedad padecida es terminal, mejora la atención recibida al final de la vida (456), aunque el paciente tiene derecho tanto a ser informado como a prescindir de la información que estime oportuna (457), según el artículo 4º de la Ley de Autonomía (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). En esta publicación los autores afirman: “Cualquier profesional experimentado en cuidados paliativos sabe que no puede informarse a un enfermo sin ponderar antes su capacidad de comprensión, la repercusión de la noticia o el tiempo de adaptación a la misma, entre otras cuestiones.” Por otra parte, es importante la información al paciente en cuanto a la planificación y toma de decisiones previas a que el paciente no tenga capacidad para realizar un consentimiento informado (458). En nuestro caso, en los pacientes sedados no conocedores, encontrándose en situación de incapacidad de hecho o de agonía, se consensuaron las decisiones con la familia, cuidador principal y/o tutor legal.

Un hecho que es fundamental a la hora de establecer una posible necesidad de sedación en pacientes en situación terminal, así como ser un marcador de mortalidad precoz, independientemente de tratarse de pacientes oncológicos (49,50) o no oncológicos, como demencias (459), es el declive funcional. En nuestros pacientes se puede observar un marcado y mayor deterioro general, determinado con la disminución de la puntuación en la escala de Barthel (en valor previo y su disminución, no en el obtenido en la primera visita del ESAD) y el Karnofsky, en pacientes que posteriormente precisaron una sedación, con claras diferencias frente a los que no la precisaron. La situación de dependencia previa y el declive funcional marcado son marcadores de la posible necesidad de sedación, no así un valor aislado obtenido en una visita al paciente. De hecho, el declive funcional fue mucho mayor en pacientes oncológicos sedados que en crónico-dependientes sedados, siendo la necesidad de sedación mucho mayor en oncológicos que en crónico-dependientes. No se puede realizar la misma afirmación respecto a la situación cognitiva, observándose una peor puntuación en el test de Pfeiffer en los pacientes que no fueron sedados, aunque en este caso se obtiene una notable peor puntuación en pacientes crónico-dependientes que en

oncológicos, debido al alto porcentaje de demencias en este subgrupo, con una menor necesidad de sedación respecto a los no dementes. Otros estudios (460) determinan una mayor frecuencia de necesidad de sedación cuando la situación funcional previa es mejor, pero con peor calidad de vida en el paciente.

Hechos como padecer demencia, úlceras por presión o encontrarse en una situación de inmovilidad severa no han demostrado significación estadística frente al hecho de recibir una sedación. Sí que antecedentes como la diabetes, el EPOC y la ELA podrían suponer mayor probabilidad de precisarla, aunque en este último caso no podríamos considerarlo como algo definitivo por la escasez de casos atendidos con esta patología, a pesar del infausto pronóstico de esta enfermedad.

El uso de medicaciones previas a la sedación muestra también notables diferencias entre sedados y no sedados en algunos aspectos. Recibieron sedación con mayor frecuencia los pacientes tratados previamente con determinados opioides mayores, como morfina y fentanilo, así como los que vieron modificada su dosis de fentanilo transmucoso tras la intervención del ESAD. Los pacientes tratados con neurolépticos o antipsicóticos atípicos previamente a la intervención del ESAD fueron sedados en menor cuantía, lo que hace sospechar que el buen control del delirium puede disminuir la necesidad de sedación por ese motivo. Por contra, la presencia de dolor irruptivo o basal no controlado podría condicionar mayor necesidad de llevar a cabo una sedación.

El hecho de verse modificada la dosis de benzodiazepinas, hipnóticos, neurolépticos típicos y antidepresivos tras la intervención del ESAD también muestra diferencias estadísticamente significativas a favor de una mayor frecuencia de sedación. Esto está en consonancia con el hecho de que síntomas como ansiedad, insomnio y depresión puedan condicionar la necesidad de una sedación al final de la enfermedad, si no se controlan adecuadamente.

Se lleva a cabo un alto porcentaje de sedaciones en los pacientes fallecidos (35'8%) frente a otras series de una reciente publicación (461), donde se observa un 5'7% de sedaciones en fallecidos. Una curiosa observación de este trabajo es que la

implicación del paciente en la toma de decisiones previas respecto a la sedación fue menor en pacientes no oncológicos que en los oncológicos.

DECLIVE FUNCIONAL:

La baja puntuación en el índice de Karnofsky representa una mayor mortalidad tanto en enfermedades oncológicas (129) como en no oncológicas (462), y se relaciona con la calidad de vida de los pacientes (463). En nuestra muestra existe una media de puntuación en dicha escala muy baja en el momento de la primera valoración de nuestros pacientes ($48'43 \pm 16'2$). Un amplio trabajo (464) realizado en Italia en el año 2010 demuestra que puntuaciones de esta escala superiores a 40 aumentan el tiempo de seguimiento, por lo que se deduce una menor mortalidad, además de una más temprana intervención de equipos de atención domiciliaria, con un consiguiente aumento de fallecimientos en domicilio. Otros estudios (465) relacionan puntuaciones inferiores a 50 con una mayor mortalidad, e incluso con aumento del gasto sanitario, de forma que se puede llegar a duplicar cuando el valor es igual o inferior a 20 respecto a valores de 60 o superiores (466).

En nuestros pacientes se puede observar una situación funcional de base, medida mediante el índice de Barthel, muy deteriorada en el momento de nuestra primera valoración, habiendo empeorado en este aspecto desde el momento del diagnóstico de la enfermedad de manera muy notable, con un descenso en la puntuación media de esta escala de $65'25 \pm 42'9$ a $40 \pm 38'9$. Estos descensos se han visto relacionados con necesidad de atención en cuanto a cuidados paliativos (467), aparición de sintomatología como depresión (468) y otros aspectos, como mortalidad (469) e institucionalización (470), así como síndrome del cuidador, curiosamente mayor en pacientes con declive funcional pero sin demencia (471). Esto podría deberse a contar con un mayor periodo de adaptación, al ser procesos de larga evolución con un deterioro del paciente constante, pero generalmente lento y progresivo, algo observado en nuestros pacientes no oncológicos. Hay estudios que relacionan el declive funcional con el aumento del gasto sanitario al final de la vida (472).

En nuestra muestra, el declive funcional es mucho mayor en pacientes oncológicos, con un descenso medio de la puntuación en el índice de Barthel de 34'4 puntos (Barthel medio previo $90 \pm 25'7$ y en primera visita $55'6 \pm 38$) que en crónico-dependientes con un descenso medio de 12'12 puntos (Barthel medio previo $32'5 \pm 39$ y en primera visita $20'38 \pm 30'2$). Todos los síntomas, salvo la agitación psicomotriz,

son más frecuentes en los pacientes oncológicos que en los crónico-dependientes, hecho probablemente influenciado por este aspecto. En nuestro caso, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el hecho de variar la situación funcional y la clínica presentada en dolor, disnea, ansiedad y agitación. Muestran una significación aún mayor síntomas como depresión, náuseas y anorexia, sin verse influenciado este hecho por los tratamientos previamente pautados a los pacientes, lo que demuestra una marcada relación del declive funcional con la sintomatología presentada por el paciente. Son otros los que también afirman que el declive funcional y la dependencia para las ABVD podrían verse relacionadas con la aparición de determinados síntomas, como depresión (473). El descenso medio en el índice de Barthel en mujeres y en hombres es muy similar, aunque la situación previa era peor en mujeres, con una marcada significación estadística en la diferencia entre las puntuaciones obtenidas en el índice de Barthel entre sexos, tanto en el valor previo como en el obtenido en la primera visita del ESAD, aunque se obtienen diferencias estadísticamente significativas sólo en dolor, disnea e insomnio. En cuanto al grado de declive funcional, se observan marcadas diferencias en la clínica presentada entre pacientes cuyo Barthel desciende más de 20 puntos respecto a declives menores, siendo todos los síntomas mucho más frecuentes, salvo la agitación psicomotriz. Las diferencias son significativas en dolor y ansiedad, y muy significativas en disnea, anorexia, depresión y náuseas.

Puntuaciones en el índice de Barthel de 35 ± 20 y de 30 en el Karnofsky se han visto relacionadas con supervivencias de unos 40 días en pacientes oncológicos en situación terminal en otras series (474), así como descensos semanales de 10 puntos en el índice de Barthel se han visto asociados con cortos pronósticos de supervivencia (475). Incluso en situaciones a priori no consideradas como mortales o terminales, como neumonía, puntuaciones inferiores a 80 se han relacionado con un aumento de la mortalidad (476). De manera inversa, la mejoría funcional obtenida en pacientes ancianos después del tratamiento multidisciplinar en una unidad de media estancia conlleva una reducción de la mortalidad a largo plazo (477). Concretando el grado de declive funcional, descensos de puntuación en el índice de Barthel de 20 puntos ya se ven relacionados con síndrome de inmovilidad y con mortalidad en el total de la muestra y con la presencia además de disnea y náuseas en el grupo de crónico-dependientes. En pacientes oncológicos, descensos de hasta 25 puntos en el índice de Barthel se ven relacionados con síndrome de inmovilidad y anorexia. Se observó

presencia de síndrome de inmovilidad en el 41'7% de pacientes con descenso inferior a 20 puntos en el índice de Barthel y en el 31'3% de pacientes con descenso superior a 20 puntos en el índice de Barthel, con significación estadística en esta diferencia. Descensos mayores a 20 puntos conllevan marcadas diferencias clínicas respecto a descensos menores, existiendo diferencias relevantes en todos los síntomas, salvo en insomnio y en agitación psicomotriz. No hemos encontrado diferencias en el uso de benzodiazepinas y antidepresivos previos a la intervención del ESAD entre estos grupos, por lo que no es un factor que pudiera estar interfiriendo en estos resultados. Otros trabajos (478) también relacionan el declive funcional y la presencia de sintomatología depresiva, con mayor asociación en hombres (479). Sí encontramos diferencias significativas en determinados analgésicos usados previamente: en morfina, en metamizol y en fentanilo transmucoso, y aún mayor en fentanilo transdérmico. Otros tratamientos que muestran diferencias entre estos grupos son los suplementos nutricionales. Tras la intervención del ESAD, se observan diferencias muy significativas entre estos grupos en el uso de benzodiazepinas y de neurolépticos típicos, así como en diuréticos y laxantes, debido a la edematización propia de muchas situaciones finales y al estreñimiento por opioides y por inmovilidad. Respecto a los analgésicos usados por el ESAD, se encuentran diferencias en morfina, fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso y metamizol. Incluso en la necesidad de sedación paliativa se demuestra la posible relación con el declive funcional, de forma que es precisada por el 9'6% de casos con descenso inferior a 20 puntos en el índice de Barthel y en el 30'3% de los pacientes con descenso superior a 20 puntos en el índice de Barthel, siendo esta diferencia muy significativa.

Se objetiva un bajo número de úlceras por presión (UPP) en pacientes oncológicos (2'2%), siendo mayor en crónico-dependientes no oncológicos (16'8%) (8'6% del total de la muestra), en relación a otras series de pacientes oncológicos (480), donde llegan a ser de hasta el 23% y en las que se relaciona su aparición con peor puntuación en la escala de Karnofsky. El 22'6% de los pacientes que presentan síndrome de inmovilidad desarrollan UPP en nuestra muestra. También es mucho mayor el síndrome de inmovilidad presentado en pacientes crónico-dependientes (62'6%) que en oncológicos (18'8%), necesario para su desarrollo. En otro trabajo nombrado previamente respecto al deficitario uso de analgesia en demencias, se observa la presencia de UPP en el 37'5% de la muestra (306). La presencia de síndrome de

inmovilidad en demencias (70'3%) es mucho más frecuente que en pacientes sin demencia (24%), también con una importante significación estadística. Sin embargo, la demencia no provoca en nuestros pacientes un declive funcional muy marcado: se encuentra presente en el 42'3% de casos con descenso en el índice de Barthel menor a 20 puntos y en el 8'6% de pacientes con descenso mayor a 20 puntos, resultando una diferencia muy significativa ($p<0'001$). Relacionando la aparición de UPP con el declive funcional, observamos que las padecen el 11'9% de los pacientes con descenso en el índice de Barthel menor a 20 puntos y sólo un 3'8% de los pacientes con descenso en el índice de Barthel mayor a 20 puntos, siendo una diferencia significativa ($p<0'05$). De todo esto, se puede deducir que la presencia de UPP se ve condicionada por síndrome de inmovilidad de larga evolución más que en deterioros rápidos de la situación funcional, situación muy frecuente en demencias (481) y parkinsonismos, dos antecedentes que se presentan mucho más frecuentemente en pacientes con descensos del Barthel menor a 20 puntos.

En relación a la hospitalización, se aprecian diferencias mínimas en este aspecto, dándose un 14'9% de hospitalizaciones en el grupo de pacientes con descenso inferior a 20 puntos en el índice de Barthel y un 14'2% en el grupo de pacientes con descenso superior a 20 puntos en el índice de Barthel. Los datos emitidos por otros trabajos (482) hablan de un declive funcional previo a la hospitalización, pocos días antes de ésta, presente hasta en un 42% de sus pacientes, como resultado de enfermedades agudas en pacientes de edad avanzada, con demencia o con enfermedades pulmonares. Otros concluyen que el declive funcional al final de la vida se ve relacionado con el hecho de ser hospitalizado (483) y con la utilización de servicios de urgencias (484). En nuestros pacientes se producen más hospitalizaciones en pacientes oncológicos, los cuales habían presentado, como ya se ha nombrado, un declive funcional mucho mayor. Además, está sobradamente documentado el efecto negativo de la hospitalización sobre la capacidad funcional, de forma que hasta el 70% de las personas mayores hospitalizadas experimentan deterioro de su capacidad funcional durante su estancia hospitalaria (485), hecho relacionado con ciertas características previas del paciente, como la edad avanzada, presencia de deterioro cognitivo y el estado funcional prehospitalario (486), aunque otros no lo relacionan con la edad previa a la hospitalización (487).

Respecto a la mortalidad en relación al declive funcional, hecho documentado en otros trabajos (488), se producen 130 fallecimientos en el grupo de pacientes con descenso inferior a 20 puntos en el índice de Barthel (32'8%) y 147 en el grupo de pacientes con descenso superior a 20 puntos en el índice de Barthel (69'7%). En los pacientes fallecidos del total de la muestra se observa un mayor declive funcional (mayor descenso en el índice de Barthel y un peor Karnofsky en oncológicos) respecto a los no fallecidos, apoyando el hecho de que pueda influir en dicha mortalidad. Este hecho se ha comprobado ya en otros estudios (489), alguno multicéntrico con una gran muestra de pacientes (490), otros en pacientes con cáncer de mama (491), aunque con una muestra más reducida, tras fractura de cadera (492), donde el estado funcional al alta es el principal determinante de la mortalidad a largo plazo, en síndrome coronario agudo en ancianos (493), y en pacientes diabéticos (494). También se ha relacionado el declive funcional con el deseo del paciente de verse acelerada su muerte (495).

El declive funcional es mayor en mujeres que en hombres en el grupo de pacientes oncológicos, sucediendo lo contrario en los no oncológicos, aunque las mujeres parten de una situación previa muy deteriorada. Otros trabajos no encuentran diferencias entre sexos (496), aunque en un ámbito muy diferente. En patologías no oncológicas, como fallo cardíaco, tampoco se encuentran diferencias en cuanto a declive funcional entre sexos, salvo si existe problemática social, hecho que influye más en hombres, con un deterioro mayor (497). Lo mismo sucede en otro trabajo realizado con pacientes diabéticos, constatándose mayor declive en hombres (498), también en relación con motivos sociales además de médicos.

Además del declive funcional, otros factores que se pueden ver relacionados con una mortalidad temprana, según nuestros resultados, al haberse encontrado marcadas diferencias entre los fallecidos y los no fallecidos, son: una mayor presencia de síntomas, como dolor (independientemente de la intensidad del mismo, medida mediante la escala EVA), disnea (con algo más de intensidad según la NYHA), anorexia, ansiedad y náuseas, antecedentes médicos de DM de tipo 2, ACV y cardiopatía isquémica, la presencia de metástasis a distancia en el paciente oncológico, y una mejor situación cognitiva determinada mediante una mejor puntuación en el test de Pfeiffer. En otros trabajos (499) la disnea intensa y la caquexia también parecen ser marcadores de mal pronóstico.

A nivel de tratamientos precisados por los pacientes, muestran diferencias muy significativas ($p < 0'001$) en cuanto al requerimiento de diversos analgésicos (morfina, fentanilo transdérmico, fentanilo transmucoso y metamizol), corticoides, benzodiazepinas, hipnóticos no benzodiazepínicos, neurolépticos típicos, diuréticos y laxantes. La suplementación nutricional, neurolépticos atípicos, antibióticos y oxigenoterapia domiciliaria muestran diferencias significativas ($p < 0'05$).

Según la regresión de Cox, en el total de la muestra, se obtiene relación negativa con la supervivencia con la presencia de metástasis hepáticas, depresión, agitación y síndrome de inmovilidad. En pacientes oncológicos se reproducen los mismos resultados, no obteniendo ningún resultado en este sentido en crónico-dependientes, posiblemente debido a la gran variabilidad en las características de base de estos pacientes. Otros trabajos (500) relacionan la mortalidad en pacientes oncológicos con la presencia de metástasis cerebrales, con una puntuación en el Karnofsky menor de 50, con la necesidad de uso de analgésicos potentes y con presencia de disnea. La depresión, quizás debido a la desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (501), y a los efectos sobre la respuesta inmune (502), también se ha considerado un factor negativo frente a la supervivencia en otros estudios (503,504). Se obtienen como factores protectores frente a la mortalidad, la existencia de tratamiento etiológico previo, referido a enfermedades oncológicas, y curiosamente, la presencia de demencia y de UPP. Al agruparse la mayoría de pacientes con UPP en el grupo de no oncológicos, con una menor mortalidad, pudiera distorsionar este resultado, siendo que el paciente poliulcerado, ya de por sí, se podría considerar como en situación de terminalidad. La existencia de diferencias en los tiempos de supervivencia de los pacientes oncológicos entre diferentes países parece guardar relación con el diagnóstico precoz y los tratamientos llevados a cabo (505).

Estos datos pueden servir para mejorar la estimación de supervivencia del paciente paliativo, siendo que las realizadas por muchos facultativos están sobreestimadas, con un bajo porcentaje de acierto (42'6 %) salvo en situaciones muy cercanas a la muerte (506), aunque en un trabajo antes nombrado (500), sólo de un 4'4% a un 29% de pacientes fallecidos en un mes tras estimar pronósticos, se acertó en el mismo. Recientemente se han publicado una serie de criterios clínicos (507) para predecir la muerte inminente en pacientes oncológicos, como estertores, respiración de

Cheyne-Stokes y disminución de diuresis, entre otros. Esto es importante en un ámbito sanitario donde no existe todavía una práctica estandarizada (508) y donde la variedad respecto a la dotación de servicios puede influir en las supervivencias encontradas, en dependencia del momento de inclusión del paciente en seguimiento por especialistas en cuidados paliativos (509). La situación general y funcional en el paciente oncológico terminal cobra más importancia en la estimación de pronósticos que parámetros específicos analíticos o de otra índole, usados en fases iniciales de la enfermedad (510).

A pesar de toda la evidencia existente acerca de los beneficios de la Medicina Paliativa, sólo es reconocida como especialidad en dos países europeos, Irlanda y el Reino Unido. En cinco países es considerada como una sub-especialidad, para la cual requieren una segunda certificación: Polonia, Rumania, Eslovaquia y Alemania y, recientemente, Francia. Aproximadamente otros diez países han comenzado el proceso de certificación para la obtención de especialidad en Medicina Paliativa (511).

El objetivo principal de un estudio realizado en el Centro Regional de Cuidados Paliativos del Hospital Los Montalvos de Salamanca fue identificar las Tesis Doctorales sobre Medicina Paliativa, o sobre temas relacionados con los Cuidados Paliativos, defendidas en España entre 1985 y 2000. En junio de 2000 se detectaron 50 Tesis Doctorales, de las cuales doce han sido promovidas desde el campo de Cuidados Paliativos. Otras tesis son realizadas desde otros campos: psicología cinco, dolor cuatro, oncología tres. Los más estudiados son los aspectos psicoemocionales. Las primeras Tesis promovidas propiamente desde personas que trabajan en Cuidados Paliativos se presentan a partir de 1992 (140). Actualmente son muchas más las tesis realizadas en base a los cuidados paliativos (152).

CONCLUSIONES:

1. El síntoma más frecuentemente observado en los pacientes atendidos por el ESAD de Barbastro, a diferencia de otros trabajos realizados en el ámbito de los Cuidados Paliativos, es la anorexia. Es un síntoma muy relacionado con la presencia de una mortalidad cercana, por lo que el tratamiento debería ser conservador, priorizando el uso de suplementación nutricional.
2. La falta de control del dolor se debe al tipo de analgésico usado más que a la dosis prescrita, y a otros síntomas asociados, como ansiedad, insomnio, depresión, anorexia y disnea, mucho más frecuentes en los pacientes con dolor e insuficientemente tratados; el aumento de la dosis en todos los analgésicos tras la actuación del ESAD y la asociación con fármacos adyuvantes confirma la mejora de la prescripción y dosificación de estas medicaciones por personal sanitario especializado en Cuidados Paliativos.
3. Tanto en el total de la muestra como en los pacientes que refirieron dolor en la primera visita, se puede observar una disminución de dosis de analgésicos menores y un aumento de dosis de opioides mayores, salvo de fentanilo transmucoso, lo que puede indicar una mejora en el control del dolor de base, al precisar menos dosis de rescates de analgesia, por ser el fentanilo el más usado.
4. Las diferencias en las características y en la clínica observada entre pacientes oncológicos y no oncológicos es significativa en todos los síntomas, lo que justifica la disparidad en cuanto a la actividad asistencial generada y a las actuaciones terapéuticas llevadas a cabo por el ESAD.
5. En los pacientes atendidos por el ESAD de Barbastro, el delirium es un síntoma más frecuentemente padecido por pacientes crónico-dependientes que oncológicos, sobre todo en contexto de demencia, sin suponer diferencias significativas frente al hecho de precisar una sedación y sin verse relacionado con la hospitalización ni con la mortalidad. El buen control del delirium en el paciente demente puede disminuir la necesidad de hospitalización y de sedación

por ese motivo. La demencia sobrecarga más al cónyuge, determinando mayor institucionalización del paciente.

6. A pesar de existir deficiencias en el control de síntomas, se detecta una elevada polifarmacia en pacientes terminales, algo que ha demostrado poder influir en la mortalidad y ser causa de ingresos hospitalarios, por lo que se debería plantear la retirada de fármacos dando prioridad a tratamientos sintomáticos en estos pacientes.
7. Los factores que condicionan una mayor necesidad de sedación son la edad más joven, el estar cuidado por hijos, el ser paciente oncológico, principalmente tumores digestivos, con un declive funcional marcado y rápido, con una mejor situación cognitiva y con presencia de clínica no totalmente controlada, sobre todo en los síntomas dolor, anorexia, ansiedad y náuseas.
8. El declive funcional, mucho más marcado en el paciente oncológico que en el crónico-dependiente, es un claro marcador de mortalidad, independientemente de los antecedentes médicos, así como de la posible necesidad de sedación, viéndose muy relacionado con la sintomatología padecida por el paciente. Descensos mayores a 20 puntos en el índice de Barthel pueden conllevar aparición de clínica de dolor, ansiedad, depresión e insomnio y predecir una muerte temprana con necesidad de una sedación.
9. Un factor que condiciona una cercana mortalidad en el paciente terminal es la presencia de un síndrome de inmovilidad, independientemente de la existencia o no de UPP. Otros factores claramente relacionados con la mortalidad son la presencia de síntomas como dolor, disnea, anorexia, ansiedad y náuseas, de antecedentes médicos como DM de tipo 2, ACV y cardiopatía isquémica, la presencia de metástasis a distancia en el paciente oncológico, y una mejor situación cognitiva determinada mediante una mejor puntuación en el test de Pfeiffer.
10. Se observa un descenso de ingresos hospitalarios en el Servicio de Oncología a partir del inicio de actividad del ESAD, resultando un bajo porcentaje de

hospitalizaciones entre los pacientes atendidos por este servicio, dadas las características del sector y las descritas de los pacientes, con múltiples factores que pueden condicionar dichos ingresos. No obstante, se debe potenciar la atención domiciliar especializada en cuidados paliativos para poder llevar a cabo un seguimiento más estrecho de los pacientes, en un sector rural y con gran dispersión poblacional, pudiendo de esa manera evitar más hospitalizaciones, sobre todo en el paciente oncológico varón y mejorar el control de síntomas del paciente paliativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. SANIDAD 2007. Ministerio de sanidad y consumo.
2. Mount BM, Cohen (1993) "Canada: status of cancer pain and Palliative Care" en *J Pain Symptom Manage*, Vol. 8, No. 6, p. 395-8.
3. Doyle, D, Hanks, G, Cherny N & Calman, K. (2004) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, New York, USA. Tercera Edición.
4. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Ginebra: WHO, 1994. Technical Report Series: 804.
5. Organización Mundial de la Salud. Consulta de la World Wide Web: <http://www.who.int/en/>
6. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *World Health Organization*. Ginebra. *J pain Symptom Manage* 2002; 24 (2): 91-6.
7. Saunders CM. La filosofía del cuidado terminal. En: Saunders CM (ed.). *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat Editores: 1980. p. 259-72.
8. Kübler-Ross E. *On death and dying*. Nueva Cork: Ed. Mac Millan, 1969. (2ª edición castellana: sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Ed. Grijalbo, 1989)
9. *Medicina del dolor*. Elorza J, Gómez-Sancho M, Micó JA, Muriel C, Reig E, Rodríguez MJ. Ed. Masson. Capítulo 26, Págs. 350-351.
10. *Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos*. Los Cuidados Paliativos en España. Centeno C, Arnillas P. *Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos*. Los Cuidados Paliativos en España. En: Gómez Sancho M, editores. *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en Enfermos Terminales*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS; 1998, p.235-248.
11. Sanz Ortiz J, Bild RE. El paciente en enfermedad terminal. Los intocables de la medicina. *Editorial. Med Clin (Barc)* 1985; 84:691-693.
12. The WHO Cancer Pain Relief Program. *Cancer Pain Release*, Volumen 2, nº 1. 1988.
13. *Recomendaciones semFyC. Cuidados paliativos*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1998.
14. International Experts call for WHO support of Palliative Care: A report on the Expert Committee Meeting on cancer Pain relief and Active Supportive Care. *Cancer Pain Release*, Volumen 3, nº 3. 1989.
15. Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Via JM, Roca J et al. Planificación e implementación de los servicios de cuidados paliativos (2): resultados preliminares en Cataluña 1990-1993. *Med Pal* 1995; 2: 13-19.
16. *Cartera de servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.
17. *Manual de cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo 1993. Ed Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica Pº del Prado 18-20 Madrid. Autores: Jaime Sanz Ortiz. Xavier Gómez Batiste. Marcos Gómez Sancho y Juan Manuel Núñez Olarte.

18. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). Subdirección General de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de Salud, 1999.
19. Morrison R, Maroney-Galin C, Kralovec P, Meier D. The Growth of Palliative Care Programs in United States Hospitals. En: *Journal Of Palliative Medicine*, 2005, Volume 8, Number 6, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 1127-1134.
20. Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer terminal en el domicilio. *Aten Primaria* 2001; 27: 123-26.
21. Abordaje integral del paciente oncológico avanzado en atención primaria. *Aten Primaria. semFYC*. 2006; 38: 1-323.
22. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Cuidados paliativos en las personas mayores. Barcelona, Glosa Ediciones, 2001.
23. Grupo de trabajo de cuidados paliativos de la SEGG. Cuidados Paliativos en Geriátría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34 (supl 1): 1.
24. World Wide Statistics. Consulta de la World Wide Web: http://www.lisa.sbu.ac.uk/004_health/healthstats/hs.htm
25. Los cuidados paliativos en Aragón. En: www.cusirar.com
26. Patrick DL, Curtis JR, Engelberg RA, Nielsen E, McCown E. Measuring and improving the quality of dying and death. *Ann Intern Med*. 2003 Sep 2; 139(5 Pt 2):410-5.
27. Farquhar M., Grande G., Todd C., Barclay S. Defining patients as palliative: hospital doctors versus general practitioners and perceptions. *Palliative Medicine* 2002; 16: 247-50.
28. Navarro Sanz R, Botella Trelis JJ. Cuidados paliativos en enfermedad avanzada de un órgano. En: Marcos Gómez Sancho (ed). *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. 1ª ed. Arán Ediciones S.A.: Madrid; 1999: 221-31
29. J.M. Addington-Hall and I.J. Higginson. Introduction. In: J.M. Addington-Hall and I.J. Higginson ed. *Palliative care for non-cancer patients*. Oxford University Press. New York. 2002. pp.1-10.
30. Rubiales AS, del Valle ML, Hernansanz S, Gómez L, Gutiérrez C, Flores LA. Superar las limitaciones de la investigación clínica en Medicina Paliativa. *Med Pal* 2005; 12: 30-8.
31. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados Paliativos en las enfermedades no neoplásicas. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*, editado por W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo, EUNSA. Cuarta Edición, 2002, 227-242.
32. Lamont E. A Demographic and Prognostic Approach to Defining the End of Life. En: *Journal of Palliative Medicine* (2005), Volume 8, Supplement 1, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 12-21.
33. Population Reference Bureau (Oct. 2006). Consulta de la World Wide Web: <http://www.prb.org>
34. Bruera E, Neumann CM. "Respective limits in a palliative care and oncology in the supportive care of cancer patients". *Support Care Cancer*, 1999; 7: 321.
35. Ward C. The Need for Palliative Care in the Management of Heart Failure. En: *Heart*, 2002, Vol 87, p.294 - 298.
36. O'Brien, T. Motor Neurone Disease: a Hospice Perspective. En: *BMJ*, 1992, Vol. 304, p. 471-473.
37. SUPPORT. (1995) "A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients" en *JAMA*, Vol. 274, p.1591-1598.

38. Higginson IJ. Health Care Needs Assessment: Palliative and Terminal Care. En: Stevens A, Raftery J eds. Health Care Needs Assessment, Oxford(1997): Wessex Institute of Public Health Medicine, p. 183-260.
39. Palliative Care Australia. A guide to palliative care Service development: a population based approach 2003. En: www.pallcare.org
40. Stjernsward J, Gómez-Batiste X, Porta J, Paz S, Rocafort X. Programme developpment; planning and implementing palliative care within the public health sector. En Walsh D (ed). Palliative Medicine Textbook, 2007. Elsevier.
41. Centeno C, Clark D. A map of palliative care specific resources in Europe. European Association for Palliative Care, Venecia, 25-27 May 2006.
42. Currow DC, Nigthingale EM. A planing guide: developing a consensus document for palliative care service provision. MJA 2003; 179: 23-25.
43. Herrera E, Rocafort J, De Lima L, Bruera E, García-Pena F, Fernández-Vara G. Regional Palliative Care Program in Extremadura: An Effective Public Health Care Model in a Sparsely Populated Region. J Pain Symptom Manage. 2007; 33 (5): 591-598.
44. Del río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica De Chile 2007; 32 (1):16-22
45. Rhymes, J. Barriers to Palliative Medicine. En: Cancer Control (1996), Vol. 3, No. 3, USA, p. 230-235.
46. United Nations. «World Population Ageing 1950-2050». Department of Economic and Social Affairs. Population Division. New York, 2002
47. Las Personas Mayores en España: Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. INFORME 2008 Vol 1. Primera edición, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
48. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de criterios de calidad en Cuidados Paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
49. Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, Mariani M, et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. Italian Multicenter and Study Group on Palliative Care. J pain Symptom Manage. 1999; 17(4):231-9.
50. Viganò A, Dorgan M, Buckingham J, Bruera E, Suarez-Almanzor ME. Survival prediction in terminal cancer patients: A systematic review of the medical literature: Palliative Medicine. 2000; 14(5):363-74.
51. Nabal M, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (I): el valor de la impresión clínica. Med Pal 2002; 9(1): 10-12.
52. Nabal M, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (II): el valor del estado funcional y los síntomas. Med Pal 2002; 9(2): 87-9.
53. Nabal M, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (II): el valor de la calidad de vida y los factores psicosociales. Med Pal 2002; 9(3):134-38.
54. Nabal M, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (II): el valor de los factores biológicos. Med Pal 2002; 9(4):190-94.
55. Addington-hall, Higginson I. Palliative care for non-cancer patients. Oxford: Oxford University Press, 2001.

56. Stuart B. The NHO Medical Guidelines for non-cancer disease and local medical Review policy: Hospice access for patients with diseases other than cancer. *Hospice J.* 1999; 14(3-4): 139-154.
57. Escarabill J, Gómez-Batiste X, Cuidados Paliativos en las enfermedades respiratorias crónicas, *Jano*, 1999; 7: 895-897.
58. Jiménez RC. Cuidados paliativos en pacientes con demencia avanzada, *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1999; 34 (S2): 46-52.
59. Jover y col. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular aguda en la provincia de Lérida durante el período 1996-1977. Factores predictivos de mortalidad a corto y medio plazo. *Rev Neurol* 1999;28:941-8.
60. Astudillo W, Oteo JA, Mendinueta C, Astudillo E. Manejo Paliativo de los pacientes con SIDA avanzado, en W. ASTUDILLO y col., *Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia*, EUNSA, 4ª ed., 2002, 489-503.
61. Torra I Bou JE, Soldevilla J. Atención domiciliaria a pacientes con úlceras por presión, en CONTEL J, GENÉ M. PEYA. *Atención domiciliaria. Organización y práctica*, Springer, Barcelona, 1999.
62. Saunders, C. Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph's Hospice, Hackney, London: *Nursing Mirror*, 1964. p. 7-10.
63. Mencía V, García E, Prieto L, López C. Guía para cuidadores de enfermos terminales. Manejo de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2002; 9: 60-64.
64. Morales Asencio JM. Efectividad de un nuevo modelo de atención domiciliaria en Andalucía para poblaciones vulnerables en atención primaria. Estudio quasi-experimental, controlado, multicéntrico [tesis doctoral]. Universidad de Málaga. 2006.
65. Barreto P, Bayes R, Comas MD, Martínez E, Pascual A, Roca J et al. Assessment of the perception and worries in terminally ill patients in Spain. *J Palliat care* 1996; 12: 43-46.
66. Pascual L, Pascual A. Atención sanitaria estándar recibida por pacientes con cáncer en fase terminal. *Medicina Paliativa* 1999; 6: 144-150.
67. Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P. Definiciones. En: Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P, eds. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: Ed. JIMS; 1996. p. 1-3.
68. Lacasta MA. Psicólogos. Cartera de Servicios de cada profesional en la atención al paciente en situación terminal. Ponencia a las VII Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos. Cáceres 2005.
69. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
70. Aoun SM, Kristjanson LJ, Currow DC, Hudson PL. Caregiving for the terminally ill: at wath cost? *Palliat Med* 2005; 19: 551-555.
71. Blanco L, Librada S, Rocafort J, Pop B, Varillas P, Flores J. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación Terminal en Extremadura. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. San Sebastián 2006. *Med Paliat.* 2006; 13 (Supl. I): 113.
72. Hockley J, Clarks D. *Palliative care for older people in care homes*. Buckingham. Open university Press, 2002.
73. De Quadras S, Hernández MA, Pérez E et al. Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación familiar. *Med Paliat* 2003; 10: 187-190.
74. Parkes CM. Bereavement counselling: does it work? *BMJ* 1980; 281: 3-6.

75. Yi P, Barreto P, Soler C et al. Grief support provided to caregivers of palliative care patients in Spain. *Palliat Med* 2006; 20: 521-531.
76. Higginson I, Finlay I, Goodwin DM et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 150-168.
77. Gómez Batiste X, Tuca A, Corrales E et al. Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 522-532.
78. Agra Y, Sacristán A, Pelayo M, et al. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2003, 77(5): 567-579.
79. Plan Integral de Oncología de Andalucía. Disponible en: http://andaluciajunta.es/segundamodernizacion/archivos/documentos/doc_208.pdf
80. Nota de prensa publicada en la web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/noticias.asp?codcontenido=4873>
81. Sanz J. Bild RE. El paciente en enfermedad terminal. Los intocables de la medicina. Editorial. *Med Clin (Barc)* 1985; 84: 691-693.
82. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León. Plan de Atención Sociosanitaria. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 1998.
83. Centeno Cortés, C. Introducción a la medicina paliativa. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 1998.
84. Vara Hernando FJ y cols. Protocolos en medicina paliativa. 2.^a ed. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 2001.
85. Dirección General de Planificación y Ordenación. Guías para la atención integrada de procesos relacionados con el cáncer «proyecto oncoguías». Cuidados Paliativos del enfermo oncológico. Valladolid: Consejería de Sanidad, 2005.
86. Gómez X. Catalonia's five year plan: Basic principles. *Eur J Palliat Care*. 1994; 1: 45-49.
87. Pla Director Sociosanitari. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona. 2006.
88. Orden de 30 de marzo de 1995, de la Consellería de Sanitat i Consum, por la que se crea el programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, a Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*. N° 2494 (25 abril 1995): pp. 5769.
89. Programa Marco de Cuidados. Paliativos de Extremadura. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud, 2002.
90. Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud 2006.
91. Plan Integral del Cáncer de Extremadura. Disponible en: <http://www.juntaex.es/consejerias/syc/dgpoocs/PICA.pdf>
92. Plan Galego de Coidados Paliativos. Disponible en: <http://www.sergas.es/cas/publicaciones/CPublicaLibro.asp?Color=&Id=1391>

93. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1158610315793&ssbinary=true&blobheader=application/pdf> (Acceso el 19/3/2007)
94. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2006-2009. <https://www.murciasalud.es>
95. Servicio Navarro de Salud. Atención a la persona en situación terminal y a su familia en Atención Primaria. Guía de Actuación. 2000. Pamplona: Servicio Navarro de Salud, 2000
96. Plan de Cuidados Paliativos-Atención a pacientes en la fase final de la vida. Departamento de Salud, Euskadi en <http://www.osasun.ejgv.euskadi.net>
97. Guía de cuidados paliativos: Organización de los CP. En: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=diecisiete>
98. Guía de cuidados paliativos: prejuicios sobre el uso de la morfina. En: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=seis>
99. Sancho Zamora MA, Pérez Maroto MT, Ventura López P, Arteta Jiménez M, Sanz Cortés J. Evolución de la prescripción de analgésicos opioides en atención primaria, especializada y hospitalaria del Área Sanitaria de Puertollano. 2001-2006. *Medicina paliativa* 2008; 15(6): 346-350.
100. Sancho Zamora MA, Lázaro Bermejo C, Calatayud V, Bernardino Gago T. Tratamiento con opioides al alta de una Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios. *Medicina paliativa* 2006; 13(1): 28-31.
101. Hermida Porto L, Blanco Rodríguez R, Prego Domínguez J. Tratamiento del dolor en pacientes paliativos: asignatura pendiente en la mayoría de los servicios intra y extrahospitalarios. *Medicina paliativa* 2005; 12(2): 74-78.
102. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10:31-38.
103. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10:67-85.
104. Porta Sales J, Ylla-Català Bore E, Estibalez Gil A. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en cuidados paliativos. *Med Pal* 1999; 6:153-158.
105. Billings JA, Block SD. Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996; 12:21-30.
106. Broeckaert B. Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20: S58.
107. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for Symptom Relief: A Systematic Literature Review and a Proposal of Operational Criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 447-453.
108. Gómez Batiste-Alentorn X. Leganés, sedación y Cuidados Paliativos. *Medicina paliativa* 2006; 12(2): 65-66.
109. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Sep;36(3):310-33.
110. Rosengarten OS, Lamed Y, Zisling T, Feigin A, Jacobs JM. Palliative sedation at home. *J Palliat Care*. 2009 Spring;25(1):5-11.
111. Carballada Rico C, Ameneiros Lago E. La sedación paliativa en pacientes oncológicos en una unidad de hospitalización a domicilio: un análisis prospectivo de 7 años de experiencia. *Medicina paliativa* 2010; 17(5): 276-279.

112. Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F, et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliat Med* 1999; 13:233-241.
113. Miccinesi G, Rietjens JAC, Deliens L, et al. Continuous deep sedation: physicians' experiences in six primary countries. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31:122-129.
114. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21:282-289.
115. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med* 2003; 163:341-344.
116. Vitetta L, Kenner D, Sali A. Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2005; 22:465-473.
117. Rietjens JA, van Zuylen L, van Veluw H, van der Wijk L, van der Heide A, van der Rijt CC. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36(3):228-34.
118. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, Montanari L, Nanni O, Amadori D. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol* 2009; 20(7):1163-9.
119. Romaní Costa V, Expósito López A, Rodríguez Carballeira M, Almagro Mena P. Morir en un hospital de agudos Análisis de la situación de últimos días. *Medicina paliativa* 2010; 17(4): 222-225.
120. de Miguel C. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. *Medicina paliativa* 2010; 17(3): 125-126.
121. Resources of National Hospice & Palliative Care Organization (NHPO). En: www.nhpc.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3252.
122. Sanz Baena S, Pérez Martín G, Berrocal Valencia E, Delgado Cirerol V, Moro Álvarez MJ, Lacasa Marzo J. Control sintomático y cuidados paliativos en pacientes que fallecen en un Servicio de Medicina Interna. *Medicina paliativa* 2009; 16: (4): 206-212.
123. Van Deijck RH, Krijnsen PJ, Hasselaar JG, Verhagen SC, Vissers KC, Koopmans RT. The practice of continuous palliative sedation in elderly patients: a nationwide explorative study among Dutch nursing home physicians. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(9):1671-8.
124. Díez Manglano J, Bernabeu-Wittel M, Escalera-Zalvide A, Sánchez-Ledesma M, Mora-Rufete A, Nieto-Martín D, Barbé Gil-Ortega J, Moreno-Gaviño L; representación de los investigadores del proyecto PROFUND. Comorbidity, disability and mortality in patients with multiple conditions and chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Clin Esp* 2011; 211(10):504-10.
125. Cuevas X, García F, Martín-Malo A, Fort J, Lladós F, Lozano J, Pérez-García R. Risk Factors Associated with Cardiovascular Morbidity and Mortality in Spanish Incident Hemodialysis Patients: Two-Year Results from the ANSWER Study. *Blood Purif* 2012;33(1-3):21-29.
126. Chan TC, Shea YF, Luk KH, Chan HW, Chu LW. Development and validation of a prognostic index for 2-year mortality in Chinese older residents living in nursing homes. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12(3):555-62.
127. Sharifi F, Ghaderpanahi M, Fakhrzadeh H, Mirarefin M, Badamchizadeh Z, Tajalizadekhoob Y, Fadayivatan R, Philp I, Larijani B. Older people's mortality

- index: Development of a practical model for prediction of mortality in nursing homes (Kahrizak Elderly Study). *Geriatr Gerontol Int* 2012;12(1):36-45.
128. Lingjun Z, Jing C, Jian L, Wee B, Jijun Z. Prediction of survival time in advanced cancer: a prognostic scale for Chinese patients. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(4):578-86.
 129. Polley MY, Lamborn KR, Chang SM, Butowski N, Clarke JL, Prados M. Conditional probability of survival in patients with newly diagnosed glioblastoma. *J Clin Oncol* 2011;29(31):4175-80.
 130. Van Zanten M, Boulet JR, McKinley DW, DeChamplain A, Jobe AC. Assessing the communication and interpersonal skills of graduates of international medical schools as part of the United States Medical Licensing Exam (USMLE) Step 2 Clinical Skills (CS) Exam. *Acad Med* 2007; 82(10): 65-68.
 131. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004;79(6):495-507.
 132. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2002; 1: 464-483.
 133. Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med* 2003;57(5):791-806
 134. Fentiman IS. Communication with older breast cancer patients. *Breast J* 2007; 13(4):406-409.
 135. The AM, Hak T, Koëter G, van Der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000;321:1376-1381.
 136. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J* 2010 Spring; 10(1): 38-43.
 137. Schenker Y, Stewart A, Na B, Whooley MA. Depressive symptoms and perceived doctor-patient communication in the Heart and Soul study. *J Gen Intern Med* 2009; 24(5):550-6.
 138. Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León. En: <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=0&sel=334>
 139. Montoya Juárez R, Schmidt Río-Valle J, García Caro MP, Guardia García P, Cabezas Casado JL, Cruz Quintana F. Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Medicina paliativa* 2010; 17 (1): 24-30.
 140. Centeno C, Hernansanz S, Flores LA, Rubiales AS, López-Lara F. Doctoral dissertations related to palliative care written by Spanish University from 1985 to 2000. *Medicina paliativa* 2001; 8(4): 181-189.
 141. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid, 23 Diciembre 2004.
 142. Informe de la I+D+I sobre envejecimiento. Fundación General CSIC. En:<http://www.fgcsic.es/files/adjuntos/InformeEnvejecimiento.pdf>
 143. Programa de atención a enfermos crónicos-dependientes. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. En:<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF>

144. Mapa del sector sanitario de Barbastro. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón. En:http://www.zaragoza3.es/Gerencia/Recursos/mapa_barbastro.htm
145. Mapa sanitario de la Comunidad de Aragón 2007. Sector de Barbastro. En:http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/SECTOR_BARBASTRO_2007.pdf
146. Estado de la salud de la población aragonesa, sus determinantes y las actuaciones del departamento de Salud Consumo. En:http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Temas/Familias/Documentos/EstadoSaludPoblacionAragon_sintesis.pdf
147. Mortalidad en Aragón 2006. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. En:<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/RegistroMortalidad/MORTALIDAD-2006.pdf>
148. Instrucciones de 12 de diciembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por las que se establecen los flujos de derivación de los pacientes a los Hospitales de Convalecencia y para la intervención de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). En:<http://www.zaragoza3.es/Protocolos/Instrucciones%20Cronicos.pdf>
149. Programa de atención a enfermos crónicos-dependientes. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. En:http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/LIBRO%20Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20Enfermos%20Cr%C3%B3nicos%20Dependientes.pdf
150. Programa de Cuidados Paliativos de Aragón. En:http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/Programa_Cuidados_Paliativos_Aragon.pdf
151. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J* 1965; 14:61-5.
152. Morley D, Selai C, Thompson A. The self report Barthel Index: preliminary validation in people with Parkinson's disease. *Eur J Neurol*. 2012; 19(6):927-9.
153. Quinn TJ, Langhorne P, Stott DJ. Barthel index for stroke trials: development, properties, and application. *Stroke* 2011; 42(4):1146-51.
154. Tibaek S, Dehlendorff C. Is Barthel index a relevant measure for measuring prevalence of urinary incontinence in stroke patients? *NeuroUrol Urodyn* 2012; 31(1):44-9.
155. Murcia J, Llorens P, Sánchez-Payá J, Reus S, Boix V, Merino E, Laghzaoui F, Portilla J. Functional status determined by Barthel Index predicts community acquired pneumonia mortality in general population. *J Infect* 2010; 61(6):458-64
156. Larrión JL. Valoración geriátrica integral (III). Evaluación de la capacidad funcional del anciano. *Anales Sis San Navarra* 1999, Vol 22, suplemento 1.
157. Torres Moreno B, Núñez González E, Pérez Hernández Dde G, Simón Turriate JP, Alastuey Giménez C, Díaz Melián J, Corujo Rodríguez E, González Bermúdez MD, Fernández Duque O. Barthel and Charlson indexes for the prognosis of mortality and institutionalization in hospitalized geriatric patients. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44(4):209-12

158. Godfrey J, Poole L. An audit of the use of the Barthel Index in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2007; 13(11):543-8.
159. Javier Martín-Sánchez F, Gil V, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Fernández C, Miró O; for the Acute Heart Failure Working Group of the Spanish Society of Emergency Medicine Investigation Group. Barthel Index-Enhanced Feedback for Effective Cardiac Treatment (BI-EFFECT) Study: Contribution of the Barthel Index to the Heart Failure Risk Scoring System Model in Elderly Adults with Acute Heart Failure in the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(3):493-8.
160. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40.
161. Baztán JJ, González JI, Del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser, T, Peña-Casanova J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, 1994. J. R. Prous Editores: 137-64.
162. Karnofsky DA, Abelman WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of cancer. *Cancer* 1948; 1: 634-645.
163. Spitzer WO, State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chronic Dis* 1987; 40:465-471.
164. Allison MAK, Jones SE, McGuffey P. Phase II trial of outpatient interleukin-2 in malignant lymphoma, chronic lymphocytic leukemia and selected solid tumors. *J Clin Oncol* 1989; 7: 75-80.
165. Yates JW, Chalmer B, McKegey FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky Performance status. *Cancer* 1980; 45: 2220-2224
166. Manni A, Bartholomew M, Kaplan R, et al. Androgen priming and chemotherapy in advanced prostate cancer: evaluation of determinants of clinical outcome. *J Clin Oncol* 1988; 6: 1456-1466.
167. Pollack IF, Lunsford LD, Flinckinger JC, Demesheck HL. Prognostic factors in the diagnosis and treatment of primary central nervous system lymphoma. *Cancer* 1989; 63: 742-747.
168. Hollen PH, Gralla RJ y cols. Measurement of quality of life in patients with lung cancer in multicenter trials of new therapies. *Cancer* 1994; 73: 2087-2098.
169. Kemeny N, Niedzwiecki D, Shurgot B, Oderman P. Prognosis variables in patients with hepatic metastases from colorectal cancer. Importance of medical assessment of liver involvement. *Cancer* 1989; 63: 792-797.
170. O'Toole DM, Golden AM. Evaluating cancer patients for rehabilitation potential. *West J Med* 1991; 155:384-387.
171. Crooks V, Waller S, Smith T, Hahn TJ. The use of the Karnofsky performance scale in determining outcome and risk in geriatric outpatients. *J Gerontol* 1991; 46 (4): 139-144.
172. De Han R, Aaronson A y cols. Measuring of life in stroke. *Stroke* 1993; 24: 320-327.
173. Cuerda C, Cambor M, Bretón I, García-Peris P. Seguimiento a largo plazo de la nutrición parenteral domiciliaria en un hospital general: complicaciones y calidad de vida. *Nutr Hosp* 2002; 17: 15-21.
174. Puiggròs C, Lecha M, Rodríguez T, Pérez-Portabella C, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutr Hosp* 2009; 24(2):156-160.

175. Brezinski D, Stone PH, et al. Prognostic significance of the Karnofsky performance status score in patients with acute myocardial infarction: Comparison of the left ventricular ejection fraction and the exercise treadmill test performance. *Am Heart J* 1991; 121:1374-1381.
176. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, et al. The quality of life of patients with end stage disease. *N Engl J Med* 1985; 31:553-559.
177. Rebollo P, Bobes J, González MP, Sáiz P, Ortega F. Factores relacionados con la calidad de vida en pacientes en tratamiento renal de sustitución. *Nefrología* 2000; 20(2):171-181.
178. Ortiz D, Galguera F, Jam MR, Vilar S, Castella X, Artigas A. Calidad de vida y mortalidad de pacientes en cuidados intensivos. *Índices de calidad de vida. Enferm Intensiva* 1998; 9(4):141-150.
179. Rivero Marcotegui M. Índice de Karnofsky y otros parámetros predictivos en la EPOC y en el asma bronquial. Tesis doctoral. Zaragoza, Facultad de Medicina, 1995.
180. Apostolopolou E, Raftopoulos V, Terzis K, Pissaki K, Pagoni M, Delibasi S. Infection probability score, APACHE II and KARNOFSKY scoring systems as predictors of infection onset in haematology-oncology patients. *J Clin Nurs* 2010; 19(11-12):1560-8.
181. Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1586-1591.
182. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23(10):433-41.
183. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albet C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 129-34.
184. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
185. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, Morales Asín F, Fernando Pascual L, Montañés JA, Aznar S. Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Med Clin (Barc)* 1999; 112(20):767-74.
186. Ringdal GI, Ringdal K, Juliebø V, Wyller TB, Hjermstad MJ, Loge JH. Using the Mini Mental State Examination to Screen for Delirium in Elderly Patients with Hip Fracture. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2012; 32(6):394-400.
187. Bossola M, Antocicco M, Di Stasio E, Ciciarelli C, Luciani G, Tazza L, Rosa F, Onder G. Mini Mental State Examination over time in chronic hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2011; 71(1):50-4.
188. Grealish L. Mini Mental State Questionnaire problems with its use in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2000; 6:298-302.
189. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982; 139(9):1136-9.
190. Krzywińska E, Rossa G, Krzywiński S. The Global Deterioration Scale (GDS) and Functional Assessment Staging (FAST) in the diagnosis of Alzheimer type dementia. *Psychiatr Pol* 1993; 27(2):129-38.

191. Paul RH, Cohen RA, Moser DJ, Zawacki T, Ott BR, Gordon N, Stone W. The global deterioration scale: relationships to neuropsychological performance and activities of daily living in patients with vascular dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2002; 15(1):50-4.
192. Joyce CR, Zutshi DW, Hrubes V, Mason RM. Comparison of fixed interval and visual analogue scales for rating chronic pain. *Eur J Clin Pharmacol* 1975; 8(6):415-20.
193. Ahlers SJ, van der Veen AM, van Dijk M, et al. The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesth Analg* 2010; 110:127-133.
194. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(6):1691-1699.
195. DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, et al. The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesth Analg* 1998; 86:102-6.
196. Rauh KH, Andersen RS, Rosenberg J. Visual analogue scale for measuring postoperative pain. *Ugeskr Laeger* 2013; 175(24):1712-6.
197. Dorman S, Byrne A, Edwards A. Which measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. *Palliat Med* 2007; 21(3):177-91.
198. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
199. The Criteria Committee of the New York Heart Association. (1994). Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. (9th ed.). Boston: Little, Brown & Co. pp. 253–256.
200. Villar R, Meijide H, Castelo L, Mema A, Serrano J, Vares M^a, Ramos V. Escalas en práctica clínica: cardiología. *Galicia Clin* 2010; 71 (1): 31-36.
201. Miller-Davis C, Marden S, Leidy NK. The New York Heart Association Classes and functional status: what are we really measuring? *Heart Lung* 2006; 35(4):217-24.
202. Ahmed A. A propensity matched study of New York Heart Association class and natural history end points in heart failure. *Am J Cardiol* 2007;99(4):549-53.
203. Bennett JA, Riegel B, Bittner V, Nichols J. Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. *Heart Lung* 2002; 31(4):262-70.
204. Leonard MM, Nikolaichuk C, Meagher DJ, Barnes C, Gaudreau JD, Watanabe S, Agar M, Bush SH, Lawlor PG. Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2014;48(2):176-90.
205. Fernández González MJ, Rocés Camino JR, Valdés Gómez C, Vallina Blanco P. Equipo de soporte de atención domiciliaria. Resumen de la actividad realizada en los dieciséis primeros meses de funcionamiento del ESAD. Área Sanitaria V-Gijón (1 de octubre, 2000 a 31 de enero, 2002). *Medicina Paliativa* 2003; 10(2): 72-77.
206. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gomez C, Quiñones C, et al; por el Grupo RECENT. Palliative and support care at home in primary care. *Gac Sanit* 2011; 25(3):205-10.
207. Simó Cruzet E, Faro Colomé M, Garrell Lluís I, Jordana Barón A, Martí Company X, Torremorell Balagué D. Follow-up of patients jointly cared for by

- a Primary Care unit, its Home Care program, and a Home Care Support Unit. *Medicina paliativa* 2006; 13(3):140-143.
208. Molina Linde JM, Romero Rodríguez Y, Romero Coteló J, Ruiz Ortiz S, Gálvez Mateos R. Characteristics of terminal cancer patients included in a Palliative Care program. *Medicina Paliativa* 2008; 15(2): 89-92.
 209. Centeno C, Arnillas P, Hernansanz S, Flores LA, Gómez M, López-Lara F. The reality of palliative care in Spain. *Palliat Med* 2000; 14(5):387-94.
 210. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, Grajera Paredes María ME, Redondo Moralo MJ, Díaz Díez F, Espinosa Rojas JA; Grupo de Investigación en Cuidados Paliativos de Extremadura (IPALEX). Palliative care support teams and the commitment of primary care teams to terminally ill patients in their homes. *Aten Primaria*. 2006; 38(6):316-23.
 211. Dumont S, Jacobs P, Fassbender K, Anderson D, Turcotte V, Harel F. Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: a Canadian perspective. *Palliat Med* 2009 Dec; 23(8):708-17.
 212. Alonso-Babarro A, Bruera E, Varela-Cerdeira M, Boya-Cristia MJ, Madero R, Torres-Vigil I, De Castro J, González-Barón M. Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. *J Clin Oncol* 2011; 29(9):1159-67.
 213. Tang ST. Determinants of hospice home care use among terminally ill cancer patients. *Nurs Res* 2003; 52(4):217-25.
 214. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliat Med* 2001; 15(4):271-8.
 215. Joan M. Teno, MD, MS; Pedro L. Gozalo, PhD; Julie P. W. Bynum, MD, MPH; Natalie E. Leland, PhD; Susan C. Miller, PhD, MBA; Nancy E. Morden, MD, MPH; Thomas Scupp, BS; David C. Goodman, MD; Vincent Mor, PhD. Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA* 2013; 309(5):470-477.
 216. Gómez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, Porta-Sales J, Amor M, Espinosa J, Borràs JM, de la Mata I, Castellsagué X; Grupo de Evaluación-SECPAL. Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(6):522-32.
 217. Witteveen PO, van Groenestijn MA, Blijham GH, Schrijvers AJ. Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer. *Ann Oncol* 1999; 10(2):161-5.
 218. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, McIlwane J, Hillary K, Gonzalez J. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(7):993-1000.
 219. Quiñones Pérez A, Álvarez Jiménez P, García Sánchez, MJ, Guardia Mancilla, P. Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. *Medicina paliativa* 2013; 20(2):60-3.
 220. Ciais JF, Pradier C, Ciais C, Berthier F, Vallageas M, Raucoules-Aime M. Impact of a hospice home visit team on unwanted hospitalization of terminally-ill patients at home in acute medical emergencies. *Presse Med* 2007; 36 (3 Pt 1):404-9.
 221. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home based palliative care program for end of life. *J Palliat Med* 2003; 6(5):715-24.
 222. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Espinosa-Rojas J, Pascual-López A, Tuca A, Rodríguez J. Effectiveness of palliative care services in symptom control of

- patients with advanced terminal cancer: a spanish, multicenter, prospective, quasi-experimental, pre-post study. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40(5):652-60.
223. Enguidanos SM, Cherin D, Brumley R. Home based palliative care study: site of death, and costs of medical care for patients with congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2005; 1(3):37-56.
 224. Kerr CW, Tangeman JC, Rudra CB, Grant PC, Luczkiewicz DL, Mylotte KM, Riemer WD, Marien MJ, Serehali AM. Clinical Impact of a Home-Based Palliative Care Program: A Hospice-Private Payer Partnership. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Apr 16. [Epub ahead of print]
 225. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Hull JG, Li Z, Tosteson TD, Byock IR, Ahles TA. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 302(7):741-9.
 226. Nelson C, Chand P, Sortais J, Oloimooja J, Rembert G. Inpatient palliative care consults and the probability of hospital readmission. *Perm J* 2011; 15(2):48-51.
 227. Gonsalves WI, Tashi T, Krishnamurthy J, Davies T, Ortman S, Thota R, Aldoss I, Ganta A, Kalaiah M, Didwaniya N, Eberle C, Ganti AK, Silberstein PT, Subbiah S. Effect of Palliative Care Services on the Aggressiveness of End-of-Life Care in the Veteran's Affairs Cancer Population. *J Palliat Med* 2011;14(11):1231-5.
 228. Fernández González MJ, Martínez Estrada MF, E. Zapico Muñoz MF. Ingresos hospitalarios de pacientes atendidos por el ESAD del Área V de Asturias. *Medicina Paliativa* 2010; 17(2): 80-83.
 229. Tang ST. When death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nurs* 2003; 26(3):245-51.
 230. Tiernan E, O'Connor M, O'Siorain L, Kearney M. A prospective study of preferred versus actual place of death among patients referred to a palliative care home-care service. *Ir Med J* 2002; 95(8):232-5.
 231. Davison SN. End-of-Life Care Preferences and Needs: Perceptions of Patients with Chronic Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5(2): 195-204.
 232. Stajduhar KI, Allan DE, Cohen SR, Heyland DK. Preferences for location of death of seriously ill hospitalized patients: perspectives from Canadian patients and their family caregivers. *Palliat Med* 2008; 22(1):85-8.
 233. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, Mor V. Family perspectives on end of life care at the last place of care. *JAMA* 2004; 291(1):88-93.
 234. Rodríguez AM, Gagnon B. Place of death in cancer patients: what do we know and understand? A systematic, critical review of the literatura. *Medicina paliativa* 2009; 16 (2):111-119.
 235. Gruneir A, Mor V, Weitzen S, Truchil R, Teno J, Roy J. Where people die: a multilevel approach to understanding influences on site of death in America. *Med Care Res Rev* 2007; 64(4):351-78.
 236. Sessa C, Roggero E, Pampallona S, Regazzoni S, Ghielmini M, Lang M, Marx B, Neuenschwander H, Pagani O, Vasilievic V, Cavalli F. The last 3 months of life of cancer patients: medical aspects and role of home-care services in southern Switzerland. *Support Care Cancer* 1996; 4(3):180-5.

237. Fukui S, Kawagoe H, Masako S, Noriko N, Hiroko N, Toshie M. Determinants of the place of death among terminally ill cancer patients under home hospice care in Japan. *Palliat Med* 2003;17(5):445-53.
238. De Korte-Verhoef MC, Pasma HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. General practitioners' perspectives on the avoidability of hospitalizations at the end of life: A mixed-method study. *Palliat Med* 2014; 28(7):949-958.
239. Murray MA, Fiset V, Young S, Kryworuchko J. Where the dying live: a systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36(1):69-77.
240. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332(7540):515-521.
241. Grande GE, McKerral A, Addington-Hall JM, Todd CJ. Place of death and use of health services in the last year of life. *J Palliat Care* 2003; 19(4):263-70.
242. Ahlner-Elmqvist M, Jordhøy MS, Bjordal K, Jannert M, Kaasa S. Characteristics and quality of life of patients who choose home care at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36(3):217-27.
243. Escobar Pinzon LC, Claus M, Zepf KI, Letzel S, Weber M. Dying in Rhineland-Palatinate (Germany): Preferred and Actual Place of Death. *Gesundheitswesen* 2013; 75(12):853-8.
244. Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. *J Palliat Med* 2002; 5(2):319-27.
245. Batiste XG, Paz S. Public palliative care: review of key developments and implementation issues. *Curr Opin Support Palliat Care* 2007; 1(3):213-7.
246. Holley AP, Gorawara-Bhat R, Dale W, Hemmerich J, Cox-Hayley D. Palliative Access Through Care at Home: experiences with an urban, geriatric home palliative care program. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(10):1925-31.
247. Herrera E, Rocafort J, De Lima L, Bruera E, García-Peña F, Fernández-Vara G. Regional palliative care program in Extremadura: an effective public health care model in a sparsely populated region. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5):591-8.
248. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
249. Modelos organizativos en cuidados paliativos. Comparación de consumo de recursos. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de sanidad y consumo. Disponible en http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/438_AETSA_2006-34_Paliativos.pdf
250. Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Roca J, Borràs JM, Viladiu P, Stjernswärd J, Rius E. Catalonia WHO Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: results in 1995. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12(2):73-8.
251. Centeno C, Clark D, Lynch T, Racafort J, Prall D, De Lima L, Greenwood A, Flores LA, Brasch S, Giordano A; EAPC Task Force. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med* 2007; 21(6):463-71.
252. Shnoor Y, Szlaifer M, Aoberman AS, Bentur N. The cost of home hospice care for terminal patients in Israel. *Am J Hosp Palliat Care* 2007; 24(4):284-90.

253. Cartoni C, Brunetti GA, D'Elia GM, Breccia M, Niscola P, Marini MG, Nastri A, Alimena G, Mandelli F, Foà R. Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies. *Haematologica* 2007; 92(5):666-673.
254. Ostgathe C, Walshe R, Wolf J, Hallek M, Voltz R. A cost calculation model for specialist palliative care for patients with non-small cell lung cancer in a tertiary centre. *Support Care Cancer* 2008; 16(5):501-6.
255. Bruera E. Palliative care: quality, savings, quantity, but the leaders still do not buy. *Medicina Paliativa* 2010; 17(5): 253-254.
256. Tamir O, Singer Y, Shvartzman P. Taking care of terminally ill patients at home the economic perspective revisited. *Palliat Med* 2007; 21(6):537-41.
257. Morden NE, Chang CH, Jacobson JO, Berke EM, Bynum JP, Murray KM, Goodman DC. End-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer is highly intensive overall and varies widely. *Health Aff (Millwood)* 2012; 31(4):786-96.
258. Garrido Elustondo S, de Miguel Sánchez C, Vicente Sánchez F, Cabrera Vélez R, Macé Gutiérrez I, Riestra Fernández A. Clinical impressions of terminal cancer patients as an estimator of time of survival. *Aten Primaria* 2004; 34(2):75-80.
259. Evers MM, Purohit D, Perl D, Khan K, Marin DB. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. *Psychiatr Serv* 2002;53 (5):609-13.
260. Nourhashémi F, Gillette S, Cantet C, Stilmunkes A, Saffon N, Rougé-Bugat ME, Vellas B, Rolland Y. End-of-life care for persons with advanced Alzheimer disease: design and baseline data from the ALFINE study. *J Nutr Health Aging* 2012;16(5):457-61.
261. Hirakawa Y, Masuda Y, Kimata T, Uemura K, Kuzuya M, Iguchi A. Terminal care for elderly patients with dementia in two long-term care hospitals. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2004; 41(1):99-104.
262. Formiga F, Olmedo C, López-Soto A, Navarro M, Culla A, Pujol R. Dying in hospital of terminal heart failure or severe dementia: the circumstances associated with death and the opinions of caregivers. *Palliat Med* 2007; 21(1):35-40.
263. Romaní Costa V, Expósito López A, Rodríguez Carballeira M, Almagro Mena P. Morir en un hospital de agudos Análisis de la situación de últimos días. *Medicina paliativa* 2010; 17(4):222-225.
264. Martínez-Sellés M, Gallego L, Ruiz J, Avilés FF. Do-not-resuscitate orders and palliative care in patients who die in cardiology departments. What can be improved? *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2010;63(2):233-7.
265. Castaño Pinedo A, Vélez Ángel MC, Vargas Gómez JJ, Krikorian Daveloza A, Torné GJ, Blanco Avellaneda AM, Prado M, López CY, Gómez BL. Suffering, pain, and support strategies: patient and caregiver perception. *Medicina paliativa* 2008; 15(5): 279-286.
266. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixido A, Vidaurreta R. Palliative care and intensive medicine in health care at the end of life in the XXI century. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30 Suppl 3:113-28.
267. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Med Intensiva* 2008; 32(3):121-33.
268. Bailey CJ, Murphy R, Porock D. Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Soc Sci Med* 2011 Nov; 73(9):1371-7.

269. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative Care in the Emergency Department. *Perm J* 2014;18(2):77-85.
270. Bernabeu-Wittel M, García-Morillo S, González-Becerra C, Ollero M, Fernández A, Cuello-Contreras JA. Impact of palliative care and clinical features of patients with terminal diseases in areas of Internal Medicine. *Rev Clin Esp* 2006; 206(4):178-81.
271. González-Ruano Pérez P, Serralta San Martín G, Sáez Vaquero T, Pacheco Cuadros R, Ulla Anes M, Marco Mur A, Pascual Cuesta T, Viña Carregal B. Mortalidad en Medicina Interna. Importancia de los pacientes en situación terminal. *Medicina paliativa* 2009; 16(3):143-147.
272. Frohnhofen H, Hagen O, Heuer HC, Falkenhahn C, Willschrei P, Nehen HG. The terminal phase of life as a team-based clinical global judgment: prevalence and associations in an acute geriatric unit. *Z Gerontol Geriatr* 2011; 44(5):329-35.
273. Hussain JA, Mooney A, Russon L. Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease. *Palliat Med* 2013; 27(9): 829-39.
274. Joly D, Anglicheau D, Alberti C, et al: Octogenarians reaching end-stage renal disease: cohort study of decision-making and clinical outcomes. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14:1012-1021.
275. Murtagh FE, Addington-Hall JM, Higginson IJ. End-stage renal disease: a new trajectory of functional decline in the last year of life. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59:304-308.
276. Kooman JP, Cornelis T, van der Sande FM, Leunissen KM. Renal replacement therapy in geriatric end-stage renal disease patients: a clinical approach. *Blood Purif* 2012; 33(1-3):171-6.
277. O'Connor NR, Kumar P. Conservative Management of End-Stage Renal Disease without Dialysis: A Systematic Review. *J Palliat Med* 2012; 15(2): 228-235.
278. Bayoumi M, Al Harbi A, Al Suwaida A, Al Ghonaim M, Al Wakeel J, Mishkiry A. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2013; 24(2):254-9.
279. Navarro Sanz R, López Almazán C. Approximation to palliative care in the advanced non-malignant diseases. *An Med Interna* 2008; 25(4):187-91.
280. Aoun SM, Nikolaichuk C. Improving the Evidence Base in Palliative Care to Inform Practice and Policy: Thinking Outside the Box. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Apr 9. [Epub ahead of print]
281. Boland J, Martin J, Wells AU, Ross JR. Palliative care for people with non-malignant lung disease: summary of current evidence and future direction. *Palliat Med* 2013; 14:811-816.
282. Duenk RG, Heijdra Y, Verhagen SC, Dekhuijzen RP, Vissers KC, Engels Y. PROLONG: a cluster controlled trial to examine identification of patients with COPD with poor prognosis and implementation of proactive palliative care. *BMC Pulm Med* 2014;14(1):54.
283. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 2006; 14:58-69.
284. Au DH, Udris EM, Fihn SD, McDonnell MB, Curtis JR. Differences in health care utilization at the end of life among patients with chronic obstructive

- pulmonary disease and patients with lung cancer. *Arch Intern Med* 2006; 14:326-331.
285. Curtis JR. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J* 2008; 32(3):796-803.
 286. Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, Rabinstein AA, Saposnik G, Sheth KN, Zahuranec DB, Zipfel GJ, Zorowitz RD; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Clinical Cardiology. Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45(6):1887-916.
 287. World Health Organisation. *Dementia: A Public Health Priority*. Geneva: World Health Organisation; 2012.
 288. Xie J, Brayne C, Matthews FE. Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study Collaborators. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ* 2008; 14(7638):258-262.
 289. Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. Dying with advanced dementia in the nursing home. *Arch Intern Med* 2004;14(3):321-326
 290. Di Giulio P, Toscani F, Villani D, Brunelli C, Gentile S, Spadin P. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. *J Palliat Med* 2008; 11:1023-1028.
 291. Duaso Magaña E, Cuadra L, Capo M, Llonch M, Loutfi S, Frago M, Rodríguez D, Rey A. What should be done and not done throughout the process of dementia? *Dialogue and aid. Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44 Suppl 2:15-21.
 292. Formiga F, López-Soto A, Navarro M, Riera-Mestre A, Bosch X, Pujol R. Hospital deaths of people aged 90 and over: end-of-life palliative care management. *Gerontology* 2008; 54(3):148-52.
 293. Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Rubio-Rivas M, Cuerpo S, Pujol R. Predictors of long-term survival in nonagenarians: the NonaSantfeliu study. *Age Ageing* 2011; 40(1):111-6.
 294. Kruse RL, Mehr DR, Van der Steen JT, Ooms ME, Madsen RW, Shermam AK, et-al. Antibiotic treatment and survival of nursing home patients with lower respiratory tract infection: A cross-national analysis. *Ann Fam Med* 2005; 3:422-9.
 295. Luchins DJ, Hanrahan P, Murphy K. Criteria for enrolling dementia patients in hospice. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:1054-9.
 296. Houttekier D, Reyniers T, Deliens L, Van Den Noortgate N, Cohen J. Dying in hospital with dementia and pneumonia: a nationwide study using death certificate data. *Gerontology* 2014; 60(1):31-7.
 297. Pinzon LC, Claus M, Perrar KM, Zepf KI, Letzel S, Weber M. Dying with dementia: symptom burden, quality of care, and place of death. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(12):195-202.
 298. Mitchell SL, Teno JM, Miller SC, Mor V. A national study of the location of death for older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:299-305.
 299. Houttekier D, Cohen J, Bilsen J, Addington-Hall J, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:751-756.

300. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Patients dying with dementia: experience at the end of life and impact of hospice care. *J Pain Symptom Manage* 2008; 14(5):499-507.
301. National End of Life Care Intelligence Network. Variations in Place of Death in England. England: National End of Life Care Intelligence Network; 2010. En: http://www.endoflifecare-intelligence.org.uk/resources/publications/deaths_from_alzheimers
302. Sleeman KE, Ho YK, Verne J, Gao W, Higginson IJ; GUIDE_Care project. Reversal of English trend towards hospital death in dementia: a population-based study of place of death and associated individual and regional factors, 2001-2010. *BMC Neurol* 2014; 14:59.
303. Wachterman M, Kiely DK, Mitchell SL. Reporting dementia on the death certificates of nursing home residents dying with end-stage dementia. *JAMA* 2008; 14(22):2608-2610.
304. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;14:CD007760
305. Sampson EL, Ritchie CW, Lai R, Raven PW, Blanchard MR. A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. *Int Psychogeriatr* 2005; 14(1):31-40.
306. Nourhashémi F, Gillette S, Cantet C, Stilmunkes A, Saffon N, Rougé-Bugat ME, Vellas B, Rolland Y. End-of-life care for persons with advanced Alzheimer disease: design and baseline data from the ALFINE study. *J Nutr Health Aging* 2012;16(5):457-61.
307. Stiel S, Pollok A, Elsner F, et al. Validation of the Symptom and Problem Checklist of the German Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) *J Pain Symptom Manage* 2012;43:593-605.
308. Radbruch L, Nauck F, Fuchs M, Neuwöhner K, Schulenberg D, Lindena G. What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:470-482.
309. Araw M, Kozikowski A, Sison C, Mir T, Saad M, Corrado L, Pekmezaris R, Wolf-Klein G. Does a palliative care consult decrease the cost of caring for hospitalized patients with dementia? *Palliat Support Care* 2013; 21:1-6.
310. Nourhashémi F, Gillette S, Cantet C, Stilmunkes A, Saffon N, Rougé-Bugat ME, Vellas B, Rolland Y. End-of-life care for persons with advanced Alzheimer disease: design and baseline data from the ALFINE study. *J Nutr Health Aging* 2012;16(5):457-61.
311. Brodaty H, Connors MH, Xu J, Woodward M, Ames D. Predictors of institutionalization in dementia: a three year longitudinal study. *J Alzheimers Dis* 2014;40(1):221-6.
312. Sansoni J, Anderson KH, Varona LM, Varela G. Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature. *Ann Ig* 2013;25(3):235-46.
313. Vandervoort A, Van den Block L, van der Steen JT, Volicer L, Vander Stichele R, Houttekier D, Deliëns L. Nursing home residents dying with dementia in Flanders, Belgium: a nationwide postmortem study on clinical characteristics and quality of dying. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14(7):485-92.
314. Jaul E, Calderon-Margalit R. Systemic factors and mortality in elderly patients with pressure ulcers. *Int Wound J*. 2013 May 21. [Epub ahead of print].

315. Ravona-Springer R, Davidson M. Considerations in psychotropic treatments in dementia - can polypharmacy be avoided? *Int J Neuropsychopharmacol* 2014; 17(7):1107-17.
316. Zwakhalen SM, van der Steen JT, Najim MD. Which score most likely represents pain on the observational PAINAD pain scale for patients with dementia? *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13:384-389.
317. Schreier AM. Nursing care, delirium, and pain management for the hospitalized older adult. *Pain Manag Nurs* 2010; 11(3):177-85.
318. Hendriks SA, Smalbrugge M, Hertogh CM, van der Steen JT. Dying With Dementia: Symptoms, Treatment, and Quality of Life in the Last Week of Life. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47(4):710-20.
319. Daiello LA, Ott BR, Lapane KL, Reinert SE, Machan JT, Dore DD. Effect of discontinuing cholinesterase inhibitor therapy on behavioral and mood symptoms in nursing home patients with dementia. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7(2):74-83.
320. Vehof LJG, Stewart RE, Haaijer-Ruskamp FM, Meyboom de Jong B. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Family Practice* 2000; 17 (3): 261-267.
321. Junius Walker U, Theile G, Hummers Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Family Practice* 2007; 24 (1): 14-19.
322. Flood KL, Carroll MB, Le CV, Brown CJ. Polypharmacy in hospitalized older adult cancer patients: experience from a prospective, observational study of an oncology-acute care for elders unit. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009; 7(3):151-8.
323. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing* 2004; 33: 110-115.
324. Balducci L, Goetz-Parten D, Steinman MA. Polypharmacy and the management of the older cancer patient. *Ann Oncol* 2013; 24 Suppl 7:36-40.
325. Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acute ill population of elderly patients as determined by Beers criteria. *Age Ageing* 2008; 37: 96-101.
326. Onatade R, Auyeung V, Scutt G, Fernando J. Potentially Inappropriate Prescribing in Patients on Admission and Discharge from an Older Peoples' Unit of an Acute UK Hospital. *Drugs Aging* 2013; 30(9):729-37.
327. Mazzocato C, David S, Benaroyo L, Monod S. Polypharmacy and the elderly: neither too much nor too little. *Rev Med Suisse* 2013; 9(386):1026, 1028-31.
328. Santibáñez-Beltrán S, Villarreal-Ríos E, Galicia-Rodríguez L, Martínez-González L, Vargas-Daza ER, Ramos-López JM. Economic cost of polypharmacy in the elderly in primary health care. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2013; 51(2):192-9.
329. Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, Alépovitch A. Inappropriate medication use and risk of falls--a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr* 2009; 9:30.
330. Mansur N, Weiss A, Beloosesky Y. Is there an association between inappropriate prescription drug use and adherence in discharged elderly patients? *Ann Pharmacother* 2009; 43(2):177-84.
331. Ries LA, Wingo PA, Miller DS, Howe HL, Weir HK, Rosenberg HM, Vernon SW, Cronin K, Edwards BK. The annual report to the nation on the status of

- cancer, 1973-1997, with a special section on colorectal cancer. *Cancer* 2000; 88(10):2398-424.
332. Riechelmann RP, Moreira F, Smaletz O, Saad ED. Potential for drug interactions in hospitalized cancer patients. *Cancer Chemother Pharmacol* 2005; 56(3):286-90.
 333. Riechelmann RP, Zimmermann C, Chin SN, Wang L, O'Carroll A, Zarinehbab S, Krzyzanowska MK. Potential drug interactions in cancer patients receiving supportive care exclusively. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35(5):535-43.
 334. Kotlinska-Lemieszek A, Paulsen O, Kaasa S, Klepstad P. Polypharmacy in Patients With Advanced Cancer and Pain. A European Cross-Sectional Study of 2282 Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Apr 25. [Epub ahead of print]
 335. Tjia J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. *Drugs Aging* 2013; 30(5):285-307.
 336. Lau DT, Mercaldo ND, Shega JW, Rademaker A, Weintraub S. Functional decline associated with polypharmacy and potentially inappropriate medications in community-dwelling older adults with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011 Dec;26(8):606-15.
 337. Legault S, Tierney S, Sénécal I, Pereira J. Evaluation of a thromboprophylaxis quality improvement project in a palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2011 Mar;41(3):503-10.
 338. Noble SI, Finlay IG. Is long-term low-molecular-weight heparin acceptable to palliative care patients in the treatment of cancer related venous thromboembolism? A qualitative study. *Palliat Med* 2005; 19(3):197-201.
 339. Nishioka J, Goodin S. Low-molecular-weight heparin in cancer-associated thrombosis: treatment, secondary prevention, and survival. *J Oncol Pharm Pract* 2007; 13(2):85-97.
 340. McLean S, Ryan K, O'Donnell JS. Primary thromboprophylaxis in the palliative care setting: a qualitative systematic review. *Palliat Med* 2010; 24(4):386-95.
 341. Smith JD, Baillie J, Baglin T, Griffiths GO, Casbard A, Cohen D, Fitzmaurice DA, Hood K, Rose P, Cohen AT, Johnson M, Maraveyas A, Bell J, Toone H, Nelson A, Noble SI. A feasibility study to inform the design of a randomized controlled trial to identify the most clinically and cost effective Anticoagulation Length with low molecular weight heparin In the treatment of Cancer Associated Thrombosis (ALICAT): study protocol for a mixed-methods study. *Trials* 2014; 15 (1):122.
 342. Gillon S, Noble S, Ward J, Lodge KM, Nunn A, Koon S, Johnson MJ. Primary thromboprophylaxis for hospice inpatients: who needs it? *Palliat Med* 2011; 25(7):701-5.
 343. Cátedra B, Muñoz F, Cabello L. Are domiciliary care patients receiving adequate thromboprophylaxis? *Semergen* 2014;40(1):27-33.
 344. Lyman GH, Khorana AA, Falanga A, Clarke-Pearson D, Flowers C, Jahanzeb M, Kakkar A, Kuderer NM, Levine MN, Liebman H, Mendelson D, Raskob G, Somerfield MR, Thodiyil P, Trent D, Francis CW; American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology guideline: recommendations for venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2007;25(34):5490-505.
 345. Lang PO, Hasso Y, Dramé M, Vogt-Ferrier N, Prudent M, Gold G, Michel JP. Potentially inappropriate prescribing including under-use amongst older patients with cognitive or psychiatric co-morbidities. *Age Ageing* 2010; 39(3):373-81.

346. Jorgensen PW, Calleja EL, Gasó PS, Matarranz del Amo M, Navarro RA, Sánchez JM. Antiaggregation and anticoagulation, relationship with upper gastrointestinal bleeding. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103(7):360-5.
347. Centeno C, Galrica I, Vara F. Estudio prospectivo con ceftriaxona subcutánea en pacientes de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2008; 130:439.
348. Hernández Palacios R. Usefulness of the subcutaneous route in the care of patients with advanced dementia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44 Suppl 2:37-42.
349. Reinbolt RE, Shenk AM, White PH, Navari R.M. Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care. *J Pain Sympt Manage* 2005; 30:175-82.
350. Van der Steen JT, Pasma HR, Ribbe MW, Van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen B.D. Discomfort in dementia patients dying from pneumonia and its relief by antibiotics *Scand. J Infect Dis* 2009; 41:143-51.
351. Van der Steel JT, Ooms ME, Van der Wal G, Ribbe M.W. Pneumonia: The demented patient's best friend? Discomfort after starting or with holding antibiotic treatment. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1681-8.
352. Tanaka S, Kotani H, Miyazaki M, Hirabayashi A, Murosaki C, Yamashita K, Kishi R, Mouri A, Kondo M, Shimokata K, Hasegawa Y, Yamada K, Noda Y. Usage of gastric antisecretory drugs in palliative care of lung cancer patients. *Gan To Kagaku Ryoho* 2012; 39(2):251-6.
353. Gaertner J, Ruberg K, Schlesiger G, Frechen S, Voltz R. Drug interactions in palliative care--it's more than cytochrome P450. *Palliat Med* 2012;26(6):813-25.
354. Uwagawa T, Misawa T, Iida T, Sakamoto T, Gocho T, Wakiyama S, Hirohara S, Yanaga K. Proton-pump inhibitor as palliative care for chemotherapy-induced gastroesophageal reflux disease in pancreatic cancer patients. *J Palliat Med* 2010; 13(7):815-8.
355. Agar M, Webster R, Lacey J, Donovan B, Walker A. The use of subcutaneous omeprazole in the treatment of dyspepsia in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2004;28(6):529-31.
356. Desmidt T, Constans T. Subcutaneous infusion of esomeprazole in elderly patients in palliative care: a report of two cases. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(9):1724-5.
357. Corsonello A, Maggio M, Fusco S, Adamo B, Amantea D, Pedone C, Garasto S, Ceda GP, Corica F, Lattanzio F, Antonelli Incalzi R. Proton pump inhibitors and functional decline in older adults discharged from acute care hospitals. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(6):1110-5.
358. Addington-Hall JM, Fakhoury W, McCarthy M. Specialist palliative care in non-malignant disease. *Palliat Med* 1998; 12:417-427.
359. Gonzales MJ, Widera E. Nausea and other nonpain symptoms in long-term care. *Clin Geriatr Med* 2011; 27(2):213-28.
360. García Martín JA, Huerga Pesquera MJ. Tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Experiencia de una unidad domiciliaria. *Medicina paliativa* 2009; 16(6): 339-344.
361. Toscano Murillo F, Bernabeu Wittel M, Ollero Baturone M. Quality of life and clinical features of cancer patients receiving palliative care in a tertiary teaching hospital. *Medicina paliativa* 2009; 16(5):272-278.
362. Hermida Porto L, Blanco Rodríguez R, Prego Domínguez J. Tratamiento del dolor en pacientes paliativos: asignatura pendiente en la mayoría de los servicios intra y extrahospitalarios. *Medicina paliativa* 2005; 2(2): 74-78.

363. Hanlon JT, Perera S, Sevick MA, Rodriguez KL, Jaffe EJ. Pain and its treatment in older nursing home hospice/palliative care residents. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11(8):579-83.
364. Sancho Zamora MA, Pérez Maroto MT, Ventura López P, Arteta Jiménez M, Sanz Cortés J. Prescription of opioid analgesics in primary, specialized, and hospital care in Puertollano sanitary area. Trends in 2001-2006. *Medicina paliativa* 2008; 15(6): 346-350.
365. Centeno C, Portela MA, Noguera A, Idoate A, Rubiales AS. Impact of a new palliative care consultation team on opioid prescription in a University Hospital. *BMC Palliat Care* 2009; 8:2
366. García del Pozo J, Carvajal A, Vilorio JM, Velasco A, García del Pozo V. Trends in the consumption of opioid analgesics in Spain. Higher increases as fentanyl replaces morphine. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64(4):411-5.
367. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12:8-16.
368. Lorca GJ, Muriel C, González Tablas MM, Díez MA. Relación entre características del dolor crónico y niveles de depresión. *Rev Soc Esp Dolor* 2007; 1:26-35.
369. Velázquez I, Muñoz M, Sánchez M, Zenner A, Velázquez L. Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. *Rev Soc Esp Dolor* 2012; 19(2):49-58.
370. Gerrits MM, van Oppen P, van Marwijk HW, Penninx BW, van der Horst HE. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain* 2014;155(1):53-9.
371. Sagheer MA, Khan MF, Sharif S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. *J Pak Med Assoc* 2013;63(6):688-90.
372. Dong ST, Butow PN, Costa DS, Lovell MR, Aga M. Symptom Clusters in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review of Observational Studies. *J Pain Symptom Manage* 2014;48(3):411-450.
373. de la Cruz M, Noguera A, San Miguel-Arregui MT, Williams J, Chisholm G, Bruera E. Delirium, agitation, and symptom distress within the final seven days of life among cancer patients receiving hospice care. *Palliat Support Care* 2014 20:1-6.
374. Götze H, Brähler E, Gansera L, Polze N, Köhler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Support Care Cancer* 2014; 22(10):2775-82.
375. Delgado-Guay M, Yennurajalingam S, Parsons H, Palmer JL, Bruera E. Association between self-reported sleep disturbance and other symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(5):819-27.
376. Bernabeu Mora R, Sánchez Nieto JM, Carrillo Alcaraz A. Quality of initial prescription of home oxygen therapy in a healthcare area of the Murcia Region (Spain). *Rev Calid Asist* 2011; 26(1):28-32.
377. Antoniu S, Mihaltan F. Outcome measures for palliative oxygen therapy: relevance and practical utility. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2014;14(3):417-23.
378. Julião M, Barbosa A. Depression in palliative care: prevalence and assessment. *Acta Med Port* 2011; 24 Suppl 4:807-18.

379. Rhondali W, Perceau E, Berthiller J, Saltel P, Trillet-Lenoir V, Tredan O, Coulon JP, Bruera E, Filbet M. Frequency of depression among oncology outpatients and association with other symptoms. *Support Care Cancer* 2012;20(11):2795-802.
380. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:409-16.
381. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA* 2003; 290:215-21.
382. Janberidze E, Hjermstad MJ, Brunelli C, Loge JH, Lie HC, Kaasa S, Knudsen AK; on behalf of EURO IMPACT. The use of antidepressants in patients with advanced cancer-results from an international multicentre study. *Psychooncology* 2014 Oct;23(10):1096-102.
383. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer* 2009 May; 17(5):573-9.
384. Calsina Berna A, Garzón Rodríguez C, Porta Sales J. Delirium en pacientes oncológicos avanzados ingresados en una unidad de hospitalización de cuidados paliativos. *Medicina paliativa* 2009; 16(5):286-290.
385. Leonard M, Raju B, Conroy M, Donnelly S, Trzepacz PT, Saunders J, Meagher D. Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. *Palliat Med* 2008; 22(7):848-54.
386. Scarpi E, Maltoni M, Miceli R, Mariani L, Caraceni A, Amadori D, Nanni O. Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist* 2011; 16(12):1793-9
387. Fainsinger RL, De Moissac D, Mancini I, Oneschuk D. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliat Care* 2000; 16(2):5-10.
388. Bush SH, Bruera E, Lawlor PG, Kanji S, Davis DH, Agar M, Wright D, Hartwick M, Currow DC, Gagnon B, Simon J, Pereira JL. Clinical Practice Guidelines for Delirium Management: Potential Application in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48(2):249-58.
389. Leonard MM, Nikolaichuk C, Meagher DJ, Barnes C, Gaudreau JD, Watanabe S, Agar M, Bush SH, Lawlor PG. Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48(2):176-90.
390. Noguera A, Centeno C, Librada S, Nabal M. Screening for constipation in palliative care patients. *J Palliat Med* 2009; 12(10):915-20.
391. Noguera A, Centeno C, Librada S, Nabal M. Clinical use of oral laxatives in palliative care services in Spain. *Support Care Cancer* 2010; 18(11):1491-4.
392. Rauck RL. Treatment of opioid-induced constipation: focus on the peripheral μ -opioid receptor antagonist methylnaltrexone. *Drugs* 2013;73(12):1297-306.
393. Clemens KE, Faust M, Jaspers B, Mikus G. Pharmacological treatment of constipation in palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013; 7(2):183-91.
394. Chumpitaz-Corredor D, Lara-Solares A. Correlation between opioid dose and time response to methylnaltrexone. *Rev Soc Esp Dolor* 2012; 9(1): 11-17.
395. Diego L, Atayee R, Helmons P, von Gunten CF. Methylnaltrexone: a novel approach for the management of opioid-induced constipation in patients with advanced illness. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2009; 3(5):473-85.

396. Gatti A, Sabato AF. Management of opioid-induced constipation in cancer patients: focus on methylaltraxone. *Clin Drug Investig* 2012; 32(5):293-301.
397. Rao SS, Go JT. Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. *Clin Interv Aging* 2010; 5:163-71.
398. Clark K, Currow DC. Methylaltraxone in palliative care: further research is needed. *J Pain Symptom Manage* 2014;47(2):e5-6.
399. Candy B, Jones L, Goodman ML, Drake R, Tookman A. Laxatives or methylaltraxone for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(1):CD003448.
400. Bloechl-Daum B, Deuson RR, Mavros P, Hansen M, Herrstedt J. Delayed nausea and vomiting continue to reduce patients' quality of life after highly and moderately emetogenic chemotherapy despite antiemetic treatment. *J Clin Oncol* 2006;24(27):4472-8.
401. Laugsand EA, Kaasa S, de Conno F, Hanks G, Klepstad P; Research Steering Committee of the EAPC. Intensity and treatment of symptoms in 3.030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *J Opioid Manag* 2009;5(1):11-21.
402. De Conno F, Caraceni A, Groff L, Brunelli C, Donati I, Tamburini M, Ventafridda V. Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *Eur J Cancer* 1996; 32A(7):1142-7.
403. Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ. Symptoms, treatment and "dying peacefully" in terminally ill cancer patients: a prospective study. *Support Care Cancer* 2005; 13(3):160-8.
404. Jaiswal R, Alici Y, Breitbart W. A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *Int Rev Psychiatry* 2014;26(1):87-101.
405. Yong Liu, Qing-song Xi, Shu Xia, Liang Zhuang, Wei Zheng, Shiyong Yu. Association between symptoms and their severity with survival time in hospitalized patients with far advanced cancer. *Palliat Med* 2011:682-690.
406. Palmer JL, Fisch MJ. Association between symptom distress and survival in outpatients seen in a palliative care cancer center. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29(6):565-71.
407. Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Dudgeon D, Atzema C, Liu Y, Husain A, Sussman J, Earle C. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol* 2011; 29(9):1151-8.
408. O'Mahony S, Goulet JL, Payne R. Psychosocial distress in patients treated for cancer pain: a prospective observational study. *J Opioid Manag* 2010; 6(3):211-22.
409. Mori M, Parsons HA, De la Cruz M, Elsayem A, Palla SL, Liu J, Li Z, Palmer L, Bruera E, Fadul NA. Changes in symptoms and inpatient mortality: a study in advanced cancer patients admitted to an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center. *J Palliat Med* 2011; 14(9):1034-41.
410. Narducci F, Grande R, Mentuccia L, Trapasso T, Sperduti I, Magnolfi E, Fariello AM, Gemma D, Gamucci T. Symptom improvement as prognostic factor for survival in cancer patients undergoing palliative care: a pilot study. *Support Care Cancer* 2012; 20(6):1221-6.
411. Kirkova J, Rybicki L, Walsh D, Aktas A. Symptom Prevalence in Advanced Cancer: Age, Gender, and Performance Status Interactions. *Am J Hosp Palliat Care* 2012; 29(2):139-45.

412. Austin P, Wiley S, McEvoy PM, Archer L. Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home. *Palliat Support Care* 2011; 9(4):393-400.
413. Naess H, Lunde L, Brogger J, Waje-Andreassen U. Depression predicts unfavourable functional outcome and higher mortality in stroke patients: the Bergen Stroke Study. *Acta Neurol Scand Suppl* 2010;(190):34-8
414. Moens K, Higginson IJ, Harding R; EURO IMPACT. Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living With Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 2014 Oct;48(4):660-677.
415. Klosa PR, Klein C, Heckel M, Bronnhuber AC, Ostgathe C, Stiel S. The EAPC framework on palliative sedation and clinical practice-a questionnaire-based survey in Germany. *Support Care Cancer* 2014;22(10):2621-8.
416. Elsayem A, Curry Iii E, Boohene J, Munsell MF, Calderon B, Hung F, Bruera E. Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer* 2009; 17(1):53-9.
417. Caraceni A, Zecca E, Martini C, Gorni G, Campa T, Brunelli C, De Conno F. Palliative sedation at the end of life at a tertiary cancer center. *Support Care Cancer* 2012; 20(6):1299-307.
418. Jaspers B, Nauck F, Lindena G, Elsner F, Ostgathe C, Radbruch L. Palliative sedation in Germany: how much do we know? A prospective survey. *J Palliat Med* 2012; 15(6):672-80.
419. Carballada C, Ameneiros E. La sedación paliativa en pacientes oncológicos en una unidad de hospitalización a domicilio: un análisis prospectivo de 7 años de experiencia. *Medicina paliativa* 2010; 17(5):276-279.
420. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Casuccio A; Home Care-Italy Group. Palliative Sedation in Patients With Advanced Cancer Followed at Home: A Prospective Study. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47(5):860-6.
421. Calvo-Espinos C, Ruiz de Gaona E, Gonzalez C, Ruiz de Galarreta L, Lopez C. Palliative sedation for cancer patients included in a home care program: A retrospective study. *Palliat Support Care* 2014; 24:1-6.
422. Busquet X, Morros C, Busquet C, Duocastella P, Gomis M. La vía subcutánea en atención domiciliaria: un estudio prospectivo. *Medicina paliativa* 2001; 8(4):173-180.
423. Boceta Osuna J, Nabal Vicuña M, Martínez Peñalver F, Blanco Picabia A, Aguayo Canela M, Royo Aguado JL. Palliative sedation in a University Hospital: Experience after introducing a specific protocol. *Rev Calid Asist* 2013; 28(4):225-33.
424. McClung JA. End-of-life care in the treatment of advanced heart failure in the elderly. *Cardiol Rev* 2013; 21(1):9-15.
425. Russell JA, Williams MA, Drogan O. Sedation for the imminently dying: survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology* 2010; 74(16):1303-9.
426. Azulay A, Hortelano E, Visconti JV. Tratamiento paliativo del paciente neoplásico en estado agónico mediante infusión subcutánea de fármacos. *Med Pal (Madrid)* 1998; 5: 131-5.
427. Grau P, Rodríguez MI, Botella JJ. Uso de bombas de infusión subcutánea en pacientes geriátricos con enfermedades no malignas en sus últimos días de vida. *Medicina paliativa* 2003; 10(3): 133-135.
428. Sizoo EM, Grisold W, Taphoorn MJ. Neurologic aspects of palliative care: the end of life setting. *Handb Clin Neurol* 2014; 121:1219-25.

429. Anquinet L, Rietjens JA, Vandervoort A, van der Steen JT, Vander Stichele R, Deliens L, Van den Block L. Continuous deep sedation until death in nursing home residents with dementia: a case series. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(10):1768-76.
430. Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodríguez-Barrientos R, Bruera E. At home palliative sedation for end-of-life cancer patients. *Palliat Med* 2010; 24(5):486-92.
431. du Couëdic L, Morel V, Trehello L, Trehony A, Robert M, Sandron D. Palliative care for patients with COPD: a challenge. *Rev Mal Respir* 2012;29(9):1088-94.
432. Cuervo MA, Mota R, Redondo MJ, Sánchez MA, Pera G. Dyspnea: a bad prognosis symptom at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2009; 26(2):89-97.
433. Canal J, Barallat E, Tahan N, Llobera M, Blanes A. Utilidad y singularidades de la vía subcutánea en el domicilio. *Medicina paliativa* 2008; 15(4):220-224.
434. van Deijck RH, Hasselaar JG, Verhagen SC, Vissers KC, Koopmans RT. Determinants of the administration of continuous palliative sedation: a systematic review. *J Palliat Med* 2013; 16(12): 1624-32.
435. Pérez de Lucas N, López Martínez R, Sanz JF, Alcorlo G, García Y, Prieto S. Opinión y utilización de la sedación terminal en el ámbito de la Atención Primaria. *Medicina paliativa* 2004; 11(1):6-11.
436. Maltoni M, Miccinesi G, Morino P, Scarpi E, Bulli F, Martini F, Canzani F, Dall'Agata M, Paci E, Amadori D. Prospective observational Italian study on palliative sedation in two hospice settings: differences in casemixes and clinical care. *Support Care Cancer* 2012; 20(11):2829-36.
437. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, Amadori D, Nanni O. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol* 2012; 30(12):1378-83.
438. Barathi B, Chandra PS. Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? A Systematic Review. *Indian J Palliat Care* 2013; 19(1):40-7.
439. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage* 2009 May; 37(5):771-9.
440. Lossignol D, Damas F. Continuous sedation: practical and ethical aspects. *Rev Med Brux* 2013; 34(1):21-8.
441. Janssens R, van Delden JJ, Widdershoven GA. Palliative sedation: not just normal medical practice. Ethical reflections on the Royal Dutch Medical Association's guideline on palliative sedation. *J Med Ethics* 2012; 38(11):664-8.
442. Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009; 23(7):581-93.
443. Bruinsma S, Rietjens J, van der Heide A. Palliative sedation: a focus group study on the experiences of relatives. *J Palliat Med* 2013;16(4):349-55.
444. Kohara H, Ueoka H, Takeyama H, Murakami T, Morita T. Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. *J Palliat Med* 2005; 8:20-2.
445. Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, Perez RS, Zuurmond WW, van der Maas PJ, van Delden JJ, Rietjens JA. Continuous palliative sedation: not only a response to physical suffering. *J Palliat Med* 2014; 17(1):27-36.
446. Vitetta L, Kenner D, Sali A. Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2005; 22:465-73

447. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007; 10:67-85.
448. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: Results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol* 2009; 20:1163-9.
449. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care-a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003; 2:1-9.
450. Beauverd M, Bernard M, Currat T, Ducret S, Foley RA, Borasio GD, Blondeau D, Dumont S. French Swiss physicians' attitude toward palliative sedation: Influence of prognosis and type of suffering. *Palliat Support Care* 2013; 17:1-6.
451. De Arriba Méndez JJ, Nerín Sánchez C, Blanquer García MJ, Ortiz Martínez MC, Ródenas García L, Vila Meizoso B. Concordancia entre las preferencias de pacientes con cáncer avanzado y sus familias en cuanto al lugar de fallecimiento. *Medicina paliativa* 2008; 15(1): 18-22.
452. Gisbert A, Gómez F, Bruera E. Valoración global del control de síntomas al final de la vida. *Medicina paliativa* 2004; 11(2): 79-82.
453. Bermejo JC, Villaceros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina paliativa* 2013; 20(2):49-59.
454. Montoya Juárez R, Schmidt Río-Valle J, García Caro MP, Guardia García P, Cabezas Casado JL, Cruz Quintana F: Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Medicina paliativa*; 17(1): 24-30.
455. Evans J, Ziebland S, Pettitt AR. Incurable, invisible and inconclusive: watchful waiting for chronic lymphocytic leukaemia and implications for doctor-patient communication. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2012; 21(1):67-77.
456. Lundquist G, Rasmussen BH, Axelsson B. Information of imminent death or not: Does it make a difference. *J Clin Oncol* 2011; 29:3927-3931.
457. Gómez Sancho M, Altisent Trota R, Bátiz Cantera J, Ciprés Casasnovas L, Herranz Martínez JA, Rocafort Gil J. Respuesta de los autores sobre Ética y muerte digna propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Medicina paliativa* 2010; 17(2):74.
458. Diestre Ortín G, González Sequero V, Collell Domènech N, Pérez López F, Hernando Robles P. Advance care planning and severe chronic diseases. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013; 48(5):228-31.
459. Bajo Peñas L, Espauella Panicot J, Dalmau Paniagua N, Barneto Soto M, Altimiras Roset J. Analysis of dementia patient mortality in a psychogeriatric unit *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013; 48(2):69-71.
460. Bulli F, Miccinesi G, Biancalani E, Fallai M, Mannocci M, Paci E, Piazza M, Tempestini C, Morino P. Continuous deep sedation in home palliative care units: case studies in the Florence area in 2000 and in 2003-2004. *Minerva Anestesiol* 2007; 73(5):291-8.
461. Donker GA, Slotman FG, Spreeuwenberg P, Francke AL. Palliative sedation in Dutch general practice from 2005 to 2011: a dynamic cohort study of trends and reasons. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014; 158(4):A7265.
462. Cuevas X, García F, Martín-Malo A, Fort J, Lladós F, Lozano J, Pérez-García R. Risk Factors Associated with Cardiovascular Morbidity and Mortality in

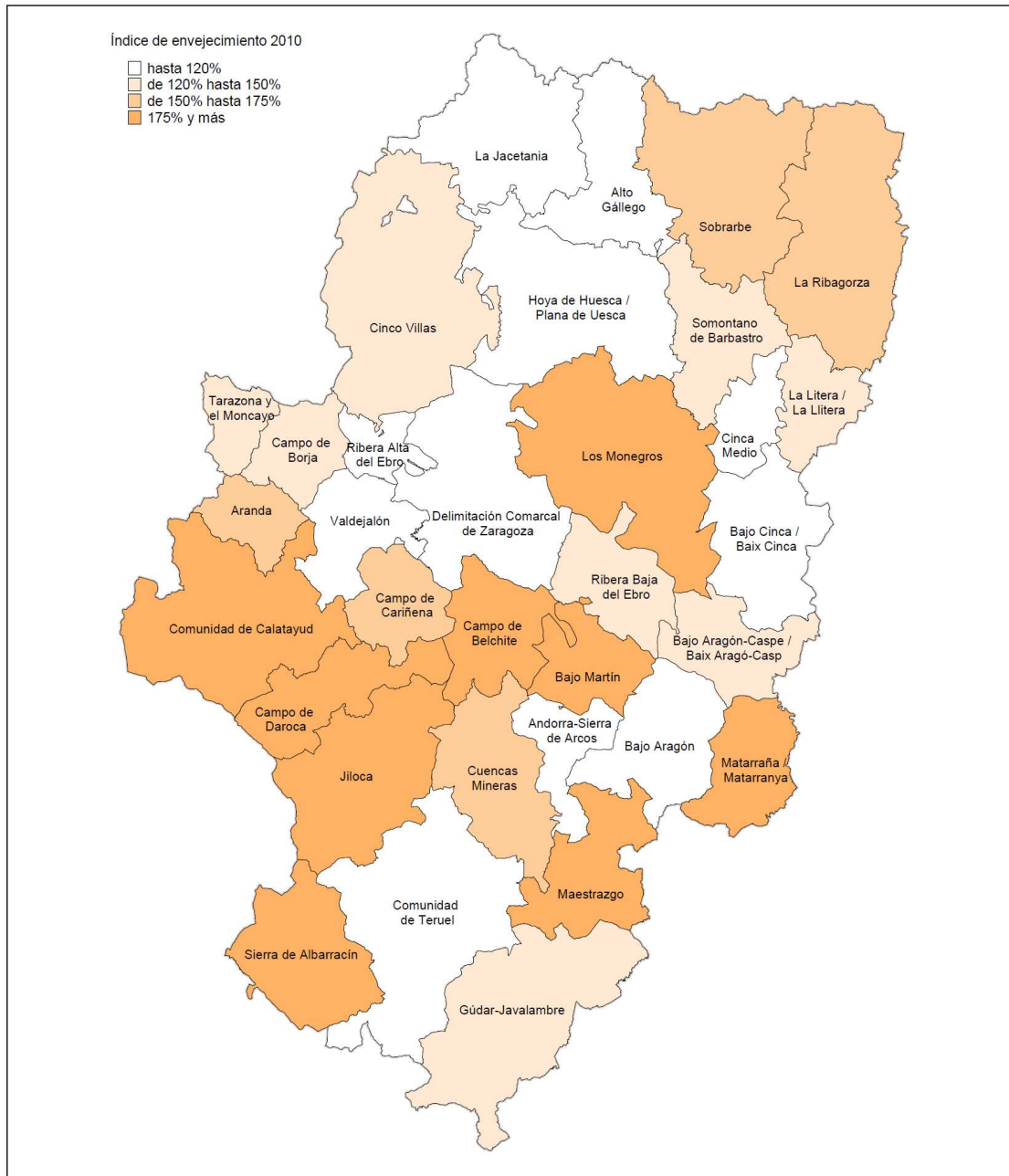
- Spanish Incident Hemodialysis Patients: Two-Year Results from the ANSWER Study. *Blood Purif* 2011; 33(1-3):21-29.
463. Silva CH, Morals SS, Sarian LO, Derchain SF. Association of the Karnofsky Performance Scale with the quality of life of Brazilian women undergoing palliative care. *J Palliat Care* 2011; 27(2):164-9.
464. Casadio M, Biasco G, Abernethy A, Bonazzi V, Pannuti R, Pannuti F. The National Tumor Association Foundation (ANT): A 30 year old model of home palliative care. *BMC Palliat Care* 2010;9:12.
465. Manes G, de Bellis M, Fuccio L, Repici A, Masci E, Ardizzone S, Mangiavillano B, Carlino A, Rossi GB, Occhipinti P, Cennamo V. Endoscopic palliation in patients with incurable malignant colorectal obstruction by means of self-expanding metal stent: analysis of results and predictors of outcomes in a large multicenter series. *Arch Surg* 2011; 146(10):1157-62.
466. Maltoni M, Travaglini C, Santi M, Nanni O, Scarpi E, Benvenuti S, Albertazzi L, Amaducci L, Derni S, Fabbri L, Masi A, Montanari L, Pasini G, Polselli A, Tonelli U, Turci P, Amadori D. Evaluation of the cost of home care for terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 1997;5(5):396-401.
467. Burton CR, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age Ageing* 2010;39(5):554-9.
468. Garrido-Abejar M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, Martínez-Vizcaino V. Factors associated with health-related quality of life in the institutionalised elderly: differences between men and women. *Enferm Clin* 2012; 22(1):27-34.
469. Clua-Espuny JL, Piñol-Moreso JL, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltran D, Queralt-Tomas ML. Ebrietus study. Functional results, survival, and potential years of life lost after the first stroke. *Aten Primaria* 2012; 44(4):223-31.
470. Torres Moreno B, Núñez González E, Pérez Hernández Dde G, Simón Turriate JP, Alastuey Giménez C, Díaz Melián J, Corujo Rodríguez E, González Bermúdez MD, Fernández Duque O. Barthel and Charlson indexes for the prognosis of mortality and institutionalization in hospitalized geriatric patients. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44(4):209-12.
471. Vázquez-Sánchez MÁ, Aguilar-Trujillo MP, Estébanez-Carvajal FM, Casals-Vázquez C, Casals-Sánchez JL, Heras-Pérez MC. The influence of dysfunctional thoughts on the burden of the dependent person caregiver. *Enferm Clin* 2012; 22(1):11-7.
472. Kelley AS, Ettner SL, Morrison RS, Du Q, Wenger NS, Sarkisian CA. Determinants of medical expenditures in the last 6 months of life. *Ann Intern Med* 2011;154(4):235-42.
473. Hayes RD, Lee W, Rayner L, Price A, Monroe B, Hansford P, Sykes N, Hotopf M. Gender differences in prevalence of depression among patients receiving palliative care: the role of dependency. *Palliat Med* 2012;26(5):696-702.
474. Giardini A, Ferrari P, Majani G, Negri EM, Rossi S, Magnani C, Preti P. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and quality of life in cancer patients in a terminal condition. *G Ital Med Lav Ergon* 2010; 32(3 Suppl B):B29-36.
475. Godfrey J, Poole L. An audit of the use of the Barthel Index in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2007; 13(11):543-8.

476. Functional status determined by Barthel Index predicts community acquired pneumonia mortality in general population. Murcia J, Llorens P, Sánchez-Payá J, Reus S, Boix V, Merino E, Laghzaoui F, Portilla J. *J Infect* 2010; 61(6):458-64.
477. Baztán JJ, Gálvez CP, Socorro A. Recovery of functional impairment after acute illness and mortality: one-year follow-up study. *Gerontology* 2009;55(3):269-74.
478. Gomes Cdos S, Maciel AC, Freire Ado N, Moreira Mde A, Ribeiro Mde O, Guerra RO. Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in Northeastern Brazil. *Arch Gerontol Geriatr* 2014; 58(2):214-8.
479. Rodríguez López S, Montero P, Carmenate M, Avendano M. Functional decline over 2 years in older Spanish adults: evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Geriatr Gerontol Int* 2014;14(2):403-12.
480. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, De Marinis MG, Heath T, Casale G. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med* 2010; 24(7):669-73.
481. Zieschang T, Oster P, Pfisterer M, Schneider N. Palliative care for patients with dementia. *Z Gerontol Geriatr* 2012;45(1):50-4.
482. Palleschi L, Fimognari FL, Pierantozzi A, Salani B, Marsilii A, Zuccaro SM, Di Cioccio L, De Alfieri W. Acute functional decline before hospitalization in older patients. *Geriatr Gerontol Int* 2014 Oct;14(4):769-77.
483. Kelley AS, Ettner SL, Morrison RS, Du Q, Sarkisian CA. Disability and decline in physical function associated with hospital use at end of life. *J Gen Intern Med* 2012;27(7):794-800.
484. Ng S, Morgan RO, Walder A, Biswas J, Bass DM, Judge KS, Snow AL, Wilson N, Kunik ME. Functional Decline Predicts Emergency Department Use in Veterans With Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2014; 29(4):362-371.
485. Cares LV, Domínguez CC, Fernández MJ, Fariás CR, Win-Tin Chang G, Fasce G, Carrasco V. Evolution of functional capacity of older people during hospital stay. *Rev Med Chil* 2013;141(4):419-27.
486. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, Zuliani G, Fellin R; Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly Study (GIFA). Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. *J Gen Intern Med* 2007; 22(5):668-74.
487. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, Burant CJ, Landefeld CS. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(4):451-8.
488. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:1263-70.
489. Covinsky KE, Justice AC, Rosenthal GE, Palmer RM, Landefeld CS. Measuring prognosis and case mix in hospitalized elders. The importance of functional status. *J Gen Intern Med* 1997;12(4):203-8.
490. Buurman BM, Hoogerduijn JG, van Gemert EA, de Haan RJ, Schuurmans MJ, de Rooij SE. Clinical characteristics and outcomes of hospitalized older patients with distinct risk profiles for functional decline: a prospective cohort study. *PLoS One* 2012;7(1):e29621.

491. Izano M, Satariano WA, Hiatt RA, Braithwaite D. The impact of functional limitations on long-term outcomes among African-American and white women with breast cancer: a cohort study. *BMJ Open* 2013;3(10):e003232.
492. Dubljanin-Raspopović E, Marković-Denić L, Marinković J, Nedeljković U, Bumbaširević M. Does early functional outcome predict 1-year mortality in elderly patients with hip fracture? *Clin Orthop Relat Res* 2013;471(8):2703-10.
493. Decourcelle V, Maréchaux S, Pinçon C, Barrailler S, Le Jemtel TH, Ennezat PV. Impact of functional decline on outcome in elderly patients with acute coronary syndromes. *Am J Crit Care* 2013;22(1): 1-11.
494. Li CL, Chang HY, Shyu YI. The excess mortality risk of diabetes associated with functional decline in older adults: results from a 7-year follow-up of a nationwide cohort in Taiwan. *BMC Public Health* 2011; 11:953.
495. Villavicencio-Chávez C, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Maier MA, Porta-Sales J, Balaguer A. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology*. 2014 Oct;23(10):1125-32
496. Milanović Z, Pantelić S, Trajković N, Sporiš G, Kostić R, James N. Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clin Interv Aging* 2013; 8:549-56.
497. Berard DM, Vandenberg EG, Harrison M, Tranmer JE. Gender differences in the influence of social support on one-year changes in functional status in older patients with heart failure. *Cardiol Res Pract* 2012; 2012:616372.
498. Nicklett EJ. Sex, Health Behaviors and Social Support: Functional Decline among Older Diabetics. *Am Med J* 2012; 3(2).
499. Nabal M, Barcons M, Moreno R, Busquets X, Trujillano JJ, Requena A. Patients attended by palliative care teams: are they always comparable populations? *Springerplus* 2013;2(1):177.
500. Gripp S, Moeller S, Bölke E, Schmitt G, Matuschek C, Asgari S, Asgharzadeh F, Roth S, Budach W, Franz M, Willers R. Survival prediction in terminally ill cancer patients by clinical estimates, laboratory tests, and self-rated anxiety and depression. *J Clin Oncol* 2007;25(22):3313-20.
501. Spiegel D, Giese-Davis J: Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54:269-282.
502. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R: Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. *J Psychosom Res* 2002; 53:873-876.
503. Faller H, Bulzebruck H: Coping and survival in lung cancer: A 10-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2002; 159:2105-2107.
504. Herrmann-Lingen C, Klemme H, Meyer T: Depressed mood, physician-rated prognosis, and comorbidity as independent predictors of 1-year mortality in consecutive medical inpatients. *J Psychosom Res* 2001; 50:295-301.
505. Coleman MP, Forman D, Bryant H, Butler J, Rachet B, Maringe C. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet* 2011;377:127-138.
506. Zibelman M, Xiang Q, Muchka S, Nikoloff S, Marks S. Assessing Prognostic Documentation and Accuracy Among Palliative Care Clinicians. *J Palliat Med* 2014;17(5):521-6.
507. Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Silva TB, Kilgore K, Crovador CS, Yu X, Swartz MD, Perez-Cruz PE, Leite RD, Nascimento MS, Reddy S, Seriacco F, Yennu S, Paiva CE, Dev R, Hall S, Fajardo J, Bruera E. Clinical Signs of Impending Death in Cancer Patients. *Oncologist* 2014;19(6):681-7.

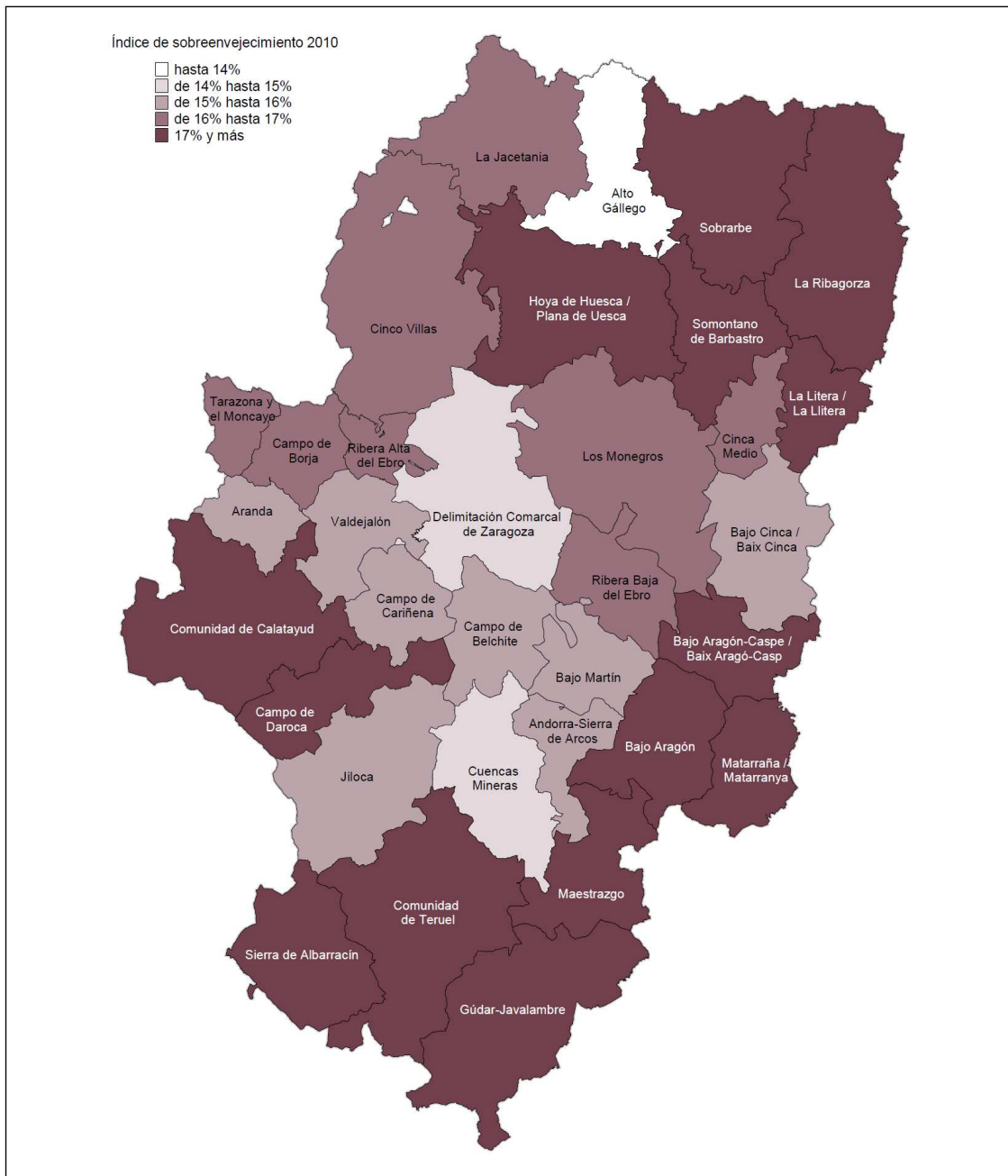
508. Jack BA, Littlewood C, Eve A, Murphy, Khatri A, Ellershaw JE. Reflecting the scope and work of palliative care teams today: an action research project to modernise a national minimum data set. *Pal Med* 2009; 23:80-86.
509. Christakis NA, Escarce J. Survival of Medicare patients after enrollment in hospice programs. *N Engl J Med* 1996;335:172-178.
510. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, et al: Prognostic factors in advanced cancer patients: Evidence-based clinical recommendations-A study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. *J Clin Oncol* 2005; 23:6240-6248.
511. Centeno C, Noguera A, Lynch T, Clark D. Official certification of doctors working in palliative medicine in Europe: data from an EAPC study in 52 European countries. *Palliat Med* 2007; 21(8):683-7.
512. The DART-Europe E-theses Portal. En: <http://www.dart-europe.eu/basic-search.phpt>





Fuente de la información: Padrón Municipal de Habitantes (1/1/2010)
Instituto Nacional de Estadística (INE)

Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)
Dpto. de Economía, Hacienda y Empleo
Gobierno de Aragón. Mayo 2011



Fuente de la información:
Padrón Municipal de Habitantes (1/1/2010)
Instituto Nacional de Estadística (INE)

Elaboración:
Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)
Dpto. de Economía, Hacienda y Empleo
Gobierno de Aragón. Mayo 2011

ESCALAS UTILIZADAS

ÍNDICE DE BARTHEL

COMER	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
IR AL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve	

ESCALA DE KARNOFSKY

<i>Puntuación</i>	<i>Situación clínico-funcional</i>
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE O SPMSQ DE PFEIFFER (1975)


Paciente _____ Edad _____ Sexo H M

	► PUNTOS y FECHA			
• ¿Qué día es hoy (mes/día/año)?	1			
• ¿Qué día de la semana es hoy?	1			
• ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?	1			
• ¿Cuál es su número de teléfono o cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	1			
• ¿Cuántos años tiene?	1			
• ¿En qué día, mes y año nació?	1			
• ¿Cómo se llama el rey de España?	1			
• ¿Quién mandaba antes del rey actual?	1			
• ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre?	1			
• ¿Si a 20 le restamos 3 quedan? Y si le restamos 3?	1			
Total de aciertos:				
Total de ERRORES:				

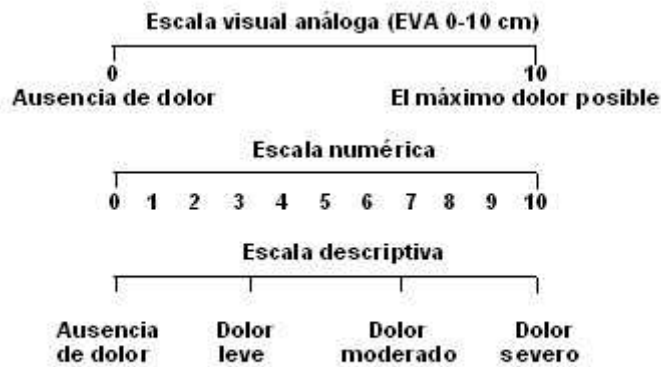
Puntuación normal: 0 - 2 errores.
 Deterioro cognitivo leve: 3 - 4 errores.
 Deterioro cognitivo moderado (patológico): 5 - 7 errores.
 Deterioro cognitivo importante: 8 - 10 errores.

Sensibilidad: 68%. Especificidad: 96%.
 Falsos positivos: pacientes psiquiátricos o analfabetos.
 Falsos negativos: pacientes con Parkinson.

MINIEXAMEN COGNOSCITIVO

1. ORIENTACIÓN						
• Dígame el día	Fecha	Mes	Estación	Año		(5)
• Dígame el lugar	Planta	Ciudad	Provincia	Nación		(5)
2. FIJACIÓN						
• Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana						(3)
3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO						
• Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando?						(5)
• Repita: 5-9-2 (repetir hasta que lo aprenda)						(3)
• Ahora hacia atrás						(3)
4. MEMORIA						
• ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?						(3)
5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN						
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?. Repetirlo con el reloj						(2)
• Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros"						(1)
• Una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde? ¿qué son un perro y un gato?						(2)
• Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo						(3)
• Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos.						(1)
• Escriba una frase						(1)
• Copie este dibujo						
						
						(1)
Puntuación:						
>= 30:	Normal					
29-24:	Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural					
<24:	Deterioro cognitivo					
Punto de corte: 23/24;						
19-23:	deterioro cognitivo leve					
14-18:	moderado					
<14:	grave					

ESCALA EVA



ESCALA NYHA

NYHA I: no limitación de la actividad física. La actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

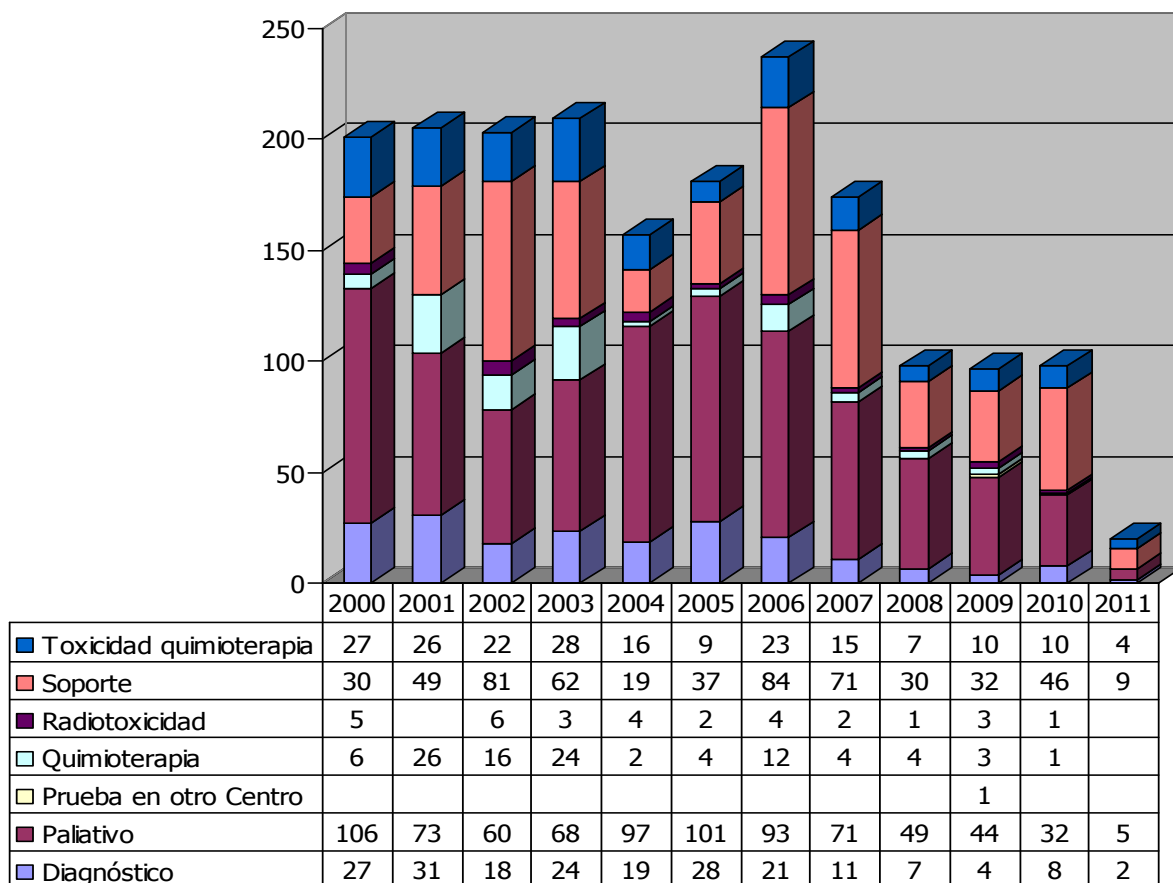
NYHA II: Ligera limitación de la actividad física. Confortables en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

NYHA III: Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

NYHA IV: incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin disconfort. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física, el disconfort aumenta.

EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA EN EL PERIODO DEL ESTUDIO

INGRESOS



Cortesía del Dr. Florián, Servicio de Oncología del Hospital de Barbastro

IBP	Nutri	Antipark	Insulina	Antag Ca ²⁺	Morfina	Fentanilo	FentaTM	Oxicodona
Bupre	Tramadol							
Paracetamol		Metamizol		Codeína	AINE	Valproico	Gabapentina	Pregabalina
Laxante	O ₂							

Tratamientos ESAD

Morf (sí/no) dosis: 1. 2. Fentanil (sí/no) dosis: 1. 2. FentaTM (sí/no) dosis: 1. 2.

Oxifod (sí/no) dosis: 1. 2. Bupre (sí/no) dosis: 1. 2. Tramad (sí/no) dosis: 1. 2.

Paracet (sí/no) dosis: 1. 2. Metamiz (sí/no) dosis: 1. 2. Codeína (sí/no) dosis: 1. 2.

AINEs (sí/no) dosis: 1. 2. Valproico (sí/no) dosis: 1. 2. Gabapentina (sí/no) dosis: 1. 2.

Pregabalina (sí/no) dosis: 1. 2. IACE (sí/no) Memantina (sí/no)

Corticoide (sí/no) BZD (sí/no) Antidepre (sí/no) Hipnótico (sí/no)
Nutri (sí/no)

NLt (sí/no) NLa (sí/no) Diurético (sí/no) Laxante (sí/no)
Metilnaltrexona (sí/no)

O₂ (sí/no) Antibiótico (sí/no) Sedación (sí/no)

ABREVIATURAS UTILIZADAS

ABVD: actividad básica de la vida diaria
ACxFA: arritmia completa por fibrilación auricular
ACO: anticoagulante oral
ACV: accidente cerebrovascular
AD: antidepresivo
ADO: antidiabético oral
AECC: Asociación Española Contra el Cáncer
ARA-II: antagonista de los receptores de la angiotensina II
AINE: antiinflamatorio no esteroideo
AIVD: actividad instrumentada de la vida diaria
AP: Atención Primaria
AVD: actividad de la vida diaria
BZD: benzodicepina
ChPS: Chinese Prognostic Scale
CP: cuidados paliativos
CSIC: Centro Superior de Investigaciones Científicas
CUSIRAR: Sociedad Aragonesa de Cuidados Paliativos
DM: diabetes mellitus
DM2: diabetes mellitus de tipo 2
DSM-IV: Statistical Manual of Mental Disorders-IV
EAP: Equipos de Atención Primaria
EAPC: European Association for Palliative Care
ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group
EEUU: Estados Unidos
ELA: esclerosis lateral amiotrófica
EM: esclerosis múltiple
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESAD: Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria
EURELD: European End-of-Life Decisions
EVA: escala visual analógica
FAST: Functional Assessment Staging
Fentanilo TM: fentanilo transmucoso
FEV₁: volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada
GDS: Global Deterioration Scale
HMV: hospital Marqués de Valdecilla
HT: hormonoterapia
HTA: hipertensión arterial
IACE: inhibidor de la acetilcolinesterasa
IAM: infarto agudo de miocardio/cardiopatía isquémica
IB: índice de Barthel
IBP: inhibidor de la bomba de protones
IC: insuficiencia cardiaca
IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina
IK: índice o escala de Karnofsky
IMSERSO: Instituto de Mayores y de Servicios Sociales
INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSALUD: Instituto Nacional de la Salud
IR: insuficiencia renal

IRC: insuficiencia renal cónica
NHO: National Hospice and Palliative Care Organization
NLa: neuroleptico atípico
NLt: neuroleptico típico
NYHA: New York Heart Association
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPMI: Older People's Mortality Index
PaP Score: Palliative Prognostic Score
pCO₂: presión parcial de anhídrido carbónico en sangre arterial
PEG: gastrostomía endoscópica percutánea
pO₂: presión parcial de oxígeno en sangre arterial
QOL: quality of life
QT: quimioterapia
RT: radioterapia
SatO₂: saturación de oxígeno
SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SEGG: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
SemFyC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica
SIDA: síndrome por inmunodeficiencia adquirida
SNC: sistema nervioso central
TTS: transdérmico
UCP: Unidad de Cuidados Paliativos
UHD: Unidades de Hospitalización a Domicilio
UPP: úlcera por presión

INDICE

1. Introducción.....	4
1.1 Definición de cuidados paliativos.....	5
1.2 Breve reseña histórica.....	6
1.3 Los cuidados paliativos en Aragón.....	10
1.4 Cuidados paliativos en enfermedades oncológicas y en enfermedades no oncológicas.....	12
1.5 Criterios de paciente terminal.....	17
1.5.1 Enfermedad oncológica.....	17
1.5.2 Enfermedad no oncológica.....	18
- Enfermedad hepática avanzada.....	18
- Insuficiencia renal crónica avanzada.....	19
- Insuficiencia cardiaca avanzada.....	19
- Insuficiencia respiratoria.....	19
- Demencias muy evolucionadas.....	21
- Accidente cerebrovascular crónico.....	22
- SIDA.....	22
- Poliulcerados con inmovilismos irreversibles.....	23
1.6 Utilidad y situación actual de los cuidados paliativos.....	24
2. Objetivos y justificación.....	31
2.1 Planteamiento del problema.....	31
2.2 Estado de la cuestión.....	40
2.3 Objetivos.....	45
2.4 Hipótesis.....	46
3. Material y métodos.....	47
3.1 El sector de Barbastro y sus recursos sanitarios.....	47
3.1.1 Demografía.....	47
3.1.2 Características sociosanitarias.....	49
3.1.3 Los ESAD en Aragón.....	50
3.2 Metodología.....	52
3.2.1 Diseño del estudio.....	52
3.2.2 Descripción de la población a estudio y muestra seleccionada.....	52
3.2.3 Variables estudiadas.....	52
3.2.4 Material.....	54
3.2.5 Técnicas de análisis estadísticos.....	58
4. Resultados.....	59
4.1 Descripción del total de la muestra.....	59
4.1.1 Especificaciones del paciente con dolor en el contexto del total de la muestra.....	77
4.1.2 Especificaciones del paciente oncológico en el contexto del total de la muestra.....	89
4.1.3 Especificaciones del paciente con demencia en el contexto del total de la muestra.....	96
4.1.4 El conocimiento de la enfermedad y sus implicaciones clínico-terapéuticas.....	107

4.2 Comparación de pacientes oncológicos y crónico-dependientes.....	110
4.3 Sedación.....	152
4.4 El declive funcional y su implicación en la mortalidad y en la presencia de sintomatología.....	184
5. Discusión.....	226
5.1 Generalidades.....	226
5.2 Sintomatología.....	246
5.3 Sedación.....	255
5.4 Declive funcional.....	263
6. Conclusiones.....	270
7. Bibliografía.....	273
8. Anexos:	
8.1 Mapa sanitario del sector de Barbastro.....	305
8.2 Índices de envejecimiento y sobre-envejecimiento.....	306
8.3 Escalas utilizadas.....	308
8.4 Gráfica ingresos Oncología.....	313
8.5 Ficha de recogida de datos.....	314
8.6 Abreviaturas utilizadas.....	316