

Trabajo Fin de Grado  
Grado en Medicina/ Medikuntza Gradua

Pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos ingresados en  
un servicio de Medicina Interna

Autor/ Egilea:  
**Elena de la Viuda Camino**

Director/ Zuzendaria:  
**Dr. José Guillermo Barreiro García**



## **AGRADECIMIENTOS**

La realización de este trabajo no habría sido posible sin el apoyo y colaboración de varias personas. Por ello, quiero dar mis más sinceros agradecimientos:

Al director de este trabajo, el Dr. José Guillermo Barreiro García Médico Internista del Hospital Universitario Cruces (HUC) y Profesor Asociado de la Universidad del País Vasco por guiarme y asesorarme en cada paso, pero sobre todo por su paciencia y dedicación.

Al Dr. José Ignacio Pijoan Zubizarreta, Médico Internista y Jefe de la Unidad de Epidemiología Clínica del HUC, por su gran ayuda en el manejo de los datos y su análisis estadístico.

Al Dr. José Salán Puebla especialista en Medicina Interna y a la enfermera Inmaculada Goicuria Zuazaga, los cuales forman el equipo de soporte hospitalario en Cuidados Paliativos del HUC; por su generosa colaboración y por su inestimable ayuda en la selección de los pacientes paliativos.

Muchas gracias a todos los mencionados.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Generalidades .....	1
1.1.1. ¿Qué son los Cuidados Paliativos? .....	1
1.2. ¿A qué pacientes van dirigidos los Cuidados Paliativos? .....	3
1.2.1. Diferencias entre paciente oncológico y no oncológico .....	3
1.2.2. Sintomatología en enfermedad avanzada .....	6
1.3. Pronóstico .....	8
1.4. Situación de final de vida .....	9
1.5. Abordaje Cuidados Paliativos .....	11
2. HIPÓTESIS .....	13
3. OBJETIVOS .....	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS .....	15
6. DISCUSIÓN .....	31
7. CONCLUSIONES .....	41
8. REFERENCIAS .....	43

## Resumen

Partimos de la sospecha de que los Cuidados Paliativos (CP) en pacientes no oncológicos pueden presentar notables diferencias con los oncológicos. **Objetivos:** conocer el porcentaje total de pacientes paliativos en un año en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Cruces (HUC), así como las diferencias descriptivas entre pacientes oncológicos y no oncológicos e identificar las variables que pudieran estar relacionadas con el fallecimiento. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HUC derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos durante el periodo comprendido entre julio de 2018 y junio de 2019. Se realizó un seguimiento de los pacientes hasta el éxitus (hospitalario o no) o el cierre del estudio. Además, se recogieron diferentes variables y se llevó a cabo un análisis estadístico entre variables epidemiológicas y clínicas tanto del paciente oncológico como no oncológico, estableciéndose una significación estadística de  $p < 0,05$ . **Resultados:** El porcentaje de pacientes paliativos durante el periodo fue el 7%. De 1884 pacientes ingresados se incluyeron 132 en el estudio, de los cuales el 71,2% eran oncológicos, frente al 28,8% de los no oncológicos. La neoplasia primaria más frecuente fue de origen digestivo, 39,4%, en concreto neoplasia pancreática, 10,65%. Las enfermedades de causa no tumoral más frecuente fueron con misma prevalencia las enfermedades cardiovasculares y neurológicas (31,6%). El síntoma más frecuente fue el síndrome general en oncológicos frente a la disnea en no oncológicos. Del número total de pacientes, el 88,6% se identificó como paliativo durante el ingreso. El motivo de alta de Medicina Interna más frecuente fue el éxitus en HUC (30,3%). El análisis estadístico mostró diferencias significativas con respecto al género, la edad, algunos parámetros analíticos, las escalas funcionales PPS, KPS y el lugar de éxitus de pacientes oncológicos y no oncológicos. **Conclusiones:** En HUC el 7% de pacientes ingresados son valorados por CP (132/1884 pacientes). La patología oncológica fue la más frecuente. Existe una sobrestimación de la esperanza de vida en los enfermos no oncológicos lo que hace necesaria una mejora en la calidad asistencial en estos pacientes.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. GENERALIDADES

En los últimos años, la atención sanitaria a los enfermos que padecen una enfermedad en fase avanzada ha llegado a ser objeto de una mayor preocupación, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de la sociedad en su conjunto. Este cambio se debe principalmente al envejecimiento de la población, al aumento de las enfermedades oncológicas y a la mayor supervivencia de estos pacientes.

La mejora en las condiciones de vida y en la asistencia sanitaria con el desarrollo de nuevas terapias farmacológicas, ha aumentado considerablemente nuestra esperanza de vida. Vivimos más, y sobrevivimos a numerosas enfermedades que han pasado a convertirse en crónicas y progresivas<sup>1</sup>.

Según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2050 casi un 40% de la población en nuestro país será mayor de 65 años de edad. La esperanza de vida se acercará a los 90 años y paralelamente, el número de defunciones se aproximará al medio millón anual.<sup>2</sup> Este envejecimiento poblacional supone un reto para los sistemas sanitarios por la mayor demanda, pero también un cambio cualitativo. En la actualidad el 87% del gasto sanitario es destinado a la atención de enfermedades crónicas siendo necesario redefinir el modelo asistencial para afrontar la alta carga e impacto que estas patologías generan en la salud pública.<sup>3</sup>

### 1.1.1. ¿Qué son los Cuidados Paliativos?

El concepto de los Cuidados Paliativos se ha aceptado en medicina durante siglos. Su nombre deriva de la palabra latina *palliare*, que significa enmascarar, y se ha interpretado en términos más generales como «aliviar sin la intención de curar».<sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2002 los Cuidados Paliativos (CP) como un “enfoque de atención que mejora la calidad de vida de las personas enfermas y de sus familias afrontando los problemas asociados con enfermedades mortales a través de la prevención y alivio del sufrimiento”.<sup>5</sup>

Forman parte integral de esta atención, la identificación precoz, la evaluación exhaustiva y el tratamiento del dolor y de otros problemas, incluidas las necesidades físicas, psicosociales y espirituales.<sup>6</sup> Los CP precisan la comunicación interdisciplinar y la coordinación entre los valores de la persona enferma y de su familia.<sup>4</sup> Comprenden la asistencia global de un paciente con una enfermedad grave con independencia de su trayectoria o de las opciones de tratamiento elegidas.

Los principios fundamentales de los Cuidados Paliativos son:<sup>6,7</sup>

1. Privilegian la vida y contemplan a la muerte como un proceso natural.
2. No intentan precipitar ni retrasar el momento de la muerte.
3. Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención a la persona enferma.
4. Ofrecen a la persona enferma un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte.
5. Ofrecen a la familia un apoyo que ayude a enfrentar el sufrimiento de la persona enferma y de su propio duelo.
6. Emplean un enfoque de equipo para responder a las necesidades de la persona enferma y de su familia, incluyendo al acompañamiento psicológico del duelo si fuera necesario.
7. Pretenden mejorar la calidad de vida y pueden también influir favorablemente sobre el curso de la enfermedad.
8. Pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, paralelamente a otras terapias enfocadas a prolongar la vida (por ejemplo quimioterapia o radioterapia) y son igualmente compatibles con las pruebas necesarias para diagnosticar y tratar mejor las complicaciones clínicas dolorosas.

## **1.2. ¿A QUÉ PACIENTES VAN DIRIGIDOS LOS CUIDADOS PALIATIVOS?**

Tradicionalmente, en España, al igual que en otros países, debido a numerosas razones asistenciales pero sobre todo culturales, los Cuidados Paliativos comenzaron a desarrollarse para la atención de los pacientes con patología oncológica.<sup>8</sup> Posteriormente, el concepto de CP ha ido evolucionando hacia ampliar su ámbito de actuación y se ha dirigido a la atención de pacientes crónicos, geriátricos pluripatológicos, con insuficiencia de órgano o afectos de enfermedades neurodegenerativas.<sup>9</sup> Además, recientemente, se han incorporado los Cuidados Paliativos al mundo pediátrico.

### **1.2.1. Diferencias entre paciente oncológico y no oncológico**

El cáncer representa uno de los mayores problemas de salud en el mundo. El 50% de las personas diagnosticadas mueren por su causa.

En el Estado español es el segundo motivo de mortalidad tras las enfermedades cardiovasculares.<sup>10</sup> El 28,3% de las defunciones en 2018 fueron provocadas por enfermedades del sistema circulatorio (primera causa en mujeres) y el 26,4% por tumores (primera causa en hombres).<sup>11</sup>

Sin embargo, en Bizkaia ese mismo año la etiología tumoral ocupó el primer lugar. Hubo 3463 fallecimientos por causa oncológica frente a 3281 por enfermedad cardiovascular.<sup>12</sup>

A nivel mundial, los cánceres que causan un mayor número anual de muertes son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama.<sup>13</sup> En España en 2018 los tumores responsables de mayor mortalidad volvieron a ser el cáncer de bronquios y pulmón (con un aumento del 0,2% respecto a 2017) y el cáncer de colon, seguido del de páncreas, mama y próstata, en orden de incidencia.<sup>14</sup> En Euskadi entre 2013-2017, los tumores más frecuentes fueron pulmón, colon-recto, páncreas, estómago y mama, estas cinco localizaciones suponen el 50% de la mortalidad por cáncer. En los hombres, el cáncer que más muertes produce es el de pulmón (24,1% de mortalidad), a continuación, se encuentra el colon-recto (13,1%), la próstata (8,8%), vejiga (7,0%) y estómago e hígado (5,7%). En las mujeres, el cáncer de mama (14,0%) es el más



frecuente, seguido de colon-recto (14,0%), pulmón (11,9%), páncreas (7,4%) y estómago (5,3%).<sup>15</sup>

En cuanto a las enfermedades no oncológicas en situación avanzada, encontramos las enfermedades respiratorias cuyo manejo es de soporte, siendo las más frecuentes enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la fibrosis pulmonar idiopática (FPI),<sup>16</sup> enfermedades cardiovasculares refractarias a tratamiento médico, cirugía o trasplante, como la insuficiencia cardíaca avanzada, hepatopatías crónicas sin posibilidad de trasplante ni tratamiento específico, como la cirrosis avanzada, enfermedades neurológicas como déficits cognitivos severos, enfermedades neurodegenerativas que no se beneficien de tratamiento específico, enfermedades renales que provoquen insuficiencia renal crónica sin posibilidad de diálisis o trasplante, o procesos infecciosos severos como VIH terminal. Todas estas enfermedades han demostrado que son progresivas con mayor o menor rapidez hasta causar la muerte, provocando durante su evolución deterioro funcional y discapacidad gradual y numerosos síntomas refractarios.<sup>1, 6, 17</sup>

La población compuesta por los pacientes con enfermedades no oncológicas en situación crónica avanzada constituye una muestra muy importante cuantitativa y cualitativamente en la actividad asistencial tanto en Atención Primaria (AP) como Especializada.<sup>7</sup> Asimismo, diversos estudios estiman que dichos pacientes constituirían un 15-45% de la actividad asistencial de CP hospitalarios y domiciliarios.<sup>17</sup> Son enfermos complejos, con gran dependencia, fragilidad, comorbilidad, generalmente de edad avanzada, y necesidades de atención diferentes, entre ellas, la de integrar los esfuerzos paliativos junto con los curativos durante una larga fase de la enfermedad y en cualquier ámbito en el que se encuentren. Este hecho, ha promovido la instauración de programas de intervención paliativa, basados en la complejidad asistencial y orientados a la atención de la cronicidad.<sup>9, 17</sup>

Estas enfermedades potencialmente discapacitantes, sintomáticas y que son las causas de muerte más frecuentes, empeoran la sensación de salud percibida, de modo que un 5% de la población origina el 75% del gasto farmacéutico. Además, suelen presentarse agrupadas, por tanto, un 5% de los ancianos en AP presenta dos o más de estas

enfermedades crónicas complejas, pero en una planta de Medicina Interna general puede encontrarse que del 25 al 50% de los ingresados presentan pluripatología.<sup>2</sup>

Así, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) cuenta con un grupo de trabajo de Cuidados Paliativos, síntoma de la realidad que ya está ocurriendo en el país.<sup>8</sup>

En abril de 2018 la SEMI organizó una jornada con el propósito de “romper el mito” que tienen numerosos médicos y profesionales sanitarios, así como la población general, acerca de los Cuidados Paliativos. El objetivo era modificar la perspectiva para ver los CP como la oportunidad de ofrecer a los pacientes los cuidados adecuados a su estado, el control de los síntomas, mejorar su calidad de vida, y hacer más fácil afrontar la enfermedad avanzada y la cronicidad, en vez de verlos como un momento de fin de vida. Estos cuidados engloban una atención que puede darse desde momentos precoces del diagnóstico de una enfermedad sin posibilidades de curación.<sup>19</sup>

En la actualidad, se dispone de suficiente evidencia que demuestra que el inicio precoz de intervenciones paliativas en los pacientes crónicos avanzados, no sólo mejora su calidad de vida y sintomatología, sino que también alarga su supervivencia.<sup>20</sup> Sin embargo, la bibliografía indica que existe un gran retraso en el inicio del tratamiento paliativo y que éste comienza en momentos muy próximos a la muerte.<sup>6</sup>

La razón principal en la clínica cotidiana, que explica esta demora en la identificación precoz de paciente paliativo en nuestro país, es la dificultad en definir cuándo estamos ya acercándonos a la trayectoria de final de vida en un paciente con una enfermedad médica avanzada.<sup>21</sup>

Los ensayos clínicos que investigan la integración de la Oncología y los Cuidados Paliativos apuntan a mejoras en la salud: mejor supervivencia y control de los síntomas, menos ansiedad y depresión, menor uso de quimioterapia inútil al final de la vida y mayor satisfacción familiar y calidad de vida.<sup>22, 23</sup>

La mayoría de los pacientes identificados en situación terminal son enfermos oncológicos lo que indica que la identificación de aquellos con enfermedad crónica no oncológica en fase terminal aún tiene un amplio margen de mejora.<sup>6</sup> De hecho, se observa que los profesionales utilizan expresiones más contundentes, como agonía o

terminalidad, cuando se trata de pacientes con cáncer que cuando se trata de pacientes con enfermedad crónica no oncológica. Además, muestran más seguridad en el pronóstico de estos pacientes, ligando la identificación del paciente en fase terminal a cuestiones como el estadio y/o la fase de la enfermedad.<sup>6, 10</sup>

Actualmente se utiliza el instrumento NECPAL (**N**ecesidades **P**aliativas) para identificar a aquellos pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa.<sup>24</sup> La clasificación de esta situación no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos.<sup>25</sup>

### **1.2.2. Sintomatología en enfermedad avanzada**

En la enfermedad terminal los síntomas son múltiples y severos y muchas veces están relacionados entre sí. Los síntomas principales y las necesidades de atención difieren entre estos dos grupos de pacientes. En los pacientes paliativos oncológicos son el dolor, seguido de la disnea y el síndrome confusional. En pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica el principal síntoma es la disnea.<sup>8</sup>

El dolor es una de las principales manifestaciones clínicas del paciente con cáncer, la OMS estima que un 30% de los pacientes con cáncer presentan dolor mientras reciben tratamiento activo y un 60- 90% lo sufren en la enfermedad avanzada.<sup>26</sup> De los enfermos con cáncer avanzado, el 60-80% tienen dolor de moderado a severo. La mayor frecuencia la presentan los cánceres óseos y la menor las leucemias. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste va a ser uno de los factores que más afecte a la calidad de vida del paciente. Los factores psicológicos pueden condicionar el dolor, por lo que el manejo que incluye el aspecto biopsicosocial podrá reducir el dolor significativamente.<sup>27</sup>

Los síntomas respiratorios suponen una fuente importante de sufrimiento tanto en el paciente como en su familia y en el equipo asistencial. El principal es la disnea que puede afectar a un 50-70% de los pacientes con cáncer. La frecuencia más alta corresponde a los pacientes que sufren cáncer de pulmón. Es habitual a su vez en

pacientes con EPOC, asma, insuficiencia cardiaca. Otros síntomas como la tos y hemoptisis también son comunes.<sup>28</sup>

El Síndrome Constitucional (SC) o general está integrado por la tríada sintomática de astenia, anorexia y adelgazamiento (pérdida de peso involuntaria), independientemente de otros síntomas o signos asociados a su etiología.<sup>29</sup>

Los tumores malignos son la causa principal de SC. Entre ellos sobresalen por orden de frecuencia: las neoplasias digestivas (cáncer pancreático, cáncer gástrico, cáncer colorrectal y hepatocarcinoma), las metástasis óseas y hepáticas y los tumores genitourinarios (cánceres de próstata y de ovario).<sup>29</sup>

Con respecto a la clínica digestiva: estreñimiento, disfagia, dispepsia, náuseas y vómitos son los síntomas que más prevalecen en los pacientes paliativos. El estreñimiento es el síntoma más frecuente, alrededor del 60% de enfermos terminales lo presentan.<sup>28</sup>

El cuadro confusional o delirium supone una de las primeras causas de ingreso hospitalario en una unidad de paliativos y es el cuadro neuropsiquiátrico más frecuente en la fase terminal, por encima de los trastornos de adaptación, de ansiedad o la depresión.<sup>30,31</sup> Los pacientes paliativos constituyen una población mucho más vulnerable que otras para presentar delirium debido a los diagnósticos de base (predominantemente cáncer o insuficiencias orgánicas), a la exposición a polifarmacia y a la naturaleza terminal de la enfermedad.<sup>30</sup> Además, la mayoría de los pacientes pueden recordar cuando estaban delirantes e informan altos niveles de angustia.<sup>32</sup>

Otros problemas neurológicos son las convulsiones, más frecuentes en tumores primarios o metástasis cerebrales que pueden indicar progresión tumoral o recurrencia.

Cabe mencionar que los parámetros biológicos no han sido estudiados de una manera tan amplia como los signos y síntomas físicos. Los parámetros analíticos demostrativos en Cuidados Paliativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.<sup>33</sup>

### 1.3. PRONÓSTICO

La pregunta formulada con más frecuencia, con sus diferentes variantes, por los familiares e incluso por los pacientes en fases iniciales es: ¿cuánto tiempo me queda? En todos los casos se debe hacer una valoración individualizada que recoja el deterioro físico, afectivo, cognitivo y funcional.<sup>34</sup>

Cuando se analizan las características clínicas como tipo e intensidad de síntomas más frecuentes, alteraciones analíticas, problemas psicoemocionales, funcionales y familiares de pacientes con enfermedades avanzadas no oncológicas con los que padecen neoplasias terminales, se observa que prácticamente son superponibles; y plantean la hipótesis del uso de las diferentes escalas pronósticas validadas para pacientes con cáncer terminal y aplicarlas a los que padecen enfermedades no oncológicas.<sup>1</sup>

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) recomienda para un mejor pronóstico emplear el criterio subjetivo del profesional sanitario responsable del paciente, sumado a escalas objetivas con validez demostrada. El pronóstico subjetivo es más fiable si el clínico tiene experiencia y ha podido comprobar la evolución del enfermo en los tiempos más recientes.<sup>2</sup>

Las escalas o índices objetivos se basan en la evaluación de la situación funcional, desde los más sencillos: *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)*, *Karnofsky Performance Status (KPS)* o KPS modificado o su variante *Palliative Performance Scale (PPS)*, que añade la presencia de postración, signos de enfermedad, delirium y disfagia.<sup>2, 25,35</sup>

El KPS es sin duda el mejor estudiado.<sup>36</sup> Se trata de una escala que mide la capacidad de realizar tareas rutinarias. Los puntajes de la escala oscilan entre 0 y 100. Diferentes estudios han demostrado su fiabilidad interobservador y su relevancia como el factor clínico más importante en la estimación de la supervivencia. Un estado funcional bajo, se considera un factor pronóstico fiable para predecir corto tiempo de supervivencia.<sup>37</sup>

En Cuidados Paliativos oncológicos, la escala pronóstica más utilizada es el PPS<sup>35</sup> la cual se ha usado para la predicción de supervivencia entre pacientes con cáncer; sin

embargo, pocos estudios han revisado las puntuaciones de PPS en poblaciones heterogéneas de Cuidados Paliativos en entornos no oncológicos.<sup>25</sup>

Los equipos de Cuidados Paliativos han de estar conscientes que, independientemente de la escala utilizada, lo fundamental es el entrenamiento en su uso y que se conozcan sus ventajas y limitaciones con la finalidad de entregar expectativas realistas y ofrecer tratamientos ajustados a las necesidades de cada paciente, evitando las terapias inútiles y optimizando el uso de los recursos sanitarios.<sup>36</sup>

El uso de herramientas predictivas puede disminuir la incertidumbre pronóstica. Son de gran utilidad a la hora de iniciar la planificación avanzada y constituyen una prioridad en el campo de la investigación.<sup>1</sup>

#### **1.4. SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA**

En fases finales de enfermedades crónicas se plantean conflictos éticos y situaciones generadoras de sufrimiento similares a las fases finales de pacientes oncológicos tales como los síntomas, situaciones de abandono, de obstinación terapéutica...etc<sup>17</sup>

Un tercio de los costos del tratamiento del paciente oncológico se asigna a la última fase de la vida. En la actualidad, tratamientos como la oncología molecular y la inmunooncología, suponen para muchos pacientes una nueva opción terapéutica que induce respuestas duraderas. Sin embargo, la decisión de cuándo suspender el tratamiento al final de la vida y ofrecer la mejor atención de apoyo es una decisión difícil en la atención clínica de oncólogos y equipos de Cuidados Paliativos. Hasta el 50% de los pacientes de Oncología reciben quimioterapia en las últimas 4 semanas previas al fallecimiento por lo que se hace evidente la revisión de tratamientos probablemente inútiles.<sup>22</sup> Una atención más agresiva en etapas finales, como el ingreso en UCI o el inicio de nuevos regímenes de quimioterapia se asocia con una calidad de final de vida más deteriorada.<sup>38</sup>

En Cuidados Paliativos se reconoce y se respeta el valor intrínseco de cada persona como individuo único y autónomo. Los cuidados sólo se proporcionan cuando el paciente y/o la familia están preparados para aceptarlos. Lo ideal es que el paciente

conservar la capacidad para tomar decisiones sobre el lugar donde ser atendido y de las distintas opciones de tratamiento. Los CP deben administrarse de forma respetuosa, abierta y sensible a los valores personales, culturales y religiosos, a las creencias y prácticas del paciente, así como a la legislación vigente de cada país.<sup>10</sup>

La limitación de esfuerzo terapéutico (LET) se trata de «no aplicar medidas desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea (fundamentalmente curar, mejorar o aliviar) a pacientes con mal pronóstico vital y mala calidad de vida».<sup>40</sup> Las implicaciones éticas son semejantes tanto si se decide retirar un tratamiento como no iniciarlo, por lo que se considera más adecuado no comenzar.<sup>39</sup> En la mayoría de casos se trata de adecuar el tratamiento a las necesidades del paciente. La LET es muy frecuente en los pacientes que fallecen en plantas de Medicina Interna. Las expresiones más utilizadas son «no reanimación cardiopulmonar» y la menos concreta de «no usar medidas agresivas».<sup>40</sup>

El paciente mayor de edad tiene la opción de registrar anticipadamente sus deseos con respecto a ciertas intervenciones médicas de manera libre y de acuerdo a los requisitos legales, en un documento llamado de voluntades anticipadas (DVA). Este documento es un escrito dirigido al médico responsable que recoge las instrucciones a tener en cuenta cuando el paciente se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. Está regulado por la Ley 7/2002 de 12 de diciembre, del Parlamento Vasco, y su existencia consta en la historia clínica electrónica.<sup>7</sup>

En la fase de final de vida, el enfoque terapéutico se centra en el control sintomático, seleccionando el tratamiento según las comorbilidades y deseos del paciente. Para el control de los síntomas refractarios la sedación paliativa se considera como una opción indispensable.<sup>21</sup>

Una característica fundamental en la situación terminal es el gran impacto emocional que provoca sobre el paciente y la familia. Una buena comunicación que apoye durante el duelo y durante la resistencia emocional a aceptar las consecuencias del pronóstico, es una herramienta terapéutica esencial.<sup>41</sup> Asimismo, se ha observado que satisfacer

las necesidades de atención religiosa y espiritual de pacientes con enfermedad avanzada mejora su calidad de vida.<sup>42</sup>

### **1.5. ABORDAJE CUIDADOS PALIATIVOS**

En los últimos años los Cuidados Paliativos se han desarrollado en la mayor parte de países del mundo. En España, en las Comunidades Autónomas se han ido implementando diferentes programas de CP. El Programa Catalán de CP ha sido el pionero en el Estado, disponiendo de recursos en todos los niveles asistenciales del Servicio Catalán de Salud.<sup>43</sup>

En Euskadi, el Parlamento Vasco aprobó en 2006 el Plan de Cuidados Paliativos. El objetivo del Plan es mejorar la atención del paciente en fase final de la vida. Consta de diferentes recursos y dispositivos ubicados en nivel asistencial de Atención Primaria y en los servicios de atención especializada y hospitalaria.<sup>7</sup>

Entre los recursos específicos se encuentran las llamadas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) que son espacios ubicados en centros hospitalarios de media y larga estancia, con camas asignadas destinadas a la atención de pacientes en situación terminal y que precisan ingreso por motivos tales como: el control de síntomas severos, la claudicación de cuidadores y familiares o la necesidad de garantizar cuidados sanitarios en situación de falta de apoyo familiar o social.<sup>7</sup>

El equipo de Cuidados Paliativos interdisciplinario trabaja en asociación con el equipo clínico primario, pero no lo sustituye, su objetivo final es optimizar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, independientemente de que su pronóstico sea del orden de días, meses, años o décadas.

El desarrollo de un plan de Cuidados Paliativos puede iniciarse de forma conjunta con la atención habitual al paciente durante su trayectoria de enfermedad, o añadirse al final de la vida. Esto requiere que los profesionales implicados se coordinen y elaboren protocolos unificados de actuación. La creación de un circuito coordinado facilita el acceso al sistema sanitario, potencia la autonomía del paciente y su atención en el



domicilio. De esta forma se logra evitar la fragmentación y se mejora la calidad asistencial.<sup>7</sup>

Durante los últimos meses de vida de un paciente terminal, las visitas a urgencias son frecuentes por síntomas no controlados. Concretamente, una alta proporción de los ingresos hospitalarios en pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos se originan en el Servicio de Urgencias.<sup>44</sup>

En la actualidad existen UCP en varias organizaciones sanitarias integradas (OSI) de servicios en hospitales de media y larga estancia y en centros concertados por el Departamento de Salud. En Bizkaia se encuentran el Hospital de Góriz, el Hospital Santa Marina y el Hospital San Juan de Dios en Santurce. Además, existen acuerdos recientes para la atención psicoemocional en situación de enfermedad avanzada o terminal.<sup>7</sup> En la oferta preferente de los Equipos de Atención Primaria (UAP) está incluida la atención a pacientes de CP y también en la cartera de servicios de Hospitalización a Domicilio que funciona en el 100% de las OSIs.<sup>7</sup>

En el Hospital Universitario Cruces, existe la Unidad de Cuidados Paliativos, formada por un especialista en Medicina Interna y una enfermera. Se trata de una Unidad la cual no tiene camas propias, pero el equipo actúa como consultor en el Servicio donde se encuentre ingresado el paciente. Para su trabajo es fundamental la colaboración y el contacto directo con la Psicooncóloga y la Asistente Social del hospital.

Se debe remarcar el cuidado de enfermería el cual adquiere un valor especial, pues el éxito de la atención no reside en la curación, sino en mantener el bienestar y la dignidad de la persona hasta el final de su vida mediante un cuidado excelente. Este cuidado se puede desarrollar tanto en el hospital como en AP y la atención domiciliaria brinda la oportunidad de que estos pacientes permanezcan en su entorno familiar, lugar idóneo para recibir atención. La transferencia del paciente de Cuidados Paliativos desde el hospital hacia AP es un momento particularmente vulnerable, en el que los errores de coordinación pueden dar lugar a eventos adversos. Por ello, es necesario garantizar la coordinación y la continuidad de los cuidados en el ámbito comunitario y domiciliario, siendo su logro responsabilidad de todos los profesionales sanitarios.<sup>45</sup>

## 2. HIPÓTESIS

Las necesidades de los pacientes oncológicos avanzados y no oncológicos en situación terminal al final de la vida son similares. Un abordaje desde la medicina paliativa puede aportar múltiples beneficios, a ambos grupos. Sin embargo, la percepción de la calidad de la asistencia de los pacientes difiere entre ambos, siendo los no oncológicos el grupo más perjudicado.<sup>46</sup> Según datos de la Estrategia de *Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud*, alrededor del 30% de los pacientes que fallecen por causas no oncológicas serían subsidiarios de recibir Cuidados Paliativos.<sup>21,47</sup>

Numerosos estudios, reflejan la dificultad de los profesionales sanitarios para identificar la situación de terminalidad, en pacientes no oncológicos, lo cual les limita la etiqueta precoz paliativa, y por tanto el acceso a unos CP de calidad. Además, muchos de estos pacientes son sometidos a intervenciones agresivas en un intento de prolongar su supervivencia, incluso cuando la muerte es esperada.<sup>48</sup>

Los enfermos no oncológicos, presentan una importante y heterogénea necesidad asistencial por lo que esta incertidumbre en el pronóstico y en la falta de equidad de recursos, siendo asimismo la obstinación terapéutica más frecuente en ellos, los hace más vulnerables de presentar una atención sanitaria deficiente.

Actualmente del total de pacientes atendidos con CP un 75% tienen patología oncológica, cuando la realidad es que fallecen más pacientes no oncológicos.<sup>19</sup>

### **3. OBJETIVOS**

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo sobre una cohorte de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna Hospital Cruces durante 1 año natural y a los que se ha realizado una interconsulta con la Unidad de Cuidados Paliativos para hacer un estudio descriptivo de los mismos y obtener conclusiones significativas; comparando los del grupo de pacientes paliativos oncológicos con los no oncológicos.

Con el trabajo, se pretende valorar el porcentaje total de pacientes ingresados de Medicina Interna en un año que se identifican como paliativos y las diferencias descriptivas entre ambos grupos. Se quiere asimismo identificar las variables que pudieran estar relacionadas con el fallecimiento para intentar aportar alguna reflexión que mejore la calidad de la atención en estas fases de final de vida.

#### **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

El diseño del estudio es observacional descriptivo transversal, con reclutamiento retrospectivo. Se ha solicitado su aprobación en el Comité de Ética de la Unidad Docente de Medicina del Hospital Universitario de Cruces.

Se recogen del total de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante un año, periodo de julio 2018 a junio de 2019, a los que se haya hecho una interconsulta con la Unidad de Cuidados Paliativos, bien porque ya estuviesen identificados como tales antes de su ingreso y se requiera de su colaboración, o porque el médico adjunto responsable entienda que dado su diagnóstico y situación clínica requieran de una valoración por la UCP, que los identifica como tales.

Para la recogida de datos se utilizó el proceso asistencial de CP del sistema informático OSABIDE del Hospital. Se realizó un seguimiento del paciente hasta el éxitus (hospitalario o no) o el cierre del estudio. La fecha de finalización de recogida de datos fue el 26 de febrero de 2020.

De cada paciente se recogieron variables epidemiológicas (edad, sexo), presencia de documento de voluntades anticipadas [sí/no], fecha etiqueta de diagnóstico de paciente paliativo y si ocurre durante el ingreso en Medicina Interna o no, número de ingresos en HUC desde que se identifica como paciente paliativo, fecha de éxitus, síntoma principal que motivó el ingreso y su inclusión en el programa (disnea, dolor, síndrome general, clínica digestiva, convulsiones, síndrome confusional). Asimismo, se recogieron algunos parámetros analíticos (Hb, linfocitos, creatinina, urea, bilirrubina, fosfatasa alcalina, GOT, GPT, calcio, albúmina); destino del paciente al alta, (éxitus Hospital Cruces, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospitalización a Domicilio, alta con CCEE de Cuidados Paliativos, alta con Atención Primaria, residencia, traslado a otro servicio, otros), fallecimiento [sí/no], sedación [sí/no].

Se registraron también la situación funcional del paciente a la entrada del programa mediante las escalas PPS y KPS y la causa de condición paliativa (oncológica o no oncológica). Del grupo oncológico se distinguieron diferentes tipos de tumor (pulmón, ORL, digestivo, cerebral, ginecológico, urológico, renal, hematológico, sarcoma, no filiado) y del tipo no oncológico (enfermedades respiratorias, cardiovasculares,

hepatopatías crónicas, enfermedades neurológicas, enfermedad renal, enfermedad digestiva, proceso infeccioso grave). Por último se recogió el lugar de fallecimiento (éxitus Hospital Cruces, Unidad Cuidados Paliativos, domicilio, residencia, desconocido), la fecha de ingreso en Medicina Interna y fecha de alta en este servicio, fecha de diagnóstico oncológico y si fue o no diagnosticado durante el ingreso en Medicina Interna.

Las bases de datos electrónicas, incluidas ClinicalKey, Pubmed, Google Scholar y la Biblioteca Cochrane, se estudiaron como recursos principales en asociación con las directrices locales, para identificar documentos sobre atención paliativa.

Con respecto al análisis estadístico se calcularon porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables cuantitativas y se estableció la significación estadística para una  $p < 0,05$ .

Se llevó a cabo un análisis bivariado entre variables epidemiológicas y clínicas tanto del paciente oncológico como no oncológico, utilizando el test de la Chi-cuadrado de Pearson en el caso de las variables cualitativas y la T de student o análisis de la varianza y test de Fisher cuando se compararon variables cuantitativas. En algunos casos, se utilizó además el test no paramétrico de Kruskal-Wallis debido a la diferencia en las desviaciones estándar.

## 5. RESULTADOS

Se revisaron historias clínicas de pacientes ingresados en Medicina Interna durante el periodo comprendido entre el 1/7/18 y el 30/6/19 de los cuales 132 cumplieron criterios de inclusión. El número total de pacientes ingresados en el Servicio durante este periodo fue de 1884 siendo por tanto los pacientes identificados como paliativos un 7% del total; (132/1884).

El 61,4% (N=81) eran varones y el 38,6% mujeres (N=51), con una edad media de 78,9  $\pm$ 10,1 años. Cabe destacar de estos datos que la población se encontraba entre edades de 45 y 98 años, siendo la mediana de 82 años.

Los pacientes oncológicos representaron el 71,2% (N= 94) de la población frente al 28,8% (N=38) de los no oncológicos.

Se comparó la diferencia de género entre pacientes oncológicos y no oncológicos, resultando ser mayor la proporción de pacientes varones en el grupo con etiología oncológica (p= 0.036) como se observa en la **Tabla 1**.

Con respecto a la edad, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0,002). La edad media de los oncológicos es de 77,2  $\pm$ 10,1 años y la de los no oncológicos de 83,1  $\pm$  9,1. (**Tabla 1**).

El cáncer más prevalente fue el de origen digestivo 39,4%, seguido el de pulmón 22,3%, cáncer no filiado 9,6%, urológico y ORL 7,5% en ambos. (**Figura 1**).

Del grupo de tumores digestivos la neoplasia pancreática 10,65% (N=10) fue la más frecuente, seguido fue la de origen biliar 5,32% (N=5), recto 4,26% (N=4), estómago (N=4), colon (N=4), esófago (N=3) 3,2%, ciego (N=2) e hígado 2,13% (N=2). Además, hubo tres pacientes con neoplasia de probable origen intestinal. (3,2%)

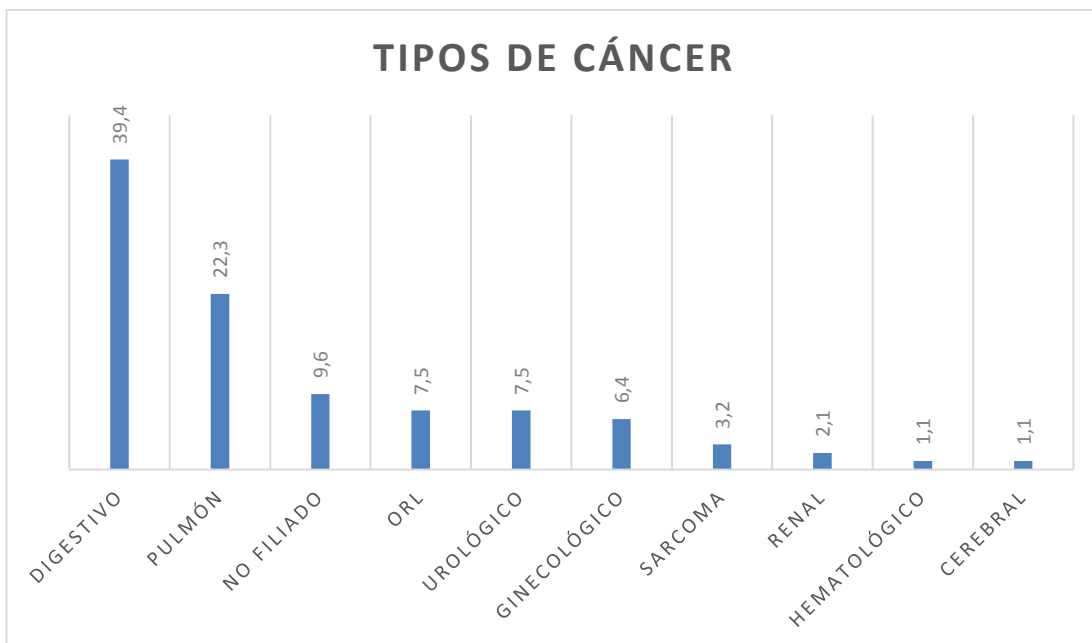
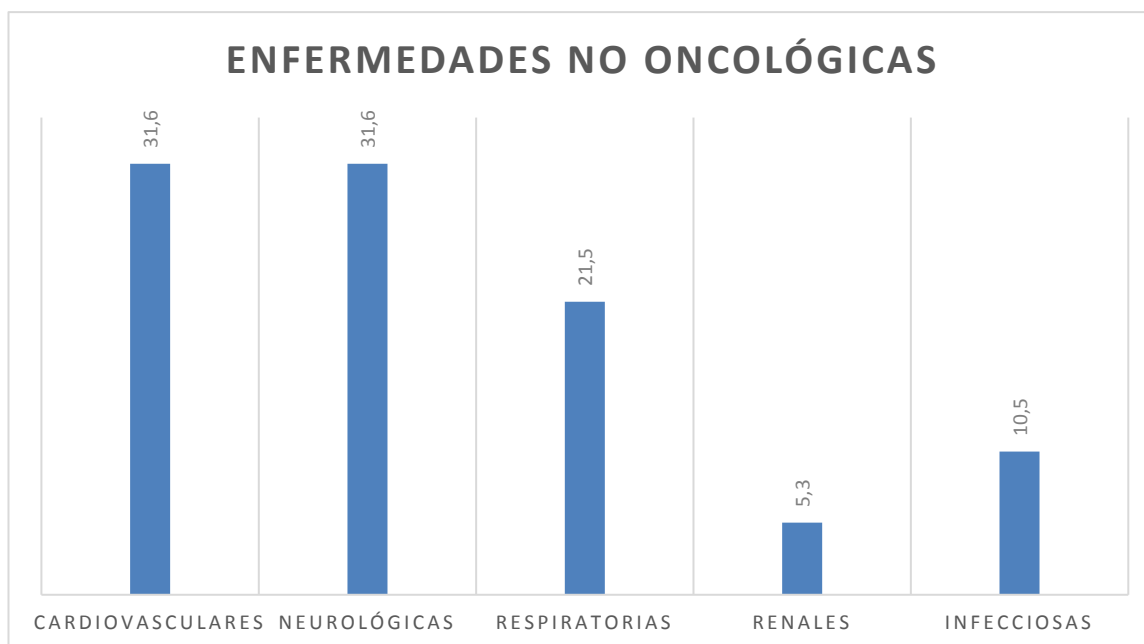


Figura 1. Tipos de cáncer más frecuentes (%)

Del grupo de pacientes oncológicos, 35 de ellos (37,2%), fueron diagnosticados como tales durante el ingreso en Medicina Interna, mientras que 59 de ellos (62,8%) ya conocían el diagnóstico al ingreso en el Servicio.

Asimismo, las enfermedades de causa no tumoral más frecuente fueron con misma prevalencia las enfermedades cardiovasculares y neurológicas, ambas con un 31,6% (N=12), seguido la etiología respiratoria 21,5% (N=8), causa infecciosa 10,5% (N=4) y renal 5,3% (N=2). (**Figura 2**).

Figura 2. Causas enfermedades no oncológicas (%)



El tiempo de estancia media hospitalaria fue de  $9,7 \pm 6,2$  días con un recorrido intercuartílico de 5,5—13 días. Las diferencias entre ambos grupos (**Tabla 1**) no fueron estadísticamente significativas, ( $p=0,197$ ) a pesar de que los no oncológicos están en promedio 1,5 días más.

Del número total de pacientes, 117 (88,6%) fueron identificados durante el ingreso como paliativos, (79 oncológicos y 38 no oncológicos) frente a 15 (11,4%) que ya ingresaron con la etiqueta conocida. De éstos últimos, 14 eran oncológicos frente a uno no oncológico.

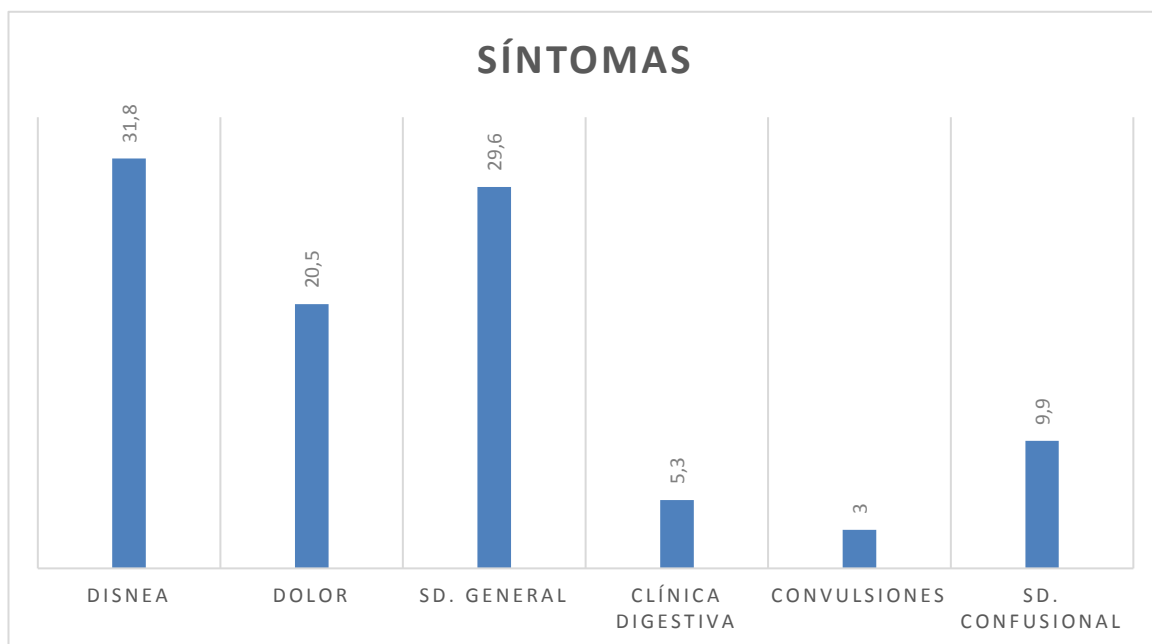
La media de número de ingresos tras la etiqueta de paliativo fue de  $1,3 \pm 0,8$ . El 81,7% ( $N=107$ ) tuvo un ingreso, el 13% ( $N=17$ ) dos ingresos, 1,5% ( $N=2$ ) con tres ingresos, 2,3% ( $N=3$ ) con cuatro ingresos, 0,8% ( $N=1$ ) con cinco ingresos y 0,8% ( $N=1$ ) con seis ingresos, y uno era desconocido.

Además, se observó que no había diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de oncológicos y no oncológicos en el número medio de ingresos tras etiquetarse como paciente paliativo. (**Tabla 1**).



El síntoma principal que motivó el ingreso fue la disnea, seguido el síndrome general, y dolor. (**Figura 3**)

**Figura 3. Sintomatología más frecuente en enfermedad avanzada (%)**



Se analizaron ambos grupos observándose diferencias significativas ( $p = 0.011$ ). En los pacientes no oncológicos la sintomatología que predominaba era la disnea mientras que en los oncológicos el síndrome general. (**Tabla 2**)

Síntoma	Pacientes oncológicos	Pacientes no oncológicos	Total	p
Dolor	23 (24.47%)	4 (10.53%)	27 (20,45%)	<b>0.011</b>
<b>Disnea</b>	23 (24.47%)	<b>19 (50%)</b>	<b>42 (31,82%)</b>	
<b>Síndrome general</b>	<b>34 (36.17%)</b>	5 (13,16%)	39 (29,55%)	
Convulsiones	2 (2,13%)	2 (5,26%)	4 (3,03%)	
Clínica digestiva	4 (4,26%)	3 (7,89%)	7 (5,30%)	
Síndrome confusional	8 (8,51%)	5 (13,16%)	13 (9,85%)	

**Tabla 2. Sintomatología más frecuente en enfermedad avanzada. Diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos. Tamaño muestral N (%)**

A su vez, se han recogido diferentes parámetros analíticos que se observan en la **Tabla 3**.

Parámetros analíticos	Media (DE)	Mediana	Min-Max	P25-p75
Hb	11,2 (2,1)	11,2	4,0-15,1	9,8-12,7
Linfocitos/ml	1324,4 (1368,8)	980	200-780	680-1400
Creatinina	1,2 (1,0)	0,9	0,4-7,1	0,7-1,3
Urea	72,9 (55,2)	60	12-439	40-86,5
Bilirrubina	1,1 (2,7)	0,5	0,1-22,6	0,4-0,9
F alcalina	205,5 (291,6)	99,5	24-2156	67-192
GOT	38,4 (50,4)	20	6-370	15-34
GPT	31,2 (39,3)	18	7-285	12-29
Albúmina	3,3 (0,5)	3,3	1,9-4,5	3,0-3,6
Calcio	8,8 (0,9)	8,7	7,1-12,0	8,2-9,2

**Tabla 3. Parámetros analíticos al ingreso en Medicina Interna.**

Se estudió la diferencia de los valores analíticos de ambos grupos concluyendo que:

**Tabla 1.**

1. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de Hb de ambos grupos;  $p=0,09$ .
2. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de linfocitos de ambos grupos;  $p=0,708$ .
3. Hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de creatinina de ambos grupos;  $p= 0,044$  siendo valores más altos en el grupo de no oncológicos que en el de oncológicos.

4. Hay diferencias significativas entre los valores de urea de ambos grupos  $p=0,033$ . El grupo de no oncológicos tiene niveles más altos que el grupo de oncológicos.
5. No hay diferencias estadísticamente significativas en los valores de bilirrubina;  $p=0,684$ .
6. Hay diferencias estadísticamente significativas de los valores de fosfatasa alcalina;  $p=0,011$ . Los valores más altos corresponden al grupo de oncológicos.
7. Hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de GOT de los dos grupos  $p=0,019$  aunque las desviaciones estándar son muy diferentes en ambos. El grupo de no oncológicos tiene niveles menores comparado con el grupo oncológico.
8. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de GPT de ambos grupos;  $p=0,097$ .
9. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de albúmina de ambos grupos;  $p=0,305$ .
10. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de calcio de ambos grupos;  $p=0,718$ .

El motivo de alta de Medicina Interna más frecuente fue el éxitus en HUC (30,3%), seguido de Atención Primaria (25%), Unidad de Cuidados Paliativos (22,7%) y Hospitalización a Domicilio (9,9%). Un 6,8% fueron dados de alta con consultas externas de Cuidados Paliativos, un 3,8% alta a residencia y un 0,8% a otra provincia/país y/o traslado a otro servicio del HUC respectivamente. **(Figura 4)**

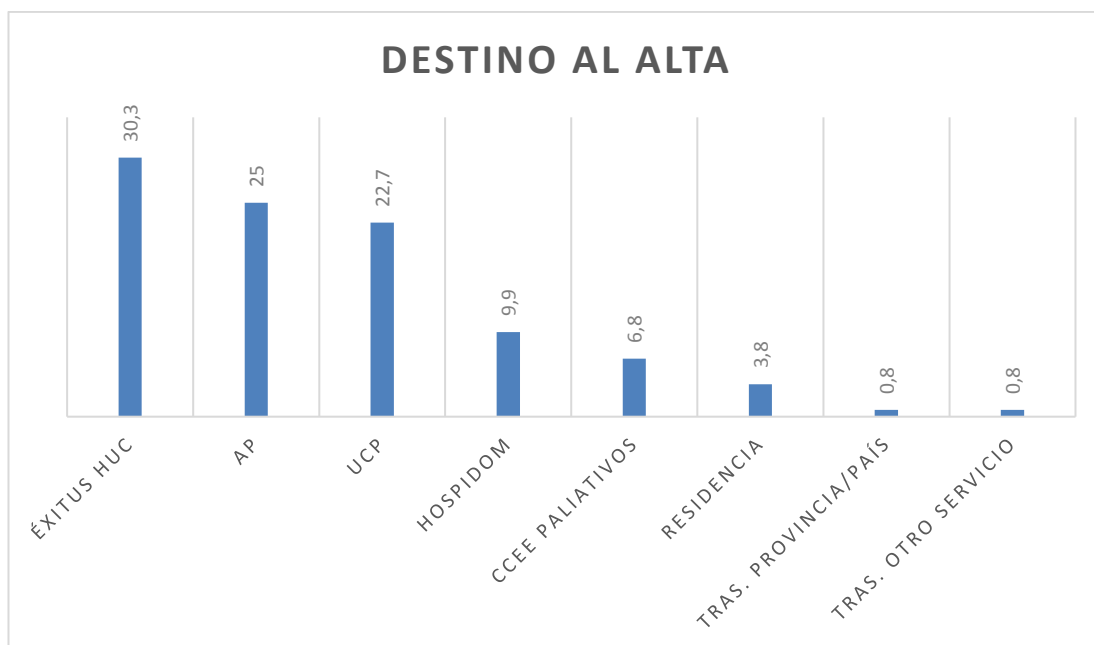


Figura 4. Destino al alta de Medicina Interna (%).

De los 132 pacientes analizados 124 fallecieron (93,9%). Hasta el momento de fin de recogida de datos (26/02/2020), permanecen con vida cinco pacientes (3,8%) y otros tres pacientes (2,3%) no se conoce su fallecimiento bien porque se trasladó a otra provincia o país y se perdió el rastro. Comparando ambos grupos se observó que aunque han fallecido menos pacientes no oncológicos, las diferencias no son estadísticamente significativas. (**Tabla 1**)

El 65,9% (N= 87) requirió sedación en el final de vida, mientras que no se utilizó en un 25,8% de los pacientes (N=34). Asimismo, se desconoció su uso en un 8,3% (N=11). En cuanto a las diferencias entre ambos grupos hay más desconocidos en el grupo oncológico, (N=10) frente a uno en los no oncológicos por lo que si nos ceñimos a los casos en los que se sabe si se usó o no sedación, se observa que, aunque se usa algo más en los oncológicos (76,2%), las diferencias no son significativas estadísticamente. (**Tabla 1**).

El lugar de defunción más frecuente fue en Unidad de Cuidados paliativos 40,2% (N=53), seguido fue el HUC con 33,3% (N=44), en domicilio falleció el 12,1% (N=16), en residencia el 5,3% (N=7) y en un 5,3% (N=7) el lugar de fallecimiento fue desconocido.

Con respecto a la diferencia entre oncológicos y no oncológicos se observó que fallecen más los no oncológicos en el hospital 54,3% frente a los oncológicos 28,4%. Globalmente hay diferencias significativas  $p=0,045$ , como se observa en la **Tabla 4**.

**Tabla 4. Diferencias en lugar de éxitus en pacientes oncológicos y no oncológicos. Tamaño muestral N (%)**

Lugar de éxitus	Pacientes oncológicos	Pacientes no oncológicos	Total	p
HUC	25 (28,41%)	19 (54,3%)	44 (35,77%)	<b>0.045</b>
UCP	43 (48,86%)	10 (28,57%)	53 (43,09%)	
Domicilio	13 (14,77%)	3 (8,57%)	16 (13,01%)	
Residencia	4 (4,55%)	3 (8,57%)	7 (5,69%)	
Desconocido	3 (3,41%)	0	3 (2,44%)	

Los pacientes fueron valorados por las escalas funcionales PPS y KPS. 91 pacientes tenían cumplimentada la escala PPS y 120 KPS. La puntuación media de PPS fue de  $55,3 \pm 18,2$  y la de KPS fue  $47,9 \pm 16,1$ .

En la **Tabla 1** se observa la diferencia entre ambas escalas en los distintos grupos, observando que hay muy pocos pacientes no oncológicos que presentan la escala PPS. Asimismo, los no oncológicos tienen una puntuación significativamente más baja que los oncológicos;  $p=0,024$ .

Con respecto a la escala KPS se observa que hay más casos de pacientes no oncológicos que tienen cumplimentada esta escala, siendo significativamente más baja en el grupo no oncológico vs el oncológico;  $p<0,001$ .

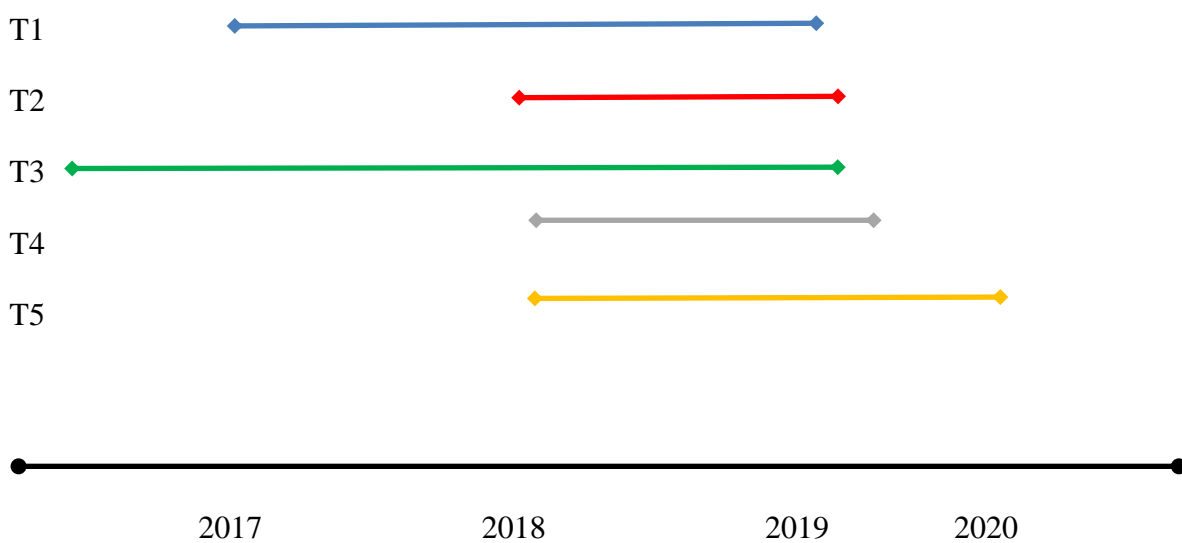
Finalmente, sólo tres pacientes (2,3%) presentaban documento de voluntades anticipadas, siendo oncológicos. **Tabla 1**.

**Tabla 1. Diferencias pacientes oncológicos vs no oncológicos. Tamaño muestral N (%), Media+ desviación estándar (DE) y probabilidad (p).**

<b>Variables</b>	<b>Pacientes Oncológicos</b>			<b>Pacientes No oncológicos</b>			<b>p</b>
<b>Género</b>	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	<b>0.036</b>
	63 (67,02%)	31 (32,98%)	94	18 (47,37%)	20 (52,63)	38	
<b>Edad</b>	77,2 (10,1)			83,1 (9,1)			<b>0.002</b>
<b>Nº ingresos</b>	1,3 (0,8)			1,2 (1,0)			0,422
<b>Niveles de Hb</b>	11,0 (2,1)			11,7 (2,1)			0,09
<b>Linfocitos</b>	1352,9 (1426,1)			1253,9 (1226,7)			0,708
<b>Creatinina</b>	1,1 (0,9)			1,8 (2,0)			<b>0,044</b>
<b>Urea</b>	64,4 (35,8)			93,8 (83,3)			<b>0,033</b>
<b>Bilirrubina</b>	1,3 (3,1)			0,8 (0,7)			0,684
<b>Fosfatasa alcalina</b>	245,3 (331,0)			98,2 (61,9)			<b>0,011</b>
<b>GOT</b>	44,7 (57,3)			21,5 (13,5)			<b>0,019</b>
<b>GPT</b>	35,0 (44,4)			21,8 (19,8)			0,097
<b>Albúmina</b>	3,3 (0,5)			3,4 (0,4)			0,305
<b>Calcio</b>	8,8 (0,9)			8,7 (0,7)			0,718
<b>Sedación</b>	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	0.114
	64 (76,19%)	20 (23,81%)	84	23 (62,16%)	14 (37,84%)	37	
<b>PPS</b>	56.50 (16,70) N=83			42.5 (12.82) N=8			<b>0,024</b>
<b>KPS</b>	52,61 (14,42) N=88			35 (13.20) N=32			<b>&lt;0,001</b>

Estancia media	9,2 (6,2)			10,8 (6,1)			0,197
DVA	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	0,558
	3	92	95	0	37	37	
Fallecimiento	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	0,126
	89 (97,80%)	2 (2,20%)	91	35 (92,11%)	3 (7,89%)	38	

Se analizaron diferentes tiempos en el estudio como vemos en la **Figura 5**.

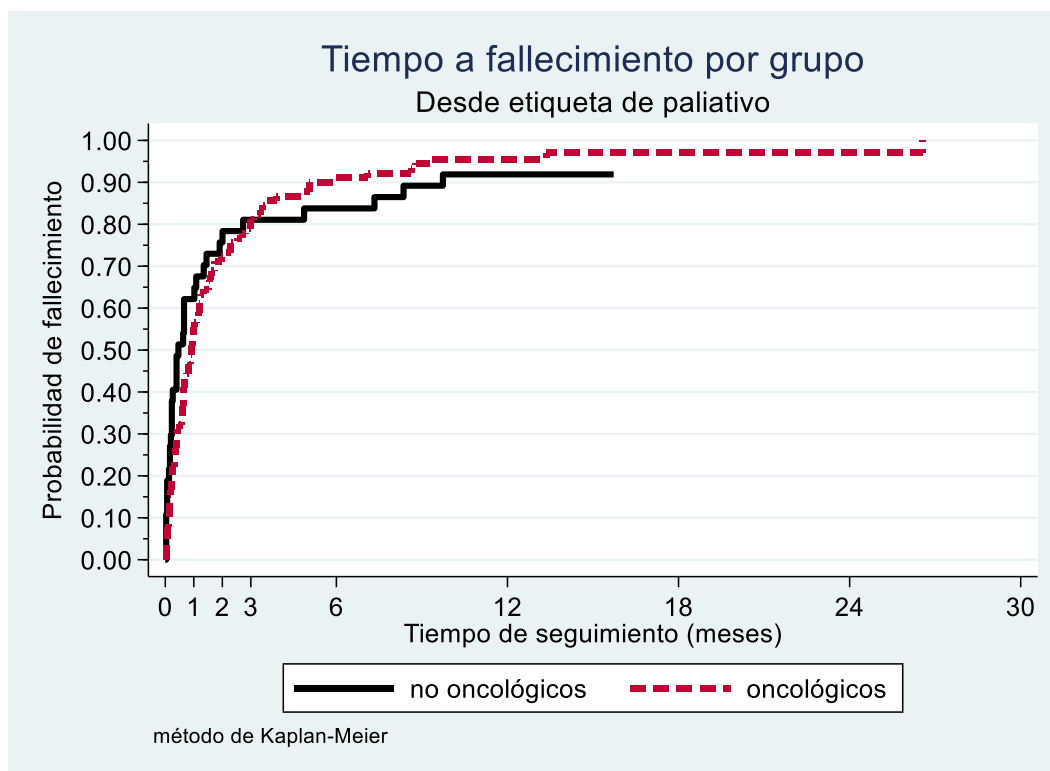


**Figura 5.** T1 corresponde a la fecha de etiqueta de paciente paliativo. T2: fecha de ingreso en Medicina Interna. T3: fecha de diagnóstico de cáncer. T4: fecha de alta en Medicina Interna. T5: fecha de éxitus.

1. Comparación del tiempo entre etiqueta de paliativo (T1) y fecha de éxitus/fin de seguimiento (T5) entre pacientes oncológicos y no oncológicos:

De la población total estudiada (N=132) se ha comparado el tiempo de seguimiento-etiqueta de éxitus de 127 pacientes, ya que tres de ellos no se conoce si han fallecido aún, y otros dos fallecen el mismo día en el que se les etiqueta como paliativo. Se obtuvo que el paciente que falleció antes lo hizo un día después de recibir la etiqueta de paliativo y el que tuvo más seguimiento fue de 807 días. La mediana fue de 25 días. En total hay 8.878 personas—día de seguimiento conocido.

Asimismo, se calculó la probabilidad de fallecimiento por grupo y según el tiempo desde T1. Se obtuvo que la probabilidad de éxitus a los 3 meses de la etiqueta en el grupo de no oncológicos es del 81% con un intervalo de confianza del 95% (67-92%) y para los oncológicos del 81% (73-88%), es decir son muy similares. Esto quedó confirmado en un test estadístico comparativo de los riesgos de éxitus en el tiempo en los dos grupos (log rank test);  $p=0,854$ . (**Figura 6**).



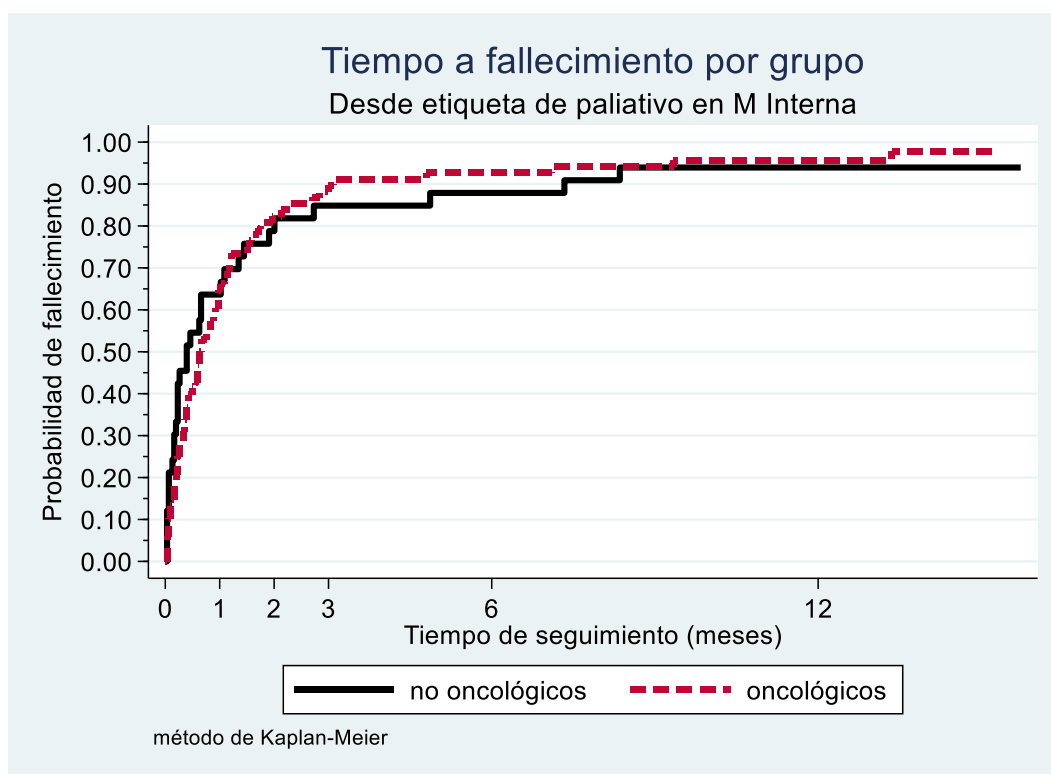
**Figura 6.** Relación de probabilidad de fallecimiento en el tiempo de seguimiento entre pacientes oncológicos y no oncológicos desde la fecha de etiqueta de paliativo.



2. Comparación del tiempo entre etiqueta de paliativo (T1) y fecha de éxitus/fin de seguimiento (T5) entre oncológicos y no oncológicos (sólo en los pacientes que han recibido la etiqueta durante el ingreso):

Hay datos de 101 pacientes con un total de 5373 pacientes-días. El menor tiempo de seguimiento es de un día y el mayor de 478 días. La mediana de 19 días.

El tiempo hasta éxitus es similar en ambos grupos. Se obtuvo que la probabilidad de éxitus a los 3 meses es del 85% en los no oncológicos (71-94%) y del 90% en los oncológicos (81-95%). Aun así, como era esperable, las diferencias no son estadísticamente significativas;  $p=0,975$  (**Figura 7**).

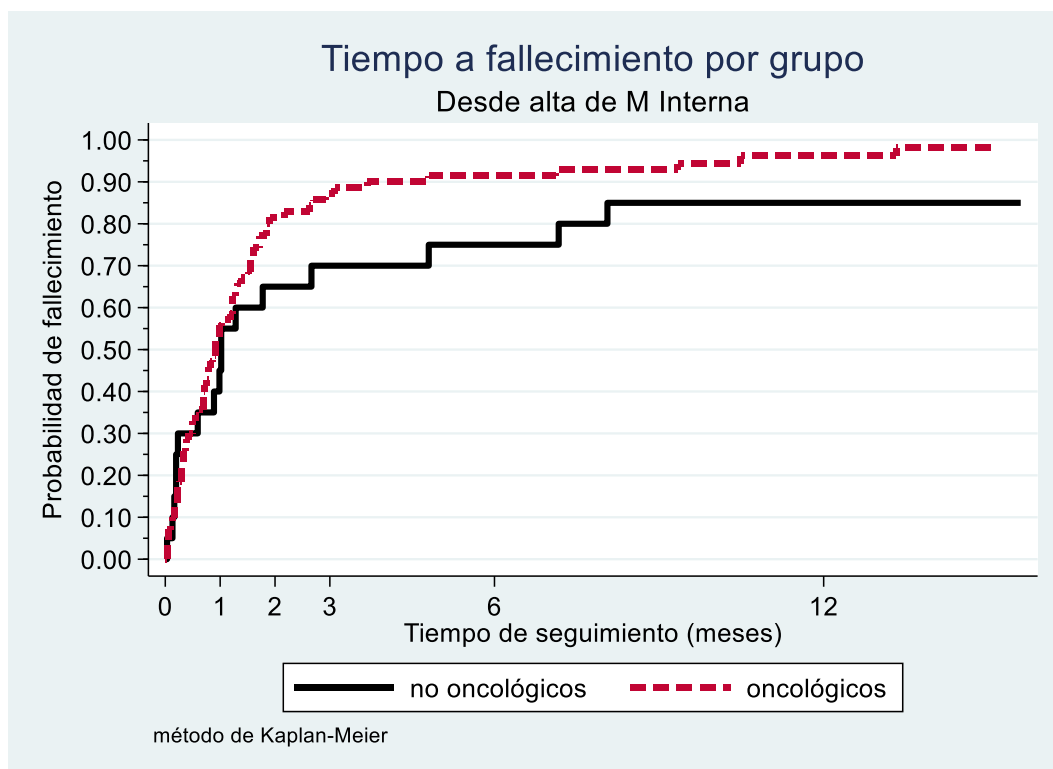


**Figura 7. Relación de probabilidad de fallecimiento durante el seguimiento entre pacientes oncológicos y no oncológicos con T1 en el ingreso.**

3. Comparación del tiempo entre alta de Medicina Interna (T4) y fecha de éxitus/fin de seguimiento (T5) entre oncológicos y no oncológicos:

Hay un total de 6239 pacientes-día de seguimiento. El tiempo de seguimiento va desde un día hasta 474 días con una mediana de 29 días.

Se calculó que el riesgo de muerte parece algo mayor en los primeros meses tras el alta en los pacientes oncológicos. Por ejemplo la probabilidad de muerte a los 3 meses en los no oncológicos es del 70% (50-88%) vs del 87% en los oncológicos (78-94%). Sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas;  $p=0,121$  (**Figura 8**).



**Figura 8.** Relación de probabilidad de fallecimiento durante el seguimiento entre pacientes oncológicos y no oncológicos desde fecha de alta de Medicina Interna.

4. Comparación del tiempo desde etiqueta de paciente paliativo (T1) en el ingreso hasta el alta (T4). Se obtuvo una media de 10,6 (6,3) días, con una mediana de 9 días y un rango intercuartílico de 2-31. No hubo diferencias significativas entre oncológicos y no oncológicos;  $p=0,420$
5. Comparación T1 (ya etiquetados previamente al ingreso) hasta fecha ingreso en Medicina Interna (T2). Se obtuvo una media de  $117,9 \pm 123,6$  días, con una mediana de 101 días y un rango intercuartílico de 13-483 días. Se comparó ambos grupos resultando que los no oncológicos llevan más tiempo con la etiqueta antes del ingreso  $152,5 \pm 197,3$  días que los oncológicos  $113,3 \pm 120,3$  pero las diferencias no son estadísticamente significativas ( $p=0,687$ ). Un test no paramétrico de Kruskal-Wallis nos da una  $p=0,882$ .
6. Comparación fecha de ingreso en Medicina Interna (T2) con fecha de etiqueta de paliativo de los no etiquetados antes del ingreso (T1). Se compararon ambos grupos resultando la media entre ellos de  $5,9 \pm 4,6$  días, no habiendo diferencias significativas ( $p=0,428$ ). La mediana fue de 5 días y un rango intercuartílico de 1-22 días.
7. Comparación de fecha diagnóstico de tumor (T3) y fecha de etiqueta de paliativo (T1):  
Se calculó, a su vez, el tiempo desde el diagnóstico del tumor del grupo de pacientes oncológicos diagnosticados antes del ingreso hasta que se identificaron como paliativos durante el ingreso. Resultaron 36 pacientes con una mediana de 245 días.

## 6. DISCUSIÓN

La Medicina Interna por su enfoque multidisciplinar juega un papel nuclear en la atención a los enfermos crónicos más complejos en situación al final de vida. Está capacitada para el cuidado del paciente en etapa terminal que requiere terapias paliativas. Un estudio indica que un tercio de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna se encuentran en su último año de vida, mientras que el 10% morirá durante su ingreso agudo actual.<sup>49</sup>

En nuestro estudio se observa que un 7% de los pacientes ingresados durante un año en Medicina Interna del HUC son valorados por la Unidad de Paliativos del Hospital. Este porcentaje que parece bajo considerando el tipo de pacientes que ingresan en los servicios de Medicina Interna, en su mayoría ancianos y pluripatológicos, se asemeja a los resultados de otros hospitales. Un estudio realizado en 2016 en el Hospital Línea de la Concepción de Cádiz supuso un 7,89% de los ingresos en Medicina Interna<sup>50</sup>, mientras que otro realizado en el Hospital Morales Meseguer de Murcia en 2011 identificó un 9,8% del total de pacientes<sup>51</sup>. Probablemente más de estos pacientes, sobre todo no oncológicos deberían haberse derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos.

La población de pacientes no oncológicos ha ido adquiriendo importancia dentro de la actuación de los Cuidados Paliativos. Sin embargo, en este trabajo, al igual que en otros estudios el número de pacientes oncológicos identificados como paliativos superó al de no oncológicos, siendo 71,2% (N= 94) y 28,8% (N=38) respectivamente. Estos resultados coinciden con la mayoría de los estudios que detectan una baja implantación de medidas paliativas en pacientes que fallecían como consecuencia de una enfermedad crónica no oncológica.<sup>1</sup>

Actualmente, y a pesar de las mejoras en herramientas predictivas, aún resulta difícil establecer de forma precisa en base individual el momento en que un paciente con enfermedad terminal de órgano debe considerarse en su fase final. Este proceso se complica aún más cuando concurren en un mismo paciente más de una condición clínica médica avanzada, hecho que cada vez está siendo más frecuente.<sup>1</sup>

Se pueden describir distintas trayectorias según la enfermedad principal. Las enfermedades neoplásicas ocasionan un deterioro clínico progresivo evidente en un

periodo corto de tiempo y el final de la vida suele ser previsible. Presentan menor prevalencia de alteración funcional antes de la etapa final y cobran mayor relevancia los problemas nutricionales y la demanda de Cuidados Paliativos por el paciente y su familia. Esto difiere de las enfermedades no oncológicas, las cuales cursan con descompensaciones más o menos severas seguidas de períodos de estabilidad clínica en los que el paciente puede incluso recuperar su estado de salud basal. Además, suelen presentar mayor necesidad de recursos sanitarios debido a ingresos no programados y a complicaciones infecciosas.<sup>52</sup> La infección hospitalaria ha destacado frente a otros factores de riesgo asociado a reingresos, en probable relación con descenso de defensas inmunitarias.<sup>53</sup>

Asimismo, en la demencia, el deterioro es lento y progresivo. La prevalencia de alteración funcional, cognitiva y de síndromes geriátricos es alta y se asocia con una menor percepción de necesidad de atención paliativa por parte de los profesionales.<sup>21,34</sup>

En el estudio, hubo diferencias significativas en las variables epidemiológicas, siendo el porcentaje de varones mayor en el estudio y en etiología oncológica, tal y como aportan las estadísticas. En el País Vasco en 2018 y 2019 la prevalencia de cáncer fue superior en hombres que en mujeres.<sup>54</sup>

En su conjunto, las patologías no oncológicas superan a las neoplasias malignas, principalmente entre las mujeres. Las mujeres tienen mayor esperanza de vida y a partir de los 74 años el número de éstas es mayor que el de hombres.<sup>7</sup> La prevalencia de fallos orgánicos crónicos progresivos (cardíaco, pulmonar, hepático, renal y neurológico) secundarios a diferentes enfermedades se multiplica con la edad.<sup>1</sup> Por ello, como era de esperar, los pacientes no oncológicos presentaban más edad media que el grupo de los oncológicos, siendo 77 y 83 años respectivamente.

El cáncer más prevalente en el estudio fue el de origen digestivo 39,4%, similar a otros trabajos<sup>8</sup> seguido el de pulmón 22,3% y cáncer no filiado 9,6% en orden de incidencia. Estos datos son compatibles con los datos estadísticos de 2018 en Bizkaia, que muestran que los mayores porcentajes fueron de origen digestivo y respiratorio.<sup>53</sup>

De los tumores digestivos en el estudio la neoplasia pancreática fue la más frecuente, (10,65%) seguido la de origen biliar, estómago, recto y colon. Asimismo, la mayoría

de pacientes del estudio padecían cáncer metastásico y un deterioro funcional significativo o con síntomas persistentes mal controlados o refractarios.

En el estudio también se observa que, del grupo de pacientes oncológicos, el 37,2%, fueron diagnosticados como tales durante el ingreso en Medicina Interna. Este dato justifica el abordaje realizado por el internista en estos pacientes. Según la SEMI un 20% de los pacientes que precisan ingreso en Medicina Interna son diagnosticados de neoplasia.<sup>55</sup>

Por otro lado, nuestros resultados coinciden con la bibliografía, siendo las enfermedades cardiacas junto a las neurológicas las más frecuentes, (31,6%) principalmente la insuficiencia cardiaca avanzada.

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los síndromes clínicos más importantes por su elevada incidencia, prevalencia y morbimortalidad, y consume una gran cantidad de recursos sanitarios y en hospitalización que probablemente aumentará en los próximos años de forma considerable. En Medicina Interna, la insuficiencia cardiaca alcanza más de un 12% de las altas hospitalarias.<sup>56</sup> La situación clínica de terminalidad viene dada cuando la IC avanzada es refractaria al tratamiento médico y no es subsidiaria de trasplante cardíaco.<sup>56</sup>

A pesar de los avances en la terapia cardíaca, la IC sigue siendo una enfermedad progresiva, altamente sintomática y mortal que impone grandes demandas a los pacientes, cuidadores y sistemas de salud. Presenta una prevalencia en población de mayores de 80 años del 9,1%.<sup>1</sup>

Los Cuidados Paliativos tienen aplicaciones en todas las etapas de la insuficiencia cardíaca, incluso al comienzo de la enfermedad, a menudo en combinación con otras terapias destinadas a prolongar la vida. Sin embargo, la incorporación de los Cuidados Paliativos en el manejo de la insuficiencia cardíaca ha sido subóptima por varias razones como la incertidumbre en la trayectoria de la enfermedad o la superposición de comorbilidad y fragilidad.<sup>56, 57</sup>

Al igual que ocurre en otras enfermedades crónicas no oncológicas, la dificultad de establecer un pronóstico en pacientes con IC hace que los médicos sobrestimen la supervivencia de estos enfermos. Esto contribuye a la percepción de falta de atención sobre una planificación del tratamiento paliativo de estos pacientes.

Según la New York Heart Association (NYHA) la disnea en grado 4 es el síntoma más frecuente e incapacitante en estos pacientes.<sup>58</sup>

Las enfermedades neurológicas también tuvieron un porcentaje importante, destacando entre ellas la demencia avanzada y los accidentes cerebrovasculares. Se estima que la prevalencia de la demencia es de un 30-40% en mayores de 80 años.<sup>58</sup>

Según otros estudios, los pacientes con demencia avanzada no están suficientemente reconocidos como de alto riesgo de muerte y reciben Cuidados Paliativos por debajo de lo óptimo, llegando en ocasiones a recibir procesos terapéuticos agresivos que no han demostrado claramente aumentar la supervivencia.<sup>34</sup>

Las enfermedades respiratorias también tuvieron un porcentaje elevado 21,5 % siendo la afectación más frecuente entre estas EPOC avanzada. Se estima que el número de pacientes con EPOC que precisarían Cuidados Paliativos podría oscilar del 3 al 15% del total.<sup>59</sup> El paciente con EPOC en fase clínica de final de vida se caracteriza por la intensa sintomatología respiratoria (disnea, la cual se presenta en casi un 94% de los pacientes en su último año tos, expectoración) y la pérdida de calidad de vida que conlleva la enfermedad.<sup>60</sup>

Los síntomas en fase avanzada tienden a ser múltiples, siendo más frecuentes el dolor, la disnea, la anorexia, síndrome confusional o clínica digestiva. Pueden deberse a numerosos factores como la progresión o complicaciones de la propia enfermedad o por el tratamiento.

Conforme se acerca la muerte, la evaluación de los síntomas se hace más difícil porque en la última semana, en su mayoría los enfermos se vuelven poco comunicativos. La dificultad aumenta en presencia de una disfunción cognitiva moderada a severa. Muchos son además ancianos con cambios cognitivos, temores sobre fallecer, solitarios o con falta de apoyo de la familia.<sup>61</sup>

Según diferentes estudios los principales síntomas en los pacientes paliativos oncológicos son el dolor, seguido de la disnea y el delirium. En pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica el principal síntoma es la disnea.<sup>8</sup>

Aunque el síntoma principal más frecuente en el total de la población estudiada ha sido la disnea, (31,8%) existen claras diferencias en la sintomatología entre los dos grupos,

siendo el síndrome general más frecuente en los pacientes oncológicos y la disnea en los no oncológicos. Este dato es debido al tipo de diagnósticos predominantes en ambas cohortes, así en el grupo de pacientes no oncológicos la frecuencia de enfermedad cardíaca crónica casi alcanza el 32%, por lo que el principal síntoma a controlar en estos pacientes fue la disnea. En cambio, los pacientes oncológicos con más frecuencia presentaban un tumor digestivo lo que justifica el síndrome general.

El dolor es el síntoma más frecuente en los pacientes oncológicos en situación terminal según la bibliografía. En el estudio realizado obtuvo el segundo lugar de incidencia. (24,5%). El dolor está presente en el momento del diagnóstico de un cáncer hasta en un 30% de enfermos y su incidencia alcanza el 50% entre los que reciben un tratamiento antitumoral activo. El dolor afecta hasta a un 75% (con un rango del 50 al 95%) de pacientes en fase terminal; de estos últimos, más de la mitad padece un dolor severo.<sup>61</sup>

Además, algunos estudios muestran que los pacientes no oncológicos tienen una peor percepción de la calidad de vida que los oncológicos.<sup>62</sup> En los enfermos con EPOC o insuficiencia cardíaca se detectan mayores niveles de ansiedad y depresión que en pacientes oncológicos y, sin embargo, muchas veces este problema está infradiagnosticado e infratratado.<sup>63</sup> Asimismo, una vida encadenada al oxígeno y a la medicación, a los reingresos hospitalarios y a los procedimientos médicos o la pérdida progresiva de la independencia produce sentimientos de frustración y rabia que se potencian con la sobreprotección familiar.<sup>64</sup>

Los parámetros analíticos recogidos mostraron niveles medios bajos de Hb y albúmina y elevados de urea y fosfatasa alcalina. Los niveles bajos de Hb se podrían justificar por la anemia en fase final debido al cáncer y a la insuficiencia cardíaca y renal. Una fosfatasa alcalina elevada nos dirige hacia enfermedades hepáticas u óseas, la urea elevada se relaciona con deshidratación, fallo cardíaco e insuficiencia renal. Además, un descenso en los valores de albúmina, está relacionado con la desnutrición.

Los resultados de los valores analíticos, mostraron diferencias significativas en ambos grupos en los valores de creatinina, urea, fosfatasa alcalina, y GOT. Se observaron valores más elevados de creatinina y urea en pacientes no oncológicos y de fosfatasa alcalina y GOT en oncológicos. Una de las razones en el grupo de oncológicos es la



presencia de metástasis hepáticas y óseas que justifica una elevación de ambos parámetros. El resto de parámetros analizados no tuvieron diferencias significativas en los dos grupos.

Uno de los problemas habituales a la hora de etiquetar a un paciente como paliativo es saber en qué momento nos estamos acercando a una situación terminal, difícil de controlar y con una esperanza de vida corta. Por ello, se comparó si había diferencias entre la identificación de los pacientes oncológicos y no oncológicos.

Se obtuvo, que de los pacientes que ingresaron con la etiqueta de paliativo (N=15), 14 eran oncológicos frente a 1 no oncológico, lo que reafirma que la identificación de aquellos con enfermedad crónica no oncológica en fase terminal aún tiene un amplio margen de mejora.

Es por ello, que en el estudio se pretendió además observar la comparación entre el tiempo de la identificación de paciente paliativo en ambos grupos durante el ingreso, aunque no hubo diferencias significativas siendo la mediana de ambos cinco días.

Se comparó además la estancia media en el servicio de ambos grupos, siendo más elevada en no oncológicos (1,5 días más) que los oncológicos, pero no fueron diferencias significativas.

Al igual que en un estudio realizado en País Vasco en 2013<sup>7</sup> que obtuvo que la mayoría de los episodios de alta de los hospitales de agudos de Osakidetza tuvieron como consecuencia de alta el fallecimiento; en este estudio, el principal motivo de alta fue el éxitus en HUC. En Euskadi la mayor proporción de muertes con respecto al total corresponde a los servicios de Medicina Interna (31,2%) y Oncología Médica (15,7%).<sup>7</sup> Ello es debido a que acogen el mayor porcentaje de ingresos, muy por encima de las UCP, que sin embargo tienen la mayor tasa de mortalidad por servicio 81,2%, frente a 24,1% en Interna.<sup>7</sup>

Los resultados de la comparación del tiempo entre el alta de Medicina Interna y fecha de éxitus entre los pacientes oncológicos y no oncológicos observan que el riesgo de muerte parece algo mayor en los primeros meses tras el alta en los pacientes oncológicos. Sin embargo, en el estudio las diferencias no son estadísticamente significativas.

Según un estudio realizado en 2011<sup>7</sup> en la Comunidad autónoma vasca el lugar de fallecimiento más frecuente es el hospital (54% del total), donde tienen lugar más del 60% de las muertes de las personas menores de 75 años. A partir de esta edad, el porcentaje disminuye al 50%, y la suma de muertes en el domicilio y en el ámbito residencial alcanza el 45,7% del total. Sin embargo, en este estudio el sitio de defunción más frecuente fue la Unidad de Cuidados Paliativos. Las UCP tanto de Górliz, Santa Marina o San Juan de Dios obtuvieron un 40,2%, seguido fue el HUC con 33,3% y el domicilio en tercer lugar con un 12,1%.

Aunque cada vez con más frecuencia las UCP atienden a pacientes con enfermedades avanzadas terminales no oncológicas tradicionalmente, en los hospitales de agudos, las UCP atienden en su mayoría a pacientes oncológicos, suponiendo estos entre el 80 y el 90% del total de pacientes atendidos.<sup>65</sup> La diferencia entre oncológicos y no oncológicos en el estudio, observó que fallecen más los no oncológicos en el hospital 54,3% frente a los oncológicos 28,4%. Estos últimos fallecieron más en las UCP (48,86%) por lo que hay diferencias significativas entre ambos.

La sedación se utiliza fundamentalmente cuando hay un síntoma refractario. Los más frecuentes son disnea, seguido de delirium y dolor. Asimismo, los fármacos de elección en la sedación paliativa son, por este orden, los benzodiazepinas (midazolam), los neurolépticos sedativos (clorpromazina intravenosa o levomepromazina subcutánea) los anticonvulsivantes (fenobarbital intramuscular o subcutáneo) y los anestésicos (propofol intravenoso). En el caso de la sedación paliativa en la agonía hay que valorar la retirada de los fármacos que ya no sean necesarios.<sup>66</sup>

La bibliografía sobre sedación paliativa se refiere en más del 95% de los casos a pacientes oncológicos. Las diferencias observadas en su aplicación, entre enfermos oncológicos y no oncológicos, están más relacionadas con aspectos clínicos que con aspectos específicos propios de la técnica de sedación. Estas diferencias afectan principalmente a la situación funcional (peor en los pacientes no oncológicos) y a la mayor participación de los pacientes oncológicos en la toma de decisiones sobre el inicio de la sedación paliativa mediante el consentimiento informado. Es en estos casos donde con más frecuencia se consulta a un equipo de Cuidados Paliativos antes del inicio. La mayor parte de las diferencias podrían explicarse por el curso clínico menos

predecible de los pacientes no oncológicos y su menor acceso a los servicios de atención paliativa. Se estima que la prevalencia de uso de dicha sedación en los pacientes fallecidos varía entre el 1 y el 26% en función del nivel asistencial y el tipo de paciente evaluado, existiendo escasos datos de la sedación paliativa en la agonía en hospitales fuera de las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).<sup>21</sup>

En el estudio el 65,9% requirió sedación en el final de la vida, mientras que no se utilizó en un 25,8% de los pacientes. Asimismo, se desconoció su uso en un 8,3%. En cuanto a las diferencias entre ambos grupos vemos que, aunque se usa algo más en los oncológicos (76,2%), las diferencias no son significativas estadísticamente.

Las estimaciones sobre la supervivencia son importantes en todas las fases de la vida del paciente, ya que influyen en la toma de decisiones tanto médicas como no médicas. Esto resulta especialmente importante al final de la vida, cuando los pacientes y sus familias tienen que abordar numerosas cuestiones personales, fiscales y sociales ante un fallecimiento inminente. El deterioro funcional es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad, con independencia de los diagnósticos clínicos.<sup>67</sup>

Desde hace años se han buscado instrumentos que permitieran identificar, de forma inequívoca, a los pacientes en situación de final de vida. Primeramente, se definieron en los pacientes oncológicos y se ha intentado buscar herramientas similares en los sujetos con otras patologías. Casi todas las insuficiencias orgánicas y enfermedades neurodegenerativas cuentan con sistemas de estadificación, con claro valor pronóstico, que permiten identificar a los pacientes con una menor expectativa de vida (clasificación de la NYHA en insuficiencia cardíaca, BODE en EPOC, la escala de Child-Pugh para hepatopatía o GDS en la enfermedad de Alzheimer), pero que, desafortunadamente, suelen mostrar escasa sensibilidad y especificidad en su capacidad de pronosticar la supervivencia a medio plazo en pacientes de edad avanzada, especialmente al ser aplicados a casos individuales.<sup>67</sup>

Por ello, con el objetivo de identificar con la mayor precisión posible la situación de final de la vida, se ha seguido un proceso evolutivo desde la valoración de escalas específicas de pronóstico de la enfermedad de órgano (NHYA) hasta los instrumentos más actuales de cribado poblacional que incluyen, además de criterios de enfermedad

avanzada de órgano, criterios de mal pronóstico global, (PPS, KPS) uso de recursos sanitarios, valoraciones geriátricas integrales y el uso del NECPAL.<sup>67, 68</sup>

En el estudio los pacientes en el proceso de clasificación como paliativo, fueron valorados por las escalas funcionales KPS Y PPS las cuales se han utilizado ampliamente para la predicción de supervivencia entre pacientes con cáncer.

De la muestra poblacional 120 pacientes presentaban cumplimentada la escala KPS, con una mediana de 50 frente a 91 pacientes con PPS con una mediana de 60 de puntuación.

KPS se trata de una escala numérica con descriptores que clasifican el estado funcional de 100 (máxima independencia y vida normal) a 0 (defunción). Los pacientes se clasifican según la puntuación en 3 niveles: a) vida normal, no necesita cuidados especiales (80-100); b) incapacidad laboral, pero capacidad de autocuidado (50-70) y c) incapacidad para el autocuidado (0-40).<sup>33</sup>

Valores bajos de la escala Karnofsky se correlacionan con supervivencias menores, mientras que puntuaciones altas no predicen supervivencias largas. La Escala de rendimiento paliativo (PPS) añade la ingesta oral y nivel de conciencia a las variables del KPS, permite su utilización en poblaciones más extensas, mostrando dificultades también en las puntuaciones altas.<sup>65</sup>

Con respecto a la escala KPS se observa que hay más casos de pacientes no oncológicos del total (N=38) que tienen cumplimentada esta escala (N=32), siendo significativamente más baja (35) en el grupo no oncológico vs el oncológico (52,4).

Por otra parte, 8 pacientes no oncológicos presentan la escala PPS frente a 83 oncológicos. Además, se obtiene que los no oncológicos tienen una puntuación significativamente más baja 42,5 que los oncológicos 56,5.

PPS se ha utilizado ampliamente para la predicción de supervivencia entre pacientes con cáncer; sin embargo, pocos estudios han revisado las puntuaciones de PPS en poblaciones no oncológicas.<sup>62</sup>

Una revisión sistemática reciente sobre el valor pronóstico del PPS incluyó 17 estudios, 9 en oncológicos, y demostró que una puntuación inferior al 30% predijo la mortalidad a 5-36 días y si era inferior al 10%, fallecían en solo de uno a tres días.<sup>2</sup>

Además, puede predecir los reingresos hospitalarios, así como la supervivencia del paciente.<sup>69</sup>

Con respecto al número de reingresos hospitalarios tras la etiqueta de paliativo se calculó en ambas poblaciones y no fue significativo entre los grupos.

Un dato que también apoya la mayor seguridad frente al pronóstico de vida limitado es el hecho de que los tres pacientes que únicamente tienen el documento de voluntades anticipadas firmado sean oncológicos. Este resultado también podría justificarse según apuntan algunos autores, a que las personas mayores prefieren no pensar en la muerte y a factores religiosos y de nivel cultural. Asimismo, también existe un desconocimiento generalizado del DVA, siendo este independiente tanto de la categoría profesional como de los años de experiencia o del servicio en el que se trabaja.<sup>70</sup>

Este trabajo presenta algunas limitaciones de un estudio retrospectivo y no randomizado; el criterio de elección de un año que puede considerarse como representativo de la generalidad o limitaciones de la propia historia clínica como fuente de datos.

## 7. CONCLUSIONES

- Un 7% de los pacientes (132/1884) ingresados en Medicina Interna en un año en el HUC son valorados por la Unidad de Cuidados Paliativos.
- Encontramos que la población de enfermos oncológicos identificados como paliativos fue superior a los no oncológicos, para éstos continúa existiendo un sesgo optimista que sobrestima la esperanza de vida.
- En el grupo de oncológicos predominaron los varones y en el grupo de no oncológicos las mujeres. La edad fue superior en el grupo no oncológico.
- El síntoma más prevalente en los pacientes oncológicos fue el síndrome general y la disnea en los no oncológicos.
- Los tumores más frecuentes fueron de origen digestivo. Las enfermedades no oncológicas más frecuentes fueron con misma prevalencia las enfermedades cardiovasculares y neurológicas.
- Los pacientes oncológicos fallecieron más en las unidades de Cuidados Paliativos que los no oncológicos los cuales fallecieron más en el HUC.
- Los valores de las escalas funcionales PPS y KPS fueron inferiores en los no oncológicos, lo cual nos indica un peor pronóstico vital en estos pacientes.
- Sólo tres pacientes oncológicos (2,3%) tenían recogido el documento de voluntades anticipadas.
- Comparando parámetros analíticos encontramos escasas diferencias significativas: los oncológicos presentaron valores más elevados de fosfatasa alcalina y GOT, mientras que los no oncológicos presentaron valores más elevados de creatinina y urea.
- Encontramos que la estancia media, el número de reingresos tras la etiqueta de paliativo y el uso de sedación en ambos grupos fue prácticamente similar.
- La probabilidad de fallecimiento a los 3 meses desde la etiqueta de paliativo en ambos grupos fue similar. Así como el tiempo entre la etiqueta de paliativo y la fecha de alta.

- Se precisan más estudios que permitan mejorar el conocimiento sobre todo de los pacientes no oncológicos susceptibles de Cuidados Paliativos. Además, es indispensable la formación y actualización continua en medicina paliativa de todos los profesionales sanitarios para poder mejorar la práctica clínica diaria y dar una atención de calidad a estos pacientes.

## 8. REFERENCIAS

1. Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ramos-Cantos C et al. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(4):203–212.
2. Galindo Ocaña J, Aguilera González C. Medicina interna y cuidados paliativos: ciencia y humanismo. *Rev Clin Esp.* 2019 Aug;219(6):324-326.
3. Rodríguez-Calero MA Julià-Mora JM y Prieto-Alomar A. Detección de necesidad de atención paliativa en una unidad de hospitalización de agudos. Estudio piloto. *Enferm Clin.* 2016 Feb;26(4):238-242.
4. Lutz S.: The history of hospice and palliative care. *Curr Probl Cancer* 2011; 35: 304-309.
5. «OMS | Cuidados paliativos». WHO, [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>. Accedido 28 de marzo de 2020.
6. Campos-Calderón C, Montoya-Juárez R, Alfaya-Góngora M, Gorlat-Sánchez B, Hueso-Montoro C, García-Caro MP. Establecimiento de la situación de enfermedad terminal en enfermedades oncológicas y no oncológicas: estudio retrospectivo con historias clínicas. *Med Paliat.* 2017;24(3):136-145.
7. Grupo de Trabajo para el Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Proceso de Atención y Mejora en la Fase Final de la Vida. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. 2016.
8. Priego-Valladares M, González de la Aleja García-Luengo P, García-Navarro M, Tello-Valero A, Portilla-Sogorb J, Ramos-Rincón JM. Diferencias en pacientes oncológicos y no oncológicos ingresados en una unidad de cuidados paliativos de reciente creación en un hospital de tercer nivel en la Comunidad Valenciana (España). *Med Paliat.* 2018 Nov;25(3):130-135.
9. Esteban-Pérez M, Fernández-Ballart J, Boira Senlí RM, Martínez Serrano T, Nadal Ventura S, Castells Trilla G. Concordancia entre la complejidad observada desde diferentes niveles asistenciales en pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada o al final de la vida mediante un modelo de abordaje de la complejidad. *Med Paliat.* 2018 Oct;25(4):236-44.
10. Sanz Fernández M.E, Molinero Blanco E. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Medicine.* 2013;11(27):1669-76.



11. Vizcaya - *Causas de muerte en la provincia, datos y estadísticas*. <https://www.epdata.es/datos/causas-muerte-provincia-datos-estadisticas/242/vizcaya/356>. Accedido 27 de marzo de 2020
12. Defunciones de la C.A. de Euskadi por territorio histórico y causa de defunción. PX-Web, [http://net-inter-eustat45.ejgvdns/bankupxbankupx/pxweb/es/spanish/-/PX\\_2219\\_edef06.px/](http://net-inter-eustat45.ejgvdns/bankupxbankupx/pxweb/es/spanish/-/PX_2219_edef06.px/). Accedido 27 de marzo de 2020.
13. «OMS | Datos y cifras sobre el cáncer». WHO, <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>. Accedido 27 de marzo de 2020.
14. Defunciones según la Causa de Muerte. Instituto nacional de estadística. [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf).
15. López de Munain A, Audicana C. Cáncer en la comunidad autónoma de Euskadi 2001-2017. 2019. Departamento de salud del País Vasco.
16. Riveiro V, Ricoy J Valdés L. Cuidados paliativos: el neumólogo de principio a fin. *Arch Bronconeumol*. 2019 Jul;55(7):355–356.
17. Aira Ferrer P, Domínguez Lorenzo C, Cano González JM, García Verde I, Molina Baltanás E, Vicente Aedo M, et al. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. *Med Pal*. 2017;24:179–87.
18. Sood R, Mancinetti M, Betticher D, et al. Management of bleeding in palliative care patients in the general internal medicine Ward: a systematic review. *Ann Med Surg(Lond)* 2019, Dec.
19. La SEMI pretende modificar la perspectiva de los cuidados paliativos». *Geriatricarea*, 3 de abril de 2020 <https://www.geriatricarea.com/2018/04/03/la-semi-apuesta-por-una-nueva-perspectiva-de-los-cuidados-paliativos/>.
20. Sanso Martínez N. Importancia de la identificación precoz del paciente paliativo: teoría del efecto mariposa *Enferm Clin*. 2017 Nov;27(6):335-338
21. Martínez-Litago E, Martínez-Velasco MC y Muniesa-Zaragozano M.P. Cuidados paliativos y atención al final de la vida en los pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp*. 2017 Oct;217(9):543-552
22. Riera Knorrenschild J. When to stop oncological treatment in Palliative Patients an increasing challenge in times of Immunooncology. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2020 Jan; 55(1): 27-40.

23. Haun M, Estel S, Rücker G, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun; 2017(6): CD011129.
24. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. Accesible en: <http://www.iconcologia.net>
25. Hernández-Quiles C, Bernabeu-Wittel M, Perez-Belmonte LM, Macías-Mir P, Camacho-González D, Massa B, et al. Concordance of Barthel Index ECOG-PS, and Palliative Performance Scale in the assessment of functional status in patients with advanced medical diseases. *BMJ Support Palliat Care*. 2017;7:300-307.
26. SECPAL. [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos\\_7-tratamiento-del-dolor](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_7-tratamiento-del-dolor). Accedido 20 de marzo de 2020.
27. Shatri H, Putranto R, Irawan C, Adli M, Agung RA, Abdullah V et al. Factors associated with pain in palliative patients and the role of spiritual services in pain management. *Acta Med Indones*. 2019 Oct;51(4): 296-302.
28. Allende Pérez S, Verastegui Avilés E, Herrera Gómez A, Meneses García A, Manual de Cuidados Paliativos para pacientes con cáncer. Editorial Alfil, 2012.
29. Brea Feijoo JM. Síndrome constitucional. *Fisterra*. Elsevier; 2014.
30. Murcia-Zaragoza J, Bernabeu-Wittel. Delirium en los servicios de medicina interna: mucho por hacer. *Rev Clin Esp*. 2019 Nov ;219(8):445-6.
31. Sánchez-Román S, Beltrán Zavala C, Lara Solares A, Chiquete E. Delirium en adultos que reciben cuidados paliativos: revisión de la literatura con un enfoque sistemático. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7(1):48-58.
32. Klankluang W, Pukrittayakamee P, Atsariyasing W, Siriussawakul A, Chanthong P, Tongchai S et al. Validity and Reliability of the Memorial Delirium Assessment Scale-Thai Version (MDAS-T) for Assessment of Delirium in Palliative Care Patients. *Oncologist*, 2020 Feb; 25(2): 335-340.
33. Forcano García M, Quilez Salas N, Vial Escolano R, Solsona Fernández S, González García P, Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzado. *Med Paliat*. 2015;22(3):106-116.

34. García-Soldevilla M.A, Barragán Martínez D, Rojo Sebastián A, Ayuso Peralta L, Tejeiro Martínez J. Decisiones terapéuticas complejas en el anciano con demencia. *Medicine*.2019 Mar; 12(74): 4381-84.
35. Baik D, Russell D, Jordan L, Dooley F, Bowles KH, Master-son Creber RM. Using the Palliative Performance Scale to estimate survival for patients at the end of life: A systematic review of the literature. *J Palliat Med*. 2018;21:1651-61.
36. Vargas A, Delgado S. Índices pronósticos en cuidados paliativos: ¿cómo, cuándo y para qué? *Med Paliat*. 2018 Ene;25(1): 59-60.
37. Hui D, Hannon B, Zimmermann C, Bruera E. Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care. *CA Cancer J Clin*. 2018 Sep; 68(5): 356–376.
38. Seifart C, Riera Knorrenschild J, Hoffmann M, Nestoriuc Y, Rief W, von Blanckenburg P. Let us talk about death: gender effects in cancer patients' preferences for end of life discussions. *Support Care Cancer*.2020 Jan 18.
39. Yuguero O, Esquerda M, Pifarre J. ¿Limitar o adecuar el esfuerzo terapéutico? *Med Clin (Barc)*. 2019;152(5):e27
40. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Gámez S, Vega G, García Olmos L. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp*. 2018 Ene;218(1):1-6
41. Camps Herrero C, Sánchez Hernández PT. Duelo en oncología. Sociedad española de oncología médica SEOM. Madrid.2007
42. Ratshikana-Moloko M, Ayeni O, Tsitsi JM, et al. Spiritual care, pain reduction and preferred place of death among advanced cancer patients in Soweto, South Africa. *J Pain Symptom Manage*; 2020 Feb.
43. Serrano Bermúdez G, Porta-Sales J, González-Barboteo J, Garzón-Rodríguez C, Pallejà Pejoan M, Fernández de Sevilla A. Neoplasias hematológicas y cuidados paliativos: revisión sistemática de la literatura. *Med Paliat*. 2012 Feb;19(2):73-80.
44. Ortega-Galán AM, Ruiz-Fernández M.D, Ortiz-Amo R, Cabrera-Troya J, Carmona-Roga IM, Ibáñez-Masera O. Atención recibida al final de la vida en los servicios de urgencias desde la perspectiva de los cuidadores: estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2019;29(1):10-17.

45. Correa-Casado M, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JM, Fernández-Sola C. Transferencia de pacientes de cuidados paliativos desde el hospital hasta atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2017 Jun; 49(6):326-334.
46. Gómez Traveso T, Fiorini Talavera A, Beltrán Sánchez AM, Briongos Figuero LS, Ruiz de Temiño de la Peña A, Pérez Castrillón JL. Grado de satisfacción e importancia de los cuidados durante la fase final de la vida. *Med Paliat*. 2016; 23(4): 179-182.
47. Estrategia de cuidados paliativos en el sistema nacional de salud [consultado 1 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
48. Ameneiros-Lago E, Carballada-Rico C, Garrido-Sanjuán JA. Mortalidad esperable en Medicina Interna: ¿cómo son los últimos días de vida en los que la muerte es previsible? *Med Paliat*. 2017; 24(2):63-71.
49. Sood R, Mancinetti M, Betticher D, et al. Management of bleeding in palliative care patients in the general internal medicine Ward: a systematic review. *Ann Med Surg (Lond)* 2019, Dec.
50. Sánchez Relinque E, Manzano Román V, Puerto Alonso J, Gil Gascón J, Bianchi Llave J. Características del paciente con criterio paliativo ingresado en una unidad de Medicina Interna, experiencia en un hospital comarcal del sistema público andaluz. *Rev Clin Esp*. 2016; 216(Espec Congr):799.
51. López Lozano E, Sánchez Guirao A, Martín Cascón M, Gil Ortega M, Trasancos Ecurra C, Meseguer Noguera R et al. Análisis de las necesidades reales de cuidados paliativos en pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel. *Rev Clin Esp*. 2014; 214( Espec Congr): 1095
52. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, Martori JC, Oller R, Martínez-Muñoz M, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: Across-sectional study of prognosis indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open*. 2016; 6:e012340.27.
53. Guerrero Igea F, Reveriego Blanes J, Retamar Gentil P, Ruiz Morales R, Cuesta López F, Serrano Carrillo de Albornoz J et al. Factores asociados al reingreso en pacientes de una planta de crónicos paliativos. XXVIII Congreso Nacional de la SEMI. 2007
54. Power BI Report [Internet]. App.powerbi.com. 2020 [cited 15 April 2020]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZDE5ZjFkZWItZmY>

5OC00NGE3LTlhODgtNTThYjkhOWE3MmFliwidCI6ImJjYTNjYTJILTY  
yNGMtNDNhYS05MTgxLWY2N2YxYzI3OTAyOSIsImMiOjh9

55. Los internistas prestan atención a 8 de cada 10 pacientes oncológicos en la etapa final de su enfermedad - Salud a Diario [Internet]. Saludadiario.es. 2020 [cited 15 April 2020]. Available from: <https://www.saludadiario.es/hospital/los-internistas-prestan-atencion-a-8-de-cada-10-pacientes-oncologicos-en-la-etapa-final-de-su-enfermedad>
56. Solís García del Pozo J, Olmeda Brull C, de Arriba Méndez JJ, Corbi Pascual M. Medicina paliativa en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada: Nuevas evidencias. *Rev Clin Esp.* 2019; 219(6); 332-341.
57. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure. *BMJ.* 2016 Apr; 14;353:i1010. doi: 10.1136/bmj.i1010.
58. Campello Vicente C, Chocarro González L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Med Paliat.* 2018; 25(2): 66-82.
59. Gómez-García R.M, Chiluzia D. Manejo paliativo del paciente con enfermedad pulmonar avanzada. *Medicine.* 2018 Oct;12(65):3822-30.
60. Escarrabill J, Soler Cataluña JJ, Hernández, Servera E. Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC. *Arch Bronconeumol.* 2009 May; 45(6): 297–303.
61. Astudillo W, O. Arango Pujal M.O, Mendinueta C et al. *Medicina Paliativa y el tratamiento del dolor en atención primaria.* 2012
62. Shah S, Blanchard M, Tookman A, Jones L, Blizard R, King M. Estimating needs in life threatening illness: A feasibility study to assess the views of patients and doctors. *Palliat Med.* 2006;20: 205-10.
63. O’Leary N, Murphy NF, O’Loughlin C, Tiernan E, McDonald K. A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients. *Eur J Heart Fail.* 2009;11:406-12.
64. Fitzsimons D, Mullan D, Wilson JS, Conway B, Corcoran B, Dempster M, et al. The challenge of patients’ unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliat Med.* 2007; 21:313-22.
65. Alonso Babarro A, Gisbert Aguilar A, Rexach Cano L. Selection criteria of patients with non-oncological diseases in palliative care programs and/or services. *Med Pal.* 2010 Jan; 17(3):161-171.

66. Mateos-Nozal J, García-Cabrera L, Montero Errasquín B, Cruz-Jentoft, Rexach Cano L. Análisis de la sedación paliativa en pacientes mayores hospitalizados: efectividad de un protocolo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51(3):132–139.
67. Rexach Cano L. Atención al anciano con enfermedad oncológica y no oncológica que precisa cuidados paliativos. *Tratado de Medicina geriátrica.* 2015; 42, 344-351.
68. Baik D., Russell D., Jordan L., Dooley F, Bowles K.H., and Masterson Creber R.M.: Using the Palliative Performance Scale to estimate survival for patients at the end of life: A systematic review of the literature. *J Palliat Med* 2018; 21: 1651-1661.
69. Aranha ANF, Smitherman HC Jr, Patel D, Patel PJ. Association of Hospital Readmissions and survivability with frailty and palliative performance scores among long-term care residents. *Am J Hosp Palliat Care.*2020 Mar.
70. García Salvador MT, Garrido Rodríguez N, Ribes Gadea V, Gómez Royuela L, Forcano Sanjuan S, Ruiz García V. Conocimiento y valoración de las voluntades anticipadas del personal sanitario de unidades de hospitalización a domicilio, oncología médica, hospitales de día y servicios de urgencias. *Med Paliat.* 2019; 26(3): 227-235 doi: 10.20986/medpal.2019.1069/2019