



El paciente terminal no oncológico en medicina interna

Francesc Formiga
Hospital Universitari de Bellvitge

XXVI Congreso SEMI

**Del mismo modo que al nacer la mayoría
necesitamos soporte médico
y todos de algún familiar,
esto mismo ocurrirá en el momento de la muerte.**



Lanzarote, 17-11-2005



Insuficiencia cardíaca terminal

PLURIPATOLÓGICO

**Enfermedad
pulmonar
obstructiva
crónica
terminal**

Demencia terminal



A dramatic night landscape featuring a dark, stormy sky with multiple bright, jagged lightning bolts striking down. The foreground shows silhouettes of trees and a dark, rocky coastline overlooking a turbulent sea with white-capped waves. The overall mood is intense and ominous.

ENFERMEDADES MUY FRECUENTES

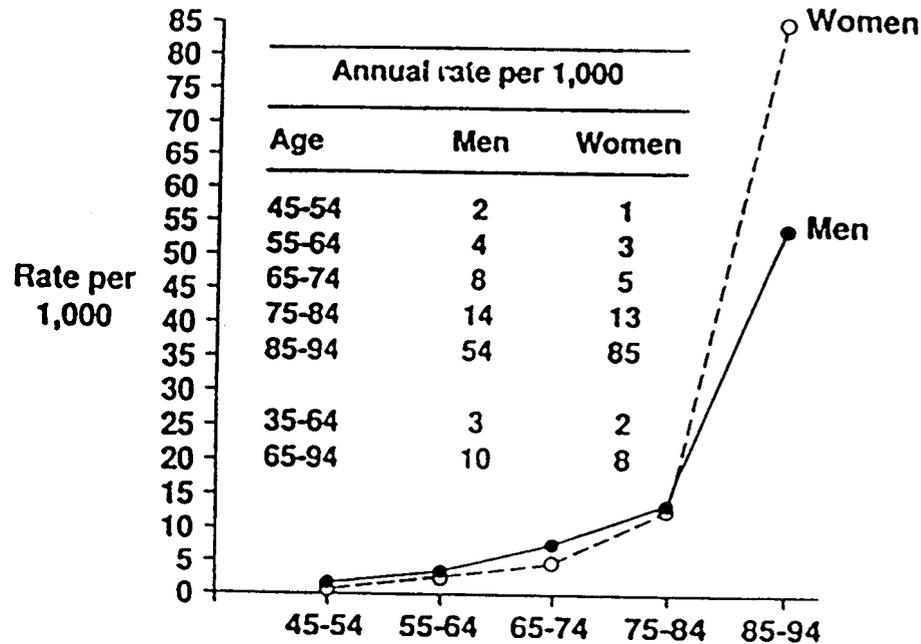
ENFERMEDADES EVOLUTIVAS

ENFERMEDADES CON GRAN MORTALIDAD

**DIFICULTAD
PRONOSTICO**

IC: EPIDEMIA del siglo XXI

Datos del estudio Framingham

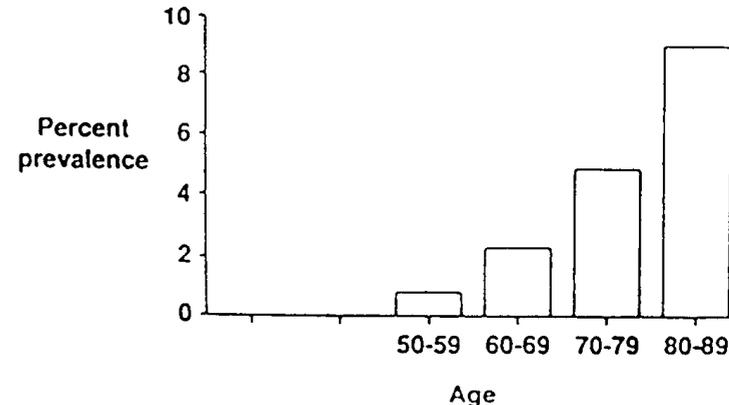


Incidence of heart failure by age and sex: 30-year follow-up from the Framingham Study.

Incidencia

(se dobla con cada década adicional de vida)

	Age: 50-59	60-69	70-79	80-89
Person-bienniums	20520	19298	8994	2084
Person-bienniums with CHF	166	451	438	190
Percent prevalence	0.8	2.3	4.9	9.1



Prevalence of heart failure by age: 34-year follow-up from the Framingham Study.

Prevalencia

(> 80 años = 10 x adultos)

Impacto de la EPOC en el mundo

- En el 2000, se estiman 2,74 millones de muertes en el mundo se debieron a la EPOC
- En USA de 1985 a 1995, el número de visitas médicas debidas a la EPOC pasarón de 9,3 a 16 millones
- En USA en 1995 el número de hospitalizaciones debidas a la EPOC fue de 500.000 y los gastos médicos de 14,7 millones de dolares.
- *La prevalencia de la EPOC en España es de 9,1% de la población entre 40-69 años*

Prevalencia de la demencia en el mundo

- El aumento de la cantidad de pacientes con demencia ira inevitablemente acompañando al aumento del envejecimiento de la población.
- *La demencia duplica su frecuencia cada 5 años al alcanzar los 60 años de edad.*
- Tendran demencia un 30-40% de los mayores de 85 años.

A dramatic night landscape featuring a dark, stormy sky with multiple bright, jagged lightning bolts striking down. The foreground shows the dark silhouettes of trees and a body of water, possibly a lake or sea, reflecting the light from the lightning. The overall mood is intense and powerful.

ENFERMEDADES MUY FRECUENTES

ENFERMEDADES EVOLUTIVAS

ENFERMEDADES CON GRAN MORTALIDAD

**DIFICULTAD
PRONOSTICO**

IC: ENFERMEDAD EVOLUTIVA

ACC/AHA Practice Guidelines 2001

A

- Presencia de **factores de riesgo**
- Sin patología estructural
- Sin síntomas



B

- **Patología estructural**
- Asintomáticos



C

- **Patología estructural**
- **Síntomas de IC**



D

- **Síntomas refractarios**
- **Manejo especializado**

IC: ENFERMEDAD EVOLUTIVA

Progresión a pesar de un tratamiento óptimo.

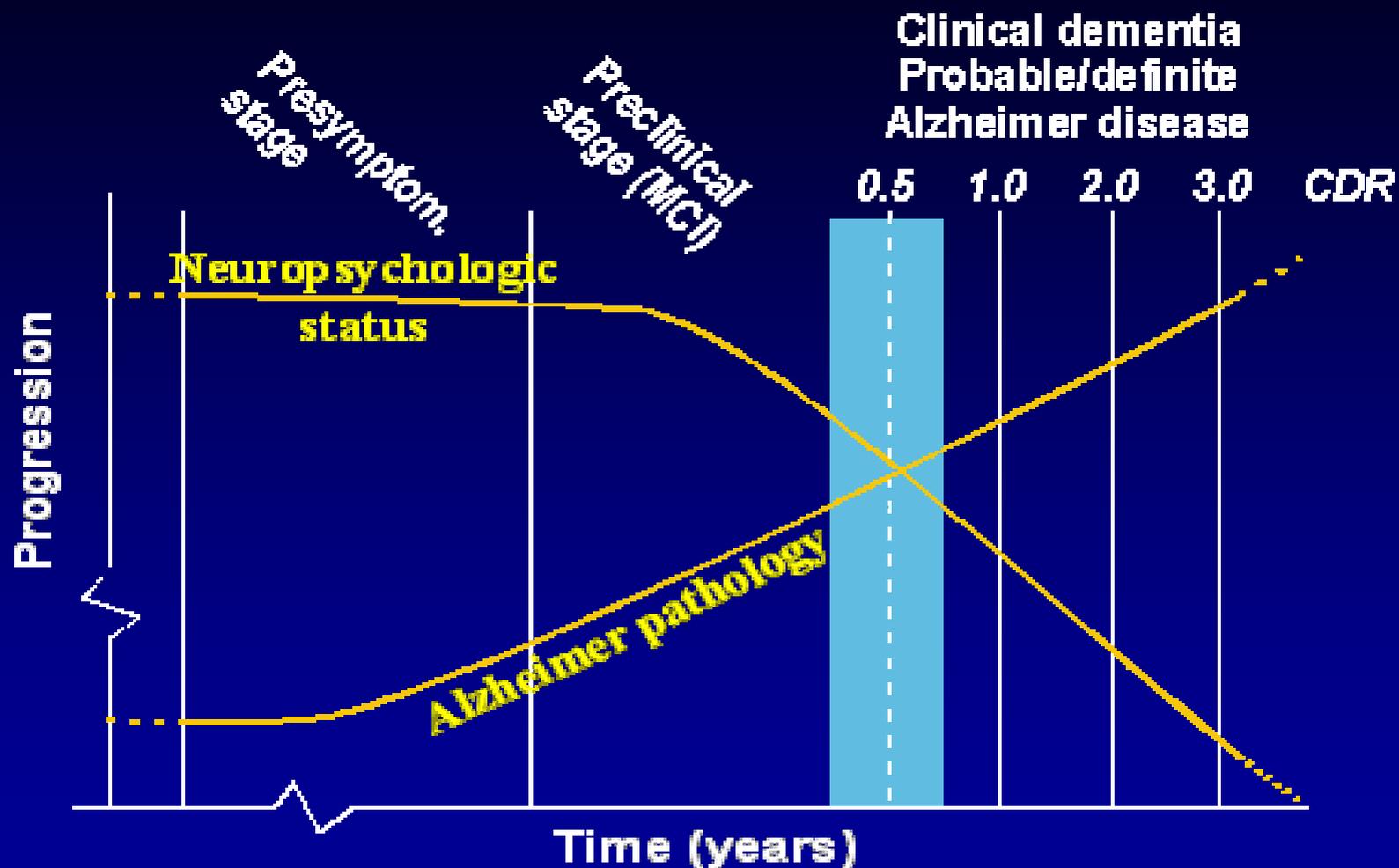
- Aproximadamente el 40% de las muertes por IC se deben a progresión de la enfermedad a fase TERMINAL
- el 40 % a muerte súbita
- el 20% restante a otras causas

Massie BM et al. Curr Opin Cardiol 1996; 11: 221.

EPOC: enfermedad evolutiva

Estadio 0 Riesgo de EPOC	Espirometría Normal Tos, producción de esputo
Estadio I EPOC Leve	<ul style="list-style-type: none">• $FEV_1/FVC < 70\%$• $FEV_1 > 80\%$ predeterminado• Con/sin síntomas (Tos, esputo)
Estadio IIA EPOC Moderada	<ul style="list-style-type: none">• $FEV_1/FVC < 70\%$• $50\% < FEV_1 < 80\%$ predeterminado• Con/sin síntomas (Tos, esputo, disnea)
Estadio IIB EPOC Moderada	<ul style="list-style-type: none">• $FEV_1/FVC < 70\%$• $30\% < FEV_1 < 50\%$ predicho• Con/sin síntomas (Tos, esputo, disnea)• Aparición de exacerbaciones
Estadio III EPOC Grave	<ul style="list-style-type: none">• $FEV_1/FVC < 70\%$• $30\% < FEV_1$ predeterminado o $< 50\%$ predeterminado presencia de parada respiratoria o síntomas clínicos de fallo cardíaco

Demencia: Enfermedad evolutiva



Theoretical development curve of Alzheimer disease

A dramatic night landscape featuring a dark, stormy sky with multiple bright, jagged lightning bolts striking down. The foreground shows the dark silhouettes of trees and a body of water, possibly a lake or sea, reflecting the light from the lightning. The overall mood is intense and powerful.

ENFERMEDADES MUY FRECUENTES

ENFERMEDADES EVOLUTIVAS

ENFERMEDADES CON GRAN MORTALIDAD

**DIFICULTAD
PRONOSTICO**

IC: IMPORTANTE MORTALIDAD POST-PRIMERA HOSPITALIZACION

Indice de Charlson

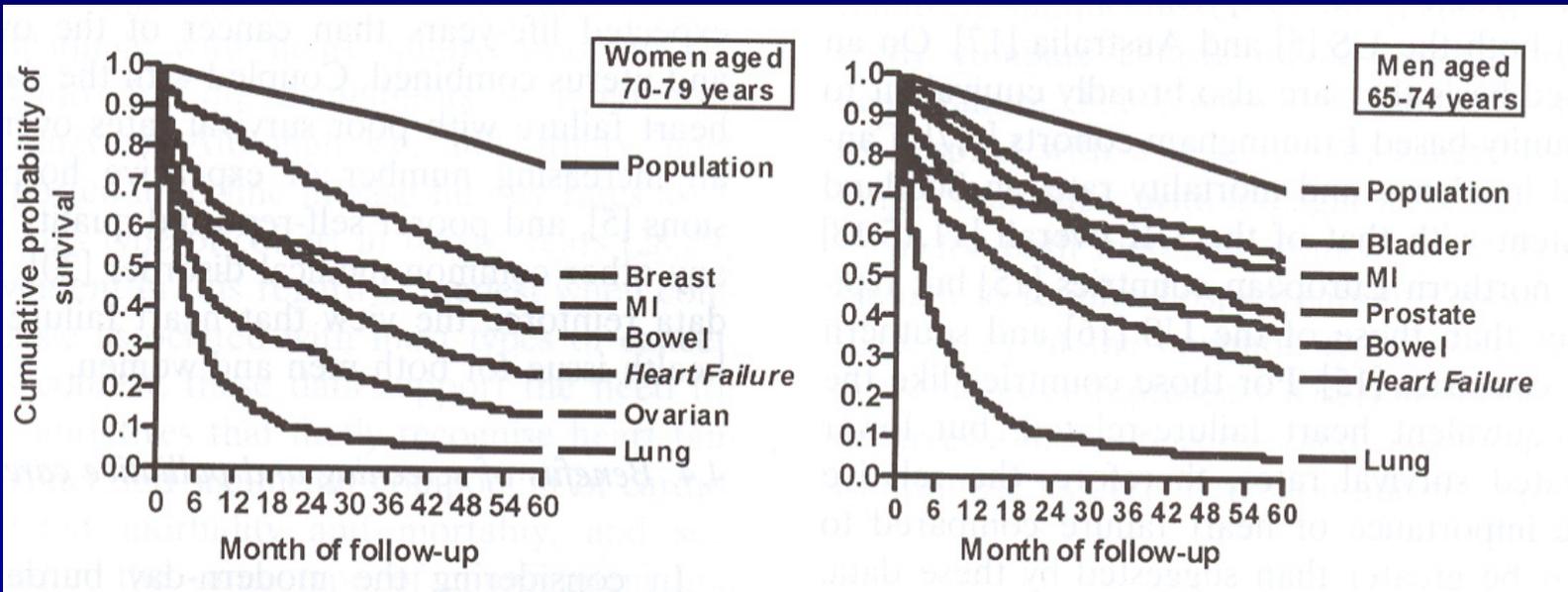
Edad	Hombres				Mujeres			
	0	1	2	≥ 3	0	1	2	≥ 3
25-49								
• 30 días	4.5	2.3	6.5	17.2	2.7	2.8	5.1	13.3
• 1 año	12.9	14.0	20.8	31.0	7.6	10.3	10.3	26.7
50-64								
• 30 días	3.4	6.2	6.0	9.4	3.3	5.0	7.0	9.9
• 1 año	15.2	20.1	22.8	35.7	11.6	17.6	27.9	33.9
65-74								
• 30 días	5.8	7.1	10.5	15.2	4.3	6.0	9.0	13.1
• 1 año	21.1	25.7	31.1	45.4	16.3	20.8	28.3	41.5
≥ 75								
• 30 días	12.4	13.4	19.3	23.8	12.2	14.9	16.7	22.7
• 1 año	36.3	39.6	48.9	60.7	31.4	38.0	46.3	55.8

Global: 11.6% 30 días, 32.6% 1 año

Jong et al. Arch Intern Med 2002

IC: Más maligna que el cáncer...?

	Número	Riesgo de muerte a los 3 años
IC	600,000	60%
Cáncer de mama	110,000	20%
Cáncer de colon	64,000	25%
Cáncer de cérvix	15,000	25%
Cáncer de próstata	18,000	5%



*Stewart et al.
Eur J Heart Fail
2001;3:315-22*

EPOC y mortalidad

- En USA en 1995 el número de hospitalizaciones debidas a la EPOC fue de 500.000 y los gastos médicos de 14,7 millones de dolares
- La EPOC es la 4^a causa de muerte en USA
- *La EPOC es la 5^a causa de muerte entre los hombres y la 7^a entre las mujeres en España*

Demencia y mortalidad

- Se evalúan 521 pacientes con enfermedad de Alzheimer de debut.
- La media de supervivencia fue 4,2 años para los hombres y 5,7 años para las mujeres, menor que la esperada por su edad.
- *Larson EB. Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. Ann Intern Med 2004; 140: 501-9.*

A dramatic landscape with a stormy sky, lightning bolts, and a dark sea. The scene is dark and moody, with a large, jagged rock formation in the background and a turbulent sea in the foreground. Multiple bright lightning bolts are visible, striking the ground and the sea. The overall atmosphere is one of intense power and danger.

ENFERMEDADES CON GRAN MORTALIDAD

Frecuentemente
síntomas

EL PACIENTE CON IC TERMINAL

263 pacientes en situación terminal
(48 - 72 h pre-exitus)

66% disnea
45 % dolor



40% intervenciones terapéuticas
agresivas (IOT, RCP, SNG...inotropos)

Lynn L. Ann intern Med 1997; 126: 97-106



EL PACIENTE CON EPOC TERMINAL

Al preguntar a los familiares
de 221 pacientes sobre las
48 - 72 h pre-exitus

89% dísnea
35 % dolor
15% confusión



45% intervenciones terapéuticas
agresivas (IOT, RCP, SNG...)

Lynn L. Ann intern Med 1997; 126: 97-106



EL PACIENTE CON DEMENCIA TERMINAL

Al estudiar 1609 pacientes con demencia avanzada ingresados en una residencia

55% ordenes no RCP

1,4 % ordenes de no hospitalizar



intervenciones terapéuticas agresivas

25% sondas nasogastricas

11% sujección mecánica

10% tratamiento endoveno



A dramatic night landscape featuring a dark, stormy sky with multiple bright, jagged lightning bolts striking down. The foreground shows dark silhouettes of trees and a body of water in the distance, possibly a bay or ocean, under a heavy, dark blue and purple sky.

ENFERMEDADES MUY FRECUENTES

ENFERMEDADES EVOLUTIVAS

ENFERMEDADES CON GRAN MORTALIDAD

DIFICULTAD
PRONOSTICO

Es difícil identificar cuando los pacientes pasan a ser pacientes en fase terminal.

- El porcentaje de error pronóstico (supervivencia mayor de 180 días) al estudiar 6451 pacientes tras ser incluidos en un programa de paliativos era del 15%:

-oncológicos 12%

-insuficiencia cardíaca 22%

-EPOC 32%

-demencia 35%

Christakis NA. Survival of Medicare Patients after enrollement in hospice programs. N Engl J Med 1996; 335: 172-8.



EL PACIENTE CON DEMENCIA TERMINAL

Al estudiar 1609 pacientes con demencia avanzada ingresados en una residencia

Sólo existía sensación de terminalidad (expectativas vida < 6 meses) en 1,1% pacientes

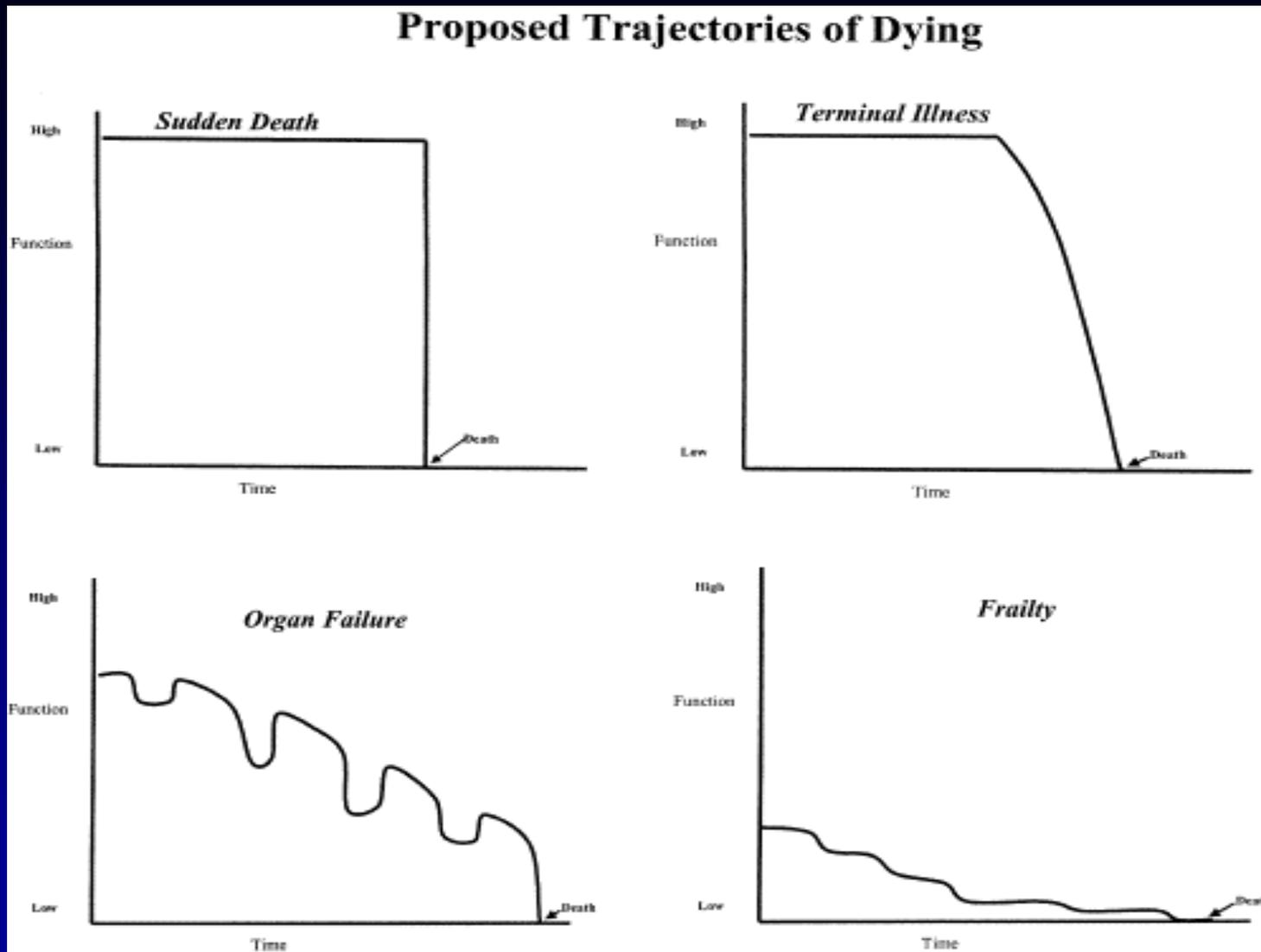


71% fallecen durante este intervalo



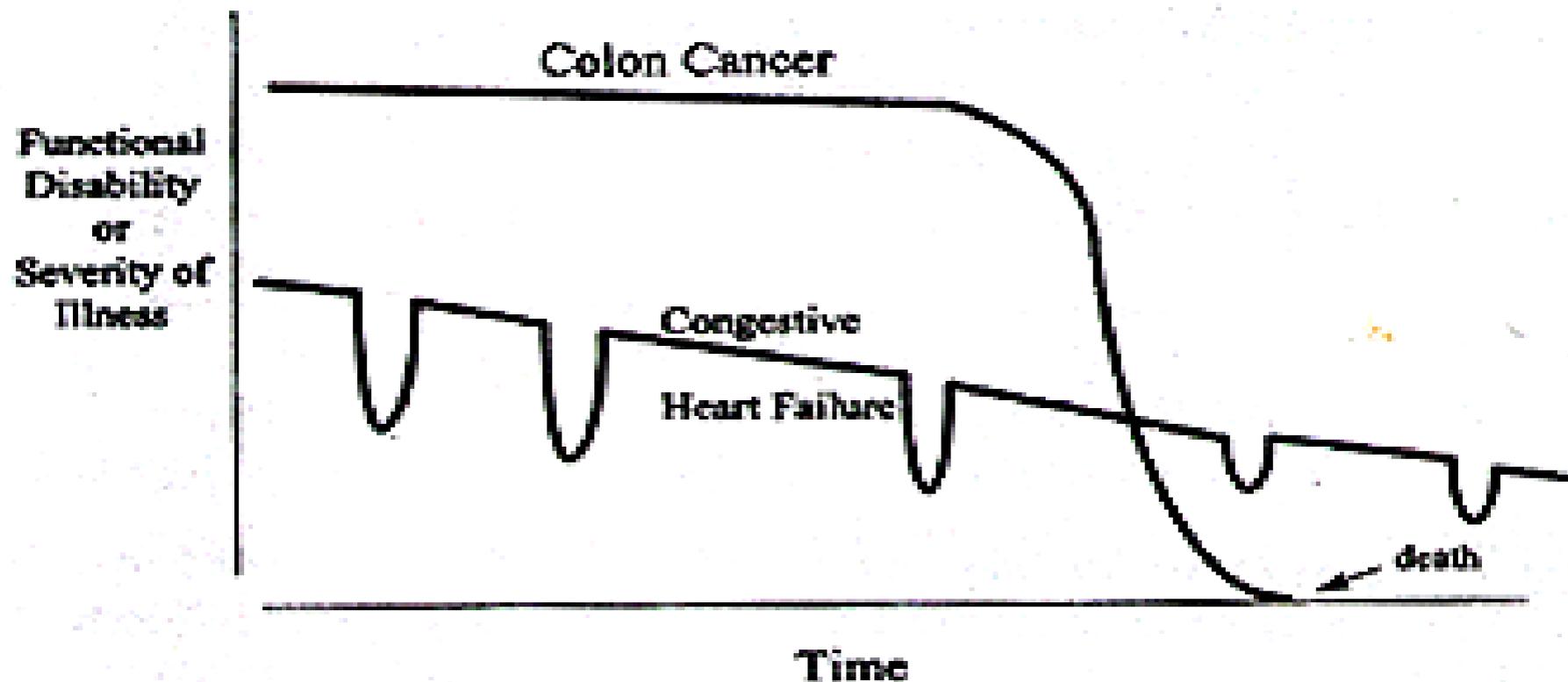
Mitchell SL. Dying with advanced dementia. Arch Intern Med 2004; 164: 321-326

La trayectoria hasta la muerte varía según el tipo de enfermedad.



Lunney JR. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 1108-1112.

DIFICIL IDENTIFICAR QUE PACIENTE SERA TERMINAL



Trajectory of dying for colon cancer or congestive heart failure. Reprinted with permission from Lynn J: An 88-year-old woman facing the end of life. *JAMA* 277:1633, 1997.



**RECOMENDACIONES PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES
COMO EN "FASE TERMINAL" DE LA ENFERMEDAD**

Aproximación al paciente geriátrico paliativo:

Recomendaciones generales

- Se definirá un paciente como TERMINAL cuando la enfermedad del paciente limite la esperanza de vida a 6 meses y se acompañe de síntomas.
- El paciente y/o la familia tiene que estar **INFORMADOS** y habrá que **CONSENSUAR** los objetivos del tratamiento destinados a paliar los síntomas y no a la curación de la enfermedad.

Medical Guidelines Task Force. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cáncer diseases.

Aproximación al paciente geriátrico paliativo:

Recomendaciones generales :

Además se deben cumplir los siguientes requisitos.

- a) PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD BIEN DOCUMENTADA.

- Criterios clínicos, de laboratorio, exploraciones complementarias.

- Numerosas frecuentaciones a urgencias o ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses.

- Elevado consumo de servicios de atención domiciliaria.

- Si no :-Deterioro funcional reciente (juicio clínico)

- Karnofsky <50% o dependencia para 3 o más ABVD.

Aproximación al paciente geriátrico paliativo:

Recomendaciones generales :

Además se deben cumplir los siguientes requisitos.

- **b) DESNUTRICIÓN EN RELACIÓN AL PROCESO TERMINAL**
 - ___ -Pérdida de peso >10% en los últimos 6 meses.
 - Albúmina < 25 g/L.
- **c) RECOMENDABLE EL ACUERDO DE VARIOS FACULTATIVOS TRAS CONTRASTAR OPINIONES.**

Insuficiencia cardíaca terminal

**Aproximación al paciente geriátrico paliativo:
Recomendaciones para Insuficiencia cardíaca.**

a) Síntomas de insuficiencia cardiaca en reposo:

clase funcional IV de la NYHA y/o fracción de eyección del VI inferior o igual al 20%.

b) Recibir el tratamiento optimo (siempre debe incluir IECAS) y a pesar de ello que persistan los síntomas.

c) Los siguientes factores pueden ayudar a identificar pacientes con menor supervivencia: arritmias resistentes al tratamiento, antecedentes de síncope inexplicable o paro cardíaco recuperado, embolismo cardíaco (AVC), HIV +.

Insuficiencia cardíaca terminal

Recomendaciones para identificar un subgrupo de pacientes como terminales durante un ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca.

- Empeoramiento a pesar de ingresos previos recientes.
- No identificación de un factor desencadenante.
- Estar recibiendo el tratamiento óptimo.
- Deterioro de la función renal.
- Sin respuesta después de 2-3 días de cambios apropiados en el tratamiento diurético o vasodilatador.

Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003; 326: 30-4.

Paliativos en geriatría

Recomendaciones para definir EPOC como terminal:

a) Enfermedad pulmonar crónica grave:

-Disnea de reposo con pobre respuesta a los BD.
VEMS post BD < al 30% del esperado.

-Enfermedad pulmonar progresiva (elevada
frecuentación UCIAS o ingresos hospitalarios y/o
disminución anual VEMS 40 ml).

b) CPC demostrado por clínica, ECG, Rx tórax, Ecocardio.

c) Hipoxemia en reposo con O₂, P_{O2} <56 mmHg o Sat O₂ < 88%.

d) Hipercapnia > 50 mm Hg.

e) Taquicardia en reposo igual o superior a 100 x´.

EPOC terminal

Recomendaciones para identificar un subgrupo de pacientes con mayor mortalidad.

- Mayor discapacidad para actividades vida diaria.
- Bajo índice de masa corporal.
- Mayor tiempo previo de tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria.
- Bajo pre-broncodilatador volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV_1)

Yohannes AB. Mortality predictors in disabling COPD in old age. Age Aging 2002; 31: 137-40.

EPOC terminal

Recomendaciones para identificar un subgrupo de pacientes con mayor mortalidad.

- $FEV_1 < 30\%$.
 - Dependencias para básicas vida diaria.
 - Capacidad de caminar limitada a escasos pasos.
 - Más de una hospitalización en el último año.
 - Insuficiencia cardíaca izquierda y/o comorbilidad
 - Anciano
 - Depresión
 - Soltero
- *Hansen-Flaschen J. Chronic obstructive pulmonary disease: The last year of life. Respi Care 2004; 49: 90-7.*

EPOC terminal

Recomendaciones para identificar un subgrupo de pacientes con mayor mortalidad.

- Estudian 207 pacientes en el grupo de derivación y 625 en el grupo de validación. Durante un seguimiento de 28 meses fallece un 26% de los pacientes de validación.
- Detectan los factores de valor pronostico en el grupo de derivación y lo comprueban en el grupo de validación. Utilizan el BMI, el FEV1, la capacidad de ejercicio ("walking test 6´"), y el score en una escala de disnea (MMRC). A mayor puntuación mayor mortalidad.
- Mayor discriminación para predecir mortalidad que el FEV1.
- *Celli BR. The Body-Mass Index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. 2004; 350: 1005-12.*

Demencia terminal

Aproximación al paciente geriátrico paliativo:

Recomendaciones para demencia:

a) ESTADO FUNCIONAL:

1) Demencia grave

2) Estadio de la FAST (Functional Assessment Staging):

7D (incapaz de sentarse),

7E (perdida de capacidad de sonreír) y

7F (perdida de la capacidad de sostener la cabeza).

Demencia terminal

Aproximación al paciente geriátrico paliativo:

Recomendaciones para demencia :

a) ESTADO FUNCIONAL:

3) Cumplir todos los siguientes criterios:

- Imposibilidad de caminar sin ayuda.
- Imposibilidad de vestirse sin ayuda.
- Imposibilidad de bañarse sin ayuda.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Imposibilidad de comunicarse (<6 palabras diferentes al día).

Demencia terminal

Aproximación al paciente geriátrico paliativo:

Recomendaciones para demencia :

b) COMPLICACIONES MEDICAS:

- 1) Tratamientos durante el último año por comorbilidad que impliquen una disminución de la supervivencia.
- 2) Disfagia o negación para comer que impidan mantener la ingesta de líquidos y calorías. También si es portador de SNG.

Demencia terminal

Aproximación al paciente geriátrico paliativo:

Recomendaciones para demencia :

b) COMPLICACIONES MEDICAS:

3) Comorbilidad: se conoce que disminuyen supervivencia :

- Pnevmonia aspirativa.
- Pielonefritis aguda o sepsis de origen urinario.
- Sepsis de cualquier etiología.
- Ulceras de decúbito estadios III- IV.
- Fiebre recurrente después del uso de antibióticos.

Demencia terminal

Recomendaciones para identificar un subgrupo de pacientes con mayor mortalidad.

- Estudian 6799 pacientes. Durante los 6 primeros meses de ingreso en "nursing home" fallecen un 28,3% y un 35%.
- Utilizan los datos del Minimum data set, que forman parte del RAI. A mayor puntuación mayor mortalidad.
- Mayor discriminación para predecir mortalidad a los 6 meses que el FAST 7c.

Mitchell SL. Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. JAMA 2004; 291: 2734-40.

Modelos pronostico, poco discriminativos



Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: A systematic review. Age Ageing 2005; 34: 218-227.

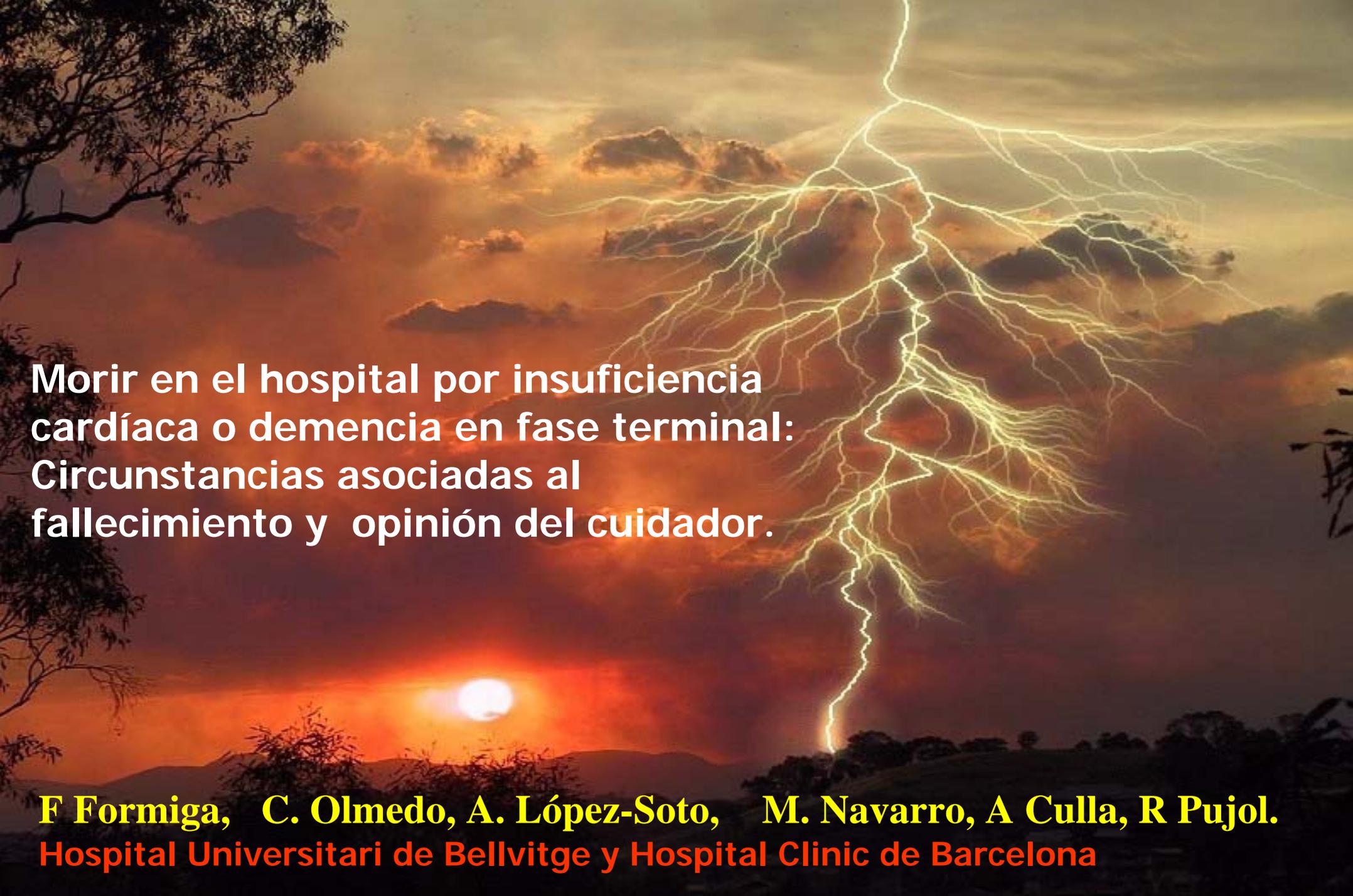
FACTORES PRONOSTICO NO SON MATEMATICAS EXACTAS



**AYUDAN A IDENTIFICAR A UN PACIENTE
QUE NO SERA UNA SORPRESA SI MUERE**

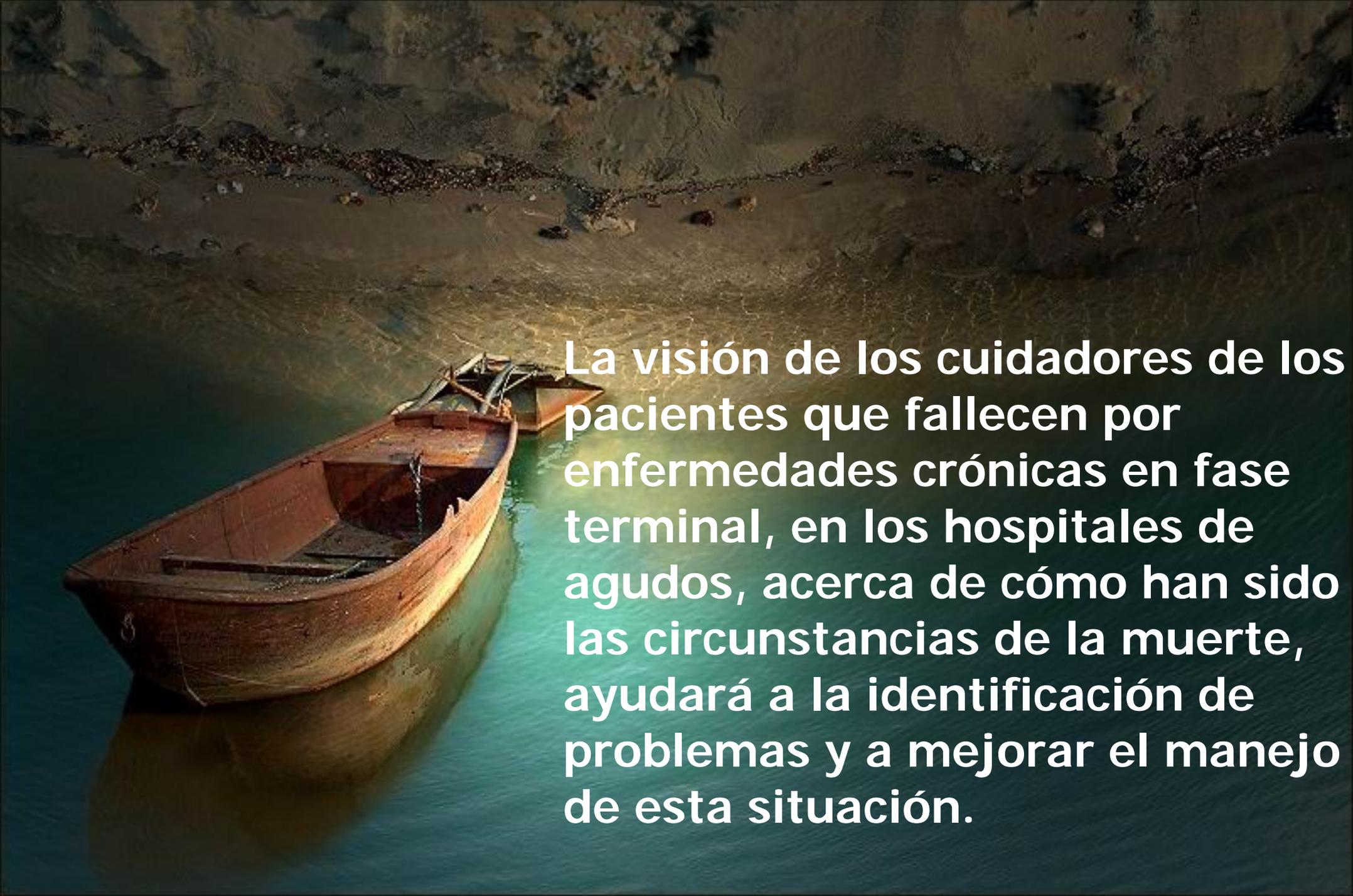
**EL TRATAMIENTO PALIATIVO
TIENE QUE BASARSE EN
NECESIDADES
Y NO EN EL PRONOSTICO**





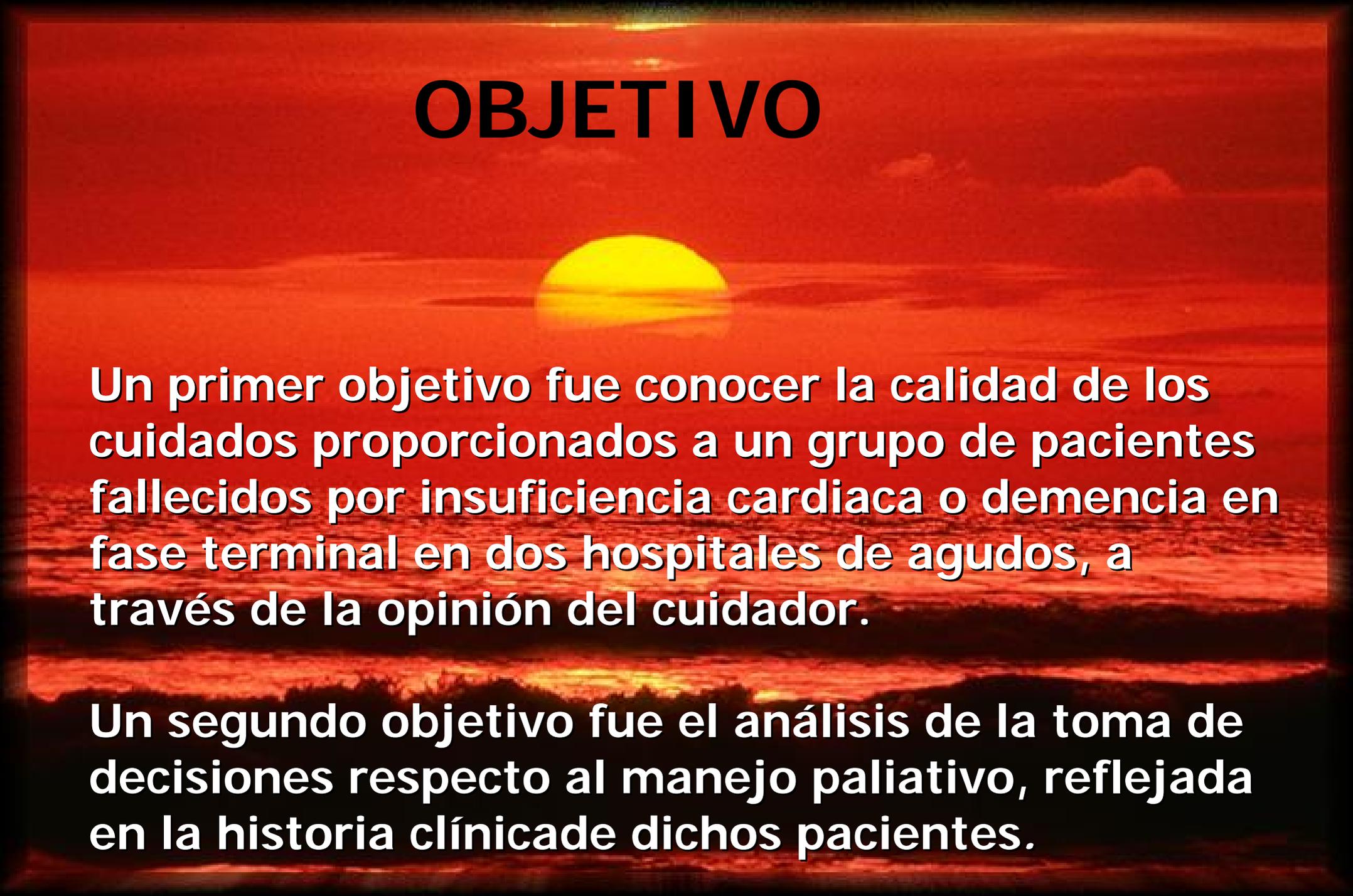
**Morir en el hospital por insuficiencia
cardíaca o demencia en fase terminal:
Circunstancias asociadas al
fallecimiento y opinión del cuidador.**

F Formiga, C. Olmedo, A. López-Soto, M. Navarro, A Culla, R Pujol.
Hospital Universitari de Bellvitge y Hospital Clinic de Barcelona

A small, weathered wooden boat is positioned on the left side of the image, floating on a body of water. The boat is dark brown and appears to be made of wood. The water is a deep blue-green color. In the background, there is a sandy or rocky bank. The overall scene is somewhat somber and quiet. The text is overlaid on the right side of the image, in a white, bold, sans-serif font.

La visión de los cuidadores de los pacientes que fallecen por enfermedades crónicas en fase terminal, en los hospitales de agudos, acerca de cómo han sido las circunstancias de la muerte, ayudará a la identificación de problemas y a mejorar el manejo de esta situación.

OBJETIVO



Un primer objetivo fue conocer la calidad de los cuidados proporcionados a un grupo de pacientes fallecidos por insuficiencia cardiaca o demencia en fase terminal en dos hospitales de agudos, a través de la opinión del cuidador.

Un segundo objetivo fue el análisis de la toma de decisiones respecto al manejo paliativo, reflejada en la historia clínica de dichos pacientes.

METODOS

Se evaluaron los pacientes mayores de 64 años fallecidos consecutivamente en los servicios de Medicina Interna del hospital Universitari de Bellvitge y del hospital Clínic de Barcelona durante el año 2004 y que lo hacían por insuficiencia cardíaca o demencia en fase terminal.

METODOS

- Se excluyeron los pacientes con datos insuficientes en la historia clínica, los que fallecían por muerte inesperada o por otro motivo no relacionado con la enfermedad de base, y los pacientes previamente institucionalizados.
- Tampoco se incluyeron los pacientes en que no se pudo recoger la opinión del familiar o en los que este rehusó contestar o contestó a pocas preguntas.

METODOS

Se efectuaba una revisión en las historias clínicas de la información sobre la existencia o no de ordenes sobre la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de parada cardiorrespiratoria, sobre la existencia de una graduación de actuaciones, y sobre la información dada del pronóstico a la familia.

METODOS

- **Se evaluó la retirada o no de la medicación habitual para la enfermedad de base previamente al fallecimiento y sobre el inicio o no de tratamiento paliativo.**
- **Se recogió información sobre si se había ofrecido soporte espiritual y si en el momento de la muerte el enfermo estaba sólo o acompañado en la habitación.**

METODOS

- En una segunda fase, durante el primer mes después del fallecimiento, se realizó la entrevista telefónica al cuidador principal del paciente.
- Se recogió información mediante un cuestionario, en que se reflejaba el grado de parentesco del cuidador, se preguntaba por el grado de satisfacción con la información recibida por parte del equipo médico y sobre si el familiar creía que el enfermo había tenido un buen control de síntomas durante las 24-48 horas previas al fallecimiento.

METODOS

- Además se preguntó específicamente por si el paciente había tenido dolor o disnea en las horas previas al fallecimiento.
- También se preguntó si se había ofrecido soporte espiritual, y si el paciente había manifestado previamente sus preferencias del lugar de la muerte cuando llegase el momento y quién había decidió que falleciera en el hospital.

METODOS

- Se solicitaba una valoración sobre los cuidados con la siguiente pregunta: "¿cómo calificaría globalmente los cuidados al final de la vida de su familiar?" proponiendo una puntuación de 1-5 (muy bueno a muy malo) y se realizaba una pregunta abierta acerca de qué creía el cuidador, con la experiencia reciente vivida, sobre posibles aspectos que debían mejorarse para lograrse una mejor atención en esta fase final de la vida.
- El Comité de ética del hospital aprobó el estudio.

RESULTADOS

- Se incluyeron 102 pacientes; 57 mujeres (56%) y 45 varones, promedio de edad de 83,5 años.
- Se trataba de 65 pacientes con insuficiencia cardíaca (64%) y 37 con demencia (36%).
- El fallecimiento ocurrió tras un promedio de 6,7 días de estancia media. En 4 pacientes se intentaron sin éxito maniobras de RCP antes del fallecimiento.

RESULTADOS

- En el 62% existía un ingreso hospitalario previo durante el último año. El 94% provenían del Servicio de Urgencias del hospital.
- El grupo de pacientes con demencia era de mayor edad ($p < 0,001$) y había ingresado en menos ocasiones durante el año previo al fallecimiento ($p < 0,001$), en comparación con el grupo de pacientes con insuficiencia cardíaca.

RESULTADOS

Análisis de la toma de decisiones:

- En el 89 % de los pacientes existían ordenes claras sobre RCP en caso de PCR y en el 64% existía información sobre graduación de actuaciones. La información a la familia era correcta en el 80% de los casos.
- En el 64% de los casos existió retirada de la medicación habitual y en el 79,5% se inició tratamiento paliativo.

RESULTADOS

Análisis de la toma de decisiones:

- En 7 pacientes (6,8%) constaba información de que se había ofrecido soporte espiritual.
- En 20 casos el paciente según la historia clínica estaba sólo en el momento del fallecimiento, en 55 casos estaba acompañado y en el resto de los casos no constaba.
- No existían diferencias significativas entre las dos enfermedades evaluadas.

RESULTADOS

Opinión del cuidador principal

- El grado del parentesco del cuidador principal era: cónyuge en 50 casos, hijo en 37 casos y diversos grados de parentesco en el resto de los 15 casos.
- El fallecimiento ocurrió en una habitación en que estaba sólo el paciente a pesar de ser doble en el 17,5% casos.
- El 67,6% estaban contentos con la información recibida mientras que el resto pensaba que debía mejorarse.

RESULTADOS

Opinión del cuidador principal

- En el 55% de los casos había una sensación de aceptable control de los síntomas en las últimas 24 horas, mientras que en el 13,5% se creía que tuvo dolor no controlado, y en un 45% disnea no controlada.
- En el 18,6% se tenía constancia de que se ofreció confort espiritual. En 18 de los casos el cuidador manifestó que previamente su familiar había manifestado sus preferencias de morir en su propio domicilio.

RESULTADOS

Opinión del cuidador principal

- A la pregunta sobre **¿Quién decidió que muriera en el hospital?**. El **25,5%** contestó que el propio paciente, en un **30,5 %** la familia, un **15 %** el médico, y un **29,5%** conjuntamente.
- La calificación global de los cuidados al final de la vida en el hospital por parte del cuidador fue de muy buena en el **30,5 %**, buena en el **36 %**, regular en el **25,5 %**, mala en el **6 %** y muy mala en el **2%**.

RESULTADOS

Opinión del cuidador principal

- **A la pregunta abierta de que debería mejorarse 47 (46%) cuidadores dieron su opinión.**
 - 11 pedían una mejoría en la cantidad de información.
 - 10 en tener habitación individual.
 - 8 en que se debía mejorar el tiempo de espera en Urgencias que era excesivo.
 - 7 en mejorar la atención por parte del personal de enfermería.

RESULTADOS

Opinión del cuidador principal

- 5 en mejorar la comunicación entre los diversos miembros del equipo.*
- 4 en conseguir un mejor control de síntomas,*
- 2 en una mayor accesibilidad al médico.*

Opinión del cuidador principal



**No existían diferencias significativas
entre las dos enfermedades estudiadas**

CONCLUSIONES



El manejo paliativo de los pacientes ancianos afectados de enfermedades crónicas en fase terminal ingresados en un hospital de agudos es, en la mayoría de ocasiones correcto, aunque aspectos como la información y el control de algunos síntomas deben mejorarse.



**Si uno comienza con certezas,
acabara con dudas,
pero si se conforma en comenzar con dudas
conseguirá acabar con certezas.**

Francis Bacon.



En la época de la informática

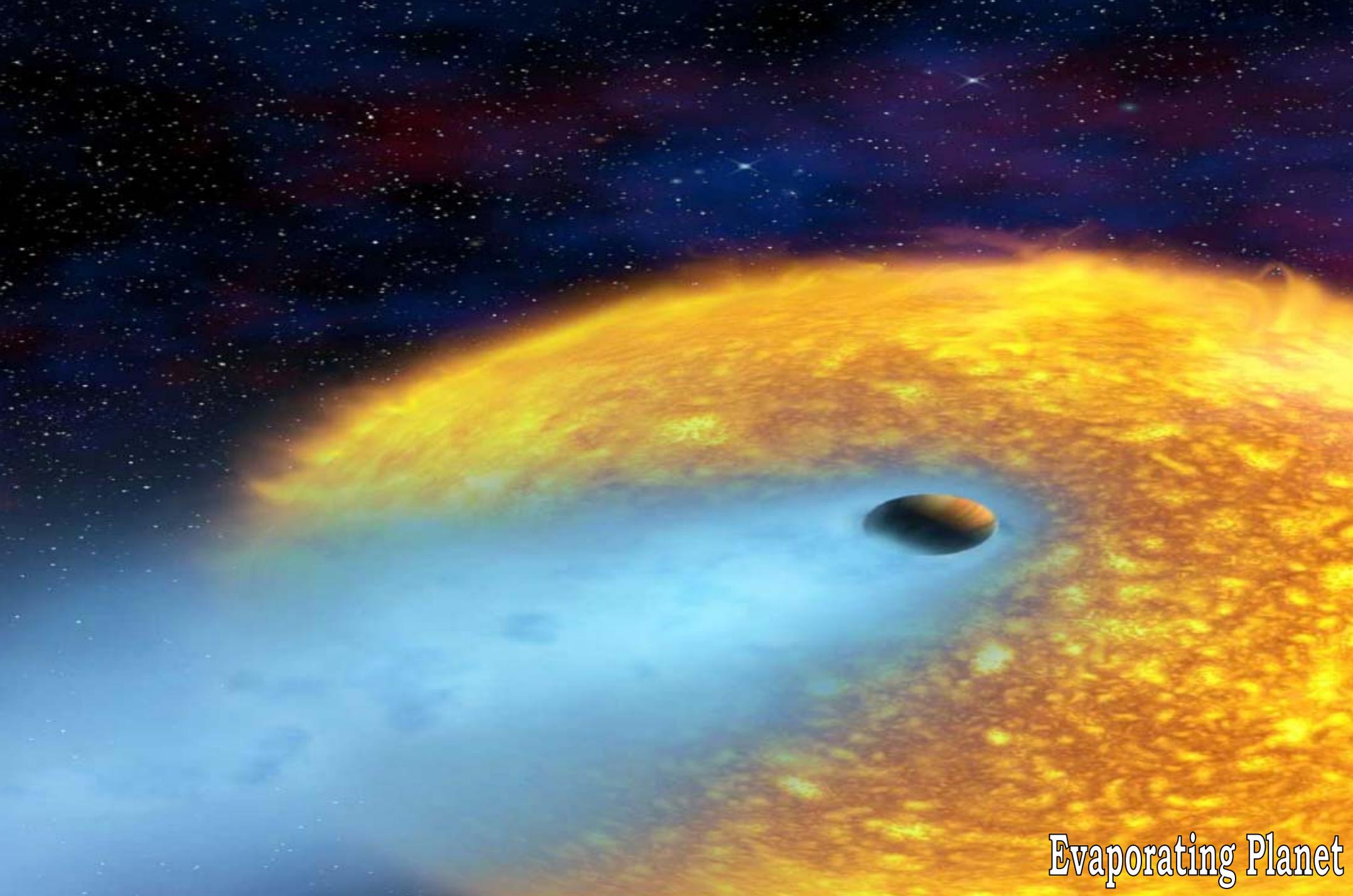
A night sky with a bright star, a crescent moon, and shooting stars over a dark landscape. The text is overlaid on the sky.

**No dejemos de lado
la humanidad**

**Mejoremos la información y el control
de los síntomas de nuestros pacientes
con enfermedades crónicas en fase terminal**



Eruptive Star



Evaporating Planet



le vieillard





Francesc Formiga

Hospital Universitari de Bellvitge