



ORIGINAL

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)[☆]



Manuel Priego-Valladares^a, Pilar González de la Aleja García-Luengo^b,
María del Mar García-Navarro^b, Antonio Tello-Valero^{b,c},
Joaquín Portilla-Sogorb^{b,c} y José M. Ramos-Rincón^{b,c,*}

^a Unidad de Medicina Paliativa, Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^c Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España

Recibido el 29 de julio de 2016; aceptado el 19 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 10 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos;
Cáncer;
Final de la vida;
Fragilidad;
Trayectoria de la enfermedad;
Fracaso orgánico;
Disnea;
Dolor

Resumen

Objetivo: Evaluar las diferencias entre pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico de los paciente paliativos atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos perteneciente al Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Alicante entre el 1 junio de 2013 y el 31 de junio del 2014. De cada paciente se recogieron variables epidemiológicas (edad, sexo), clínicas (fiebre, caquexia/anorexia, astenia, náuseas/vómitos, somnolencia, síntomas psicológicos, dolor y disnea), evolutivas y necesidad de sedación paliativa.

Resultados: Fueron estudiados en la Unidad de Cuidados Paliativos 143 de los 1.599 (8,9%) ingresados en la sección de medicina interna. La mediana de edad de los paciente fue de 83 años (recorrido intercuartílico: 75-89) y la relación hombre/mujeres fue de 1,4. Sesenta y cuatro (44,7%) ingresos fueron pacientes paliativos oncológicos y 79 (65,3%) no oncológicos. Y dentro de los pacientes no oncológicos estos fueron: 38 (48,1%) pacientes pluripatológicos con progresión irreversible de comorbilidades, 33 (41,8%) (pacientes por enfermedad crónica en estadio final y 8 (10,1%) pacientes de edad avanzada en estadio final de la vida. Respecto a los síntomas hubo una mayor probabilidad de disnea en los pacientes paliativos no oncológicos (odds ratio [OR]: 4,65, intervalo de confianza [IC] 95%: 2,17-10,7) y una menor probabilidad de dolor (OR: 0,23; IC 95%: 0,09-0,54) y náuseas/vómitos ($p=0,025$) en ellos. Así como un mayor

[☆] Parte de los resultados de este trabajo se han presentado en el xxxv Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Murcia 19 a 21 de noviembre de 2014.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jramosrincon@yahoo.es (J.M. Ramos-Rincón).

control de síntomas fue mayor en los pacientes paliativos no oncológicos (OR: 2,03; IC95%: 1,0-4,10). La sedación paliativa fue administrada en el 23% de los casos, similar en los dos grupos de pacientes.

Conclusión: La sintomatología de los cuidados paliativos es diferente en pacientes no oncológicos y oncológicos.

© 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Palliative Care;
Cancer;
End-of-life care;
Frailty;
Illness trajectories;
Organ failure;
Dyspnoea;
Pain

Differences in cancer patients and non-cancer patients admitted to a new palliative care unit of the general university hospital of the Valencian Community (Spain)

Abstract

Objective: To evaluate patient differences between palliative cancer and non-cancer patients admitted to the Unit of Palliative Care.

Material and methods: A retrospective and analytical study of the palliative patients treated in the Unit of Palliative Care under the Department of Internal Medicine, Hospital General Universitario of Alicante between 1 June 2013 and 31 June 2014. Variables included were epidemiological (age, sex), clinical symptoms (fever, cachexia / anorexia, asthenia, nausea / vomiting, drowsiness, psychological symptoms, pain and dyspnoea), outcome and need for palliative sedation.

Results: One hundred and forty-three patients out of the 1,599 (8.9%) admitted to the Section of Internal Medicine were studied in the Unit of Palliative Care. The median age of the patients was 83 years (interquartile range: 75-89) and the male: female ratio was 1.4. Sixty-four (44.7%) were palliative cancer patients and 79 (65.3%) were non-cancer palliative. Out of 79 non-cancer palliative patients: 38 (48.1%) were patients with irreversible progression of comorbidities, 33 (41.8%) patients with end-stage chronic disease and 8 (10.1%) elderly patients in the final stage of life. With regard to symptoms, the non-cancer palliative patients were more likely to experience dyspnoea (odds ratio [OR]: 4.65, 95% confidence interval [CI]: 1.7-10.7) and less likely to experience pain (OR: 0.23; 95% CI: 0.09 to 0.54) and nausea / vomiting ($p = .025$). Symptoms were better controlled in the non-cancer palliative patients (OR: 2.03; 95% CI 1.0 to 4.10). Palliative sedation was administered to 23% of the patients, similar in both types of patients.

Conclusion: The symptoms of palliative care were different in the non-cancer and cancer patients.

© 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos los cuidados paliativos (CP) están desarrollados de manera muy desigual a lo largo de la geografía española¹. En la Comunidad Valenciana se desarrolló el primer Plan Integral de Cuidados Paliativos en el año 2010, abarcando un periodo de cuatro años (2010-2013). El modelo de atención en este plan se basa en la definición de complejidad de los pacientes paliativos (básico o avanzado) y, en función de esta complejidad se determina el lugar de atención más adecuado en cada caso. Así los CP básicos serán atendidos por los equipos de Atención Primaria de Salud, y los casos más complejos por los equipos de cuidados paliativos avanzados (unidades de hospitalización a domicilio y unidad de cuidados paliativos (UCP) en hospitales de media y larga estancia)². Dentro de este plan no se contempla específicamente la presencia de UCP en los hospitales generales

de agudos; sin embargo, existe evidencia acerca del beneficio de equipos específicos con formación avanzada en CP en estos hospitales (disminución del coste de hospitalización, mejoría en la calidad asistencial del paciente terminal, mayor satisfacción de pacientes y familias). Las UCP son un indicador de madurez y complejidad de un sistema particular de CP³. El Ministerio de Sanidad y Política Social, así como la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos detallan de forma precisa cómo deben ser las UCP, definiendo las características de estas unidades en los hospitales de agudos⁴⁻⁷.

En nuestro Departamento de Salud (Departamento Alicante-Hospital General), la estimación de pacientes con necesidades paliativas avanzadas es de 889 al año². Con la finalidad de mejorar la atención paliativa en el Hospital General Universitario de Alicante, se creó en el año 2014 una UCP dentro del Servicio de Medicina Interna, constituida por médicos y enfermeras con formación específica avanzada.

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^{8,9}. Cada vez con más frecuencia, las UCP atienden a pacientes con enfermedades avanzadas terminales no oncológicas^{8,9}. Los síntomas principales y las necesidades de atención difieren entre estos dos grupos de pacientes⁸. Los principales síntomas en los pacientes paliativos oncológicos son el dolor, seguido de la disnea y el delirium¹⁰. En pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica el principal síntoma es la disnea¹¹. Además, la percepción de la calidad de la asistencia de los pacientes por parte de los familiares se ha visto que difiere si el paciente es un paliativo oncológico o no oncológico¹². El objetivo de este trabajo es valorar las diferencias de la sintomatología, necesidad de sedación paliativa y mortalidad entre pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos ingresados en la UCP del Servicio de Medicina Interna durante el primer año de funcionamiento.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y analítico de los pacientes atendidos en la UCP perteneciente al Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Alicante entre el 1 junio de 2013 y el 31 de junio del 2014. El Hospital General Universitario de Alicante es un hospital de tercer nivel que atiende pacientes de la ciudad de Alicante y área metropolitana. Con 750 habitaciones y con todas las especialidades médicas y quirúrgicas de un hospital de referencia para la provincia de Alicante. El hospital tiene una sección de Medicina Interna con 42 camas.

Se ha utilizado el instrumento NECPAL – CCOMS¹³ para identificar a aquellos pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna en situación clínica de enfermedad avanzada terminal con necesidad de atención paliativa. Este instrumento propone una evaluación cuantitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica según diferentes ítems. La identificación NECPAL positiva ha sido un requisito necesario pero no suficiente para ingreso en la UCP, además el paciente debía cumplir algún elemento de complejidad, bien dependiente del propio enfermo (fundamentalmente control de síntomas) o bien dependiente de la organización sanitaria (dificultad para manejo domiciliario). Los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna con identificación NECPAL positiva y presencia de síntomas complejos fueron atendidos por el equipo de la UCP. De cada paciente se recogieron variables epidemiológicas (edad, sexo), sintomatología (fiebre [sí/no], caquexia/anorexia [sí/no], astenia [sí/no], náuseas/vómitos [sí/no], somnolencia [sí/no], síntomas psicológicos [sí/no], dolor [sí/no] y disnea [sí/no]) y evolutivas (éxito [sí/no], control de los síntomas [sí/no] y progresión [sí/no]) y necesidad de sedación paliativa [sí/no]. Únicamente el dolor se registró utilizando la escala verbal numérica, puntuando de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor imaginable).

Los pacientes paliativos oncológicos fueron pacientes con cáncer metastásico y con un deterioro funcional significativo o con síntomas persistentes mal controlados o refractarios. Los pacientes paliativos no oncológicos fueron pacientes con una enfermedad crónica avanzada según el bloque 3 del instrumento NECPAL¹³. Estos pacientes se

definieron según los indicadores clínicos de severidad y progresión generales y específicos por patologías del bloque 3 y 4 del instrumento NECPAL en: enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca crónica, enfermedades neurológicas crónicas, enfermedad renal crónica grave, enfermedad hepática crónica grave y demencia¹³.

Análisis estadístico. Todas las variables se incluyeron en una base de hoja de cálculo y para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0 (IBM, Chicago, IL, EE. UU.). Las variables cualitativas se presentan en proporciones y se comparan mediante la prueba de χ^2 . Las variables cuantitativas se presentan como mediana y recorrido intercuartílico (RIC) y se analizaron mediante la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis al no seguir una distribución normal (prueba de Kormogorov Smirnov, $p < 0,05$). Se calculó la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de las variables evaluadas de los pacientes paliativos no oncológicos respecto a los oncológicos.

Resultados

Durante el periodo de estudio ingresaron en el Servicio de Medicina Interna 1.599 pacientes. De ellos fueron atendidos en la UCP 143 (8,9%) pacientes. La mediana de edad de los pacientes fue de 83 años (RIC: 75-89) y la relación hombres/mujeres fue de 1,4. Sesenta y cuatro (44,7%) pacientes fueron catalogados como paliativos oncológicos y 79 (55,3%) como no oncológicos.

Los pacientes paliativos no oncológicos fueron incluidos tras el ingreso en las siguientes categorías: 38 (48,1%) como pacientes pluripatológicos con progresión irreversible de sus comorbilidades, 33 (41,8%) como pacientes con enfermedad crónica avanzada de órgano en estadio final y 8 (10,1%) como pacientes de edad avanzada en fase final de la vida. La enfermedad avanzada de órgano en los pacientes paliativos no oncológicos se detalla en la [tabla 1](#). En la [tabla 1](#) se recogen la localización de tumor de los pacientes paliativos oncológicos, el principal fue el tumor digestivo. La [tabla 2](#) incluye las variables demográficas, sintomatología y

Tabla 1 Enfermedad avanzada de órgano en los 79 pacientes paliativos no oncológicos y localización del tumor en los 64 pacientes paliativos oncológicos

Enfermedad avanzada (n = 79)	N	%
Demencia	34	43
Insuficiencia cardíaca crónica	21	26,6
Enfermedad pulmonar crónica	18	22,8
Enfermedad renal crónica terminal	4	5
Enfermedad hepática crónica grave	2	2,5
Localización del tumor (n = 64)	N	%
Digestivo	26	40,6
Urológico	11	17,2
Hematológico	9	14,1
Pulmón	9	12,5
Sistema nervioso central	3	4,7
Ginecológico	3	4,7
Otros*	4	5,9

* Sarcoma (n=2), endocrinológico (n=1), neuroendocrino (n=1).

Tabla 2 Características epidemiológicas, sintomatología y evolución de los pacientes paliativos (PP) oncológicos y PP no oncológicos atendidos en la unidad de cuidados paliativos

	N (%)	OR (IC 95%)	Valor P
Demografía			
<i>Edad, mediana (RIC)</i>	83 (75-89)	-	0,054
PP oncológico	79 (66-87)	1	
PP no oncológico	83 (79-89,7)	1,04 (1,01-1,08)	
<i>Sexo, varón</i>	83 (58)	-	0,33
PP oncológico (n = 64)	43 (54,4)	1	
PP no oncológico (n = 79)	40 (62,2)	0,71 (0,26-1,64)	
<i>Diagnóstico previo de PP</i>	39 (27,3)	-	<0,001
PP oncológico	31 (48,4)	1	
PP no oncológico	8 (10,1)	0,12 (0,05-0,29)	
Sintomatología			
<i>Disnea</i>	53 (37,1)	-	<0,001
PP oncológico	12 (18,8)	1	
PP no oncológico	41 (51,9)	4,65 (2,17-10,07)	
<i>Dolor</i>	32 (22,4)	-	<0,001
PP oncológico	23 (35,9)	1	
PP no oncológico	9 (11,4)	0,23 (0,09-0,54)	
<i>Somnolencia</i>	16 (11,2)	-	0,25
PP oncológico	5 (7,8)	1	
PP no oncológico	11 (13,9)	1,90 (0,62-5,81)	
<i>Caquexia/anorexia</i>	11 (7,7)	-	0,56
PP oncológico	4 (6,3)	1	
PP no oncológico	7 (8,9)	1,45 (0,40-5,22)	
<i>Astenia</i>	10 (7)	-	0,31
PP oncológico	6 (9,4)	1	
PP no oncológico	4 (5,1)	0,51 (0,13-1,91)	
<i>Náuseas/vómitos</i>	7 (4,9)	-	0,025
PP oncológico	6 (9,4)	1	
PP no oncológico	1 (1,3)	0,12 (0,01-1,05)	
<i>Delirium</i>	6 (4,2)	-	0,79
PP oncológico	3 (4,7)	1	
PP no oncológico	3 (3,8)	0,80 (1,56-4,12)	
<i>Fiebre</i>	6 (4,2)	-	0,79
PP oncológico	3 (4,7)	1	
PP no oncológico	3 (3,8)	0,80 (1,56-4,12)	
Evolución			
<i>Mortalidad</i>	75 (52,4)	-	0,41
PP oncológico	36 (56,3)	1	
PP no oncológico	39 (49,9)	0,75 (0,39-1,47)	
<i>Control de sintomatología</i>	53 (37,1)	-	0,045
PP oncológico	18 (28,1)	1	
PP no oncológico	35 (44,3)	2,03 (1,00-4,10)	
<i>Progresión</i>	15 (10,5)	-	0,07
PP oncológico	10 (15,6)	1	
PP no oncológico	5 (6,3)	0,36 (0,11-1,12)	
Tratamiento			
<i>Sedación</i>	33 (23,1)	-	0,37
PP oncológico	17 (26,6)	1	
PP no oncológico	16 (20,3)	0,70 (0,32-1,53)	

evolución de los pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos. La edad fue mayor en los pacientes paliativos no oncológicos que los oncológicos ($p = 0,05$). Tan solo el 10,1% de los pacientes paliativos no oncológicos estaban diagnos-

ticados de paciente paliativo, en cambio el 48,4% de los pacientes paliativos oncológicos lo estaban (OR: 0,12; IC95% 0,05-0,28). Destacaba en el análisis una mayor probabilidad de disnea en los pacientes paliativos no oncológicos (OR:

4,65, IC 95%: 2,17-10,7) y una menor probabilidad de dolor (OR: 0,23; IC 95%: 0,09-0,54) y náuseas/vómitos ($p=0,025$) en ellos. No encontrándose diferencias en otros síntomas. Durante el ingreso, 75 pacientes fallecieron (52,4%), y en 53 (37,1%) se controlaron los síntomas. El control de síntomas fue mayor en los pacientes paliativos no oncológicos (OR: 2,03; IC95%: 1,0-4,10). La sedación paliativa fue administrada en el 23% de los casos, similar en los dos grupos de pacientes.

Discusión

Destaca el escaso número de pacientes diagnosticados previamente como paciente paliativo, llamando la atención que la mayoría de ellos fueron pacientes no oncológicos. Este dato es un indicador de la dificultad de los médicos para identificar la situación de terminalidad en los pacientes no oncológicos¹⁴, lo cual limita el acceso de estas personas a unos cuidados paliativos de calidad.

A diferencia de las UCP tradicionales, en nuestra Unidad el porcentaje de enfermos paliativos no oncológicos es notablemente superior (55 vs. 20%).

No se aprecian diferencias significativas en la mortalidad entre los pacientes paliativos oncológicos y los no oncológicos, ni en la necesidad de sedación paliativa para control de síntomas refractarios entre ambos grupos. El porcentaje de pacientes que requieren sedación paliativa en fase agónica es similar al descrito en la literatura para hospitales de agudos (20-25%)¹⁵⁻¹⁷.

Aunque el síntoma principal más frecuente en el total de la población estudiada ha sido la disnea, existen claras diferencias en la sintomatología entre los dos grupos, siendo el dolor más frecuente en los pacientes oncológicos y la disnea en los no oncológicos. Este dato es claramente debido al tipo de enfermedades en ambos grupos, así en el grupo de pacientes no oncológicos la frecuencia de enfermedad pulmonar crónica y enfermedad cardíaca crónica casi alcanza el 50%, 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 y urológico, donde el principal síntoma fue el dolor. El 46% de los pacientes presentaban más de dos síntomas limitantes, siendo la disnea el síntoma refractario más frecuente en los pacientes no oncológicos que requirieron sedación paliativa y el delirium en los oncológicos.

La creación de una UCP dentro de un hospital de tercer nivel supone un estímulo importante que contribuye a la difusión de la filosofía y los principios de la Medicina Paliativa, así como a mejorar la formación de los profesionales sanitarios en este campo dentro del hospital.

La implementación de una UCP integrada en un Servicio de Medicina Interna supone una mejora significativa en la atención a los pacientes con enfermedad no oncológica en situación avanzada-terminal, ya que estos enfermos pueden tener síntomas físicos y existenciales descontrolados, sin un acceso fácil a los equipos de cuidados paliativos tradicionales.

El estudio tiene las limitaciones de un estudio retrospectivo de recogida de la información según un registro de pacientes donde algunas de las variables no fueron recogidas adecuadamente. También tiene la limitación de que no hubo

unos criterios claros, consensuados y definidos de ingreso en la UCP. Aunque la mayoría de los pacientes eran de Medicina Interna, otros procedían de servicios como Cardiología, Neurología, Oncología y Nefrología, existiendo una variabilidad importante en la valoración inicial de los enfermos. Una vez ingresados en la UCP la atención de los pacientes fue realizada mayoritariamente por un facultativo con experiencia en Medicina Paliativa, aunque otros fueron atendidos por facultativos distintos, pudiendo existir una discrepancia de la valoración sintomática y terapéutica de los pacientes.

A pesar de las limitaciones del estudio podemos concluir que los pacientes paliativos no oncológicos son los más frecuentes en UCP que nacen desde las necesidades asistenciales de servicios de Medicina Interna. La sintomatología de los cuidados paliativos es diferente en pacientes no oncológicos y oncológicos establecida por los diagnósticos predominantes en ambos grupos. En los pacientes paliativos no oncológicos es la disnea y en los oncológicos es el dolor y las náuseas y vómitos. También apreciamos un mejor control de los síntomas en los pacientes no oncológicos.

Por ello consideramos que es importante aplicar la visión holística de la Medicina Paliativa a los pacientes paliativos no oncológicos dentro del entorno de la Medicina Interna en hospitales de tercer nivel. En estos centros, donde coexisten todas las especialidades médicas y quirúrgicas, la Medicina Paliativa debe estar disponible no solo para los pacientes oncológicos sino también para los pacientes no oncológicos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gándara del Castillo A. Segunda etapa: viejos retos y nuevas fuerzas. *Med Paliat*. 2015;22:43-4.
2. Generalitat. Conselleria de Sanitat. Plan integral de Cuidados Paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat. 2010. [consultado 7 Sep 2016] Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V_2686-2010.pdf.
3. Porta-Sales J, Gómez-Batiste X, Pascual-López A. Unidades de cuidados paliativos de agudos. En: Declan Walsh, editor. *Medicina Paliativa*. Ed. Elsevier España; 2010. p. 208-12

4. Sanidad 2014, Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. [consultado 7 Sep 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf
5. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. [consultado 7 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>
6. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care: part 1. *Eur J Palliat Care*. 2009;16:278–89.
7. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care: part 2. *Eur J Palliat Care*. 2010;17:22–33.
8. Alonso Babarro A, Rexach Cano L, Gisbert Aguilar A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med Pal*. 2010;17:161–71.
9. Alonso Babarro A, Gisbert Aguilar A, Rexach Cano L. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. *Med Pal*. 2010;17:156–60.
10. Okamoto Y, Fukui S, Yoshiuchi K, Ishikawa T. Do Symptoms among Home Palliative Care Patients with Advanced Cancer Decide the Place of Death? Focusing on the Presence or Absence of Symptoms during Home Care. *J Palliat Med*. 2016;19:488–95.
11. Bernabeu-Wittel M, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Escolano-Fernández B, Jarava-Rol G, Oliver M, et al. Development of a Six-Month Prognostic Index in Patients With Advanced Chronic Medical Conditions: The PALIAR Score. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47:551–65.
12. Hofstede JM, Raijmakers NJ, van der Hoek LS, Francke AL. Differences in palliative care quality between patients with cancer, patients with organ failure and frail patients: A study based on measurements with the Consumer Quality Index Palliative Care for bereaved relatives. *Palliat Med*. 2016;30:780–8.
13. 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. [consultado 7 septiembre 2016]: Disponible en: http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis.i.programes/observatori_qualy/programes/programa_necpal/
14. Mahtani-Chugani V, González-Castro I, de Ormijana-Hernández AS, Martín-Fernández R, de la Vega EF. How to provide care for patients suffering from terminal non-oncological diseases: barriers to a palliative care approach. *Palliat Med*. 2010;24:787–95.
15. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care*. 1994;10:31–8.
16. Castellano Vela E, Olmos Navarro P, Rochina Puchades A, Fort Navarro N, Navarro Sanz R. Análisis del empleo de la sedación paliativa en un hospital de atención a pacientes crónicos. *Med Pal*. 2013;20:123–32.
17. Sato K, Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, Shima Y. End-of-life medical treatments in the last two weeks of life in Palliative Care Units in Japan, 2005-2006: A Nationwide Retrospective Cohort Survey. *J Palliat Med*. 2016;19:1188–96.