

Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio

Prevalence and typology of patients susceptible of palliative care deceased at home

doi.org/10.23938/ASSN.0314

I. Martínez Ríos¹, S.R. López Alonso^{2,3}, S. Martín Caravante², L. Morales Infante¹, S.I. Soriano Ruiz², A.I. Martínez García²

RESUMEN

Fundamento. La identificación de pacientes susceptibles de cuidados paliativos (SCP) en la comunidad es fundamental para mejorar su manejo clínico. El objetivo fue comparar, globalmente y por sexo, la tipología de enfermedad de los pacientes SCP y de los identificados como tales.

Método. Estudio transversal de la población de la ciudad de Málaga fallecida en el domicilio durante 2015. Se estudió la asociación entre el tipo de paciente (SCP o identificado como paliativo por inclusión en el Proceso Asistencial Integrado de CP, PAI-CP) y la edad, sexo y tipo de enfermedad, mediante Chi-cuadrado y t de student.

Resultados. De los 950 fallecidos, 417 (43,9%) eran SCP y 277 de ellos (66,4%) estaban identificados como tales. Los hombres predominaron en ambas poblaciones (55,6 y 59,9%, respectivamente, $p=0,26$), de edad media 78,6 y 76,2 años ($p=0,01$).

Las patologías más frecuentes en población SCP fueron cáncer (61,9%), demencias y Alzheimer (19,9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (6,2%) e insuficiencia cardiaca (4,1%). La proporción de pacientes identificados fue significativamente mayor para cáncer (86,8%) y menor para demencias y Alzheimer (20,5%), EPOC (38,4%) y Parkinson (0,4% de 2,9%).

Las mujeres SCP padecían significativamente menos cáncer y EPOC y más demencias. La población incluida en el PAI-CP no mostró diferencias de patología por sexo.

Conclusiones. Casi la mitad de fallecidos en domicilio eran SCP, aunque solo 66,4% de los mismos fueron identificados. El cáncer, más frecuente en hombres, fue la enfermedad más prevalente y frecuentemente identificada, mientras que el 80% de la población con demencia, predominante en mujeres, murió sin ser identificada como paliativa.

Palabras clave. Cuidados paliativos. Muerte. Causa de muerte. Atención domiciliaria.

ABSTRACT

Background. Identification of patients susceptible to palliative care (SPC) in the community is essential for improving their clinical management. The objective is to explore the SPC population and their typology of illness, according to sex.

Methods. Cross-sectional study, performed on the population of Malaga who died at home during 2015. Association between type of patient (SCP or identified as palliative by inclusion in the integrated care process (ICP)). Age, sex and type of disease were analyzed with Chi square and t-Student's test.

Results. Of 950 patients attended to after dying at home, 417 (43.9%) were SCP and, of them, 277 (66.4%) were included in the ICP. Males were more frequent in both populations (55.6 and 59.9%, respectively, $p=0.26$), with mean ages 78.6 and 76.2, respectively ($p=0.01$).

The most frequent diseases in SCP patients were: cancer (61.9%), dementia and Alzheimer (19.9%), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (6.2%), and heart failure (4.1%). People with cancer were more frequently included in the ICP (86.8%), while those with dementia and Alzheimer, COPD and Parkinson were less frequently included (20.5%, 38.4% and 0.4% respectively).

By sex, men suffered more from cancer and women from dementia. Percentage of inclusion in ICP was similar for men and women, stratified by disease.

Conclusions. Almost half of the people who died at home are SCP although only two out of three are identified as such. Cancer is the most frequent SCP disease and the easiest one to identify, largely affecting men. Three out of four people with dementia died without being identified as PC, and they are mainly women.

Keywords. Prevalence. Palliative Care. Death. Cause of death. Home Care Services.

An. Sist. Sanit. Navar. 2018; 41 (3): 321-328

1. Centro de Salud Las Delicias. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.
2. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.
3. Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (Universidad de Sevilla). Bormujos. Sevilla.

Correspondencia:

Irene Martínez Ríos
Centro de Salud Delicias
Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce
C/ Frigiliana 21
29003 Málaga
e-mail: irenemtnz@hotmail.com

Financiación:

El presente trabajo ha sido financiado por el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proyecto 2014-DGSMCOD6.

Recepción: 16/01/2018
Aceptación provisional: 26/06/2018
Aceptación definitiva: 07/08/2018

INTRODUCCIÓN

El paciente en situación terminal es aquel con una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado, mientras que la enfermedad terminal no oncológica vendrá definida, además, por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible^{1,2}. Según estas definiciones, las enfermedades que precisan cuidados paliativos (CP) son, como mínimo, las siguientes: el cáncer, la insuficiencia cardíaca, renal y hepática, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad de la neurona motora o esclerosis lateral amiotrófica, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la demencia y enfermedad de Alzheimer, y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida³, siendo estas mismas patologías catalogadas como enfermedades susceptibles de CP por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía².

Dentro de los diferentes modelos organizativos de la atención a la terminalidad se encuentra la atención domiciliaria, la cual se define como el conjunto de actividades de cariz biopsicosocial y de ámbito comunitario que se realizan en el domicilio de la persona, con el fin de detectar, valorar, apoyar y hacer el seguimiento de los problemas de salud y sociales del individuo y de su familia, para potenciar la autonomía y mejorar su calidad de vida^{4,5}. Este modelo de atención es muy importante, pues la mayoría de los pacientes en fase terminal desean ser cuidados y fallecer en su domicilio siempre que dispongan de atención adecuada y estén bien informados^{6,7}. En este mismo sentido, el reto en la atención al paciente en fase terminal en el domicilio es conseguir una asistencia sanitaria centrada en solucionar problemas sintomáticos, proporcionar comodidad y ayudar a conseguir una muerte en paz⁸, para lo cual es imprescindible identificar correctamente dicha población.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía propuso en 2002 la identificación de los pacientes susceptibles de CP y su in-

clusión en el Proceso Asistencial Integrado de CP (PAI-CP), aunque en 2012 aún manejaba estimaciones para su cuantificación². En 2014, las personas incluidas en dicho PAI-CP supusieron el 2,8%, independientemente del lugar del fallecimiento⁹, y las previsiones sobre población susceptible de CP muestran, tras un análisis epidemiológico y demográfico realizado en Andalucía, encontrarse en una tendencia creciente². La literatura científica al respecto se centra en la prevalencia de pacientes derivados a CP tras el alta hospitalaria¹⁰, o la descripción socio-clínica de pacientes fallecidos por alguna de las patologías susceptibles de CP o por algún síntoma derivado^{11,12}.

La segregación por sexo en las investigaciones ha encontrado importantes diferencias, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, que repercuten directamente en la salud de la población. Destacan algunas patologías susceptibles de CP con alta prevalencia en varones (como EPOC) cuya progresión es detectada y atendida por urgencias, en lugar de por unidades específicas, por no ser debidamente catalogada como enfermedad susceptible de CP¹³.

La identificación de pacientes susceptibles de CP en domicilio resulta fundamental para su manejo clínico, dado que en la situación terminal hay deterioro físico, aumento de la debilidad, disminución del nivel de alerta e incluso dificultades para la administración de fármacos por vía oral, lo que puede provocar un sufrimiento añadido al paciente y a la familia. Por tanto, resulta necesario conocer las características y tipología de enfermedad de la población susceptible de CP que fallece en su domicilio, según sexo, para reforzar su captación y mejorar su asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal de todos los usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) no hospitalizados fallecidos en 2015 en la ciudad de Málaga. Se excluyeron los fallecidos en residencias geriátricas debido a que, en muchos casos, sus datos clínicos no se

recogen en la historia de salud del SSPA. También se excluyeron los fallecidos en Rincón de la Victoria por ser un municipio pequeño frente a Málaga que abarca una amplia zona rural. La confirmación del óbito se certificó, como está establecido, por un equipo medicalizado del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) perteneciente al Distrito Sanitario de Málaga-Guadalhorce.

Al no encontrar estudios al respecto, la selección de la población se basó tanto en el número de fallecidos en domicilio durante los años anteriores como en la estimación por parte de los profesionales del DCCU del número de pacientes susceptibles de CP (25-35%). Se estudió una anualidad completa para evitar sesgos de selección debidos a patologías estacionales, como pudiera ser la EPOC (Fig. 1).

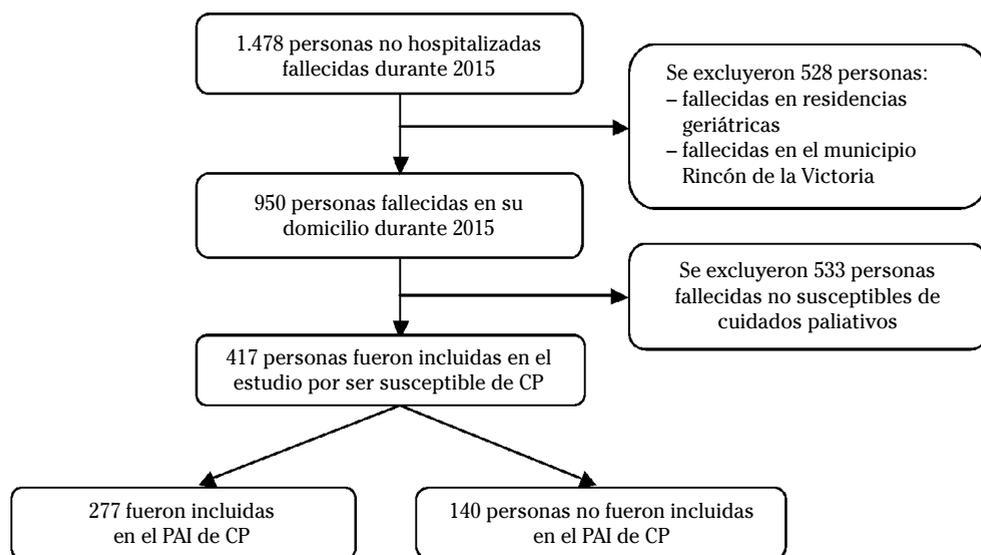


Figura 1. Diagrama de flujo de las personas fallecidas en domicilio, incluidas y excluidas del estudio.

Las variables del estudio fueron la susceptibilidad para recibir CP según enfermedad, la identificación en la historia clínica como paciente paliativo conforme al PAI-CP¹, la tipología de enfermedad susceptible de CP, el tipo de cáncer (si procede), el sexo y la edad del sujeto.

Una vez obtenida la relación de óbitos confirmados a través de la base de datos del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias, se revisaron las historias clínicas digitales de cada sujeto comprobando si dichos sujetos padecían alguna de las enfermedades susceptibles de cuidados paliativos determinadas por la Consejería de Salud antes mencionadas², y su situa-

ción clínica antes de morir conforme a las recomendaciones sobre los criterios de terminalidad definidos por la *National Hospice Organization*¹⁴.

La edad se describió con la media (M) y la desviación típica (DT) y las variables categóricas con la frecuencia y el porcentaje. Se realizó un análisis con y sin estratificación de datos por sexo mediante las pruebas t de Student (tras comprobar la normalidad de la distribución) y Chi-cuadrado. Todos los cálculos de realizaron con el programa SPSS 17.0.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética Provincial de Málaga. Además, los datos tuvieron un tratamiento

confidencial según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, tanto para el estudio como para su publicación.

RESULTADOS

El DCCU atendió 950 personas por fallecimiento en domicilio en Málaga durante 2015, de las cuales 417 (43,9%) eran susceptibles de CP y solo 277 (66,4%) fueron incluidas en el PAI-CP para identificarlas como tales.

La edad media de la población susceptible de CP fue superior a la de la identificada en el PAI-CP (78,6 años DT=11,9 vs 76,2 DT=12,2; $p=0,01$), mientras que la distribución por sexo fue similar en ambas poblaciones, con predominio masculino (55,6 y 59,9%, respectivamente, $p=0,26$).

Las patologías más frecuentes en población general fallecida en domicilio susceptible de CP fueron cáncer (61,9%), demencias y Alzheimer (19,9%), EPOC (6,2%) e insuficiencia cardiaca (4,1%) (Tabla 1). La proporción de pacientes identificados e incluidos en el PAI-CP fue significativa-

mente mayor para cáncer (86,8%) y menor para demencias y Alzheimer (20,5%), EPOC (38,4%) y Parkinson (0,4%). A pesar de ello, la proporción de pacientes susceptibles de CP que se incluyeron en el PAI-CP no variaba según el sexo, ni globalmente ni por patología.

Desagregando por sexo, la prevalencia en pacientes susceptibles de CP de cáncer y EPOC es mayor en la población masculina que en la femenina (69,0 vs 53,0%, $p<0,01$ y 10,3 vs 1,1%, $p<0,01$), mientras que la de demencias y Alzheimer es mayor en la femenina (31,9 vs 10,3%, $p<0,01$) (Tabla 2). Sin embargo, la inclusión en el PAI-CP es similar para hombres y mujeres, salvo para demencias y Alzheimer que es mayor para ellas (10,8 vs 3,0%, $p<0,01$). Las diferencias halladas en la prevalencia para cáncer, más elevada en hombres, se atenúan en los pacientes incluidos en el PAI-CP (83,7 vs 76,6%, $p=0,13$).

El cáncer de pulmón y colorrectal fueron los más prevalentes en la población susceptible de CP, añadiéndose el de mama en el caso de las mujeres (Tabla 3). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de algunos tipos de

Tabla 1. Personas fallecidas en domicilio con patologías susceptibles de cuidados paliativos y porcentaje incluido en el proceso asistencial integrado según patología

Patología	Susceptibles de CP		Incluidas en PAI-CP		p ^a
	N	%	N	%	
Cáncer	258	61,9	224	80,9	<0,01
Demencias y Alzheimer	83	19,9	17	6,1	<0,01
EPOC	26	6,2	10	3,6	0,10
Insuficiencia cardiaca	17	4,1	11	4,0	0,94
Parkinson	12	2,9	1	0,4	0,01 ^b
Insuficiencia renal	9	2,2	3	1,1	0,22 ^b
Insuficiencia hepática	7	1,7	7	2,5	0,43
Enfermedad neuromotora	4	0,9	4	1,4	0,40 ^b
Enfermedad de Huntington	1	0,2	0	0,0	0,60 ^b
Total	417		277	66,4	NC

CP: cuidados paliativos; PAI-CP: proceso asistencial integrado de cuidados paliativos; a: Chi-cuadrado; b: test exacto de Fisher; NC: no calculable.

Tabla 2. Comparación por sexo de las patologías de las personas fallecidas en domicilio susceptibles de cuidados paliativos e incluidas en el proceso asistencial integrado de cuidados paliativos

Patología*	Susceptibles de CP				p ^a	Incluidas en PAI-CP				p ^a
	Hombres		Mujeres			Hombres		Mujeres		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Cáncer	160	69,0	98	53,0	<0,01	139	83,7	85	76,6	0,13
Demencias y Alzheimer	24	10,3	59	31,9	<0,01	5	3,0	12	10,8	<0,01
EPOC	24	10,3	2	1,1	<0,01	9	5,5	1	0,9	0,06 ^b
Insuficiencia cardiaca	7	3,0	10	5,4	0,22	5	3,0	6	5,4	0,24 ^b
Parkinson	6	2,6	6	3,2	0,69	0	0	1	0,9	0,40 ^b
Insuficiencia renal	5	2,2	4	2,2	0,62 ^b	2	1,2	1	0,9	0,64 ^b
Insuficiencia hepática	4	1,7	3	1,6	0,63 ^b	4	2,4	3	2,7	0,58 ^b
Enfermedad neuromotora	2	0,9	2	1,1	0,59 ^b	2	1,2	2	1,8	0,52 ^b
Enfermedad Huntington	0	0	1	0,5	NC	0	0,0	0	0,0	NC
Total	232		185			166	71,6	111	60,0	NC

*: Los datos globales aparecen recogidos en la tabla 1; CP: cuidados paliativos; PAI-CP: proceso asistencial integrado de cuidados paliativos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; a: Chi-cuadrado; b: test exacto de Fisher; NC: no calculable.

Tabla 3. Tipología de cáncer en pacientes susceptibles de CP

Tipo	Total		Hombres		Mujeres		Diferencia
	N	%	N	%	N	%	p ^a
Pulmón	58	22,5	46	28,7	12	12,2	<0,01
Colorrectal	35	13,6	18	11,3	17	17,3	0,16
Hepatobiliar	18	7,0	15	9,4	3	3,1	0,05
Mama	17	6,6	0	0,0	17	17,3	<0,01
Páncreas	17	6,6	8	5,0	9	9,2	0,18
Próstata	16	6,1	16	10,0	0	0,0	NC
Esófago/gástrico	14	5,4	8	5,0	6	6,1	0,69 ^b
Leucemia/Linfoma/Mieloma	14	5,4	8	5,0	6	6,1	0,69
Cerebro	11	4,3	6	3,8	5	5,1	0,41 ^b
Riñón	11	4,3	10	6,3	1	1,0	0,03 ^b
Útero/Ovario	11	4,3	0	0,0	11	11,2	NC
Vejiga	11	4,3	10	6,3	1	1,0	0,03 ^b
Orofaringe/Laringe	6	2,3	5	3,1	1	1,0	0,26 ^b
Piel	6	2,3	2	1,25	4	4,1	0,15 ^b
Otros	13	5,0	8	5,0	5	5,1	0,59 ^b
Total	258		160	62,0	98	38,0	NC

a: Chi cuadrado; b: test exacto de Fisher; NC: no calculable.

cáncer según sexo: en hombres fueron más frecuentes pulmón, hepatobiliar, riñón y vejiga, así como próstata por desigualdad anatómica, mientras que mama y útero/ovario solo aparecieron en mujeres, bien por no presentar ningún caso en hombres o por motivo anatómico.

DISCUSIÓN

La identificación de aquellos pacientes que fallecen en su domicilio que son susceptibles de CP, y su consiguiente inclusión en el PAI-CP, presenta una notable oportunidad de mejora especialmente en pacientes con enfermedades no oncológicas, sin que haya diferencias por sexo en dicha identificación.

La frecuencia de pacientes susceptibles de CP que mueren en su domicilio respecto al total de fallecidos fue ligeramente superior a la estimada por los investigadores del presente estudio, sin haber encontrado publicado ningún artículo original similar a efectos comparativos.

La edad media al fallecimiento de la población susceptible de CP fue cuatro años inferior a la esperanza de vida de la población española, según datos del Instituto Nacional de Estadística en 2015¹⁵, mientras que la de la población identificada como paliativa e incluida en el PAI-CP fue dos años inferior. Esta diferencia, probablemente clínicamente no relevante, podría deberse a la mayor prevalencia de cáncer. El porcentaje de hombres fue ligeramente superior al de la tasa bruta de mortalidad en España, que se situó en el 51,3% durante ese mismo año¹⁶.

Conforme al censo de 2015 y a la anteriormente señalada tasa de 2,8‰ personas incluidas en el PAI-CP dada por la Consejería de Salud^{9,17}, habrían fallecido 1.594 personas en Málaga durante ese año; de las que solo el 17,3% lo hicieron en su domicilio. Si estos datos se corrigen con el porcentaje de personas susceptibles de CP pero no incluidas en el PAI-CP, acorde al presente estudio, la cifra de personas fallecidas en su domicilio aumenta al 26,1%. Más allá de la posible merma asistencial que puedan

sufrir los pacientes sin identificar como paliativos, se aprecia una baja tasa de mortalidad domiciliaria que contrasta con las preferencias de estos pacientes y sus familiares^{6,7}.

En Andalucía, 24.289 personas fueron incluidas en el PAI-CP durante 2015, y las estimaciones oficiales prevén un aumento progresivo debido tanto a la mayor prevalencia de enfermedades susceptibles de CP en una población con mayor esperanza de vida y conocedora de los recursos disponibles, así como por el fomento de modelos más eficientes de gestión y de desarrollo competencial para los profesionales⁹. Por ello, la réplica de este estudio en un futuro próximo arrojaría luz sobre esta evolución.

En relación a la tipología de enfermedad, el cáncer fue la causa más frecuente de fallecimiento en domicilio, que podría explicarse por ser la primera causa de muerte a nivel nacional en hombres y segunda en mujeres (tras las enfermedades del sistema circulatorio, la mayoría de las cuales no son susceptibles de CP^{16,18}), por el mayor coste-efectividad de la asistencia domiciliaria frente a la hospitalaria de estos pacientes¹⁹, y por el mencionado deseo de pacientes y familiares de que el fallecimiento se produzca en el domicilio familiar^{6,7}. La baja proporción de personas con demencia y/o Alzheimer detectada en domicilio como susceptibles de cuidados paliativos puede deberse a que muchas de ellas se encuentran en residencias geriátricas (se ha estimado una prevalencia de demencia del 61,7% en residencias, de los cuales son un 69,8% mujeres²⁰) y han sido excluidas del presente estudio.

Por sexo, el cáncer de pulmón fue el más prevalente en hombres, lo que se atribuyó al alto consumo de tabaco años atrás, aunque la tendencia de este consumo se invirtió hace algunos años²¹, por lo que podría esperarse que la proporción de cáncer de pulmón en mujeres aumente en los próximos años. No obstante, en la actualidad y a nivel nacional, el cáncer de pulmón sigue siendo la tipología de tumor que genera mayor mortalidad en el hombre y que incrementó de 7.597 en 1980 a 17.259 en 2015, mientras que en mujeres aumentó de 1.174

a 4.366 en el mismo periodo^{16,18}. En mujeres el cáncer de mama y el colorrectal fueron los más frecuentes, similar a lo hallado en la mortalidad a nivel nacional en 2015^{16,18}.

El paciente con cáncer es el que predominantemente se incluye en el PAI-CP, lo que podría justificarse por la facilidad para identificarlo como paliativo tras fracasar el tratamiento oncológico. No obstante, se observan casos de fallecimiento no identificados, por lo que es importante reforzar la coordinación interprofesional e interniveles para su identificación e intervención precoz.

Las personas con enfermedades no oncológicas son las que presentan una menor tasa de identificación como paliativas, lo que pudiera deberse a que producen un deterioro progresivo que puede durar años, y los criterios establecidos para la inclusión en el PAI-CP son complejos, sin un signo claro que determine el momento preciso¹. Esta situación podría mermar la calidad asistencial que reciben²², por lo que sería necesario sensibilizar a los profesionales, fomentado la formación y revisando los criterios para la correcta identificación de estos pacientes y su inclusión en el PAI-CP.

Dado que al desglosar por enfermedad se equipara la proporción con las mujeres, la mayor prevalencia de cáncer en el hombre podría explicar su mayor inclusión general en el PAI-CP, ya que los hombres sufren casi un 25% más de cáncer, cuya catalogación como paliativa es más sencilla, mientras que las mujeres presentan tres veces más demencias, cuya catalogación es más difícil.

Por último, es preciso decir que todos estos resultados se deben interpretar en un contexto dinámico cuyos datos pueden haber cambiado, seguramente a mejor, dado que el mayor margen de mejora se produce en enfermedades de larga evolución y que el año 2015 fue el tercer año en el que se estableció como objetivo de gestión para Atención Primaria la identificación de pacientes paliativos en el PAI-CP²³. Por todo ello, nuevos estudios podrían explorar la evolución de esta captación, aunque la tendencia mensual del año estudiado es bastante estable, salvo el incremento en di-

ciembre y la disminución en febrero –datos no publicados–.

Otra línea futura de investigación podría ser comparar la proporción de pacientes identificados como paliativos que fallecen en el domicilio o en hospital, así como el lugar de fallecimiento (entornos rurales o urbanos de Andalucía), a pesar de que otros contextos no han mostrado diferencias al respecto²⁴.

En conclusión, se puede afirmar que existe un gran porcentaje de pacientes no identificados como paliativos que fallecen en domicilio. El cáncer es la enfermedad más identificada, lo que favorece la inclusión de hombres en el PAI-CP por su mayor prevalencia; al contrario de lo que sucede con las demencias, más frecuentemente encontradas en mujeres. No obstante, el desglose por patología equipara a hombres y mujeres en su identificación como paliativos.

Agradecimientos

A la Fundación CUDECA por facilitar los datos sobre el número de asistencias que han realizado a los pacientes del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado. Cuidados Paliativos. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2017. http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/cuidados_paliativos/cuidados_paliativos.pdf. Consultado el 30 de octubre de 2017.
2. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud; 2017. http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_cuidados_paliativos/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf. Consultado el 30 de octubre de 2017.
3. McNAMARA B, ROSENWAX LK, HOLMAN CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32: 5-12.

4. GÓMEZ BATISTE X, ESPINOSA J, PORTA SALES J, BENITO E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2010; 135: 83-89.
5. CODORNIU N, BLEDA M, ALBUQUERQUE E, GUANTER L, ADELL J, GARCÍA F et al. Cuidados enfermeros en cuidados paliativos: análisis, consensos y retos. *Index Enferm* 2011; 20: 71-75.
6. NÚÑEZ OLARTE JM. Información al paciente en situación terminal: diferencias entre las publicaciones anglosajonas y la experiencia diaria en España. *Med Paliat* 2014; 21: 113-120.
7. HENDRY M, PASTERFIELD D, LEWIS R, CARTER B, HODGSON D, WILKINSON C. Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliat Med* 2013; 27: 13-26.
8. VEGA T, ARRIETA E, LOZANO JE, MIRALLES M, ANES Y, GÓMEZ C et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit* 2011; 25: 205-210.
9. LAFUENTE ROBLES N, RODRÍGUEZ GÓMEZ S, CASADO MORA MI, AYUSO FERNÁNDEZ M, MORCILLO MUÑOZ Y, VIÑAS VERA C et al. PICUIDA. Estrategia de cuidados de Andalucía. Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Sevilla: Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud 2015.
10. SZEKENDI MK, VAUGHN J, LAL A, OUCHI K, WILLIAMS MV. The prevalence of inpatients at 33 U.S. hospitals appropriate for and receiving referral to palliative care. *J Palliat Med* 2016; 19: 360-372.
11. DOMÍNGUEZ-BERJÓN MF, ESTEBAN-VASALLO MD, ZONI AC, GÉNOVA-MALERAS R, ASTRAY-MOCHALES J. Place of death and associated factors among patients with amyotrophic lateral sclerosis in Madrid (Spain). *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 2015; 17: 62-68.
12. MORRIS D, GALICIA-CASTILLO M. Dying with dyspnea in the hospital. *Am J Hosp Palliat Care* 2017; 34: 132-134.
13. MCGREGOR AJ, GREENBERG M, SAFDAR B, SEIGEL T, HENDRICKSON R, POZNANSKI S et al. Focusing a gender lens on Emergency Medicine research: 2012 update. *Acad Emerg Med* 2013; 20: 313-320.
14. The National Hospice Organization. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. *Hosp J* 1996; 11: 47-63.
15. Instituto Nacional de Estadística (INE). Esperanza de vida al nacimiento según sexo. <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>. Consultado el 26 de octubre de 2017.
16. Instituto Nacional de Estadística (INE). De-funciones según la causa de muerte. Año 2015. Notas de prensa 27 de febrero de 2017. http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf. Consultado el 26 de octubre de 2017.
17. Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del padrón municipal a 1 de enero. Año 2015. <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2882>. Consultado el 26 de octubre de 2017.
18. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2017. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf. Consultado el 26 de octubre de 2017.
19. GOMES B, CALANZANI N, CURIALE V, MCCRONE P, HIGGINSON IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 6: 1-279.
20. LÓPEZ MONGIL R, LÓPEZ TRIGO JA, CASTRODEZA SANZ FJ, TAMAMES GÓMEZ S, LEÓN COLOMBO T, Grupo de trabajo de atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44: 5-11.
21. CAYUELA A, RODRÍGUEZ-DOMÍNGUEZ S, LÓPEZ-CAMPOS JL, VIGIL E, OTERO R. Mortalidad por cáncer de pulmón en España. Evolución en 25 años (1980-2005). *Arch Bronconeumol* 2008; 44: 70-74.
22. SANSO MARTINEZ N. Importance of the early identification of the palliative patient: Butterfly effect theory. *Inferm Clin* 2017; 27: 335-338.
23. Contrato Programa Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud. 2010 – 2013. Año 2012. Sevilla: Consejería de Salud, 2012. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/intranet/direccion/contrato_programa_2012.pdf. Consultado el 26 de octubre de 2017.
24. LAVERGNE MR, LETHBRIDGE L, JOHNSTON G, HENDERSON D, D'INTINO AF, MCINTYRE P. Examining palliative care program use and place of death in rural and urban contexts: a Canadian population-based study using linked data. *Rural Remote Health* 2015; 15: 3134. <https://www.rrh.org.au/journal/article/3134>. Consultado el 5 de julio de 2018.