

# Impacto de los cuidados paliativos y perfil clínico del paciente con enfermedad terminal en un área de Medicina Interna

M. Bernabeu-Wittel, S. García-Morillo, C. González-Becerra, M. Ollero, A. Fernández y J. A. Cuello-Contreras

Servicio de Medicina Interna. Unidad Clínica de Atención Médica Integral. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción.** El proceso de atención a pacientes con enfermedad terminal se ha estructurado en torno a la Atención Primaria y a las Unidades de Cuidados Paliativos, quedando en un segundo plano otros especialistas. Sin embargo, se desconoce el impacto y las características clínicas y asistenciales de este grupo de pacientes en Medicina Interna. Nuestro objetivo consistió en evaluar estos parámetros en diferentes áreas de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. **Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional de los pacientes ingresados en Medicina Interna durante junio de 2003. Se estratificó a los pacientes en tres cohortes (paliativo, pluripatológico y general). Se analizó la incidencia, procedencia, características clinicoevolutivas y consumo de recursos en los 12 meses previos al estudio. La comparación univariada de variables clínicas entre la cohorte de paliativos, pluripatológicos y general se llevó a cabo utilizando los test de Chi cuadrado, Fisher, ANOVA y post-hoc y Kruskal-Wallis. **Resultados.** Se incluyeron 52 pacientes (53,8% mujeres; edad media:  $66,5 \pm 15$  años) de la cohorte global de 339. La incidencia de pacientes paliativos fue 15,4/100 ingresos. Los pacientes procedieron de Servicios Especializados (57,6%), Urgencias (27%) y Atención Primaria (10%). La estancia media fue de 14,5 (1-150) días y la supervivencia del 63,5%. El 68,5% de los fallecimientos se produjo en el domicilio. Los pacientes de la cohorte de paliativos, comparativamente con la general, tuvieron menor Barthel basal (47,5 frente a 95;  $p < 0,0001$ ), al ingreso (40 frente a 75;  $p < 0,0001$ ) y alta (20 frente a 75;  $p < 0,0001$ ), mayor deterioro funcional durante ingreso (caída de valores basales-alta de 27,5 frente a 20 puntos;  $p < 0,003$ ) y no hubo diferencias en el consumo de recursos en los 12 meses previos. Con respecto a los pluripatológicos, la cohorte de paliativos tuvo menor edad media ( $66,5 \pm 15$  frente a  $75 \pm 11$ ;  $p = 0,001$ ) y similar limitación funcional basal al ingreso y al alta. **Discusión.** Los pacientes con enfermedad terminal suponen un grupo significativo en nuestras áreas de Medicina Interna, lo cual apoya el papel del internista en la asistencia a esta población y le obliga a adquirir las competencias específicas para su manejo integral.

**PALABRAS CLAVE:** cuidados paliativos, Medicina Interna, calidad asistencial.

Bernabeu-Wittel M, García-Morillo S, González-Becerra C, Ollero M, Fernández A, Cuello-Contreras JA. Impacto de los cuidados paliativos y perfil clínico del paciente con enfermedad terminal en un área de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2006;206(4):178-81.

Impact of palliative care and clinical features of patients with terminal diseases in areas of Internal Medicine

**Introduction.** The medical assistance to patients with terminal diseases has been structured with Primary Care and Palliative Care Units as protagonists, and with other specialties as secondary roles. Nevertheless the impact of this group of patients in Internal Medicine areas is unknown. Our objective was to evaluate these parameters in the area of Internal Medicine of a tertiary teaching Hospital. **Material and methods.** Prospective observational study of all patients attended in Internal Medicine areas during June 2003. Patients were stratified in three cohorts (palliative, pluripathologic, and general). Incidence of palliative patients, origin, clinical features, and burden of hospital care in the last 12 months were analyzed. Univariate analysis of the clinical differences between the palliative and the pluripathologic, and general cohorts was performed, using Chi-square, Fisher, ANOVA and post-hoc tests and Kruskal-Wallis test.

**Results.** 52 (53.8% women; mean age  $66.5 \pm 15$  years) were included from the global study cohort of 339 patients. Incidence of palliative patients was 15.4/100 admissions. The patients were admitted from other specialties (57.6%), Emergency department (27%), and Primary Care (10%). Mean hospital stay was 14.5 (1-150) days, and survival 63.5%. The 68.5% of deceases occurred at home. Patients of palliative cohort, with respect to general cohort had less functional ability at baseline (47.5 vs 95;  $p < 0.0001$ ), admission (40 vs 75;  $p < 0.0001$ ), and at discharge (20 vs 75;  $p < 0.0001$ ), and more functional deterioration during hospital stay (mean fall in Barthel's values at baseline-discharge of 27.5 vs 20 points;  $p < 0.003$ ). There were no differences in the burden of hospital care in the previous 12 months. With respect to the cohort of pluripathologic patients, palliative patients were younger ( $66.5 \pm 15$  vs  $75 \pm 11$  years;  $p = 0.001$ ) and had similar functional limitations at baseline (47.5 vs 45), admission (40 vs 20) and at discharge (20 vs 20).

**Discussion.** Patients with terminal diseases are prevalent in the clinical setting in areas of internal medicine. These data support the role of the internist in palliative care proceedings, and prompt internists to acquire enough specific abilities to manage competitively these population.

**KEY WORDS:** palliative care, Internal Medicine, quality of care.

Correspondencia: M. Bernabeu-Wittel.  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.  
Avda. Manuel Siurot, s/n.  
41013 Sevilla.

Correo electrónico: wittel@cica.es

Aceptado para su publicación el 21 de octubre de 2005.

## Introducción

Al hablar de enfermedad terminal nos referimos a una enfermedad progresiva, incurable y mortal, avanzada hasta el punto de carecer de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

Debido a la alta prevalencia y mortalidad de la misma (en España se producen unas 80.000 muertes anuales por cáncer, que supone el 25% de todas las muertes<sup>1,2</sup>, y en Andalucía 25.000 personas cada año enferman de cáncer, y más de 13.000 fallecen por su causa en ese mismo período de tiempo) y a la demanda de intervenciones sanitarias y sociales de estos pacientes para enfrentar la fase final de su vida, las autoridades sanitarias elaboraron un plan integral oncológico que pretendía dar respuesta a los problemas derivados de esta enfermedad<sup>3</sup>.

Este plan se complementó en 2002 con la articulación del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, que abrió un operativo de continuidad asistencial para la prestación de unos cuidados integrales al paciente y a sus cuidadores hasta la muerte del mismo y durante el duelo, dando apoyo sanitario, psicológico y social, evitando el encarnizamiento terapéutico, ofertando asistencia domiciliaria y ofreciendo la posibilidad de morir en el domicilio si se desea, acompañado de los suyos<sup>4</sup>. Este proceso se ha estructurado en torno a Atención Primaria (AP), las Unidades de Cuidados Paliativos, y en un papel secundario otros especialistas y las Unidades de Hospitalización Domiciliaria. Sin embargo, se desconoce el impacto que supone la asistencia a este grupo de pacientes en áreas de Medicina Interna, así como las características clínicas de los mismos.

Con este estudio pretendimos evaluar la incidencia y las características clinicoevolutivas y asistenciales de los pacientes con enfermedad terminal en diferentes áreas de Medicina Interna de nuestro hospital.

## Material y métodos

El presente estudio se realizó en el Servicio de Medicina Interna (MI) de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, (complejo hospitalario de tercer nivel que atiende a una población de referencia de 640.000 habitantes, el 65% de ellos con residencia urbana, en Sevilla y provincia).

### Diseño y población

Se desarrolló un estudio prospectivo observacional de todos los pacientes que ingresaron en las áreas comentadas durante el mes de junio de 2003. Los pacientes fueron estratificados en tres categorías (paliativos, pluripatológicos y generales) según los criterios de la Consejería de Salud-2002. Se consideraron pacientes paliativos (cohorte PL) a aquellos con enfermedad o enfermedades progresivas de origen tumoral (se excluyeron de esta cohorte, por tanto, los que pudieran considerarse paliativos no oncológicos), incurables, mortales, sin posibilidades de tratamiento específico y con una o más de las tres características siguientes:

- 1) Sintomatología intensa.
- 2) Impacto emocional del paciente/familia.
- 3) Pronóstico de vida definitivamente limitado (menor de 6 meses)<sup>4,5</sup>.

Se consideraron pluripatológicos (cohorte PP) aquellos que cumplimentaban 2 o más de las 7 categorías de patologías crónicas definitivas del proceso de atención al paciente pluripatológico; las categorías definitivas fueron: a) enfermedades cardíacas; b) enfermedades osteoarticulares, vasculitis y/o insuficiencia renal crónica; c) enfermedades pulmonares; d) enfermedad inflamatoria intestinal y/o he-

patopatía; e) enfermedades neurológicas que generen discapacidad; f) arteriopatía periférica y/o diabetes con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica, y g) enfermedades hematológicas no subsidiarias de tratamiento específico<sup>6,7</sup>. Los pacientes que no cumplían criterios de inclusión en las cohortes anteriores se consideraron generales (cohorte GE).

Se analizaron de forma global y en las distintas áreas la incidencia de la categoría PL, la procedencia de estos pacientes, las características clinicoevolutivas y la limitación funcional, basal (la que el paciente tenía previamente al inicio de los síntomas que motivaron el ingreso), al ingreso y al alta medidas mediante la escala de Barthel<sup>8</sup>, la estancia media, el consumo de recursos (atenciones urgentes, atenciones programadas en consultas y hospitalizaciones), que precisaron estos pacientes en los 12 meses previos. Posteriormente se compararon estas características con las de las cohortes GE y PP. Para las comparaciones se utilizaron los test estadísticos de Chi cuadrado y de Fisher, el ANOVA y test post-hoc (Tukey y T3-Dunnett) y el de Kruskal Wallis (para limitación funcional). El dintel de significación estadística se estableció para una  $p < 0,05$ .

## Resultados

Se incluyeron un total de 339 pacientes, de los cuales 52 cumplían los criterios de PL (incidencia: 15,4/100 ingresos/mes). La mayoría (28, un 53,8%) eran mujeres y la edad media de la cohorte fue  $66,5 \pm 15$  años. Los tumores que padecían los pacientes de la cohorte PL con mayor frecuencia fueron de tracto digestivo (13 casos, un 25%), de mama (8 casos, un 15,4%), de páncreas (6 casos, un 11,5%) y de pulmón (4 casos, un 7,7%), seguidos de una miscelánea que incluía cerebrales, ginecológicos, urinarios y otros. Además, 15 de ellos (30%) padecía alguna otra enfermedad crónica y 5 (10%) dos o más enfermedades crónicas concomitantes, pero ninguna de ellas constituía categoría definitoria de paciente pluripatológico.

La mayor parte de los pacientes (30, un 57,6%) procedía de Servicios Especializados (distintos según el tumor que presentaban: Digestivo, Neumología, Urología, etc.) y del Servicio de Urgencias (14, un 27%); en menor medida de Atención Primaria (5, un 9,6%), y de nuestra propia Unidad de Medicina Interna (3, un 5,8%). La estancia media hospitalaria fue 14,5 días (1-150), y la supervivencia global hospitalaria fue del 63,5%. La mayor parte de los pacientes que fallecieron (13 de los 19, un 68,5%) lo hizo en su domicilio. El grado de deterioro funcional medido en la escala Barthel se situó en 47,5 (0-100) puntos basalmente, 40 (0-80) puntos al ingreso y 20 (0-60) puntos al alta.

La comparación de la cohorte PL con respecto a la cohorte GE se detalla en la tabla 1. Resumidamente, los pacientes con enfermedad terminal presentaron mayor limitación funcional, tanto basal como al ingreso y al alta, y mayor deterioro funcional durante el ingreso hospitalario (caída del índice Barthel comparando el que tenía basalmente el paciente con el que presentó al alta) a pesar de que los pacientes de la cohorte GE tenían un mayor número de patologías crónicas que los PL.

TABLA 1

**Comparación de las características clínicas de la cohorte de pacientes con enfermedad terminal (PL) con la cohorte general (GE) atendidos durante el mismo período de tiempo en áreas de Medicina Interna**

Característica clínica	Cohorte PL	Cohorte GE	p (RR [IC 95%])
Edad	66,5 ± 15	66,8 ± 16	0,9
Sexo	28 M/24 V	68 M/64 V	0,2
Número de patologías crónicas (no definitorias de PP)	0,48 ± 0,6	1,07 ± 1,1	< 0,0001
Barthel basal	47,5 ± 35	95 ± 35	0,001
Barthel ingreso	40 ± 34	75 ± 35	0,001
Barthel alta	20 ± 36	75 ± 40	< 0,0001
Deterioro funcional (caída Barthel basal-alta)	27,5 ± 30	20 ± 15	0,003
Mortalidad	36,50%	6,10%	< 0,0001 (7,5 [3,3-17,3])
Estancia media	14,5 (1-150)	8 (1-63)	0,06
Atenciones urgentes en 12 meses previos	3,06 ± 2,5	2,42 ± 1,9	0,3
Consultas especializadas en 12 meses previos	0,7 ± 1,1	1,05 ± 1,3	0,3
Hospitalizaciones en 12 meses previos	1,3 ± 0,9	1,55 ± 1	0,3

RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza; M: mujer; V: varón; PP: pluripatología.

Por otro lado la comparación de la cohorte PL con respecto a la cohorte PP se detalla en la tabla 2. Los pacientes de la cohorte PL eran más jóvenes, tenían menos patologías crónicas y habían precisado menos ingresos hospitalarios en el año anterior; sin embargo, la situación funcional basal al ingreso y al alta, así como el deterioro funcional durante el ingreso (caída media del índice Barthel entre basal y al alta) fueron graves y similares en ambas cohortes.

**Discusión**

En nuestra área los pacientes con enfermedad oncológica terminal constituyeron un grupo cuantitativamente significativo en la tarea asistencial cotidiana en áreas de MI (aproximadamente 15 de cada 100 ingresos/mes), lo cual apoya el papel del internista como parte del equipo multidisciplinario en todo el proceso de asistencia (ordenación, programación, estructuración, abordaje global y específico) a esta población de pacientes. Esta incidencia probablemente fuera sensiblemente superior si se hubiera incluido al subgrupo de pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas en fase terminal (paliativos no oncológicos), que se asumen con frecuencia en MI; de hecho está demostrado que en estos últimos el padecimiento físico, psicosocial y espiritual puede ser tan intenso como el de los pacientes incluidos en el presente trabajo y por ello se beneficiarían igualmente de ser incorporados en los programas de asistencia y cuidados paliativos<sup>9</sup>. Sin embargo, la definición y por tanto la frontera del paciente con enfermedad crónica persistentemente sintomática/paliativo no oncológico suele ser más difusa y son necesarios futuros estudios prospectivos centrados en estas poblaciones para delimitar y perfilar adecuadamente los criterios para su inclusión en estos programas.

La segunda conclusión importante a la vista de estos datos la constituye la necesidad de una correcta capacitación del colectivo de internistas en el manejo integral del paciente con enfermedad terminal. Sin embargo, en el Programa de Formación para Residentes de Medicina Interna, vigente en la actualidad, no se contempla específicamente esta área de conocimiento en los rotatorios establecidos como obligatorios ni en los opcionales<sup>10</sup>. Por otro lado, en un estudio multicéntrico reciente, realizado a internistas andaluces, sólo el 2,1% había recibido en los tres años previos

la segunda conclusión importante a la vista de estos datos la constituye la necesidad de una correcta capacitación del colectivo de internistas en el manejo integral del paciente con enfermedad terminal. Sin embargo, en el Programa de Formación para Residentes de Medicina Interna, vigente en la actualidad, no se contempla específicamente esta área de conocimiento en los rotatorios establecidos como obligatorios ni en los opcionales<sup>10</sup>. Por otro lado, en un estudio multicéntrico reciente, realizado a internistas andaluces, sólo el 2,1% había recibido en los tres años previos

TABLA 2

**Comparación de las características clínicas de la cohorte de pacientes con enfermedad terminal (PL) con la cohorte de pacientes pluripatológicos (PP) atendidos durante el mismo período de tiempo en áreas de Medicina Interna**

Característica clínica	Cohorte PL	Cohorte PP	p (RR [IC 95%])
Edad	66,5 ± 15	75,5 ± 11	0,001
Sexo	28 M/24 V	62 M/70V	0,4
Número de patologías crónicas (no definitorias de PP)	0,48 ± 0,6	1,13 ± 1	< 0,0001
Barthel basal	47,5 ± 35	45 ± 39	0,52
Barthel ingreso	40 ± 34	20 ± 33	0,13
Barthel alta	20 ± 36	20 ± 39	0,18
Deterioro funcional (caída Barthel basal-alta)	27,5 ± 30	25 ± 20	0,2
Mortalidad	36,5%	19,3%	0,012 (2,5 [1,2-5])
Estancia media	14,5 (1-150)	8,5 (1-90)	0,14
Atenciones urgentes en 12 meses previos	3,06 ± 2,5	3,63 ± 3,4	0,53
Consultas especializadas en 12 meses previos	0,7 ± 1,1	0,95 ± 1,2	0,58
Hospitalizaciones en 12 meses previos	1,3 ± 0,9	1,87 ± 1,3	0,04

RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza; M: mujer; V: varón.



formación específica en cuidados paliativos, y tan sólo el 3,3% se mostró interesado en recibirla<sup>11</sup>. Probablemente la realización de futuros estudios en otras instituciones corroborará los datos del presente trabajo y pondrá de manifiesto la necesidad de una formación específica para asegurar la excelencia en la asistencia a estas poblaciones.

El tipo de tumores que padecía la cohorte PL era amplio y representativo de los más frecuentes en nuestro medio, pero lo más destacable es que aproximadamente un tercio de la cohorte presentaba alguna otra enfermedad crónica no definitoria de paciente pluripatológico y un 10% dos o más. En cuanto a la procedencia, la mayoría venía de diferentes servicios especializados, pero algo más de una cuarta parte vino del Servicio de Urgencias. Este dato, en nuestra opinión, constituye un aspecto mejorable, y es un indicador importante de las lagunas y barreras en la red de atención a los pacientes con enfermedad terminal. Probablemente muchos de los problemas por los que los pacientes acudieron a Urgencias se habrían podido manejar desde el equipo multidisciplinar de atención (asumiendo la continuidad de la asistencia, aumentando la accesibilidad tanto de horarios como de medios materiales y humanos, la conexión real entre niveles y profesionales que permita la transferencia o ingreso directo ágiles desde AP ante síntomas de necesario manejo en medio hospitalario) como se recomienda por diversos autores<sup>12,13</sup>.

En la evaluación funcional eran pacientes con limitación grave y con un deterioro significativamente superior al de la cohorte GE. En este sentido se comportaban de manera muy similar a la cohorte de pacientes pluripatológicos, a pesar de ser más jóvenes y presentar menor promedio de comorbilidades. Este dato nos obliga a reflexionar sobre la probable utilidad de ampliar las medidas que se aplican al paciente pluripatológico para la prevención y manejo del deterioro funcional, a la población de pacientes con enfermedad terminal, habida cuenta de la directa relación entre la calidad de vida y la situación funcional<sup>4</sup>.

Por último pudimos objetivar que una vez en contacto con el sistema de asistencia específico la mayoría de los fallecimientos se produjo en el domicilio familiar. El nivel más adecuado de los cuidados en la fase final del paciente con enfermedad terminal es una cuestión debatida que depende de diferentes factores, como los requerimientos médicos y cuidados del paciente, la disponibilidad de recursos, la enfermedad primaria y naturaleza de los principales síntomas y las preferencias familiares<sup>14-17</sup>. En diferentes estudios se ha demostrado que la mayoría prefirió el domicilio para la fase final de la enfermedad siempre que se asegurara una atención integral con recursos suficientes y disponibles en el domicilio<sup>18,19</sup>. Por otra parte, otros autores encontraron que los dos motivos más frecuentes por los que los pacientes con enfermedad terminal eran ingresados en hospitales se debían a la imposibilidad para el manejo médico y de cuidados en el domicilio y a la ausencia de soporte familiar<sup>20</sup>. No obstante, pensamos que, aparte de éste, progresivamente se debe tender a generalizar el uso en la prác-

tica clínica de sistemas de evaluación de parámetros de calidad en la asistencia paliativa, como calidad vida integral y percibida por el paciente y familiares, retirada de medicamentos no necesarios, rotación opiácea, etc.<sup>21-25</sup>.

En conclusión, los pacientes con enfermedad terminal suponen un grupo cuantitativamente significativo en la asistencia diaria de nuestras áreas de MI, lo cual apoya el papel del internista en la asistencia a esta población y le obliga a adquirir las competencias específicas adecuadas para su manejo integral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centeno C, Heller KS. Palliative care in Spain: an evolving model. *J Palliat Med.* 2000;3:123-7.
2. Gálvez P. Plan integral de oncología de Andalucía 2002-2006. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002.
3. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Corrales E, Madrid F, Trellis J, et al. Spain: the WHO Demonstration Project of Palliative Care Implementation in Catalonia: results at 10 years (1991-2001). *J Pain Symptom Manag.* 2002;24:239-44.
4. García Puche JL, Cabrera J, Camacho T. Cuidados Paliativos: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002.
5. Stjernswärd J, Clark D. Palliative medicine-a global perspective. En: Doyle D, et al, editores. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 3<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 1197-221.
6. Ollero M, Cabrera JM, de Osorno M. Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002.
7. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisado M, Ramírez-Duque N, González MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005;125:1-10.
8. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med Journal.* 1965;14:56-61.
9. Addington-Hall J, Fakhoury W, McCarthy M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliat Med.* 1998;12:417-27.
10. Guías de Formación de Especialistas: Medicina Interna. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consultado 3/3/2005]. Disponible en: <http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/formacionSanitaria.htm>.
11. Bernabeu-Wittel M, García-Morillo S, Pérez-Lázaro JJ, Mateo I, Ollero M, Calderón E, et al, on behalf of the Andalusian Society of Internal Medicine. Worklife, career satisfaction and positioning of general internists in the south of Spain. *Eur J Intern Med.* 2005;16:454-60.
12. Lickiss JN, Turner KS, Pollock ML. The challenge of Palliative Medicine: the interdisciplinary team. En: Doyle D, et al, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 3<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 42-6.
13. Centeno C, Hernán Sanz S, Flores LA, Rubiales AS, López-Lara F. Spain: palliative care programs in Spain, 2000: a national survey. *J Pain Symptom Manag.* 2002; 24:245-51.
14. Goh C. Preferred place of death. *Singapore Med J.* 1998;39:430-1.
15. Hinton J. Can home care maintain an acceptable quality of life for patients with terminal cancer and their relatives? *Palliat Med.* 1994;8:183-6.
16. Higginson IJ. Where do cancer patients die? Ten year trends in the place of death of cancer patients in England. *Palliat Med.* 1998;12:353-63.
17. Tsevat J, Cook EF, Green ML, Matchar DB, Dawson NV, Broste SK, et al. Health values of the seriously ill. SUPPORT investigators. *Ann Intern Med.* 1995;122:514-20.
18. Lee A, Pang WS. Preferred place of death: a local study of cancer patients and their relatives. *Singapore Med J.* 1998;39:447-60.
19. Townsend J, Frank AO, Vermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *BMJ.* 1990;301:415-7.
20. Walsh D, Kingston RD. The use of hospital beds for terminally ill cancer patients. *European J Surg Oncol.* 1988;14:8-14.
21. Kaasa S, Havard Loge J. Quality of life in palliative medicine-principles and practice. En: Doyle D, et al, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 3<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 195-211.
22. American Medical Association. Good care of the dying patient. Council of Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1996; 275:474-8.
23. Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, Johnston CB, Hamel MB, Lynn J, et al. Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:S187.
24. Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 1999;130:744.
25. Higginson IJ. Evidence based palliative care. *BMJ.* 1999;319:462.