

## La Atención Primaria en los programas de cuidados paliativos. Análisis de una serie de 34 pacientes

F.L. García-Martínez<sup>a</sup>, J. Aguilar<sup>b</sup>, E. Barranco<sup>c</sup> y J.L. Royo

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Greco. Sevilla. España.

<sup>b</sup>Médico Facultativo Especialista de Área. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

<sup>d</sup>Jefe de Sección. Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

**OBJETIVOS.** Destacar el papel de la Atención Primaria en los equipos de cuidados paliativos con análisis de una serie personal y ventajas de su implicación en el equipo.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Treinta y cuatro pacientes tratados en 20 meses por el equipo básico del Centro de Salud Gonzalo Bilbao de Sevilla junto con el equipo de soporte de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Se establece un organigrama de actuación con un análisis de criterios de inclusión y exclusión, diagnósticos, síntomas, cuidadores, motivos de ingreso en hospital y lugar de fallecimiento según pacto previo o no. Se hace una amplia revisión bibliográfica que avala nuestras conclusiones finales.

**RESULTADOS.** La serie analizada presenta un predominio del sexo masculino del 55,9% y una edad media de 75,1 años. La patología predominante fue en cáncer de pulmón y próstata, y el síntoma más frecuente en el 88,2% de los casos fue el dolor, lo que obligó a tratamiento con morfínicos al 65%. Los cuidadores principales fueron cónyuges o hijos/as, con un riesgo de claudicación de alrededor del 30% por separado, pero cuando compartían esa función el riesgo de claudicación disminuía ostensiblemente. Se tomó la decisión junto a la familia respecto al lugar de la muerte en el 64,7% de los casos. Esta tuvo lugar en el domicilio en el 77,8%.

**CONCLUSIONES.** La atención integrada con participación de todos los niveles asistenciales es el mejor sistema para garantizar la continuidad asistencial en cuidados paliativos. La Atención Primaria es el pilar básico de la asistencia domiciliaria. Los programas de cuidados paliativos han demostrado su eficiencia, consiguiendo una asistencia domiciliaria de más calidad, que incluye cada día mayor porcentaje de pacientes, con gran satisfacción de los pacientes y familiares y reducción de gastos.

Correspondencia: F.L. García Martínez.  
C/ Camilo José Cela 3, 8º-2.  
41018 Sevilla.

Correo electrónico: frgarmar@yahoo.es

Recibido el 02-01-2008; aceptado para su publicación el 30-10-2008.

*Palabras clave:* cuidados paliativos, Atención Primaria, atención domiciliaria, enfermedad terminal.

**OBJECTIVES.** To emphasize the role of Primary Care within Palliative Care Teams, analyzing a personal series and the advantages of its implication in the team.

**MATERIAL AND METHODS.** Thirty four patients treated during 20 months by the basic team of the Health Care Center Gonzalo Bilbao of Seville, together with the support team of Home Hospitalization of the local hospital Virgen Macarena were studied. An action organizational chart with an analysis of inclusion and exclusion criteria, diagnoses, symptoms, caretakers, reasons for hospitalization, and site of death according to previous agreement or not was established. An extensive review of the literature was made to support our final conclusions.

**RESULTS.** The analyzed data revealed a predominance of male gender (55.9%) and average age of 75.1 years. The most common disease was lung and prostate cancer and the most frequent syndrome was pain (88.2%), these requiring treatment with morphine in 65% of the cases. The main caretakers were partners, sons or daughters, with risk of claudication of approximately 30% when this was performed separately, this decreasing noticeably when this function was shared. Site of death was jointly decided jointly by the family in 64.7% of the cases, the home being the site in 77.8% of the cases.

**CONCLUSIONS.** Integrated care with involvement on all the different care levels is the best system to guarantee continuity of Palliative Cares. Primary Care is the basis of Home Medical Care. Palliative care programs have demonstrated their efficiency, providing Home Medical Care of greater quality that includes an increasing number of patients every day, with high satisfaction of the patients and family and lower costs.

*Key words:* palliative cares, primary care, home hospitalization, terminal disease.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de patologías subsidiarias de Cuidados Paliativos (CP) y el aumento progresivo de la demanda asistencial y de cuidados dirigidos a conseguir una mayor calidad de vida están dando a los CP una relevancia cada día mayor<sup>1</sup>.

Si bien los CP surgieron como la atención a pacientes oncológicos en situación terminal, hoy se amplía a enfermedades no neoplásicas como el sida, enfermedades neurológicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras enfermedades en fase terminal como insuficiencias orgánicas renales, cardíacas, hepáticas, etc.

Ello exige la puesta en marcha de equipos interdisciplinares con formación y vocación específica que atienden exclusivamente, y en número suficiente, a enfermos terminales con criterios definidos de admisión, realizando atención integral y continuada a enfermos y familiares, con uso regular de protocolos y documentación específicos, actividades regulares de trabajo interdisciplinar y soporte de equipo<sup>2</sup>. En este sistema, el médico de familia (MF) desempeña un papel fundamental en la atención domiciliaria.

En 1998, Franks<sup>3</sup> recopila 73 trabajos que recogen 2.800 muertes por cáncer anuales por cada millón de habitantes, de los que son atendidos en programas de CP 700-1.800 (25-64%), dedicándose para ellos 40-50 camas y siendo el objetivo conseguir la inclusión del 60% de los pacientes oncológicos.

La implantación del proceso de CP en nuestra Comunidad<sup>4</sup> y la evolución de los CP en los últimos tiempos en todo el mundo<sup>5,6</sup> justifica un análisis exhaustivo de la situación en nuestro distrito. De la literatura revisada se deduce que tanto en nuestra Comunidad como en el resto de España, la Atención Primaria (AP) no tiene el protagonismo que le corresponde en los programas de CP y que ello dificulta en muchos casos el desarrollo de los programas de CP<sup>2</sup>. Centrándonos principalmente en este punto, hemos querido analizar el papel que deben desempeñar los distintos niveles asistenciales y la coordinación entre ellos que lleve a un tratamiento integral con el que se garantice una continuidad asistencial al paciente subsidiario de CP<sup>2-7</sup>.

## MATERIAL

Los 34 pacientes incluidos pertenecen al área de influencia del Centro de Salud Gonzalo Bilbao de Sevilla, una población de 25.000 habitantes; de ellos, 19 se incluyeron en el año 2005 y del 15 de enero a septiembre de 2006. Diecinueve (55,9%) fueron hombres y 15 (44,1%) mujeres, con una media de edad de 75,1 años (41-91). Nueve de los 14 médicos del Centro de Salud aportaron los 34 pacientes (8, 6, 6, 4, 3, 3, 2, 1 y 1 pacientes respectivamente).

## MÉTODOS

Los criterios de inclusión fueron: pacientes del área de influencia del Centro de Salud Gonzalo Bilbao, con enfermedad progresiva, incurable y mortal subsidiaria de seguimiento en domicilio, y que acepten, enfermo y familiares, entrar en el proceso. El periodo de estudio fue de enero de 2005 a septiembre de 2006. A todos los pacientes se les abre una historia clínica, archivando el documento original en el Centro de Salud y una copia se remite por fax al centro de referencia (fig. 1). La coordinación entre niveles se realiza siguiendo el esquema que muestra la figura 2, en la que destaca la figura del coordinador/a en el Centro de Salud, a través del cual canalizan todos los médicos de familia sus pacientes, para su coordinación con el centro de referencia. Este organigrama de actuación queda esquematizado en la figura 3.

miento en domicilio, y que acepten, enfermo y familiares, entrar en el proceso. El periodo de estudio fue de enero de 2005 a septiembre de 2006. A todos los pacientes se les abre una historia clínica, archivando el documento original en el Centro de Salud y una copia se remite por fax al centro de referencia (fig. 1). La coordinación entre niveles se realiza siguiendo el esquema que muestra la figura 2, en la que destaca la figura del coordinador/a en el Centro de Salud, a través del cual canalizan todos los médicos de familia sus pacientes, para su coordinación con el centro de referencia. Este organigrama de actuación queda esquematizado en la figura 3.

## RESULTADOS

En los pacientes incluidos, detallados en la tabla 1, destacan como diagnósticos más frecuentes el cáncer de pulmón y próstata. Podemos observar que de toda la serie sólo uno no es oncológico; ello es debido a que en una primera etapa el no ser un paciente oncológico era criterio de exclusión. Hoy ya se están incluyendo pacientes no oncológicos siguiendo los criterios actuales de inclusión en CP.

Los síntomas más relevantes a su ingreso en el programa de CP se enumeran en la tabla 2, destacando como síntoma más frecuente, y a la vez más preocupante, el dolor, y que medido siguiendo la escala visual analógica (EVA) observamos cómo el 50% padecen un dolor intenso/insopportable con una EVA media de 5,8, lo que consideramos alto y un aspecto a analizar y tratar con especial atención. Se instauró tratamiento con mórficos en 22 pacientes (65%).

Uno de los parámetros que se recogieron, y que resultó de mayor interés, fue el cuidador principal y el riesgo de claudicación de éstos, que expresamos en la tabla 3. Cabe destacar que los/as cónyuges e hijos/as son los cuidadores más frecuentes, con un riesgo de claudicación similar, pero cuando esta función se comparte el riesgo de claudicación disminuye significativamente.

El tipo de atención prestada referida al nivel asistencial fue: AP: 19 (55,9%), AP más hospitalización domiciliaria: 15 (44,1%). Tanto la decisión sobre el lugar de la muerte, como el riesgo de claudicación del cuidador/a principal influyeron significativamente en el ámbito en el que se produjo el fallecimiento (tabla 4).

Los motivos de ingreso hospitalario fueron: obstrucción intestinal 3; disnea/insuficiencia respiratoria 3; dolor 2; hemorragia digestiva 2; pérdida de conciencia/convulsiones 2; claudicación familiar 2; descompensación hidrópica 1 y anuria 1.

El tiempo medio de inclusión en el proceso fue: fallecidos 2,4 meses (0,5-10) y vivos 3,4 meses (2-8).

## DISCUSIÓN

El desarrollo de los CP está teniendo en los últimos tiempos un gran auge, en parte porque las expectativas de vida en la población es cada vez mayor, y por otra porque las patologías subsidiarias de CP y los requerimientos de servicios, tanto por parte de la población como de la clase política,

<b>FICHA DE ASISTENCIA EN CENTRO DE SALUD</b>			
<i>Identificación:</i>			
Nombre del paciente			
Dirección			
DNI:	SOE:		
Edad:	Sexo:		
Nombre del médico:			
Nombre del enfermero:			
<i>Situación clínica:</i>			
Diagnóstico principal:			
Otros diagnósticos			
Síntomas predominantes:			
1.	EVA		
2.	EVA		
3.	EVA		
4.	EVA		
<i>Situación sociofamiliar:</i>			
Nombre del cuidador principal:			
Riesgo de claudicación:	No	Sí	
<i>Nivel asistencial indicado:</i>			
Atención Primaria	<input type="checkbox"/>		
Atención especializada domiciliaria	<input type="checkbox"/>		
• Valoración conjunta con UCA/HD/cuidados paliativos domiciliarios	<input type="checkbox"/>		
• Realización de una gestión por UCA/HD/cuidados paliativos domiciliarios	<input type="checkbox"/>		
• Seguimiento por AP, con apoyo de UCA/HD/cuidados paliativos domiciliarios	<input type="checkbox"/>		
Derivación para asistencia directa por UCA/HD/cuidados paliativos domiciliarios	<input type="checkbox"/>		
Derivación a hospital	<input type="checkbox"/>		
• Por mal control de síntomas	<input type="checkbox"/>		
• Por familia/cuidador insuficiente	<input type="checkbox"/>		
• Por claudicación familiar	<input type="checkbox"/>		
• Por deseo o indicación del paciente	<input type="checkbox"/>		
• Por urgencia no controlable en domicilio	<input type="checkbox"/>		
• Por criterio facultativo	<input type="checkbox"/>		
• Por otras causas	<input type="checkbox"/>		
Fecha de derivación:			
<i>Escalas de salud:</i>			
• Índice de Barthel:	<input type="checkbox"/>		
• Índice de Karnofsky:	<input type="checkbox"/>		
<i>Escala de dolor (EVA):</i>			
Fallecimiento pactado:	No	Sí	¿Dónde?
Lugar de fallecimiento:			

**Figura 1.** Ficha de asistencia en Centro de Salud. SOE: número de Seguridad Social; UCA: Unidad de Continuidad Asistencial.

van en aumento. Pero el proceso de construcción y consolidación de un equipo de CP es complejo, largo y laborioso, más aún en lo referente a la integración de la AP.

Nuestro equipo tardó dos años en constituirse y otros dos en consolidarse, actuando, a partir de entonces, según el organigrama expuesto. Este proceso ha caminado paralelo a lo ocurrido en el resto de España.

En dos estudios patrocinados por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)<sup>8</sup> en 1998 se identificaron 143 programas, obteniéndose datos de 128 equipos de CP que atienden a 22.638 pacientes, de los que 18.021 (79,6%) son oncológicos. Los programas son 53 para pa-

cientes hospitalizados, 75 para pacientes en domicilio y 15 mixtos, habiendo sido atendidos el 21,16% de los pacientes fallecidos por cáncer. En un tercer estudio, en el año 2000 se identifican ya 206 programas<sup>1</sup> que atienden en España 27.643 pacientes en los distintos programas, lo que supone una cobertura del 26% de los pacientes fallecidos por cáncer, y en 2005 se registran 300 equipos específicos de CP, con una cobertura del 40% de los pacientes fallecidos por cáncer<sup>9</sup>; sin embargo, el aumento de recursos para la adecuada atención a estos pacientes no se ha producido en la misma proporción, ni en toda España por igual, ya que el 46% de estos programas se desarrollan en

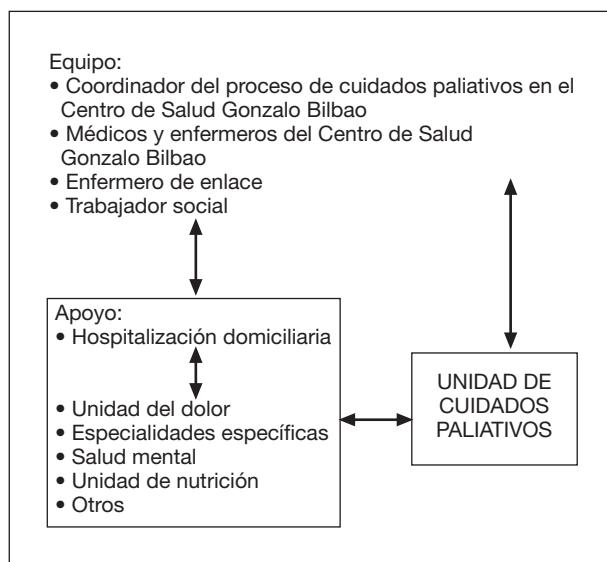


Figura 2. Organigrama de coordinación entre Atención Primaria, equipo de soporte y unidad de cuidados paliativos.

Cataluña, habiendo 8 provincias españolas sin ningún programa de CP. Este desfase se hace más ostensible a nivel de AP, unas veces por falta de formación, otras por falta de recursos, otras por problemas en la coordinación con los equipos hospitalarios

Nuestro trabajo analiza la serie de pacientes del área atendidos que corresponden al Centro de Salud Gonzalo Bilbao de Sevilla, desarrollando un programa de seguimiento

conjunto y coordinado entre un equipo básico de AP y un equipo de soporte hospitalario. La serie consta de 34 pacientes, que en un desglose por años naturales 19 corresponden a 2005 y 15 al periodo enero-septiembre de 2006, ello supone el 39% de la población diana, no llegando al 0,2% de la población que se establece como objetivo en el contrato programa para 2005 al incluir, en esta primera serie, sólo pacientes oncológicos adultos.

De los 34 pacientes atendidos, el 55,9% fue atendido por AP y el 44,1% conjuntamente por AP y el equipo de soporte de hospitalización domiciliaria, habiéndose podido observar una tendencia hacia una mayor participación de la AP y menos del equipo de soporte. Canal<sup>10</sup> publica una serie de pacientes tratados en Lleida que expresan esta misma tendencia, recogiendo en 1995 una atención al 30,06% de los pacientes fallecidos por cáncer atendidos en domicilio el 8,36% frente al 41,97% en 1999, de los que el 17,73% fueron atendidos en domicilio.

La atención al paciente en domicilio el máximo tiempo posible y la muerte en domicilio son dos objetivos prioritarios, y ésta ha sido una clara tendencia cuantos más equipos de CP se incorporan y cuanto mayor es la participación e implicación de la AP<sup>2</sup>. Cantwell<sup>11</sup> recoge los parámetros que valora el cuestionario HDTA (Home Death Assessment Tool) en el porcentaje de pacientes incluidos en programas de CP que fallecen en el domicilio. Sobre una serie de 73 pacientes, el 47% fallecen en el domicilio y el 53% en el hospital. Habían expresado su deseo de fallecer en el domicilio el 56%, de ellos el 66% falleció en el domicilio, mientras que el 44% que deseaban fallecer en el hospital cumplieron su deseo el 80%. En nuestra serie

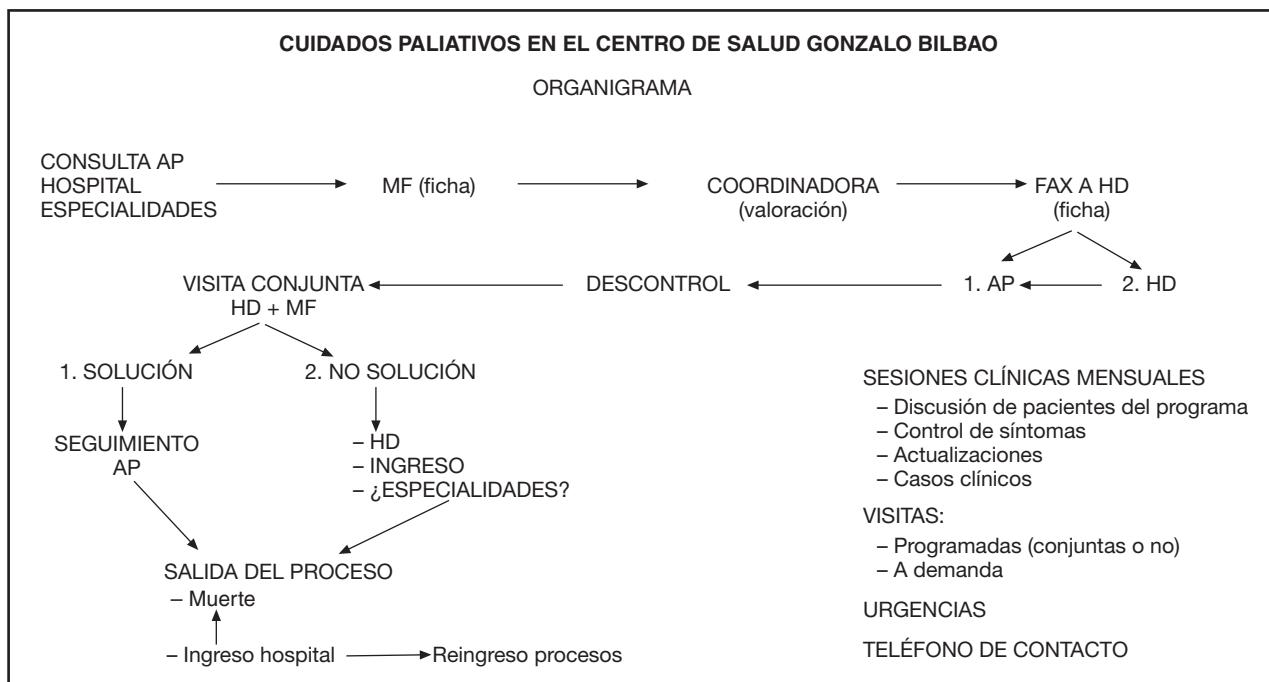


Figura 3. Cuidados paliativos en el Centro de Salud Gonzalo Bilbao. Organigrama. AP: Atención Primaria; HD: hospitalización domiciliaria; MF: médico de familia.

el 72% fallecen en el domicilio y 28% en el hospital. Cuando el fallecimiento estaba pactado, el 83,3% fallecen según la decisión sobre el lugar de la muerte, el 77,8% en el domicilio y el 22,2% en el hospital, cuando el fallecimiento no estaba pactado fallecen el 57,1% en el domicilio y 42,9% en el hospital.

Consideramos fundamental una correcta información al paciente y cuidador/es, el soporte médico del MF y el tipo de apoyo en el domicilio; sin embargo, en el trabajo de Cantwell<sup>11</sup>, en un análisis de regresión logística, los factores predictivos más intensos son el deseo del paciente y la presencia de más de un cuidador, mientras que no tuvo nivel de significación como valor predictivo el soporte por el MF, aunque los 9 que no dispusieron de soporte del MF fallecieron el 100% en el hospital.

Se identifica, a menudo, la relación entre la implementación de equipos de CP con la tendencia del lugar de fallecimiento; así Welin<sup>12</sup> compara 2 series de más de 3.000 pacientes en 1991 y 1996 tratados en Estocolmo, observando cómo del 9,7% de muertes en domicilio la primera serie se pasa al 17,0% la segunda, del 86,1 al 56,4% en el hospital, del 2,9 al 14,5% en residencia y del 0 al 10,8% en unidades de cuidados paliativos.

La coordinación entre el equipo de AP y el equipo de soporte ha demostrado ser el factor más importante en el éxito de los programas de CP<sup>2</sup>. Simó<sup>7</sup> recoge una serie de pacientes incluidos en programas de CP, de los que el 45% fueron solicitados desde AP, el 43% desde el hospital y un 12% de otras procedencias. Hubo una coordinación entre AP y el equipo de soporte en el 55%.

En Italia<sup>5</sup>, en el año 2000 se registran 137 servicios de CP en el Sistema Nacional de Salud, (129 públicos y 8 privados) ubicados, la mayoría, en centros hospitalarios (116), que con 61 equipos de atención domiciliaria directa suponen 198 equipos trabajando en CP.

También en Francia<sup>6</sup> los CP han experimentado un avance importante, pasando el número de camas de 1998 a 2001, de 657 a 1.040, con 70 unidades de más de 5 camas, el número de equipos móviles de soporte, de 84 a 265 y los equipos domiciliarios de 18 a 30.

El modelo organizativo, tomando como base la guía del proceso CP publicado por la junta de Andalucía<sup>4</sup>, ha tenido que ser adaptado al medio en que nos movemos, a la formación del equipo de AP y a los recursos con los que contamos; de tal modo que si en un principio la mayoría de los pacientes eran seguidos por el equipo de hospitalización domiciliaria, el final de la serie ha sido atendida mayoritariamente por AP, con el apoyo puntual de hospitalización domiciliaria; no obstante, hubo 16 ingresos por

**Tabla 1. Diagnósticos**

Cáncer de pulmón	5	Adenocarcinoma de ovario	1
Cáncer de próstata	5	Cáncer de útero	1
Cáncer de mama	3	Carcinomatosis peritoneal	1
Cáncer de recto	2	Linfoma no Hodgkin	1
Cáncer de vejiga	2	Leucemia	1
Hepatocarcinoma	2	Cáncer de lengua	1
Cáncer gástrico	2	Cáncer de esófago	1
Cáncer de páncreas	2	Mesotelioma pleural	1
Cistoadenocarcinoma de ovario	1	Astrocitoma cerebral	1
		Alzheimer	1

**Tabla 2. Síntomas**

Dolor	30 (88,2%)	Caquexia	3 (8,8%)
Pérdida de peso	16 (47,1%)	Úlceras decúbito	3 (8,8%)
Astenia + anorexia	12 (35,3%)	Disfagia	3 (8,8%)
Boca seca	10 (29,4%)	Aftas bucales	3 (8,8%)
Náuseas y vómitos	9 (26,5%)	Edemas en miembros	
Estreñimiento	9 (26,5%)	inferiores	3 (8,8%)
Sistema constitucional	8 (23,5%)	Hemoptisis	2 (8,8%)
Insomnio	8 (23,5%)	Proctalgia	2 (8,8%)
Anemia	8 (23,5%)	Ascitis	2 (8,8%)
Disnea	6 (17,6%)	Tamaño cuello	1 (4,4%)
Incontinencia urinaria	4 (11,8%)	Epilepsia	1 (4,4%)
Depresión	4 (11,8%)	Cefaleas	1 (4,4%)
Mareos	4 (11,8%)	Sistema cerebeloso	1 (4,4%)
Tos	3 (8,8%)		

**Tabla 3. Cuidador principal y riesgo de claudicación**

Cuidador principal	N.º (%)	Riesgo de claudicación
Hijo/a	10 (29,4%)	3/10 (30,0%)
Cónyuge	9 (26,5%)	3/9 (33,3%)
Hermana	7 (20,6%)	5/7 (71,4%)
Sobrino/a	3 (8,8%)	0/3 (0,0%)
Esposa + hijas	2 (5,9%)	0/2 (0,0%)
Hermana comunidad	1 (2,9%)	0/1 (0,0%)
Nuera	1 (2,9%)	0/1 (0,0%)
Madre	1 (2,9%)	1/1 (100,0%)
		12/34 (35,2%)

los motivos que se exponen en la tabla 4 y que en una revisión desglosa y analiza minuciosamente Segura<sup>13</sup>.

Comparando 2 grupos de pacientes para medir la efectividad de los programas de CP, Brumley<sup>14</sup> incluye en el grupo A 161 pacientes en régimen de CP programados, y en el grupo B 139 pacientes a los que se les presta la asistencia sanitaria estándar. Se valoran 4 parámetros: satisfac-

**Tabla 4. Lugar de fallecimiento según pacto previo**

	Según pacto	No según pacto	Hospital	Domicilio
Fallecimiento pactado: 22 (64,7%)	15/18 (83,3%)	3/18 (16,7%)	4 (22,2%)	14 (77,8%)
Fallecimiento no pactado: 12 (35,3%)			3 (42,9%)	4 (57,1%)
Viven: 9 (4 fallecimientos pactados y 5 no pactados)			7 (28%)	18 (72%)

ción de los servicios sanitarios, utilización de los servicios sanitarios, gasto sanitario y lugar de fallecimiento. El índice de satisfacción fue superior en el grupo A, la asistencia por urgencias se multiplican por 2 y las estancias hospitalarias se multiplican por 4 en el grupo B. Se consigue un fallecimiento en domicilio en el 90% del grupo A frente al 57% del grupo B, y el gasto sanitario disminuyó el 45% en el grupo A respecto al B. Resultados similares obtiene Serra-Prat<sup>15</sup> en Manresa.

Otros parámetros de efectividad de los programas de CP pueden ser la reducción de peticiones de eutanasia que de Miguel<sup>16</sup> relaciona directamente con el buen funcionamiento de los programas de CP. Tampoco debemos omitir otro parámetro, muy valorado en la actualidad, como es el menor coste cuando se consigue una mayor asistencia en domicilio<sup>17</sup>.

El control de síntomas es otro de los objetivos prioritarios de los CP. Es por ello que requiere un interés especial saber cuáles son los síntomas más frecuentes, los que más preocupan o los que son más invalidantes o molestos para el paciente, e incluso, como publica Chen<sup>18</sup>, observar cuáles son las asociaciones de síntomas más frecuentes, principalmente, síntomas relacionados con la enfermedad, síntomas gastrointestinales y emocionales relacionados respectivamente con la enfermedad avanzada, el tratamiento adyuvante y una puntuación alta en el test de HADS. Ello nos permitiría personalizar el tratamiento y atender, prioritariamente, los problemas más frecuentes e importantes que en cada situación y en cada fase de la enfermedad presente el paciente. Analizando nuestra serie, nos llama la atención la discrepancia de incidencia de depresión entre la publicada por algunos autores y nuestra serie. Lawrie<sup>19</sup> observa que el 25% de los pacientes incluidos en CP presentan depresión; en nuestra serie es el 11,8%. Ello puede ser debido a una incorrecta filiación de la depresión, ya que en una revisión de 45 trabajos publicada por Hotopf<sup>20</sup>, utilizando con más frecuencias el método HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), encuentra una prevalencia de depresión del 29% (19,5-34,2%); sin embargo, cuando la valoración la hacia el psiquiatra, la prevalencia desciende al 15% (5-21%). La correcta información y el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente no sólo disminuye la depresión, sino que influye en la decisión de fallecimiento en domicilio como demuestra Craft<sup>21</sup> en Australia en una serie de 181 pacientes; poniéndose en evidencia la importancia de la aportación del psicólogo al equipo de soporte de CP<sup>22</sup>.

Si el control de síntomas es el principal objetivo de los CP, merece un capítulo especial el tratamiento del dolor<sup>23</sup>, ya que en nuestra serie ha sido el síntoma más frecuente a su ingreso. Si bien se han propuesto gran variedad de escalas para medición del dolor<sup>24</sup>, nosotros hemos seguido la escala EVA, pudiendo resaltar que el 50% presentaban dolor por encima de 6, con una media de la serie de 5,8.

Se han propuesto variados instrumentos para la evaluación del dolor<sup>25</sup> atendiendo a diversos aspectos, que en un análisis exhaustivo realizado por 6 expertos se sintetiza en 5 direcciones como las consideradas más relevantes en CP;

éstos fueron: intensidad, evolución en el tiempo, factores que influyen en su intensidad, localización y repercusión en la calidad de vida. En una valoración cuantitativa siguiendo la escala EVA y con las consideraciones cualitativas expuestas hemos obtenido los resultados expuestos siguiendo, para su tratamiento, la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), habiendo necesitado morfina 22 pacientes de los 34 tratados (65%). Resultados similares publica Sancho<sup>26</sup> en una serie de 84 pacientes dados de alta hospitalaria en una unidad de CP, de éstos a un 65,5% se les prescriben opiáceos mayores, la mayoría de ellos (85,7%) con fentanilo.

Con programas establecidos se consigue el control del dolor en un alto porcentaje, con alto índice de satisfacción por parte del paciente y de la familia<sup>27</sup>.

Por último, hemos considerado la importancia que tienen tanto los cuidadores principales como el ambiente socioeconómico, etc.<sup>28,29</sup>. A este respecto, Carmona<sup>30</sup> propone un formulario valorando 5 dimensiones: cuidadores, características del domicilio, situación socioeconómica, asistencia médica y otros apoyos sociales, que aplica a una serie de 48 pacientes obteniendo información válida cuya consideración contribuiría a la mejor planificación y calidad de los CP domiciliarios.

Todo ello ha fomentado el desarrollo de programas como el proyecto *Pallium Project*, que recibió el apoyo del gobierno canadiense en 2001<sup>31</sup>, con estudios previos para conocer el grado de formación relacionados con la atención en CP y comparación con otros estudios realizados en EE. UU., Reino Unido, Irlanda, Australia, etc.<sup>32</sup>.

Fruto de estos estudios surgen programas docentes como el que publica Bragard<sup>33</sup> en Bélgica y que consta de 40 horas, dirigido a pequeños grupos (4-8 alumnos), incluyendo sesiones de *rol playing*, en los que el alumno desempeña el papel tanto de paciente como de médico.

También en España se analiza la situación de la formación en CP, observando que en 56 de las 110 escuelas de enfermería incluyen asignaturas específicas sobre CP<sup>34</sup>. Centeno<sup>35</sup> recoge un estudio europeo de 52 países en el que se propone el certificado oficial para médicos que se dediquen específicamente a CP.

Realmente, los CP han sufrido en los últimos años un gran avance en España, similar al de otros países europeos, pero si bien a nivel hospitalario estos avances son más patentes, en AP se avanza más lentamente, sobre todo por deficiencias en la formación de los profesionales, la dotación de recursos y la coordinación con los centros de referencia. Nuestro trabajo demuestra que solventando estas deficiencias la AP puede y debe tener un papel mucho más significativo en la organización de los CP, para beneficio de los pacientes y del sistema sanitario.

## CONCLUSIONES

1. El mejor sistema para asegurar la continuidad asistencial es la atención integrada, con participación y coordinación de todos los niveles asistenciales, y en la que es fundamental una buena organización flexible y adecuada para el buen funcionamiento del proceso.

2. La AP debe ser la principal responsable de los cuidados domiciliarios, para lo que necesita el apoyo de los equipos de soporte.

3. La formación científico-técnica y, sobre todo, de comunicación de la AP facilita la viabilidad del sistema, pudiéndose mejorar índices como control de síntomas, porcentaje de fallecimientos pactados, porcentaje de muertes en domicilio, tratamiento del dolor, disminución del riesgo de claudicación de cuidadores principales, mejora de la calidad de vida del paciente terminal, ampliación de la cartera de servicios, etc.

4. Los programas de CP han demostrado su eficiencia, consiguiendo una asistencia domiciliaria de más calidad que incluye cada día mayor porcentaje de pacientes, con gran satisfacción de los pacientes y familiares y reducción de gastos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centeno C, Arnillas P, Hernansanz S, Flores LA, Gómez M, López F. The reality of palliative care in Spain. *Palliat Med.* 2000;14:387-94.
2. Benítez del Rosario MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez V, Duque A, Pascual L. Documento de Consenso SECPAL-SEMFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en domicilio. *Aten Primaria.* 2001;27(2):123-6.
3. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Kite S, Naysmith A. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med.* 2000;14:93-104.
4. Expósito J, Escalera C, Sánchez F. Planificación de los cuidados paliativos basada en el proceso. Andalucía. *Medicina Paliativa.* 2005;12(2):88-91.
5. Corli O. Palliative Care in Italy in the new millennium. *Eur J Palliat Care.* 2001;8:58-60.
6. Filbert M. Putting the plans for French palliative care into action. *EJPC.* 2003;10(1):24-5.
7. Simó E, Faro M, Garrell I, Jordana A, Martí X, Torremorell D. Seguimiento de los pacientes atendidos conjuntamente por un equipo de Atención Primaria y su programa de atención domiciliaria y equipos de soporte. *Medicina Paliativa.* 2000;13(3):140-3.
8. Centeno C, Hernansanz S, Flores LA, López F. Directorio de Cuidados Paliativos 2000. Valladolid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2000.
9. Gómez-Batiste X. Cuidados Paliativos en España: de la experiencia a la evidencia. *Medicina Paliativa.* 2005;11(1):11-2.
10. Canal J, Barallat E, Vivas C, Gómez X, Barallat F. Valoración de la implantación de un programa de Cuidados Paliativos. Visión retrospectiva 1995-1999. *Medicina Paliativa.* 2005;11(1):20-4.
11. Cantwell P, Turco S, Brenneis C, Neumann CM, Bruera E. Predictors of home death in palliative care cancer patients. *J Palliat Care.* 2000;16(1):23-8.
12. Welin L. Citado por Alonso A. Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud. Madrid, 20 de diciembre de 2005.
13. Segura E, Martínez C, García MR, Tinoco I, Mogollo A. Ingresos hospitalarios entre los pacientes atendidos por una unidad de cuidados paliativos domiciliarios. *Medicina Paliativa.* 2006;13(1):25-7.
14. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *J Palliat Med.* 2003;6(5):715-24.
15. Serra-Prat M, Gallon P, Picaza JM. Home palliative care a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *J Palliat Med.* 2000;1(1):271-8.
16. De Miguel C, López A. Eutanasia y suicidio asistido: dónde estamos y hacia dónde vamos (II). *Medicina Paliativa.* 2007;14(1):40-9.
17. Gómez-Batiste X, Tuca A, Corrales E. Resource consumption and cost of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31:522-32.
18. Chen ML, Tseng HC. Symptom clusters in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2006;14:825-30.
19. Lawrie I, Lloyd-Williams M, Taylor F. How do palliative medicine physicians assess and manage depression. *Palliat Med.* 2004;18:234-8.
20. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med.* 2002;16(2):81-97.
21. Craft PS, Burns CM, Smith WT, Broom DH. Knowledge of treatment intent among patients with advanced cancer: a longitudinal study. *Eur J Cancer Care.* 2005;14:417-25.
22. Lacasta MA, Sánchez M, Núñez JM, Gándara A, Gómez X. El psicólogo en los equipos de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa.* 2006;13(1):4.
23. Ferris FD, Gómez-Batiste X, Furst CJ, Connor S. Implementing quality palliative care journal of pain and symptom management. *2007;33:533-41.*
24. Chopitea A, Noguera A, Centeno C. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en cuidados paliativos (II): el cuestionario breve de dolor (Brief Pain Inventory, BPI). *Medicina Paliativa.* 2006;13(1):37-42.
25. Holen JC, Hjermstad MJ, Loge JH, Fayers PM, Caraceni A, Conno F. Pain assessment tools: is the content appropriate for use palliative care? *J Pain Symptom Manage.* 2006;32:567-80.
26. Sánchez MA, Lázaro C, Calatayud V, Bernardino T. Tratamiento con opioides al alta de una unidad de cuidados paliativos hospitalarios. *Medicina Paliativa.* 2006;13(1):28-31.
27. Molina JM, Romero J, Romero Y, Rodríguez R, Gálvez R. Encuesta de satisfacción a cuidadores en una Unidad de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa.* 2006;13(1):11-7.
28. Cabrera C, Arenas O, Bonilla M. Perfil del cuidador principal del enfermo atendido por equipos de Cuidados Paliativos: estudio multicéntrico, descriptivo, transversal. *Medicina Paliativa.* 2000;7:140-4.
29. Muñoz F, Espinosa JM, Portillo MA, Benítez del Rosario MA. Cuidados paliativos: atención a la familia. *Aten Primaria.* 2002;30(9):576-80.
30. Carmona T, Gómez MA, Romero P, Román C. Escala de capacidad de cuidados paliativos en domicilio (ECCD): resultados preliminares. *Medicina Paliativa.* 2000;12(4):197-203.
31. Pereira J, Aherne M, Cari S, Daeninck P. Palliative care education in rural and remote areas in Canada: the Canadian Pallium Project. Abstract of the 14<sup>th</sup> International Congress on Care of the Terminally Ill. *J Palliat Care.* 2002;18(3):211.
32. Oneschuk D, Moloughney B, Jones-McLean E, Challis A. The status of undergraduate palliative medicine education I Canada: a 2001 survey. *J Palliat Care.* 2004;1:32-7.
33. Brugard I, Razavi D, Marchal S, Merckaert I, Delvaux N, Liert Y. Teaching communication and stress management skill to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian Interuniversity Curriculum. *Support Care Cancer.* 2006;14(5):456-61.
34. Vallés P. Formación de pregrado en enfermería en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa.* 2000;12(4):187-8.
35. Centeno C, Noguera A, Lynch T, Clark D. Oficial certification of doctors working in palliative medicine in Europe: Data from an EAPC study in 52 european countries. *Palliat Med.* 2007;21(8):683-7.