

Opinión de los familiares sobre el uso de procedimientos invasivos en ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad

M. Velasco, C. Guijarro, R. Barba, G. García-Casasola, J.E. Losa y A. Zapatero

Unidad de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alarcón. Madrid. España.

RESUMEN

Introducción: la toma de decisiones en los pacientes que no están capacitados tiene importantes implicaciones éticas y en nuestro medio es habitual que se consulte con la familia. En este trabajo se valora el grado de intervención considerado adecuado por las familias de los pacientes ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad.

Pacientes y método: estudio prospectivo realizado en pacientes > 75 años ingresados en el servicio de medicina interna durante 1 mes. Se realizó una encuesta autoadministrada a la familia, así como el test del informador y el índice de Barthel a cada paciente. Se realizó un análisis univariable y un análisis de regresión múltiple.

Resultados: participaron familiares de 115 pacientes. La puntuaciones medias fueron de $51,1 \pm 37,4$ (Barthel) y $67,3 \pm 15$ (test del informador). En 57 pacientes se detectó una demencia grave (puntuación > 65) y 30 pacientes tenían incapacidad grave (Barthel < 30). El porcentaje de familiares que deseaban realizar siempre cada una de las intervenciones se acercó al 85% en la mayoría, salvo en la reanimación cardiopulmonar (38%), la punción diagnóstica (40%), la colocación de sonda nasogástrica (41%) y el uso de varios ciclos de antibióticos intravenosos (49%). No hubo diferencias entre los pacientes incapacitados y los no incapacitados. Entre los familiares de los pacientes con demencia, el 47% deseó realizar una punción diagnóstica siempre, frente al 66% en el caso de los pacientes sin demencia ($p = 0,03$).

Conclusiones: los familiares de los ancianos del área tienen una actitud muy intervencionista *a priori*, sin apenas diferencias entre los pacientes dementes o incapacitados y los que no lo están.

Palabras clave

Ética. Ancianos. Toma de decisiones.

Correspondencia: Dra. M. Velasco.
Sección de Enfermedades Infecciosas. Unidad de Medicina Interna.
Fundación Hospital Alcorcón.
Budapest, 1. 28922 Alcorcón. Madrid. España.
Correo electrónico: mvelasco@fhalccon.es

Recibido el 26-08-04; aceptado el 16-02-05.

Relatives' opinions on the use of invasive procedures in the elderly with different degrees of dementia or incapacity

ABSTRACT

Introduction: medical decisions affecting elderly and demented people are controversial, sometimes involve ethical dilemmas, and have been hardly evaluated in a systematic manner. We designed this study to explore the desirable level of intervention in elderly patients according to the opinion of their relatives.

Patients and method: all patients older than 75 years who were admitted to the Internal Medicine Unit during June 2002 were included. We interviewed a relative from every patient with a questionnaire about treatment choices. Barthel and Informant Questionnaire Decline in the Elderly (IQCODE) were performed for every patient. Results are compared by chi square, Student t test and multivariate analysis. Level of significance $p < 0.05$

Results: a total of 115 patients participated. Mean punctuation in Barthel was 51.1 ± 37.4 an IQCODE was 67.3 ± 15 . Fifty-seven patients had severe dementia (score > 65) and 30 patients had severe disability (Barthel's score < 30). About 85% of the relatives were decided to performed all the interventions, except for cardiac resuscitation (38%), diagnostic puncture (40%), feeding by nasogastric tube (41%) and several intravenous antibiotic cycles (49%). Non differences were found between relatives of incapacitated or non-incapacitated patients, but diagnostic puncture was wanted less frequently in relatives of demented than in non-demented patients (47% vs 66%, $p = 0.03$).

Conclusions: relatives of elderly patients in our hospital desire a high level of intervention. This attitude was not modified by incapacity and only to a minor extent by the presence of dementia.

Key words

Ethics. Frail elderly. Medical decisions.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo de la población española está teniendo importantes repercusiones en el sistema sanitario. De hecho, en España, la población > 65 años ha pasado a ser del 11,24% en 1981 al 16,89% en 2001. Es-

ta población es una gran consumidora de recursos sanitarios¹.

La expectativa vital limitada, la incapacidad física y el deterioro mental de muchos pacientes se conjugan, en distinto grado, con la agresividad del procedimiento y las expectativas de su beneficio a la hora de tomar la decisión de llevarlo a término^{2,3}. En los casos en los que el paciente no está capacitado para tomar una decisión acerca del grado de intervención diagnóstica o terapéutica⁴ es necesario discutir con la familia la conveniencia de realizar ciertas intervenciones, y muchas veces es la opinión de ésta la que prevalece. A pesar de que se trata de un problema clínico cotidiano, resulta sorprendente la escasez de trabajos sobre el tema, en particular de estudios en los que esté recogida la opinión de las familias en las decisiones terapéuticas de los pacientes con un deterioro importante⁵.

Hemos diseñado el presente trabajo para valorar el grado de intervención diagnóstica y terapéutica considerado adecuado por las familias de los pacientes ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad.

PACIENTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio piloto observacional realizado en un hospital universitario de segundo nivel que atiende un área de 220.000 habitantes y donde están ubicadas 35 residencias de ancianos. Se recogieron de forma prospectiva los datos de todos los pacientes > 75 años que fueron ingresados en un sector de la unidad de medicina interna por cualquier causa durante el mes de junio de 2002.

En el momento del ingreso, el personal de enfermería distribuyó una encuesta entre los familiares del paciente en la que de forma anónima y voluntaria se invitaba al familiar a evaluar, en una escala ordinal, su opinión acerca de la conveniencia de realizar ciertas maniobras diagnósticas y terapéuticas (tabla 1) al paciente; asimismo, también se recogían datos epidemiológicos: edad, sexo, domicilio habitual y grado de parentesco. La encuesta era autoadministrada (véase anexo). Se puntuó del 1 al 4 en función del acuerdo expresado con cada una de las intervenciones (nunca, algunas veces, la mayoría y siempre). La encuesta se entregó con la indicación de que se devolviera lo antes posible, pero se recogió e incluyó en el estudio en todos los casos, incluso cuando la devolución por parte de las familias se retrasó unos días. Hubo 7 familias correspondientes a 7 pacientes que rehusaron participar.

Asimismo, el médico responsable del paciente realizó un test de Barthel referido a la situación del paciente antes del ingreso para valorar la incapacidad física, así como un test del informador para evaluar el grado de demencia^{5,6}. El test del informador puntuó de 51 a 85 (demencia grave) y se consideró que había demencia cuando se superaban los 65 puntos⁶. En cuanto al índice

TABLA 1. Porcentaje de acuerdo para la realización de la prueba

Pruebas	<i>Todos los pacientes^a</i>		
	<i>Siempre</i>	<i>Mayoría</i>	<i>Nunca</i>
RCP	38	35	7
Punción	40	15	5
TC	84	11	3
Transfusión	74	13	1
Antibióticos	80	8	1
Atb repetidos	49	28	1
SNG	41	25	8
O ₂	88	8	0
Sueros	93	1	0
Analgesia	86	8	0

RCP: reanimación cardiopulmonar; Punción: realización de punciones para el diagnóstico; TC: realización de pruebas diagnósticas no invasivas; Atb repetidos: utilización de varios ciclos de antibióticos intravenosos; SNG: colocación de sonda nasogástrica; O₂: utilización de oxígeno.

^aPorcentaje de acuerdo para realizar las diferentes pruebas en todos los pacientes.

Para todas las comparaciones, $p > 0,05$.

de Barthel, se consideraron incapacitados los pacientes que obtuvieron una puntuación ≤ 30 .

Los resultados se expresan como media \pm desviación estándar (DE) o mediana para las variables continuas, y como porcentajes para las variables cualitativas. Estas últimas se comparan con el test de la χ^2 y el test de Fischer cuando la frecuencia esperada es < 5 , y las variables cuantitativas con el test de la t de Student.

Se realizó un análisis de regresión múltiple tomando como variables dependientes la opinión acerca de cada una de las intervenciones diagnósticas o terapéuticas, como variables independientes el test del informador y el índice de Barthel, y como variables control el grado de parentesco, el tipo de domicilio habitual, el hecho de vivir en una residencia, el momento de devolver la encuesta y el término de interacción del test del informador con el índice de Barthel.

Posteriormente (tras un primer análisis de los datos) se realizó un nuevo análisis en el que se agruparon las distintas intervenciones en 3 grupos según el porcentaje de acuerdo para su realización alcanzado en la encuesta: a) agresivas (reanimación, punción y colocación de sonda nasogástrica), en las que el porcentaje de acuerdo para realizarlas siempre era $< 50\%$; b) intermedias (pruebas de imagen, transfusión y uso repetido de ciclos antibióticos por vía intravenosa) si el porcentaje estaba entre el 51 y el 85%, y c) no agresivas (uso de sueros, oxígeno y analgesia), en las que el porcentaje era $> 85\%$ (fig. 1). Los resultados se compararon mediante la prueba de Friedman.

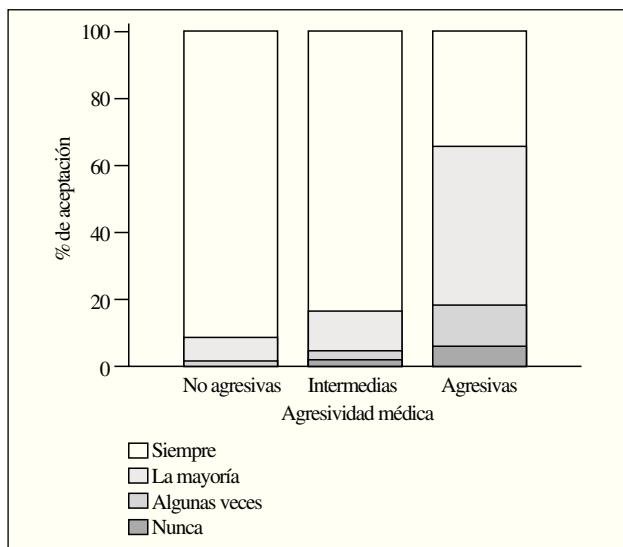


Figura 1. Porcentajes de acuerdo para realizar pruebas agresivas (reanimación, punción y colocación de sonda nasogástrica), intermedias (pruebas de radiología, transfusión y uso de ciclos repetidos de antibióticos intravenosos) y no agresivas (sueros, oxígeno y analgesia).

RESULTADOS

Durante el período del estudio se recogieron datos de todos los pacientes > 75 años que ingresaron en el servicio de medicina interna, con un total de 115 pacientes. La edad media de los pacientes fue de $84,4 \pm 5,3$ años y el 68% eran mujeres.

La puntuación media obtenida en el índice Barthel fue de $51,1 \pm 37,4$ y 30 pacientes tuvieron una puntuación < 30. Respecto al test del informador, la puntuación media fue $67,3 \pm 15$ puntos y 57 pacientes puntuaron > 65, lo que significa que un 49,5% pacientes tenía demencia grave.

El 45% de los familiares contestó a la encuesta en el momento del ingreso, y del 54% restante, la mayoría (48%) la contestó en el transcurso de los 2 días siguientes.

El grado de parentesco del familiar que contestó la encuesta se distribuyó de la siguiente manera: el 78% eran hijas, el 4% sobrinas, el 3% hermanas y el 15% otros familiares. Respecto a la distribución de la vivienda habitual, el 44% de los pacientes vivía en casa de algún familiar, el 28% en una residencia, el 11% en turno rotatorio entre varios familiares, el 11% vivía solo en su domicilio y el 6% en su domicilio con un acompañante.

En general, la voluntad de los familiares fue favorable a la realización de maniobras diagnósticas o terapéuticas, incluidas las agresivas (tabla 1). Globalmente, el porcentaje de familiares que deseaban realizar siempre cada una de las intervenciones se acercó al 80-85% en la mayoría, salvo en el caso de la reanimación cardiopulmonar, en la que el porcentaje bajó a un 38%, la punción diag-

nóstica, con un 40%, la colocación de sonda nasogástrica, con el 41%, y el uso de varios ciclos de antibióticos intravenosos, con el 49%. Sin embargo, cuando la opción era usar antibióticos 1 sola vez (un ciclo), el porcentaje subió a 80%.

Entre los familiares de los pacientes con demencia según el test del informador, el 47% deseó realizar una punción diagnóstica siempre, frente al 66% de los familiares en el caso de los pacientes sin demencia ($p = 0,03$). No hubo diferencias significativas en el análisis univariable en el resto de maniobras diagnósticas o terapéuticas entre el grupo de los familiares de pacientes dementes y no dementes (tabla 2). El análisis se realizó con otros puntos de corte de diagnóstico de demencia (entre 50-60) y los resultados fueron muy similares.

Respecto a los familiares de pacientes incapacitados (Barthel < 30), no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las preguntas entre los pacientes incapacitados y los no incapacitados (tabla 2). Este resultado se mantuvo con distintos puntos de corte del cuestionario de Barthel (40 y 50).

No se encontraron diferencias al corregir por la edad y el sexo.

En el análisis de regresión múltiple, el hecho de devolver contestada la encuesta con demora (más de 24 h tras el ingreso) se asoció con una mayor voluntad de realizar pruebas diagnósticas no invasivas (+11,3%; $p = 0,05$) y recibir antibioterapia de forma repetida (+16,2%; $p = 0,037$). Del mismo modo, un aumento de 10 puntos en el test del informador disminuía las probabilidades de autorizar una transfusión en un 7,5% ($p = 0,03$), de autorizar punciones en un 6,7% ($p = 0,031$) y de querer usar sueros en un 4,2% ($p = 0,078$). Por último, el hecho de estar institucionalizado en una residencia de ancianos aumentó la probabilidad de que la familia autorizara la colocación de una sonda nasogástrica en un 2,7% ($p = 0,02$).

En el análisis *post hoc*, el 30% de los familiares estaba dispuesto a que se realizaran siempre las pruebas agresivas, el 82% a que se realizaran las pruebas intermedias y el 95% a que se realizaran siempre las no agresivas ($p < 0,001$).

Si se incluían en un análisis de regresión logística las variables del test del informador, el índice de Barthel y las pruebas agrupadas como agresivas, intermedias y no agresivas, la única variable asociada de forma significativa con la aceptación de la realización de pruebas fue la agresividad de la prueba diagnóstica.

DISCUSIÓN

En este trabajo se analiza un aspecto generalmente olvidado en las publicaciones sobre el tratamiento en el fi-

TABLA 2. Deseo de realizar la prueba siempre o en la mayoría de las ocasiones^a

Pruebas	Demencia (n = 57)		Incapacidad (n = 30)	
	Con demencia	Sin demencia	Incapacitados	Sin incapacidad
RCP	53	47	75	71
Punción	47 ^b	67 ^b	55	54
TC	56	44	93	96
Transfusión	56	44	86	89
Antibióticos	56	44	86	89
Atb repetidos	54	45	72	79
SNG	56	43	65	67
O ₂	55	45	97	95
Sueros	54	46	97	93
Analgesia	56	44	90	98

RCP: reanimación cardiopulmonar; Punción: realización de punciones para el diagnóstico; TC: realización de pruebas diagnósticas no invasivas; Atb: utilización de varios ciclos de antibióticos intravenosos; SNG: colocación de sonda nasogástrica; O₂: utilización de oxígeno.

^aPorcentaje de acuerdo para realizar las diferentes pruebas siempre o en la mayoría de las ocasiones. Se han desglosado los pacientes con demencia (test informador > 65) y con incapacidad (Barthel < 30).

Para todas las comparaciones p > 0,05, excepto ^bcomparación significativa, p = 0,03.

nal de la vida: la opinión de los familiares. Nuestros resultados muestran que las familias de los pacientes ancianos de nuestra área son muy intervencionistas en general.

Esta actitud está en concordancia con la hallada en otro artículo recientemente publicado sobre pacientes que requerían ingreso en una unidad de cuidados intensivos, en el que pocos pacientes tenían un testamento vital explícito o verbalizado y los familiares fueron partidarios de utilizar medidas agresivas casi siempre⁷.

Otro aspecto llamativo en nuestro estudio es que hay pocas variaciones en el grado de intervención en presencia de las variables modificadoras. Es importante destacar el hecho de que la encuesta se administra al principio del ingreso y antes de haber recibido información médica detallada por parte del médico responsable de éste, lo que puede contribuir a que las expectativas de los familiares hacia la curación del paciente estén sobreestimadas. La información aportada por el médico y su forma de abordar el problema pueden ser fundamentales para modificar la actitud de la familia; de hecho, en un artículo en el que se analizaba la retirada de la ventilación asistida, Cook et al⁸ pusieron de manifiesto que la determinación o decisión del médico era la variable predictora más fuerte, por encima incluso de la edad y de la gravedad de la enfermedad⁸.

En otro estudio sobre la toma de decisiones en pacientes terminales no oncológicos se evidenció que se informaba más a los familiares de pacientes con demencia que con otras enfermedades, aunque en el trabajo no se valoraba la opinión de los familiares⁹.

Es posible que las intervenciones que las familias eran menos partidarias de realizar en nuestro trabajo sean las

que *a priori* se pueden identificar como molestas o dolorosas para el paciente. En otros trabajos publicados sobre el tema, especialmente fuera de España, la gravedad de la demencia, así como la gravedad de la enfermedad de base, son variables importantes para retirar o no utilizar tratamientos agresivos¹⁰⁻¹². Sin embargo, en los casos en los que los tratamientos que se van a aplicar tienen un riesgo nulo, la opinión puede ser contraria. En el artículo de Karlawish et al¹³, la mayoría de cuidadores (83%) fue partidaria de utilizar un medicamento que no tuviera ningún riesgo asociado, con el fin de disminuir la progresión de la demencia¹³. Aunque en nuestra serie prácticamente no se encontraron diferencias en un primer análisis, una vez agrupadas las variables sí se objetivó una tendencia significativa a eludir las intervenciones más agresivas en opinión de las familias (fig. 1).

Hay que tener en cuenta que el diagnóstico de demencia se ha realizado con un único test, lo que puede suponer una limitación del estudio. Sin embargo, la mayoría de los pacientes incluidos tenía una puntuación del test del informador > 65, cifra que se considera diagnóstica de demencia grave. Este punto de corte convierte la clasificación realizada en conservadora, ya que es posible que algunos pacientes clasificados como «sin demencia» tuvieran demencia no grave, pero permite hablar con seguridad de demencia en los etiquetados como tal.

Un aspecto novedoso de nuestro trabajo es la inclusión de preguntas sobre la utilización de antibióticos. Los antibióticos son uno de los recursos que los profesionales están menos dispuestos a desestimar³. En algunos trabajos se ha evidenciado que la supervivencia de los pacientes con demencias graves que presentaban fiebre no difería entre los que recibían antibiótico y los que no¹⁴. En nues-

tra serie, el 12% de los familiares estaría de acuerdo en desestimar la utilización de los antibióticos (tabla 1).

Otra de las limitaciones del trabajo es que no se tuvo en cuenta el nivel sociocultural de las familias encuestadas. En todo caso, los porcentajes son muy homogéneos, lo que sugiere que la inclusión del nivel socioeconómico hubiera aportado poca variación. Es necesario destacar, asimismo, que se trata de un estudio ciego, lo que elimina múltiples sesgos, y que las preguntas fueron autoadministradas de forma anónima.

A pesar de los esfuerzos realizados para asegurar que la respuesta a la encuesta anónima no se comunicara al médico responsable y, por tanto, no influyera en las decisiones sobre el paciente, es posible que algunas familias optaran por no descartar de entrada ningún tipo de intervención, sobreestimándose así su actitud intervencionista. La encuesta no se repitió durante el ingreso, por lo que no es posible determinar según nuestros datos si se hubiera producido algún cambio.

En resumen, nuestro trabajo llama la atención sobre la actitud *a priori* muy intervencionista de los familiares de pacientes con demencia e incapacidad de nuestra área. Asimismo, aborda un tema al que se enfrentan los profesionales médicos de forma cotidiana y que apenas ha sido estudiado de forma sistemática. Dado el creciente envejecimiento de nuestra población y debido los problemas inherentes a la agresividad de las medidas diagnósticas y terapéuticas, es necesario realizar más estudios para mejorar nuestro conocimiento sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. [citado 20 Ene 2005]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>
2. Karlavish JH, Quill T, Meier DE. A consensus-based approach to providing palliative care to patients who lack decision-making capacity. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med. 1999;130:835-40.
3. Evers MM, Purohit D, Perl D, Khan K, Marin DB. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. Psychiatr Serv. 2002;53:609-13.
4. Schiff R, Rajkumar C, Bulpitt C. Views of elderly people on living wills: interview study. BMJ. 2000;320:1640-1.
5. Way J, Back AL, Curtis JR. Withdrawing life support and resolution of conflict with families. BMJ. 2002;325:1342-5.
6. Del Ser T, Morales JM, Barqueró MS, Cantón R, Bermejo F. Application of a Spanish version of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly in the clinical assessment of dementia. Alzheimer's Dis Assoc Disorders. 1997;11:3-8.
7. Solsona JF, Sucarrats A, Maull E, Barbat C, García S, Villares S. Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud ante la muerte en el paciente crítico. Med Clin (Barc). 2003;120:335-6.
8. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjokvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. N Engl J Med. 2003;349:1123-32.
9. Formiga F, Vivanco V, Cuapia Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones. Med Clin (Barc). 2003;121:95-7.
10. Bentley DW, Bradley S, High K, Schoenbaum S, Taler G, Yoshikawa TT. Practice guideline for evaluation of fever and infection in long-term care facilities. Clin Infect Dis. 2000;31:640-53.
11. Brauner DJ, Muir JC, Sachs GA. Treating nondementia illnesses in patients with dementia. J Am Med Assoc. 2000;283:3230-5.
12. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ. 2003;326:30-4.
13. Karlavish JH, Casarett DJ, James BD, Tenhave T, Clark CM, Asch DA. Why would caregivers not want to treat their relative's Alzheimer's disease? J Am Geriatr Soc. 2003;51:1391-7.
14. Fabiszewski KJ, Volicer B, Volicer L. Effect of antibiotic treatment on outcome of fevers in institutionalized Alzheimer patients. J Am Med Assoc. 1990;263:3168-72.

ANEXO

1. Modelo de encuesta para los familiares

Esta encuesta forma parte de un trabajo en el que queremos saber la opinión de los familiares sobre cuáles son las pruebas que les parecería adecuado que se realizaran a un paciente anciano, en particular si tiene demencia. Se consulta a todas las familias de los pacientes que ingresan en esta Unidad y que son mayores de 75 años. Nos gustaría saber su opinión.

La encuesta es anónima, voluntaria y no tiene ningún valor a la hora de tomar decisiones médicas sobre su familiar. Lo que usted opine en esta encuesta no vincula para realizar o no realizar ninguna medida determinada; sólo queremos saber qué piensa.

Ni su identidad ni la de su familiar quedarán registradas en la encuesta ni en el trabajo, y el médico responsable no sabrá qué han contestado ustedes. Si usted rellena la encuesta, y después otro familiar también quiere hacerlo, no hay ningún inconveniente en que contesten una encuesta cada uno.

Si tiene cualquier duda acerca de la enfermedad de su familiar, las pruebas y tratamiento que se le van a aplicar, consúltela con su médico habitual, quien responderá gustosamente a todas sus preguntas. Esta encuesta no cambia para nada el proceso normal que se sigue con cualquier paciente.

Si no quiere participar, no hace falta que rellene la encuesta ni que siga leyendo. Si quiere participar, conteste a las preguntas que están a continuación, rellenando con un círculo la opción que le parece mejor en cada caso, o tachando la casilla correspondiente.

Me parecería adecuado que a mi familiar se le realizaran las siguientes pruebas o tratamientos:

1. Si presenta una parada cardíaca, que se le realicen maniobras de reanimación cardiopulmonar (masaje cardíaco) con intubación (colocación de un tubo por nariz o boca) y conexión a una máquina para respirar de forma artificial

- 5 Siempre
- 4 En la mayoría de circunstancias
- 3 No sé
- 2 Excepcionalmente
- 1 Nunca

2. Si hay alguna sospecha de que puede tener otra enfermedad importante, que se le realice una maniobra diagnóstica invasiva, por ejemplo una broncoscopia (introducir un tubo por la nariz hasta llegar a ver los bronquios) para mirar el pulmón, una colonoscopia (colocar un tubo por el ano y progresar hasta el intestino) para mirar el intestino, o una punción de algún órgano como el hígado, el pulmón, etc.

- 5 Siempre
- 4 En la mayoría de circunstancias
- 3 No sé
- 2 Excepcionalmente
- 1 Nunca

3. Si se ha puesto más enfermo y no se sabe por qué, que se le realice un escáner o una resonancia si puede ayudar a saber qué le pasa

- 5 Siempre
- 4 En la mayoría de circunstancias
- 3 No sé
- 2 Excepcionalmente
- 1 Nunca

4. Si tiene anemia muy importante, que se le trasfunda sangre

- 5 Siempre
- 4 En la mayoría de circunstancias
- 3 No sé
- 2 Excepcionalmente
- 1 Nunca

5. Si tiene una infección importante, que reciba antibióticos por la vena durante unos días

- 5 Siempre
- 4 En la mayoría de circunstancias
- 3 No sé
- 2 Excepcionalmente
- 1 Nunca

6. Si tiene infecciones muy repetidas, que reciba antibióticos por la vena varias veces de modo repetido

- 5 Siempre
- 4 En la mayoría de circunstancias
- 3 No sé
- 2 Excepcionalmente
- 1 Nunca

7. Si no puede tragar de forma habitual, que se le coloque una sonda por la nariz que llegue al estómago (sonda nasogástrica) para la alimentación

- 5 Siempre

- 4 En la mayoría de circunstancias
3 No sé
2 Excepcionalmente
1 Nunca

8. Si respira con dificultad, que se le administre oxígeno con una mascarilla

- 5 Siempre
4 En la mayoría de circunstancias
3 No sé
2 Excepcionalmente
1 Nunca

9. Si está deshidratado y no puede tragarse, que le administren sueros por la vena

- 5 Siempre
4 En la mayoría de circunstancias
3 No sé
2 Excepcionalmente
1 Nunca

10. Si parece que tiene dolor, que se le administren analgésicos o medicamentos para quitárselo

- 5 Siempre
4 En la mayoría de circunstancias
3 No sé
2 Excepcionalmente
1 Nunca

11. Si vuelve a tener un proceso parecido al que ha motivado el ingreso actual, preferiría mantener a mi familiar en casa/residencia con una ayuda sanitaria

- 5 Siempre
4 En la mayoría de circunstancias
3 No sé
2 Excepcionalmente
1 Nunca

Qué grado de parentesco tiene usted con el paciente:

- Hija/o 1
— Sobrina/o 1
— Hermana/o 1
— Otros (especificar) _____
— Cuidadora/or habitual, pero no soy de su familia 1

Dónde vive habitualmente el paciente:

- Conmigo en casa 1
— Tenemos una persona que le cuida y está en su casa 1
— Se turna entre las casas de varios familiares 1
— Está en una residencia 1