

Caracterización de pacientes en estado terminal ingresados en Hospital de Seychelles en África

Characterization of Terminally Ill Patients, Admitted to the Hospital of Seychelles in Africa

Armando Carlos Roca Socarrás¹, Loren Reginald², Kenneth Henriette³, Kleydis Blanco Torres⁴

1. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer y Segundo Grado en Geriátrica y Gerontología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

2. Especialista en Cirugía General y Urología. Hospital General de Seychelles. República de Seychelles.

3. Especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital General de Seychelles. República de Seychelles.

4. Máster en Longevidad Satisfactoria. Licenciada en Enfermería. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Introducción: los cuidados paliativos de pacientes en estado terminal en el escenario del hospital es una necesidad en los países de medios y bajos ingresos.

Objetivos: determinar el comportamiento de algunas variables biológicas en pacientes en estado terminal.

Métodos: estudio descriptivo de 97 pacientes en estado terminal, hospitalizados por enfermedades oncológicas y no oncológicas, en Seychelles entre el 2010 y 2012. Se analizó el

comportamiento de los pacientes en relación con diagnóstico al ingreso, sexo, edad, comorbilidad, desempeño funcional, estadía y escenario de salud responsable de la remisión.

Resultados: durante los dos años estudiados el cáncer fue responsable del 59% de las admisiones, las demencias del 28% y otras causas de estado terminal del 13%. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en la localización de cabeza, cuello, colon y recto en el cáncer, la demencia vascular y la enfermedad cerebrovascular terminal entre los pacientes que no padecían de cáncer. La edad media de los pacientes con demencia fue la mayor con 77,03 años ($\pm 7,71$), con diferencias significativas al comparar los casos oncológicos ($p=0,002$) y no oncológicos ($p=0,000$). También la comorbilidad fue superior en los pacientes con neoplasias ($p=0,001$) y demencias ($p=0,019$) en comparación con el resto de las causas no oncológicas. La estadía de los pacientes con cáncer estuvo en 32,87($\pm 48,77$) días, demencia 27,03($\pm 38,22$) y otras causas 26,77($\pm 48,07$). Existió una mayor frecuencia de remisiones desde el escenario hospitalario.

Conclusiones: este estudio ofrece información sobre la característica de pacientes en estadios terminales en un país africano que difiere notablemente del resto de las naciones de su área geográfica.

Palabras clave: neoplasia, demencia, enfermo terminal, cuidados paliativos, hospitales para enfermos terminales, comorbilidad.

ABSTRACT

Introduction: palliative care in the hospital setting for terminally ill patients is a need in the middle and low income.

Objective: to determine the prevalence of some biological variables in terminally ill patients.

Method: a descriptive study in 97 terminally ill patients hospitalized for oncological and non-oncological, diseases in Seychelles between 2010 and 2012 was conducted. The patients' behavior was analyzed in relation to admitting diagnosis, sex, age, comorbidity, functional performance, state of health causing the remission.

Results: during the two studied years cancer was the cause of 59% of the admissions, the dementia of 28% and other causes of terminal state of 13%. The most frequent diagnoses were in the head, neck and colorectal localization on cancer patients, and vascular dementia and stroke among the non cancer patients. The mean age of the patients with dementia was the highest one with 77.03 years (± 7.71) and significant differences with the oncological cases ($p=0.002$) and not oncological ($p=0.000$). The comorbidity was also highest in the patients with neoplasm ($p=0.001$) and dementia ($p=0.019$) in comparison with the rest of the non oncological causes. The stay of the patients with cancer was in 32.87(± 48.77) days, dementia 27.03(± 38.22) and other causes 26.77(± 48.07). There was an increased frequency of referrals from the hospital setting.

Conclusions: this study offers information on characteristic of terminal patients in an African country that differ markedly of the rest of the nations of its geographical area.

Keywords: neoplasm, dementia, terminally ill, palliative care, hospice care, comorbidity.

INTRODUCCIÓN

Durante cientos de años la buena muerte reflejada en las creencias de la comunidad religiosa y el sufrimiento de la persona que fallece se consideran aspectos inevitables del proceso de la muerte. Una buena muerte, en el mundo occidental, era fundamentalmente morir en paz con Dios y con los hombres ¹.

La medicina no lidia con el proceso de muerte hasta el nacimiento del movimiento *Hospice*, que tuvo el mérito de centrarse en las necesidades de cuidado de los pacientes terminales para proveerles de la mejor calidad de vida alcanzable. *Hospice* es una filosofía, no un sitio específico, y puede ser proveído en cualquier escenario como el hogar de los pacientes, hogares de ancianos y hospitales. En el núcleo estructural del *Hospice* se encuentra un grupo interdisciplinario de profesionales que prestan educación y soporte psicológico, social, emocional y espiritual individualizado al enfermo, cuidador y sus familiares.

Los cuidados paliativos se convierten en un importante problema para la salud pública debido al envejecimiento de la población mundial, el creciente número de pacientes con enfermedades terminales y la insuficiente atención a sus complejas necesidades. En febrero del 2010 es inaugurado el primer Hospital de Enfermos Terminales (HET) de la República de Seychelles para brindar atención en un país que cuenta con atención primaria y secundaria bien estructuradas; desde entonces es atendido por un equipo multidisciplinario de médicos cubanos y de Seychelles formados en Cuba.

El HET de Seychelles es el único de su tipo en el archipiélago, tiene 6 camas y se encuentra en el Distrito de North East Point que pertenece a la Isla de Mahé. Hacia este centro remiten los especialistas del Hospital General de Seychelles, 14 Clínicas Locales y el Hogar de Ancianos de North East Point.

Teniendo en cuenta los elementos introductorios del tema, y motivados por el hecho que el incremento del número de pacientes en estado terminal constituye un problema de salud en las naciones en desarrollo, el presente trabajo tiene el objetivo de determinar el comportamiento de variables biológicas en pacientes admitidos en el HET de Seychelles durante los dos primeros años de funcionamiento. De esta forma, se pueden diseñar estrategias de cuidados paliativos individualizadas para estos pacientes basadas en la evaluación de sus problemas de salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos con 97 pacientes ingresados en el HET de Seychelles entre febrero de 2010 y febrero de 2012. Para analizar la variable edad, se conformaron grupos de edades. Los pacientes oncológicos fueron admitidos de acuerdo con los criterios del HET ², a excepción de dos pacientes que ingresaron por lo difícil del manejo de su sintomatología y problemas sociales.

En el HET los pacientes son remitidos con diagnósticos ya realizados de la enfermedad que es causante del estadio terminal y los factores patológicos acompañantes. Los autores de esta investigación utilizaron la información proporcionada por los expedientes clínicos para clasificar las distintas enfermedades analizadas y registrar los dictámenes médicos hechos previo al ingreso.

La evaluación de la localización del cáncer fue dirigida hacia el diagnóstico primario y en relación con criterios clínicos patológicos para la neoplasia de cabeza y cuello, colon y recto, próstata, páncreas, pulmón, mama, ovario, útero, pene, testículo, ósea, esófago, timo, mieloma múltiple y cerebro.

Previo al ingreso se realizó el diagnóstico de demencia con las normas del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* así como, sus diversos subtipos, metodología reflejada por los autores en trabajos anteriores³⁻⁵. Los casos admitidos por demencia y en el grupo de otras enfermedades terminales cumplieron con las pautas del *National Hospice Organization Medical Guidelines Task Force* para pacientes con determinadas enfermedades no oncológicas elegibles para programas de cuidados paliativos ⁶.

El grupo de pacientes con padecimientos no cáncer o demencia, e incluidos como otras enfermedades terminales cumplieron criterios diagnósticos para la enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), síndrome de inmunodeficiencia humana (sida), insuficiencia cardíaca congestiva y cirrosis hepática (CH).

La presencia de enfermedades crónicas no transmisibles se evaluó de acuerdo con las guías diagnósticas de la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), diabetes mellitus (DM), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebrovascular (ECV), insuficiencia renal crónica (IRC), insuficiencia arterial periférica (IAP), cirrosis hepática (CH) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El índice de comorbilidad de Charlson (ICCH)⁷ en su versión abreviada fue calculado tomando en consideración las enfermedades mencionadas anteriormente y los diagnósticos de los 12 meses previos documentados en las historias clínicas, sin excluir las relacionadas con la enfermedad oncológica, demencial u otras patologías.

Para el desempeño en las actividades de la vida diaria de los pacientes oncológicos se aplicaron la Escala de Karnofsky (KPS) y el *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* (ECOG)^{8,9}. En la evaluación del desempeño de los pacientes con otras enfermedades terminales se utilizó el instrumento ECOG, y en el caso de los afectados por demencia el instrumento *Functional Assessment Staging* (FAST) y el índice de Barthel. Para la realización de este estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética del Ministerio de Salud de la República de Seychelles.

La información sobre motivo de ingreso, edad, sexo, tipo de enfermedad terminal, registros de los diferentes índices utilizados, estadía, enfermedades crónicas no trasmisibles, y procedencia se obtuvieron de las historias clínicas individuales de los pacientes, libro de registros de casos y del registro de defunciones del HET.

Para la interpretación y análisis de los datos se confeccionaron tablas multivariantes de asociación de variables, expresándose en números absolutos y porcentajes, medidas de tendencia central (media), variabilidad [desviación estándar (DE)] y pruebas no paramétricas [chi cuadrado (χ^2) con test exacto de Fisher y corrección de Yates, y prueba U de Mann Whitney] con un nivel de significación de 0,05. El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 17 para Window y el programa Microsoft Excel de Window 7 Ultimate 2009.

RESULTADOS

Se observó independencia entre el motivo de ingreso y el sexo de los pacientes ([fig. 1](#)) [$\chi^2=3,77$; $p=0,15$; (Yates=2,59; $p=0,27$)].

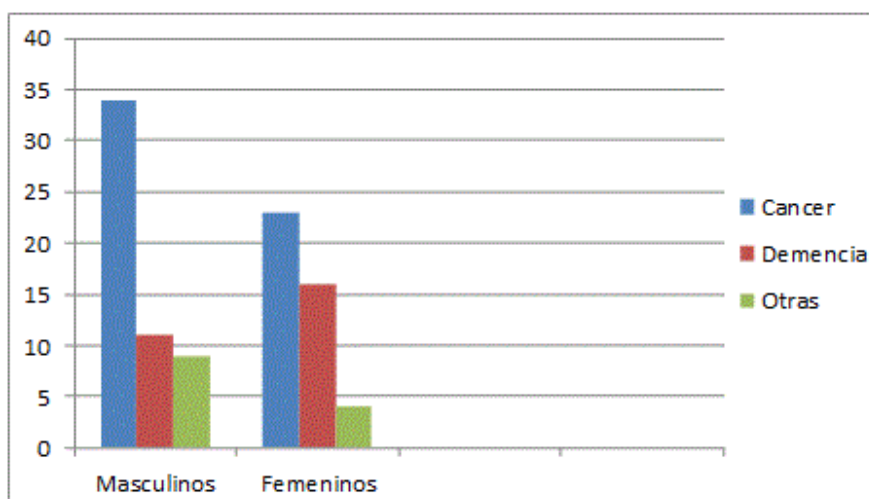


Fig. 1. Distribución de pacientes admitidos en el HET según la causa fundamental del ingreso

Fuente: historias clínicas

Se encontraron diferencias significativas entre las edades de los pacientes oncológicos y los admitidos por demencia en el test de Mann Whitney ($z=-3,05$; $p=0,002$) ([tabla I](#)). Entre este último grupo y los ingresados por otras enfermedades también existieron diferencias significativas en el test de Mann Whitney ($z=-3,97$; $p=0,000$). No se registraron diferencias entre los pacientes oncológicos y los que pertenecieron al grupo de otras enfermedades [Mann Whitney ($z=-1,56$; $p=0,117$)].

Tabla I. Distribución de pacientes en el HET según motivo de ingreso, edad media, desviación estándar, intervalo de confianza y rango de edades

Motivo de Ingreso	Media(DE)	IC*	Rango
Oncológicos	67,07($\pm 14,32$)	65,79-68,35	39-92
Demencia	77,03($\pm 7,71$)	76,03-78,03	64-96
Otras	57,69($\pm 16,25$)	54,65-60,73	29-75

Fuente: historias clínicas

*IC: Intervalo de Confianza de 95%

Se distribuyeron los pacientes según sexo y motivo de ingreso ([tabla II](#)). El cáncer más frecuente en hombres fue de cabeza y cuello y en mujeres de mama.

Tabla II. Distribución de pacientes admitidos en el HET teniendo en cuenta sexo, localización del cáncer, tipo de demencia y otras patologías

	Motivo de ingreso	Masculinos	Femeninos	Total
CÁNCER	Cabeza y cuello	13	0	13
	Colon y recto	5	6	11
	Próstata	8	0	8
	Pulmón	1	3	4
	Mama	0	4	4
	Páncreas	2	1	3
	Útero	0	3	3
	Esófago	2	1	3
	Ovario	0	2	2
	Pene	1	0	1
	Testículo	1	0	1
	Óseo	1	0	1
	Mieloma Múltiple	0	1	1
	Cerebro	0	1	1
	Timo	0	1	1
DEMENCIA	Vascular	5	6	11
	Alzheimer	4	6	10
	Mixta	2	2	4
	Lewy	0	2	2
OTRAS	Enfermedad cerebrovascular	4	0	4
	Enfermedad renal crónica	2	1	3
	Esclerosis lateral amiotrófica	1	1	2
	Sida	1	1	2
	Insuficiencia cardíaca congestiva	1	0	1
	Cirrosis hepática	0	1	1

Fuentes: historias clínicas

La evaluación del índice de Charlson fue descrita, en la cual existieron diferencias significativas del grupo de pacientes con otras dolencias y los pacientes oncológicos [Mann Whitney ($z=-3,17$; $p=0,001$)], así como, los pacientes admitidos por demencias [Mann Whitney ($z=-2,37$; $p=0,019$)]

([tabla III](#)). Sin embargo entre los pacientes con padecimientos oncológicos y demencias no existieron diferencias [Mann Whitney $z=-0,64$; $p=0,517$].

Tabla III. Distribución de pacientes según patologías crónicas no transmisibles, respuesta al índice de Charlson y evaluación funcional

Instrumentos	Oncológicos	Demencia	Otras	Total
Charlson	2,5($\pm 0,74$)	2,4($\pm 1,12$)	1,36($\pm 1,3$)	2,3($\pm 1,05$)
Evaluación Funcional	ECOG=3,7 ($\pm 0,53$) *Kar=34,56 ($\pm 14,64$)	Barthel= 25 (0); 2(10) FAST=22(7f); 4(7c)	ECOG=3,9 ($\pm 0,27$)	--

Fuentes: historias clínicas

*Kar: Escala de Karnofsky

La ausencia de diferencias significativas entre las estadias de los pacientes oncológicos y con demencia [Mann Whitney ($z=-0,88$; $p=0,378$)] fue reflejada en este estudio ([tabla IV](#)), además de los pertenecientes a otras patologías [Mann Whitney ($z=-1,72$; $p=0,085$)]. Tampoco se registraron diferencias entre los pacientes con demencia y los pertenecientes a otras patologías terminales [Mann Whitney ($z=-1,01$; $p=0,317$)].

Tabla IV. Distribución de pacientes según motivo de ingreso y estadia

Estadia Hosp	Masculino	Femenino	Total
Oncológicos	29,06($\pm 31,1$)	38,52($\pm 67,44$)	32,87($\pm 48,77$)
Demencia	10,72($\pm 17,77$)	38,25($\pm 44,64$)	27,03($\pm 38,22$)
Otras	26,66($\pm 52,6$)	27($\pm 43,17$)	26,77($\pm 48,07$)
Total	24,92($\pm 33,65$)	37,34($\pm 56,91$)	30,43($\pm 45,61$)

Fuentes: historias clínicas

Se observó asociación ($\chi^2=8,3$; $p=0,01$) entre la procedencia y los pacientes admitidos por demencia ([tabla V](#)). Los autores encontraron independencia entre la procedencia y los admitidos por patologías oncológicas ($\chi^2=0,35$; $p=0,83$; Fisher $p=0,7$) y otras afecciones terminales ($\chi^2=0,98$; $p=0,61$; Fisher $p=0,7$).

Tabla V. Distribución de pacientes según motivo de ingreso y procedencia

Procedencia	Oncológicos	Demencia	Otras
Hospital	45(46, 4%)	18(18, 6%)	11(11, 3%)
Hogar de Ancianos	6(6, 2%)	3(3, 1%)	1(1%)
Comunidad	6(6, 2%)	6(6, 2%)	1(1%)

Fuentes: historias clínicas

DISCUSIÓN

Globalmente, existe un incremento continuo del interés por los cuidados paliativos dirigidos a dignificar y dar confort a los pacientes con enfermedades terminales que trasciende los límites culturales, sociales y religiosos. La hospitalización se inserta en esta corriente brindando soporte a los pacientes, cuidadores y familiares con los problemas biológicos, psicológicos y socioeconómicos más acuciantes. En el HET pueden ingresar tanto pacientes con patologías oncológicas como no oncológicas. Las patologías oncológicas constituyen el 40% de los ingresos en hospicios de Estados Unidos de América y en Alemania el 96,5%¹⁰.

Los autores de la investigación encontraron una mayor cantidad de pacientes con patologías oncológicas. Aproximadamente el 40% de los ingresos correspondieron a patologías no oncológicas. Estos pacientes constituyen un reto para los médicos que refirieron hacia el hospicio, por lo difícil de establecer un pronóstico de vida inferior a seis meses.

La edad media de los pacientes oncológicos estudiados coincidió con la edad de los pacientes en la bibliografía revisada¹¹⁻¹³. Los pacientes con demencia tuvieron una edad media que estuvo por debajo de la encontrada con Shega y Mitchell, y coincidió en la distribución por sexo^{14, 15}.

En el caso de los pacientes del grupo de otros padecimientos terminales la edad media fue superior a Ghanem, Selman y Tapsfield¹⁶⁻¹⁸ e inferior a la edad reportada por Ostgathe y Mitchell^{10, 15}.

En relación con la distribución por sexo en el estudio predominó el masculino al igual que en los trabajos de Ghanem y Tapsfield, sin embargo, Mitchell y Ostgathe describen distribuciones con predominio femenino.

El acelerado envejecimiento de la población mundial, fundamentalmente en los países en desarrollo, trae como consecuencia un aumento en el número de personas mayores con patologías terminales que reúnen criterios para ser admitidos en el hospital de terminales. Particularmente relevante fue encontrar en el estudio diferencias significativas en la edad media del grupo de pacientes con demencia con respecto a los otros dos grupos de pacientes, a pesar que estos últimos tuvieron edades medias alrededor de los 60 años. Este comportamiento es típico de países de altos ingresos con gran morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

En relación con los tipos de cáncer la institución mantuvo el mismo patrón durante sus dos años de existencia, predominando la neoplasia de cabeza y cuello, próstata, colon y recto en los hombres; y en las mujeres colon y recto, mama, útero y pulmón. Estos hallazgos coinciden en parte con la investigación de Tang, sin embargo existieron diferencias con los resultados reportados por Younis^{11, 13}.

La remisión para los servicios de cuidados paliativos se basa en la anticipación a situaciones o síntomas reales que tiene el paciente, no obstante en el caso particular del HET se necesita que el paciente posea el criterio de una expectativa de vida menor de 6 meses si la patología sigue el curso habitual. La mayoría de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada progresan en una trayectoria predecible, con una marcada pérdida de funciones durante el último año y declinar en la realización de las actividades básicas de la vida diaria en los meses finales que preceden a la muerte.

Existen algunos tipos de padecimientos oncológicos que demandan una mayor atención que otras, por parte del personal especializado en cuidados paliativos, explicando en parte la mayor frecuencia en la investigación del cáncer de cabeza y cuello. También influyen las condiciones económicas, sociales y emocionales del paciente, su cuidador y familia, aspectos que no fueron evaluados en el estudio.

La distribución de casos de demencia avanzada ingresados en el HET no coincidió con la bibliografía revisada¹⁹. El mayor número de pacientes con demencia vascular y otros casos clasificados mixtos estuvo en relación con la alta frecuencia de enfermedades como la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica, reconocidas causas de demencia vascular, y el uso de la tomografía axial computarizada en todos los pacientes analizados para corroborar diagnóstico.

A pesar de las barreras existentes para el ingreso de pacientes con demencias en el HET, los resultados de la investigación superaron reportes preliminares de autores de países con mucho más desarrollo como Shega, Mitchell y Ostgathe. La tendencia a incluir pacientes con demencias en el HET tuvo un comportamiento constante durante los dos años⁴. La mortalidad por demencias se está incrementando más que ninguna otra causa de enfermedades terminales. El HET brinda a los pacientes con demencia, una mayor calidad de vida al final de sus vidas a través de una adecuada valoración y control de los síntomas del enfermo y el familiar.

La comparación con sistemas de cuidados paliativos del continente africano mostró que los pacientes admitidos tuvieron una distribución que no guarda relación alguna con los casos atendidos usualmente en territorio continental, donde predominan los enfermos de sida y hay

muy pocos casos de enfermedades crónicas no transmisibles, además del cáncer^{17,18}. En algunos países de Asia se encuentra un patrón con predominio de la anemia de células falciformes, enfermedad arterial periférica, la insuficiencia renal y hepática crónica terminal¹⁶.

El ICCH de los pacientes oncológicos analizados en el estudio, fue superior al descrito por Tang¹¹. La comorbilidad de los pacientes con cáncer y demencia tuvo diferencias significativas con la de los casos pertenecientes a otras dolencias, lo cual puede estar relacionado con una edad media superior en los dos primeros grupos y la presencia de enfermedades vasculares asociadas a estas patologías.

Los pacientes oncológicos cada día tienen mayor edad y proporcionalmente un incremento de su comorbilidad. Las personas de edad tienen una carga por cáncer 11 veces mayor que los grupos de edades más jóvenes y son responsables de más del 50% de la mortalidad.

La comorbilidad constituye un importante factor para determinar pronóstico de vida y decidir sobre la ejecución de tratamientos agresivos, y es relacionada con el cáncer de vejiga, pulmón, cabeza y cuello, colon y recto, mamas, y próstata. Por otra parte, factores de riesgo para el cáncer como el consumo de alcohol y el hábito de fumar también están asociados con la comorbilidad pulmonar, cardiovascular, hepática y por enfermedades metabólicas.

La estadía en el hospicio se relaciona con una mayor calidad de vida del paciente terminal. La permanencia de los pacientes oncológicos en el HET de Seychelles fue superior a la reportada por Chang e inferior a la descrita por Younis^{12, 13}.

Los pacientes con demencia mostraron un comportamiento en relación con la estadía similar al de los admitidos por enfermedades oncológicas y otras causas. En este aspecto el estudio no coincidió con lo reportado por Mitchell¹⁵.

En la investigación los autores encontraron que siguiendo criterios de admisión establecidos no hay diferencias entre la estadía de este grupo de pacientes con otros. En el análisis de la procedencia de pacientes y la demencia existió asociación en la investigación. A pesar del pensamiento generalizado que la atención al final de la vida de estos pacientes puede brindarse en la comunidad, realmente hay falta de conocimiento y habilidades en el manejo de estos pacientes, por lo que se prefiere la hospitalización.

En los otros dos grupos de enfermos se encontró una mayor frecuencia de remisiones desde el medio hospitalario. El fortalecimiento de la educación sobre cuidados paliativos entre los

profesionales de la salud del archipiélago debe jugar un papel protagónico en la disminución de las remisiones desde el hospital y el incremento desde la comunidad.

Entre las limitaciones de la investigación estuvieron la falta de remisión temprana de los pacientes, las escasas remisiones desde medios diferentes al hospitalario, y la poca percepción en reconocer como candidatos a ingresar en el HET, a los pacientes terminales con enfermedades no oncológicas.

CONCLUSIONES

Durante los dos primeros años de funcionamiento del hospicio de Seychelles predominaron los ingresos por cáncer seguidos por los pacientes con demencia. La edad media fue mayor de 60 años, tanto en los casos oncológicos, como de demencia, con mayor frecuencia del sexo masculino en el primer grupo y del femenino en el segundo.

Los dos tipos de neoplasias más frecuentes fueron las de cabeza y cuello, y colon y recto. Entre los casos de demencia predominó la vascular y en las otras causas no oncológicas admitidas la enfermedad cerebrovascular terminal.

La comorbilidad de los pacientes admitidos por dolencias oncológicas y demencia fue alta. El desempeño funcional, estadía y patrón de remisiones al hospicio estuvo en relación con lo descrito para pacientes en programas de cuidados paliativos al final de la vida.

Este estudio ofreció información sobre la característica de pacientes terminales en un país africano que difiere notablemente del resto de las naciones de su área geográfica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ariès P. Western attitudes towards death: from the middle ages to the present. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 1974 [citado 12 dic 2015]. Disponible en: <http://users.clas.ufl.edu/davidson/arch%20of%20death/Week%2011/Aries%201974.pdf>
2. Finlay E, Casarett D. Making difficult discussions easier. Using prognosis to facilitate transitions to Hospice. CA Cancer J Clin. 2009 [citado 12 dic 2015]; 59(4): 250-263. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20022/abstract>

3. Davenport JH. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. Washington DC: American Psychiatry Association; 1994 [citado 12 dic 2015]. Disponible en: <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>
4. Roca Socarrás A, Blanco Torres K. Demencia en el ámbito de los cuidados paliativos del hospicio de Seychelles. Rev Finlay. 2011 [citado 28 may 2012]; 1(3). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/43/94>
5. Roca Socarrás A, Reginald L, Henriette K. Cuidados paliativos a los pacientes con cáncer en el hospicio de Seychelles. Rev Finlay .2013 [citado 21 abr 2013]; 3(1). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/89>
6. National Hospice Organization. Medical Guidelines Task Force: Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. ed 2. Arlington: National Hospice Organization; 1996 [citado 12 dic 2015]. Disponible en: http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/THE-NHO-MEDICAL-GUIDELINES-FOR-NON-CANCER-DISEASES_1.pdf
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. J Chronic Dis. 1987 [citado 12 dic 2015]; 40(5): 373–383. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968187901718>
8. Zubrod C, Schneiderman M, Frei E, Brindley C, Gold GL, Shnider B, *et al.* Appraisal of methods for the study of chemotherapy in man: Comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and thiophosphoramide. J Chronic Dis. 1960 [citado 12 dic 2015]; 11 (1): 7-33. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968160901375>
9. Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis TE, McFadden ET, *et al.* Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982 [citado 12 dic 2015]; 5(6): 649-655. Disponible en: http://journals.lww.com/amjclinicaloncology/Abstract/1982/12000/Toxicity_and_response_criteria
10. Ostgathe C, Alt-Epping B, Golla H, Gaertner J, Lindena G, Radbruch L, *et al.* Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: what are the problems? Palliat Med. 2011 [citado 12 dic 2015]; 25(2): 148-152. Disponible en: <http://pmj.sagepub.com/content/25/2/148.full.pdf+html>

11. Tang ST, Huang EW, Liu TW, Wang HM, Chen JS. A population-based study on the determinants of hospice utilization in the last year of life for Taiwanese cancer decedents, 2001-2006. *Psychooncology*. 2010 [citado 12 dic 2015]; 19(11):1213-1220. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1690/abstract>

12. PMH, Liu YY, Chao TC, Tin HL, Chen MB, Chen PM, *et al*. A new hospice consulting system for terminal cancer patients in transferring to post-acute care options in Taiwan. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010 [citado 12 dic 2015]; 19(2):267-272. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2354.2008.00983.x/abstract>

13. Younis T, Milch R, Abul-Khoudoud N, Lawrence D, Mirand A, Levine E. Length of survival in hospice for cancer patients referred from a comprehensive cancer center. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009[citado 12 dic 2015]; 26(4):281-287. Disponible en: <http://ajh.sagepub.com/content/early/2009/04/08/1049909109333928.full.pdf+html>

14. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Patients dying with dementia: experience at the end of life and impact of hospice care. *J Pain Symptom Manage*. 2008 [citado 12 dic 2015]; 35(5):499-507. Disponible en: <http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924%2807%2900749-X/abstract>

15. Mitchell SL, Kiely DK, Miller SC, Connor SR, Spence C, Teno JM. Hospice care for patients with dementia. *J Pain Symptom Manage*. 2007[citado 12 dic 2015]; 34(1):7-16. Disponible en: <http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924%2807%2900262-X/abstract>

16. Ghanem HM, Shaikh RM, Alia AM, Al-Zayir AS, Alsirafy SA. Pattern of referral for noncancer patients to palliative care in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Indian J Palliat Care*. 2011[citado 12 dic 2015]; 17(3):235-237. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276822

17. Selman LE, Higginson IJ, Agupio G, Dinat N, Downing J, Gwyther L, *et al*. Quality of life among patients receiving palliative care in South Africa and Uganda: a multi-centred study. *Health Qual Life Outcomes*. 2011 [citado 12 dic 2015]; 8:9-21. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1477-7525-9-21>

18. Tapsfield JB, Bates MJ. Hospital based palliative care in sub-Saharan Africa; a six month review from Malawi. *BMC Palliat Care*. 2011 [citado 12 dic 2015]; 10:12. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21740584

19. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones R, Prigerson HG, *et al.* The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med.* 2009 [citado 12 dic 2015]; 361: 1529-1538. Disponible en: www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0902234

Recibido: 23 de septiembre de 2015

Aprobado: 15 de diciembre 2015

MSc. *Armando Carlos Roca Socarrás*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: dr.armandorocasocarras@gmail.com