

Crterios para la inclusi3n de un paciente con s3ndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos

Arriola Manchola, E*.; Gonz3lez Larreina, R**.; Ibarzabal Aramberri, X***. y Buiza Bueno, C****.

* M3dico geriatra. Unidad de Memoria y Alzheimer (UMA). Matia Fundazioa. ** M3dico geriatra. Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Matia Fundazioa. *** M3dico internista. Magister en Bio3tica. Comisi3n de 3tica Asistencial. Matia Fundazioa. **** Psic3logo. Unidad de Memoria y Alzheimer (UMA). Matia Fundazioa.

RESUMEN

Cuando hacemos pron3sticos, estamos aventur3ndonos en la medicina predictiva. Con los conocimientos que tenemos, s3lo podemos utilizar «l3gicas d3biles». Establecer pron3sticos en pacientes con demencia, nos obliga a movernos en una frontera m3vil y deslizante. Es mediante la evaluaci3n geri3trica, la medida que nos puede ayudar a planificar la agresividad de nuestros planteamientos en el continuum asistencial.

Los autores proponen a modo de consideraciones o reflexiones, ayudas en la facilitaci3n de la toma de decisiones. Las consideraciones son de car3cter general y pretenden ayudar en la decisi3n, siempre individual y 3nica.

Palabras clave

Demencia. Cuidados paliativos. Toma de decisiones. Anciano.

Criteria for admittance of a patient with a dementia syndrome in palliative care

SUMMARY

When we make prognoses, we are venturing into predictive medicine. With the knowledge that we have, we can only use «weak logic». When making prognoses in patients with dementia, we are forced to move on a changeable and slippery border. Geriatric assessment is the measure that can help us to plan the aggressiveness of our approaches in the continuum of medical care.

The authors propose some considerations and thoughts that can help in decision making. These considerations are of general nature and they aim to help in the decision, that always has to be individualized and unique.

Key words

Dementia. Palliative care. Decision making. Aged.

Correspondencia: E. Arriola Manchola. Fundaci3n Matia. Camino de los Pinos, 35. 20018 Donostia (San Sebasti3n).

Recibido el 22-1-02; aceptado el 8-5-02.

INTRODUCCI3N

Normalmente se entiende que los pacientes subsidiarios de cuidados paliativos se trata de enfermos oncol3gicos. Esto puede ser cierto en las Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias pero no en el medio residencial en el que el prototipo de pacientes que se podr3an beneficiar de un manejo paliativo m3s habituales son aquellos con enfermedades demenciales neurol3gicas degenerativas (Alzheimer) y/o vasculares, insuficiencias de 3rgano irreversibles (card3acas, respiratorias o hep3ticas) y el fracaso multiorg3nico¹. De hecho, menos del 1% de los pacientes con demencia en fases terminales como primer diagn3stico² son ingresados en unidades de cuidados paliativos.

El entorno en el que nos movemos los m3dicos que atendemos a personas mayores est3 cambiando, as3 ve3amos que en el a3o 1995 el porcentaje de pacientes con demencia en centros gerontol3gicos era del 26%. A finales del a3o 2000 era del 42%, con un predominio del sexo femenino del 77%, el 72% ten3a m3s de 80 a3os y el 69% de ellos se hallaba en estadios III+ IV+ V de la escala funcional de Cruz Roja. Respecto a su situaci3n cognitiva el 76% se hallaba en estadios III+ IV+ V de la misma escala y el 100% presentaba trastornos de conducta³.

As3, la percepci3n personal, es que el perfil de anciano que acude para su institucionalizaci3n en la actualidad es: mujer, viuda, mayor de 80 a3os y con deterioro cognitivo y funcional avanzado con estadios superiores al estadio VI de la escala de FAST y una esperanza de vida entre 0 y 3 a3os.

En el medio domiciliario, la atenci3n tampoco es la mejor. As3, en un estudio retrospectivo y comparativo de pacientes con c3ncer y pacientes con demencia, se apreci3 que los s3ntomas presentados con mayor frecuencia por los pacientes con demencia en el transcurso del 3ltimo a3o de vida fueron confusi3n mental (83%), incontinencia urinaria (72%), dolor (64%), humor depresivo (61%), estre3imiento (59%) y p3rdida de apetito (57%). Los pacien-

tes con demencia fueron visitados con menor frecuencia por sus médicos de cabecera que los pacientes con cáncer y las personas encuestadas valoraron la asistencia menos favorablemente cuando el alcance de los síntomas identificados parecía indicar unas necesidades sanitarias similares en ambos grupos⁴.

Esta situación, junto con los perfiles de incapacidad, fragilidad y pluripatología va a hacer que los centros gerontológicos se conviertan en unidades gigantescas de cuidados sintomáticos, ¿paliativos?

El dilema se inicia cuando decidimos hacer menos penosa la muerte en lugar de querer prolongar la vida. El planteamiento de los cuidados debe ser dinámico dependiendo de la evolución, no siendo excluyentes la intencionalidad curativa de la paliativa.

Las únicas causas justificables éticamente para la Limitación de Esfuerzo Diagnóstico (LED) o Terapéutico (LET) son la situación clínica, el pronóstico y la opinión del paciente.

El concepto de terminal puede significar diferentes cosas para personas diferentes por lo que para evitar la potencial ambigüedad es imprescindible definir lo que entendemos por enfermedad terminal y cuáles son los objetivos, las bases de la terapéutica y los instrumentos de los cuidados paliativos:

Enfermedad terminal: características⁵.

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Objetivos y bases de la terapéutica⁵:

- Objetivo de confort.
- Bases de la terapéutica.
 - Atención integral.
 - El enfermo y la familia son la unidad a tratar.
 - La promoción de la autonomía y la dignidad.
 - Concepción terapéutica activa.
 - Importancia del «ambiente».
- Instrumentos básicos⁵
 - Control de síntomas.
 - Apoyo emocional y comunicación.
 - Cambios en la organización.
 - Equipo multidisciplinar.

Nosotros añadiríamos:

- Ofrecer a los pacientes oportunidades para dialogar, informarse y participar en las decisiones.
- Apoyo psicológico y espiritual a los pacientes, familia y/o seres queridos.
- No retrasar la muerte.
- No utilizar medidas con «ausencia de beneficio» para el paciente.
- Trabajo multidisciplinar estableciendo objetivos de común acuerdo.

Conclusión: Los cuidados paliativos son diferentes al tratamiento sintomático aunque incluyan a éste.

CONSIDERACIONES PARA LA INCLUSIÓN

Primera consideración

Los criterios de inclusión.

En el caso concreto de la demencia se considera que el estadio 7C o mayor de la escala FAST como criterio mayor de inclusión⁶.

El error pronóstico utilizando esta escala oscila entre el 29 y el 38%⁷⁻⁹.

El uso exclusivo del FAST como método de inclusión puede hacer que muchos pacientes con demencia avanzada no se beneficien de los cuidados paliativos y, por el contrario, otros sean incluidos de forma poco acertada, ya que:

- No todas las EA evolucionan igual.
- No todos los síndromes demenciales son producidos por la EA ya que existen otras enfermedades neurodegenerativas, vasculares, metabólicas, traumáticas... que lo producen.
- Muchos pacientes no pueden clasificarse en estadios concretos, no todos los pacientes con demencia pueden ser estadiados exclusivamente por el FAST, hay series en que esta dificultad se presenta hasta en el 41% de los pacientes⁹.
- Se pueden mejorar los criterios (media de supervivencia: 6,9 meses), si incluimos parámetros como actividades de vida diaria, apetito, situación nutricional, movilidad, complicaciones médicas y un plan de cuidados respecto al uso de medicamentos en enfermedades de carácter agudo⁹. En este sentido tenemos los criterios sostenidos en este trabajo¹⁰ y los del NHO¹¹.

Hospice enrolment criteria for end-stage dementia patients¹⁰

- Signos de deterioro cognitivo muy severo.
- MMS <1.
- Toda la discapacidad es secundaria al deterioro cognitivo.
- Incontinencia.

- Asistencia para comer.
- Asistencia para caminar.
- Asistencia para el baño y aseo.
- Limitada capacidad para hablar y comunicarse con sentido.
- Incapacidad de tomar parte en actividades con algún sentido.
- Complicaciones serias (historia reciente de uno o más de los siguiente problemas:
 - Disfagia.
 - Neumonía por aspiración.
 - Deshidratación.
 - Malnutrición.
 - Infección urinaria grave.
 - Úlceras por presión.
 - Septicemia.
 - Otras complicaciones graves.

NHO Medical guidelines for determining prognosis in dementia¹¹.

Situación funcional

a) Todos los pacientes definidos con estos criterios pueden vivir más de dos años. La supervivencia depende de variables como la incidencia de comorbilidad y de la amplitud del cuidado.

b) Estadio 7 del FAST.

c) Todas las siguientes características:

1. Incapacidad de vestirse sin asistencia.
2. Incapacidad para bañarse.
3. Incontinencia urinaria y fecal.
4. Incapacidad para comunicarse con sentido.
5. Incapacidad a la deambulación sin ayuda.

Presencia de complicaciones médicas

a) Presencia de comorbilidad de suficiente severidad como para requerir tratamiento médico.

b) Comorbilidad asociada con demencia:

- Neumonía por aspiración.
- Pielonefritis u otra infección del tracto urinario superior.
- Septicemia.
- Úlceras por presión múltiples estadio 3-4.
- Fiebre recurrente tras antibioterapia.

c) Disfagia o rechazo de la alimentación, suficientemente severa para que el paciente pueda mantener una toma suficiente de líquidos y calorías para mantenerse con vida y rehusando alimentación enteral y parenteral.

1. Pacientes que recibiendo alimentación enteral tienen documentada una nutrición no adecuada medida por:

- Pérdida de peso no intencionada de más del 10% en los últimos 6 meses.
- La albúmina sérica menor de 2,5 gramos/dl puede servir de ayuda como un indicador pronóstico, pero no debería usarse de forma aislada.

Debemos tener en cuenta que el hecho de incluir a un paciente en un plan de cuidados paliativos puede influir en el tiempo de supervivencia, así pacientes de las características descritas no incluidos en estos planes viven una media de 10,9 meses y sólo el 30% fallece en los seis meses siguientes⁸. Es decir, el plan de cuidados y su filosofía condiciona la supervivencia.

Algunos de los ancianos que se hallan en ese estadio entran por definición en lo que en geriatría denominamos «anciano frágil»¹² (tabla 1).

Este grupo de ancianos se encuentra en alto riesgo de hospitalización, institucionalización, enfermedad aguda y muerte. La secuencia que conduce a un anciano frágil¹⁴ a su situación terminal es un «acontecimiento gatillo» (fractura de cadera, infecciones, ACVA...), que es seguida de otras complicaciones haciendo evidente la «incapacidad de remontar» por agotamiento de su reserva biológica. Estos pacientes fallecen por una acción gatillo que provoca un fracaso multiorgánico.

Las complicaciones se producen de forma recurrente y la capacidad funcional del paciente es fluctuante y dependiente de las descompensaciones.

En este caso hay que ser cauteloso y no caer en el riesgo de deshaucio prematuro.

Segunda consideración

La valoración geriátrica como paradigma integrador del abordaje y seguimiento de los pacientes geriátricos independientemente de su pronóstico¹.

Definición: Se define como un proceso diagnóstico multidimensional, cuádruple y dinámico, habitualmente interdisciplinario¹⁵, dirigido a cuantificar los problemas y capacidad del anciano enfermo en las áreas médica o clínica, funcional, psíquica y social, para diseñar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo^{16,17} utilizando el recurso más idóneo en cada momento¹⁸.

La evaluación global del paciente nos ayudará a ver globalmente la situación individual del enfermo y, por lo tanto, a individualizar y personalizar las decisiones.

Tercera consideración

¿Se han descartado procesos concomitantes que empeoren la situación física y psíquica del paciente y le coloquen en estadiaje más avanzado del que le corresponde?

TABLA 1. Anciano frágil: criterios de inclusión

<p>1. Criterios sanitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patología crónica que condiciona incapacidad funcional. <ul style="list-style-type: none"> • Ictus con secuelas. • Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca hace menos de seis meses. • Enfermedad de Parkinson. • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. • Patología osteoarticular degenerativa. • Caídas. • Déficit visual severo. • Hipoacusia severa. - Enfermedad terminal por: <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia avanzada. • Demencia severa. • Otras con pronóstico vital < seis meses. - Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes. - Prescripción en el último mes de: antihipertensivos, anti-diabéticos o sedantes. - Ingreso hospitalario en los últimos doce meses. Se ha apreciado deterioro funcional en actividades básicas de vida diaria en el 72% de los pacientes durante su ingreso y hasta en un 27% al mes del alta¹³. - Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes. - Deterioro cognitivo. - Depresión. <p>2. Criterios socioasistenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situación económica precaria. - Mayor de 80 años. - Vivir solo. - Viudez menor de un año. - Cambio de domicilio hace menos de un año. - Aislamiento familiar por carencia, pérdida o malas relaciones con su familia. - Aislamiento social. - Carencia de familia pero colaboración o ayuda de vecinos, amigos voluntarios o instituciones. - Incapacidad para funciones básicas de vida diaria. - Problemas de vivienda. - Recluido en domicilio o instituciones. - Rechazo de su situación médica o social.

¿O existe negligencia médica por nihilismo terapéutico? (tabla 2).

Cuarta consideración

¿Cuál ha sido la evolución en los últimos 3-6 meses?

- Velocidad del deterioro. Como impresión personal compartida por otros compañeros podríamos consi-

TABLA 2. Procesos tratables que empeoran funciones cognitivas o provocan-favorecen trastornos conductuales o exarcebación del deterioro cognitivo en el paciente demente

<ul style="list-style-type: none"> - HTA no controlada - Anemia - Hiper-hipotiroidismo - Diabetes mellitus - Infecciones - Arritmias - Neoplasias - Dolor - Secundarismos farmacológicos-iatrogenia (depresión, confusión y reducción del nivel de vigilia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad coronaria - Insuficiencia cardíaca - Insuficiencia respiratoria - Desnutrición - Costipación-fecalomas - Deshidratación - Déficit visual o auditivo
--	--

derar que si el deterioro es mensual el pronóstico será de meses y si el deterioro es de semanas el pronóstico será de semanas.

- Complicaciones médicas (aspiraciones, fractura de cadera, úlceras por presión, procesos infecciosos, desnutrición moderada-severa, sondaje urinario⁸...).

En este sentido sabemos que la mortalidad a los 6 meses para pacientes con estadios finales de demencia y neumonía es del 53% y con fractura de cadera del 55%¹⁹.

Quinta consideración

a) Las directrices previas (principio de autonomía):

- ¿Existen directivas previas escritas por parte del paciente, sobre qué hacer cuando su deterioro sea avanzado?
- ¿Existen directivas previas orales o comentarios, deseos, preferencias (a familia, amigos...) por parte del paciente, sobre qué hacer cuando su deterioro sea avanzado?²⁰.
- ¿En qué momento se hicieron esas directrices?
- ¿Las directrices previas han sido realizadas cuando el paciente era todavía competente? ¿Competente para qué? ¿Es competente para hacer elecciones (fase electiva)?, pero ¿es competente para asumir las consecuencias (fase ejecutiva)?²¹ ¿Cómo se mide eso? Recomiendo la lectura del trabajo de Mezey MD, et al²².
- ¿Desde las orientaciones hasta el suicidio asistido o incluso a la eutanasia²³?

b) ¿Tiene tutor legal?

Sexta consideración

Los avances tecnológicos en materia médica hacen y han hecho que el pronóstico de las enfermedades haya cambiado. La «buena práctica» nos obliga mantener

nuestros conocimientos bajo sospecha. Lo que es bueno o útil hoy, mañana puede ser malo o no ser lo mejor.

Séptima consideración

El consenso

- Tras una información adecuada ¿Se han llegado a acuerdos concluyentes con la familia?
- ¿El resto del equipo (psicólogo, ATS-DUE, trabajador social y médico) en reunión multidisciplinar ha acordado que lo mejor para ese paciente es su inclusión en un programa de cuidados paliativos?

En un estudio realizado por la Sociedad Americana de Gerontología a todos los médicos que la componen (819), otros profesionales (1.000) elegidos de forma aleatoria y familias (500) de la Asociación de Alzheimer se les preguntó sobre cinco niveles de atención para la atención de estadios finales de demencia eligieron los cuidados paliativos el 61% de los médicos, el 55% de otras profesiones y el 71% de las familias²⁴.

Octava consideración

¿El paciente está recibiendo los cuidados necesarios y está siendo atendido en el nivel asistencial adecuado? (principio de justicia) ¿Se impelen medidas para maximizar su calidad de vida²⁵?

- ¿Se le cambia el pañal periódicamente?
- ¿Está limpio?
- ¿Se realizan cambios posturales?
- ¿Se hacen cuidados de la piel?
- ¿De la boca?
- ¿Se cuida su nutrición?
- ¿Se controla el ritmo intestinal?
- ¿Se cuida del sueño?
- ¿Se valora la posibilidad de la existencia de un trastorno depresivo?
- ¿Se hace un control del posible exceso de medicación y la posibilidad de yatrogenia?
- ¿Se ha realizado un control de los déficits sensoriales?
- ¿Disponen de entornos vigilados-protegidos?
- ¿Su patología de base y la sintomatología que produce sufrimiento está controlada?
- ¿La sintomatología conductual está suficientemente controlada?
- ¿Está suficientemente capacitado profesionalmente el personal que atiende al enfermo?
- ¿Está reglamentado el uso de la restricción física?
- ¿Los familiares (cuidador principal) que precisan ayuda la reciben?

- ¿Existe discriminación (por el mero hecho de ser mayor o padecer un síndrome demencial sin otras consideraciones) como método de limitación de recursos sanitarios para este colectivo?
- ¿En el caso de centros gerontológicos existe negligencia institucional en la provisión de recursos?
- A pesar de estar en el nivel asistencial adecuado ¿recibe los cuidados necesarios? Así, en un estudio de supervivencia tras una enfermedad aguda¹⁹ se aprecia que sólo el 24% de los pacientes con últimos estadios de demencia con fractura de cadera recibieron analgesia.

Novena consideración

Podríamos pensar que los pacientes con demencia evolucionada son los candidatos ideales para su inclusión en programas de cuidados paliativos, pues:

- Su pronóstico es malo.
- No están indicados tratamientos médicos agresivos.
- Tienen múltiples complicaciones y problemas derivados de su deterioro cognitivo (incapacidad, falta de evaluación de riesgos, dificultades en la comunicación...).

Pero por otra parte tenemos que considerar que:

- No existe impacto emocional en el paciente debido a lo avanzado de su deterioro cognitivo.
- El impacto emocional en la familia no es tan intenso, pues no se trata de una enfermedad aguda sino de largo recorrido y tienen en la práctica totalidad de los casos tiempo para adaptarse.
- La mayoría de los pacientes tienen > 78 años, edad en la que la idea de la muerte no es extraña ni para la familia ni para el equipo asistencial.

Su inclusión en un programa de cuidados paliativos aseguraría el control sintomático, el apoyo adecuado a la familia y un seguimiento continuado y cercano de los pacientes²⁶.

Pero ¿Son necesarias las Unidades de Cuidados Paliativos convencionales para la atención de estos pacientes? o por el contrario ¿bastaría con unidades de cuidados de otro corte a definir, que no dupliquen servicios y reúnan los cuidados necesarios?

¿Unidades en las que predomine la LED-LET y donde el objetivo sea el confort y la ausencia de síntomas? ¿Deben depender o ser un anexo de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP)? ¿Debe ser responsabilidad de la UCP capacitar a los responsables sanitarios de esas camas en la atención de estos enfermos? De hecho, estos pacientes son atendidos normalmente en Residencias Asistidas o en el domicilio.

Última consideración

Debido a la variabilidad de la evolución de la demencia, es posible que el criterio de supervivencia de 6 meses o menos en una enfermedad de tan larga evolución puede que no sea apropiada²⁷, siendo esta dificultad en la predictividad un criterio mayor para la exclusión de estos pacientes en unidades específicas de cuidados paliativos (hasta en el 80% de los servicios consultados)².

¿Se puede, en determinadas circunstancias (estadaje, complicaciones...) definir que el paciente se «está muriendo» sin definir su esperanza de vida? ya que el tratamiento médico sólo prolonga su situación de «estar muriendo».

CONCLUSIONES

a) La decisión debe tomarse tras la valoración individualizada del paciente, debe amparar elementos de flexibilidad, ya que lo que se pretende es el mayor beneficio para el paciente²⁸ geriátrico en este caso ya que se trata de una enfermedad en la que es difícil hacer pronósticos a medio plazo. Debe ser individualizada, tras un alto grado de reflexión, con información a la familia y, si es posible, consensuada con la misma.

b) Es preciso el desarrollo de programas específicos de cuidados paliativos para enfermos con demencia avanzada.

c) Es imprescindible la formación en cuidados paliativos en los niveles asistenciales donde son atendidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arriola E. Características del anciano que infuyen en la fase terminal. En: Astudillo W, Clavé E, Mendinueta C, Arrieta C. Edita Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián. 2000. p. 73-137.
2. Hanrahan P, Luchins DJ. Access to Hospice Programs in End-Stage Dementia: A National Survey of Hospice Programs. *JAGS* 1995;43:56-9.
3. Arriola E, Buiza C, Yanguas J, López Munain A.. Prevalencia y situación clínica de los ancianos con demencia en Centros Gerontológicos de Gipuzkoa. Comunicación 114 en la XX Reunión de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. San Sebastian. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:45.
4. McCarthy M, Addington-Hall J, Altmann D. The experience of dying with dementia: a retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:404-9.
5. Sanz Ortiz J, Gómez Batiste X, Gómez Sánchez M, Núñez Olarte JM. Manual de Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Edita Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1993. p. 10-2.
6. Luchins DJ, Hanrahan P, Murphy K. Criterios para incorporar a pacientes con demencia en programas de cuidados terminales. *JAGS* 1997;45:1054-9.
7. Christakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare Patients after enrollment in Hospice Programs. *N Engl J Med* 1996;335:172-8.

8. Hanrahan P, Raymond M, McGowan E, Luchins DJ. Criteria for enrolling dementia patients in hospice: a replication. *Am J Hosp Palliat Care* 1999;16:395-400.
9. Luchins DJ, Hanrahan P, Murphy K. Criteria for enrolling dementia patients in hospice. *JAGS* 1997;45:1054-9.
10. Hanrahan P, Luchins DJ. Feasible criteria for enrolling end-stage dementia patients in home hospice care. *Hospice J* 1995;10:47-54.
11. NHO, Stuart B, et al. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. *Hospice J* 1996;11:47-63.
12. Ruipérez Cantera I, Jiménez-Jiménez MP, Hornillos Calvo M, Sepúlveda Moya D. Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. Nuevas tendencias. *Medicine* 1995;6:3838-44.
13. Galeano Arbolea R, Gutiérrez Rodríguez J, Reig Goulart C, San Cristóbal Velasco E, Solano Jaurrieta JJ. Estudio de la incidencia de deterioro funcional secundario a la hospitalización del anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;2:69-73.
14. Botella Trelis JJ, Errando Mariscalet E, Martínez Blazquez V. Los ancianos con enfermedades en fase terminal. En: López Imedio E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Ed Panamericana; 1998. p. 295-9.
15. García JA, Muñoz C, Rivera JM. Valoración geriátrica en atención primaria. *Jano* 1997;1214:45-54.
16. Gil P, Orduña MJ, Hernando AL. Praxis de la valoración integral en la rehabilitación geriátrica. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1993;28:3-13.
17. López J, López-Torres Hidalgo J, Fernández Alonso C, Cerdá Díaz R, López Verdejo MA, Martín Nieto E, Otero Puime A. Características socio-sanitarias de los ancianos con déficit cognitivo. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1997;32:144-50.
18. González Montalvo JJ, Gutiérrez Rodríguez J, Alarcón Alarcón MT. Aplicación de la valoración geriátrica para el correcto uso de niveles asistenciales en la atención al anciano. Propuesta de un diagrama objetivo de toma de decisiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:115-20.
19. Morrison RS, Siu AL. Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA* 2000;284:47-52.
20. Post SG, Whitehouse PJ. Fairhill guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's: a clinical summary. Center for Biomedical Ethics, Case Western Reserve University and the Alzheimer's Association. *JAGS* 1995;43:1423-9.
21. Rhymes JA. When the Bill comes for the autonomy of demented older adults, who pays? Editorial. *JAGS* 1995;43:1437-8.
22. Mezey MD, et al. Advance Directives. Older adults with dementia. *Clin Geriatr Med* 2000;16:255-68.
23. Post SG. Physician-assisted suicide in Alzheimers disease. *JAGS* 1997;45:647-51.
24. Luchins DJ, Hanrahan P. What is appropriate health care for end-stage dementia? *JAGS* 1993;41:25-30.
25. The American Academy of Neurology Ethics and Humanities Subcommittee. Ethical issues in the management of demented patient. *Neurology* 1996;46:1180-3.
26. Shuster JL. Palliative care for advanced dementia. *Clin Geriatr Med* 2000;16:373-86.
27. Volicer L. Hospice care for dementia patients. *JAGS* 1997;45:1147-9.
28. Rojas Jiménez C. Cuidados paliativos en pacientes con demencia avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:46-52.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Astudillo W, Mendinueta C. Cuidados paliativos en enfermedades no neoplásicas. Biblioteca Basica Dupont Pharma. 2000. p. 35-63.
- Sepúlveda Moya D, Jiménez Rojas C. Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:5-12.
- Von Gunten CF, Twaddle ML. Terminal care for noncancer patients. *Clin Geriatr Med* 1996;12:349-58.