



**EL PACIENTE CON DEMENCIA
EN FASE TERMINAL. CUIDADO
PERSONAL Y APOYO A LA FAMILIA**

Enrique Arriola M.

1. INTRODUCCIÓN

La demencia es la principal fuente de deterioro cognitivo, así como de trastornos conductuales y emocionales en las poblaciones de ancianos de todo el mundo. A pesar de que la investigación básica sobre las demencias ha crecido notablemente en los últimos años todavía no existen tratamientos biológicos muy efectivos. Por ello la atención a los pacientes con demencia depende en gran medida de la familia, de los profesionales, del cuidado de la salud y de los servicios sociales. Constituye el ejemplo paradigmático sobre la necesidad de coordinación sociosanitaria y la evaluación geriátrica integral toma más sentido si cabe en esta patología. El tratamiento integral de la enfermedad de Alzheimer (EA) es el ejemplo más importante de puesta a prueba de nuestros conocimientos y constituye uno de los retos más complicados de la atención sociosanitaria.

2. EVOLUCIÓN DE LA DEMENCIA

FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING (FAST)

El *continuun* evolutivo de la EA fue descrito por Reisberg⁽¹⁾ y dio lugar al FAST como método de estadiaje de la enfermedad. Se trata de un patrón evolutivo que nos ayuda a entender el rumbo de la enfermedad aunque hay que decir que la evolución es muy heterogénea y cada caso hay que entenderlo de forma individual.

CAUSAS DE EMPEORAMIENTO

Puede ser físicas, psiquiátricas, ambientales, progresión natural de la enfermedad o una combinación de estos factores + fármacos (efectos secundarios + interacciones). **TABLA 1** Además de los condicionantes anteriores la presencia o ausencia de soporte psicosocial adecuado va a ser determinante en el pronóstico, la evolución y tratamiento de la enfermedad.

Tabla 1. Procesos tratables que empeoran funciones cognitivas, situación funcional o provocan-favorecen trastornos conductuales en el paciente demente

-
- | | |
|--|------------------------------|
| – HTA no controlada | – Enfermedad coronaria |
| – Anemia | – Insuficiencia cardiaca |
| – Hiper-tiroidismo | – Insuficiencia respiratoria |
| – Diabetes Mellitus | – Desnutrición |
| – Infecciones | – Constipación- fecalomas |
| – Arritmias | – Deshidratación |
| – Neoplasias | – Déficit visual o auditivo |
| – Dolor | – Retención urinaria |
| – Cambios ambientales | – Síndrome del cuidador |
| – El cuidador como inductor de psicopatología | |
| – No olvidar la posibilidad de presentación equívoca de la enfermedad en el anciano y las dificultades de comunicación-interpretación en el paciente afecto de demencia. | |
| – Malos tratos o trato inadecuado por falta de formación | |
| – Secundarismos farmacológicos - iatrogenia | |
-

3. EVALUAR PARA CONOCER, CONOCER PARA INTERVENIR

La valoración geriátrica es el paradigma integrador del abordaje y seguimiento de los pacientes geriátricos independientemente de su pronóstico⁽²⁾. Se define como un proceso diagnóstico multidimensional, cuádruple y dinámico, interdisciplinario⁽³⁾, 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^(4,5) utilizando el recurso más idóneo en cada momento⁽⁶⁾.

- **DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL**
- **DE LO COGNITIVO:**

- **DE LOS SINTOMAS PSICOLÓGICOS Y DE CONDUCTA (SCPD)**

- **DEPRESIÓN: CORNELL SCALE⁽⁷⁾** Se trata de una escala diseñada para utilizarla obteniendo información a través de la observación de los cuidadores y una breve entrevista con el paciente. Disponemos de versión española validada⁽⁸⁾.

- **CONDUCTA**

Para definir y valorar la sintomatología conductual aconsejamos el NPI - NH⁽⁹⁾,

- **DOLOR.** El dolor, tanto agudo como crónico, es un síntoma subestimado e infratratado en pacientes ancianos en general y en dementes en particular^(10,11). La prevalencia de dolor en nursing homes varía entre 45-80% y la de deterioro cognitivo alcanza cifras superiores al 50%⁽¹²⁾. Sin embargo los cambios producidos por el envejecimiento en la percepción del dolor son clínicamente insignificantes⁽¹³⁾. En pacientes con demencia se ha comprobado:

1. El menor uso de analgesia tanto en postoperatorios ($\frac{1}{3}$ menos de morfina)⁽¹⁴⁾ como en dolores significativos en la vida diaria⁽¹⁵⁾ y que se quejan menos de dolor.
2. Utilizando el cuestionario (ACPQ) para medir dolor agudo versus dolor crónico y comparado con controles, los pacientes con EA apreciaban mucho más el dolor agudo que el crónico⁽¹⁶⁾.
3. Las demencias vasculares tienen incrementado el componente emocional del dolor y las frontotemporales presentan una mayor tolerancia al mismo⁽¹⁷⁾.

Estas circunstancias pueden explicarse porque las lesiones neuropatológicas de la EA en el locus coeruleus, sustancia gris periacueductal, tálamo, ínsula, amígdala e hipotálamo, alteran todos los componentes de percepción del dolor: el componente emocional, el cognitivo, el de formación de memoria⁽¹⁷⁾, el de umbral y el de respuesta autónomo-vegetativa⁽¹⁸⁾. Pero ello debemos ser cautos y no debemos bajar la guardia en la interpretación de síntoma dolor pues:

1. Se ha comprobado que los pacientes con deterioro cognitivo y capacidad verbal conservada⁽¹⁹⁾ son capaces de describir el

dolor cuando está presente, pero no son capaces de describirlo 24 horas después, es decir, es preciso medir el dolor de forma más frecuente para captarlo.

2. Debemos tener en cuenta que el handicap de expresión oral⁽²⁰⁾ ocurre hasta en $\frac{1}{3}$ de los pacientes y según avanza el deterioro cognitivo las dificultades son crecientes, provocando que estos enfermos puedan estar infratratados.
3. En un estudio retrospectivo y comparativo de pacientes con cáncer y otros con demencia⁽²¹⁾, se apreció que los síntomas presentados con mayor frecuencia en la demencia en el transcurso del último año de vida fueron confusión mental (83%), incontinencia urinaria (72%), dolor (64%), humor depresivo (61%), estreñimiento (59%) y pérdida de apetito (57%). 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 grupos. Si nuestro objetivo como proveedores de servicios de salud es proveer confort, “no dolor” y no sufrimiento, tenemos la obligación ética de considerar cómo vamos a medir estos aspectos en pacientes cognitivamente impedidos. Recomendamos para la evaluación del dolor en fases avanzadas de demencia la escala observacional diseñada por Volicer⁽²²⁾ que entendemos nos puede ayudar a valorar la existencia e intensidad del dolor lo cual redundará en una mejor práctica clínica. **Ver Tabla 2.**

• PÉRDIDA DE PESO Y MALNUTRICIÓN

En el *continuum* evolutivo se produce una progresión de conductas, de las selectivas a las de resistencia y a la disfagia orofaríngea, a medida que la gravedad de la EA aumenta. **La disfagia orofaríngea persistente es un predictor de muerte inminente** atribuible probablemente a una alteración cerebral específica.

Tabla 2. PAINAD (Valoración del dolor en demencia avanzada- Adaptado por Arriola E.-2003)

	0	1	2	Puntuación
Respiración independiente de la verbalización-vocalización del dolor	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes.	
Vocalización - verbalización negativa	Ninguna	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación.	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto	
Expresión facial	Sonriente o inexpressivo	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos.	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física.	
Consolabilidad	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza al hablar o tocarle	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle	
		TOTAL		

Habitualmente estos pacientes toman varios fármacos y estos pueden provocar anorexia, sequedad de boca, gastritis o sedación que pueden interferir en la alimentación. Muchos de ellos están en tratamiento específico y como todos sabemos los fármacos anticoli-

nesterásicos presentan como efectos secundarios más frecuentes los de tipo gastrointestinal. En los distintos grupos estudiados, las náuseas aparecieron en un 17% a 37% de los pacientes, los vómitos en un 8% a 20% de los pacientes, la diarrea en un 7% a 17% (23-25). Con todos estos fármacos se produce anorexia y es posible una pérdida de peso en algunos pacientes. La anorexia reportada con las dosis más altas está entre 8-25% frente al 3-10% con placebo, las pérdidas de peso >7% se dan entre 10-24% frente al 2-10%. De cualquier modo es preciso tener en cuenta que los estudios no fueron realizados para este objetivo por lo que se hace necesaria cautela para la interpretación de estos resultados.

En cuanto a las opciones terapéuticas tenemos tres posibilidades:

A) Formación del cuidador: Las puntuaciones más altas en medidas de carga y grado de estrés del cuidador se relacionan entre otras causas con el grado de pérdida de peso del paciente^(26,27). Los mejores resultados no los proporciona el tratamiento médico sino el cuidado cotidiano adecuado por parte del cuidador^(28,29): facilitar herramientas formativas (charlas, documentación, etc.) previene pérdidas de peso en estos pacientes frente a grupos control (13% frente al 29% en el grupo control; $p < 0,005$ en un seguimiento a 1 año)⁽³⁰⁾. Las reglas básicas que se les recomiendan se resumen en los siguientes puntos⁽³¹⁾:

- Evitar adoptar una actitud hostil.
- Tomarse el tiempo necesario.
- No oponerse a la situación ni intentar razonar con el paciente en contra de su opinión.
- Distraer al paciente, si es necesario, para evitar conflictos.

La calidad de la interacción⁽³²⁾ entre enfermo y cuidador da cuenta hasta del 32% de la varianza en la proporción de alimento consumido. Por otra parte el ascendiente se correlaciona significativamente con la proporción de alimento consumido, mientras que la empatía del cuidador no.

B) Intervención nutricional y/o farmacológica: No cabe duda la importancia de una alimentación equilibrada, cardiosaludable, variada, rica en antioxidantes e hipercalórica de forma preventiva o cuando comience la pérdida de peso puede ser de gran utilidad.

Cuando esta alternativa se torna insuficiente podemos echar mano de los estimulantes del apetito.

Los cannabinoides tienen un efecto estimulador del apetito. Se ha utilizado con éxito el dronabinol para el tratamiento de la pérdida de peso asociada a anorexia en pacientes con sida⁽³³⁾. El acetato de megestrol mejora el apetito y aumenta el peso en los pacientes oncológicos⁽³⁴⁾. En un estudio realizado en este tipo de pacientes se ha observado que aumenta el apetito y el peso con más eficacia que el dronabinol⁽³⁵⁾. En este mismo estudio se probó el tratamiento combinado con ambos fármacos, aunque la asociación no demostró beneficios respecto a la monoterapia. Los efectos secundarios más frecuentes del acetato de megestrol son los de tipo gastrointestinal y los más graves, los fenómenos tromboembólicos. Puede aparecer impotencia en varones, aspecto irrelevante en estadios avanzados de la enfermedad.

C) Nutrición parenteral. Existe suficiente bibliografía cuyos resultados muestran que la nutrición artificial en este tipo de pacientes no mejora los parámetros nutricionales, no evita el deterioro nutricional ni mejora la supervivencia y provoca, además, complicaciones muchas veces mortales (36-39) por lo que de forma genérica e individualizando la decisión no aconsejamos la colocación de sondas nasogástricas para la alimentación.

4. TRATAMIENTO

FISIOTERAPIA PASIVA⁽⁴⁰⁾

Básicamente para la prevención de la rigidez y anquilosis articular: Se procederá a la movilización de la articulación en todo el arco de movimiento con el fin de conservarlo. Las movilizaciones deben ser lentas y cuidadosas, con estiramientos de carácter suave, progresivo y terminales sostenidos. Se realizarán entre 6-10 movilizaciones en dos sesiones/día. En caso de contracturas musculares: se harán estiramientos suaves lentos y progresivos.

• **SCPD SÍNTOMAS SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** Agitación, los síntomas psicóticos o delirantes, la agitación verbal, los síntomas depresivos, la hostilidad, la agresividad y las alucinaciones.

NO SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: No mejoran o lo hacen poco con medicamentos: vagabundeo, comportamiento social inadecuado (desnudarse en público, robo de objetos, preguntas repetitivas...), actividades repetitivas sin objeto, atesorar cosas y la tendencia al aislamiento⁽⁴¹⁾.

* FARMACOLÓGICO / ASPECTOS PREVIOS

a) Criterios de uso inadecuado de fármacos en el anciano⁽⁴²⁾

Hay fármacos que por la interacción de su farmacocinética y farmacodinamia⁽⁴³⁾ con los procesos de envejecimiento y con la comorbilidad normalmente acompañante provoca que las reacciones adversas (RA) sean más frecuentes. Diversos grupos de expertos en geriatría y farmacología han elaborado a través de un consenso listados de medicamentos que pueden ser potencialmente inapropiados para personas mayores^(44,45). Pensamos que estos criterios pueden ser útiles en su aplicación en dementes, en cuanto, en su mayoría se trata de personas mayores Ver TABLA 3 y 4.

Tabla 3. Criterios de uso inadecuado de fármacos en el anciano

* Reac. Adversas que afectan al estado cognitivo: Medicamentos implicados: todos aquellos con efectos anticolinérgicos, benzodiazepinas de larga acción, antiepilépticos y fármacos no psicoactivos como antihistamínicos H₂, digoxina, betabloqueantes, antihipertensivos, corticoides, AINEs y antibióticos (principalmente betalactámicos y quinolonas).

* RA sobre la circulación ortostática y control postural: importante causa de caídas. Fármacos implicados: antihipertensivos, fármacos con actividad bloqueante alfa-adrenérgica (fenotiacinas), que disminuyen el tono simpático (barbitúricos, bz, antihistamínicos), antiparkinsonianos (levodopa), o de volumen plasmático (diuréticos).

* RA sobre la termorregulación: Fenotiazinas, barbitúricos, bz, antidepresivos tricíclicos, opiáceos o el alcohol.

Otras: estreñimiento, retención urinaria, glaucoma por efectos anticolinérgicos.

b) Principios generales y comentarios sobre el tratamiento psicofarmacológico en el anciano demente:

- Intentar conocer la causa por la que nuestro paciente tiene un trastorno de conducta, definirlo y cuantificarlo. No descartar la posibilidad del cuidador como inductor de psicopatología (o “la mano que mece la cuna”) en el demente, el cónyuge por el mero hecho de serlo no le convierte en el mejor cuidador del mundo, de hecho la falta de comprensión de la enfermedad o un alto nivel de exigencia pueden desencadenar agitación.
- Considerar las intervenciones no farmacológicas (conductuales-ambientales) antes del tratamiento farmacológico. (La “tentación farmacológica”: lo más fácil, es prescribir un fármaco)⁽⁴⁶⁾.
- Si utilizamos fármacos, es preciso tener en cuenta que todo cambio requiere su tiempo, no hacerlo, provocará un exceso de farmacología y de iatrogenia⁽⁴⁶⁾.
- Se da por supuesto que se ha evaluado la posible presencia de factores tratables que pueden causar o exacerbar la demencia, así como de trastornos médicos generales o de otro tipo que pueden influir en su tratamiento⁽⁴⁷⁾. Ver TABLA 1.
- En caso de que la sintomatología sea leve o leve-moderada iniciar primero medidas no farmacológicas. Sólo cuando la sintomatología sea severa o moderada-severa iniciar directamente tratamiento farmacológico.
- Antes de usar un neuroléptico descartar historia de hipersensibilidad a estos fármacos y considerar la posibilidad de demencia por cuerpos de Lewy.
- Empezar con dosis bajas y subir lentamente sólo si es necesario. Esta es la primera norma que suele ser olvidada.
- En el anciano se produce un deterioro de excreción renal y metabolismo hepático que provocan un aumento de la vida media de los fármacos en general y un riesgo de acumulación.
- El envejecimiento provoca un aumento de la masa grasa con lo que los fármacos liposolubles tienen un aumento de su volumen de distribución por lo que sus efectos son más duraderos y su eliminación más lenta: diazepínicos y neurolépticos⁽⁴⁸⁾.

- Escoger el fármaco en base a su farmacocinética, farmacodinamia y efectos secundarios.
- Evitar la polifarmacia.
- Las distintas estrategias terapéuticas deben incluir tanto intervenciones farmacológicas como intervenciones no farmacológicas, según la causa subyacente.
- Los ancianos tienen el riesgo de mayor incidencia de efectos secundarios: ortostatismo, efectos anticolinérgicos, sedación y efectos extrapiramidales debido a un aumento de la sensibilidad y de la vulnerabilidad frente a los psicofármacos. El paciente con deterioro cognitivo en ocasiones no es capaz de identificar los efectos secundarios de la medicación, preguntar siempre a su cuidador principal.
- En general y como “consigna” debemos tener en cuenta de no utilizar fármacos si la sintomatología no produce riesgos o sufrimiento para sí mismo, para los demás pacientes ni para el personal, utilizando en estos casos cambios ambientales o intervenciones de carácter psicosocial de forma exclusiva.
- Valorar si la conducta es insoportable y para quién.
- Los fármacos pueden empeorar la situación mental del anciano, es decir, las cosas se pueden poner peor y más difíciles todavía. Los fármacos pueden ser inductores de psicopatología y parkinsonismo o “Doctor, mi madre está mucho mejor desde que no toma las pastillas”.

Tabla 4. Fármacos potencialmente inapropiados en personas mayores

a) Independientes del diagnóstico:

- A evitar siempre
 - Barbitúricos (excepto fenobarbital en epilepsia). Producen más efectos adversos que la mayoría de otros hipnótico-sedantes en ancianos y dependencia con mayor facilidad.

No deberían utilizarse como tratamiento nuevo excepto para el control de las convulsiones

- Clorpropamida. Posee una prolongada semivida y puede causar hipoglucemias graves y duraderas. Es el único hipoglucemiante oral que produce síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.
- Meperidina: No es eficaz como analgésico oral y presenta muchas desventajas en comparación con otros narcóticos, con frecuencia confusión.
- Pentazocina: analgésico narcótico mixto (agonista-antagonista) que produce más efectos adversos en el SNC (Ej. Alucinaciones, confusión) y con más frecuencia que otros narcóticos.
- Escopolamina: anticolinérgico con estructura de amina terciaria, que penetra la barrera hematoencefálica, con efectos adversos mayores que en el caso de la butilescolamina (Buscapina®).
- Raramente apropiados
 - Benzodiazepinas de vida media larga: El clorazepato, diazepam, flurazepam y nitrazepam poseen una semivida larga en los pacientes mayores (de días), favoreciendo la aparición de sedación prolongada, las caídas y fracturas. Si son necesarias, se prefieren las bz de acción corta o intermedia.
 - Carbamatos (Miorrelajantes de acción central): La mayoría de los relajantes musculares y antiespasmódicos son mal tolerados por las personas mayores, por sus efectos anticolinérgicos, sedación y debilidad. Su eficacia, a las dosis toleradas en ancianos, es cuestionable; si es posible, deberían evitarse.
 - Dipiridamol: frecuentemente produce hipotensión ortostática en los pacientes mayores. Sólo es beneficioso en pacientes con válvulas cardíacas artificiales.
 - Metildopa

La metildopa puede producir bradicardia y agravar la depresión en los pacientes mayores. Existen otros tratamientos alternativos para la hipertensión

- Reserpina: Produce riesgos innecesarios en las personas mayores, depresión, sedación e hipotensión ortostática. Existen alternativas más seguras
 - Algunas indicaciones, con precaución
 - Amitriptilina / Actividad anticolinérgica. Hipertrofia prostática, glaucoma
 - Indometacina / Es el AINE que más afecta al SNC, pudiendo provocar confusión o vértigos.
 - Antihistamínicos H1 anticolinérgicos: Clorfeniramina, difenhidramina, hidroxicina, prometazina, cexclorfeniramina poseen propiedades anticolinérgicas.
 - Antiespasmódicos urinarios: Tolterodina, cloruro de trospio y sobretodo oxibutinina poseen actividad anticolinérgica.
-

DEPRESIÓN

El trastorno depresivo afecta más a los enfermos vasculares que a los que padecen EA Como termino medio podemos decir que afecta entre el 15-17% de los EA mientras que a los DV afecta al 50-60%. Se recomienda el uso de antidepresivos en comorbilidad con otros procesos:

- Si hay importante anorexia o pérdida de peso: mirtazapina
- Si hay sintomatología estirapiramidal: evitar ISRS.
- En cardiópatas: ISRS o trazodona
- En parkinson: tricíclicos (pues su efecto anticolinérgico puede ser beneficioso), meclobemida.
- En epilepsia: ISRS: Básicamente cita o escitalopram
- Los antidepresivos de elección en el paciente con demencia son: ISRS.

ANSIEDAD

No descartar nunca que la ansiedad puede ser yatrógena (fluo-xetina, neurolepticos...). Para el control de trastornos leves se recomienda el uso de benzodiazepinas de vida media corta⁽⁴⁹⁾ (Alprazolam, Oxacepan, Lorazepan todos ellos a dosis bajas). Hay que tener en cuenta:

- Lo mejor es utilizar fármacos de semivida corta o intermedia por el riesgo de acumulación, aunque ocasionalmente en pacientes con ansiedad diurna e insomnio pueden estar justificadas las de vida más larga.
- Ojo con benzodiazepinas!: Pueden producir: sedación, ataxia, descoordinación motora, amnesia anterógrada, disminución de la atención, confusión, disartria, marcha inestable, agitación paradójica, caídas y aumento de la dependencia física. Las diazepaminas de acción corta se asocian a la aparición de síntomas de rebote, cuando se suprimen bruscamente. Estos síntomas incluyen: exacerbación de la ansiedad, decaimiento y alteración de la percepción-confusión.

TRASTORNOS DE CONDUCTA

A pesar de la poca evidencia científica de su beneficio los neurolepticos en esta indicación son los más utilizados.

Indicaciones de los neurolepticos en la demencia: agitación con riesgo para los demás, gritos-alaridos continuos, deambulación, alucinaciones o paranoia que causen malestar o impidan el funcionamiento normal del paciente.

Razones únicas no apropiadas para el uso de neurolepticos en la demencia: agitación aislada, ansiedad, depresión sin psicosis, impaciencia-inquietud, deterioro de memoria, indiferencia, insomnio, pobre autocuidado, apatía, falta de cooperación, insociabilidad, vagabundeo⁽⁴⁹⁾. Actualmente básicamente se utilizan: de los clásicos el haloperidol para cuadros confusionales agudos (el resto ya apenas se usan por sus efectos secundarios) y los conocidos como atípicos (antagonistas de la serotonina-dopamina): clozapina para casos resis-

tentes por los problemas de uso (analítica frecuente por el riesgo de agranulocitosis + barreras administrativas) y la risperidona y la quetiapina. El único que tiene aceptada la indicación es la risperidona. *En los casos en los que no esté aprobada la indicación recomendamos el consentimiento informado por parte del representante legal.*

Posología: RISPERIDONA: 0'5-1'5mg/día.
QUETIAPINA: 25-300mg/día.

Los trastornos del sueño se dan hasta en el 50-80% de los pacientes con EA siendo más frecuentes en pacientes con componente depresivo.

En general se trata más de un trastorno del ritmo nictameral que de un insomnio genuino.

De primera intención utilizar:

1. Si hay confusión utilizar: Clometiazol 2-4 comp.
2. Trazodone (25-50mg) o Zolpidem (10-20mg).
3. Neuroléptico sedante

5. CRITERIOS DE INCLUSION EN LA FASE ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS⁽⁵⁰⁾

La secuencia que conduce a un anciano frágil⁽⁵¹⁾ (en este caso, un paciente con demencia avanzada) 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. En el caso concreto de la demencia se considera que el estadio 7C o mayor de la escala FAST como un criterio mayor de inclusión⁽⁵²⁾. El error pronóstico utilizando sólo esta escala oscila del 29-34%^(53,54).

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 los 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 pacientes.⁽⁵²⁾
 - 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 agudo⁽⁵²⁾ aspectos e indicadores típicos todos ellos asumidos desde siempre por la geriatría. Con cualquier criterio que apuntemos, debemos asumir que va a haber desviaciones en la supervivencia incluso en situaciones catastróficas para el paciente (medicamente hablando). Asumiendo estas premisas, presentamos los criterios sostenidos en este trabajo⁽⁵⁵⁾ y los del NHO⁽⁵⁶⁾.
- A) Hospice enrollment Criteria for end-stage dementia patients⁽⁵⁵⁾
- 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 mas de los siguiente problemas:
 - Disfagia
 - Neumonía por aspiración
 - Deshidratación

- Malnutrición
- Infección urinaria grave
- Úlceras por presión
- Septicemia
- Otras complicaciones graves

B) NHO (National Hospice Organization) Medical guidelines for determining prognosis in dementia⁽⁵⁶⁾

I) SITUACIÓN FUNCIONAL

A) Todos los pacientes definidos con estos criterios pueden vivir más de 2 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

II) 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.

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.

Los criterios predictivos más “fuertes” son⁽⁵²⁾: el estadiaje del FAST 7C o mayor (en los casos que se puede utilizar este método), la incapacidad para la movilidad, el apetito, la incapacidad funcional y el número de complicaciones médicas, sin que se aprecie un papel más relevante en una determinada comorbilidad pues existe la dificultad de que los pacientes tienen varias complicaciones médicas. Las complicaciones se producen de forma recurrente y la capacidad funcional del paciente es fluctuante y dependiente de las descompensaciones.

Otro método de cálculo ha sido desarrollado recientemente y publicado en la revista JAMA⁽⁵⁷⁾. Se incluyó a 6799 pacientes con demencia avanzada (MMS<5puntos) ingresados en residencias de Nueva York y a otros 4631 más, ingresados en residencias de Michigan. La puntuación de riesgo se derivó de los datos de los pacientes de Nueva York, y la escala fue validada con la muestra de Michigan. Todas las características evaluadas en los pacientes forman parte del *Minimum Data Set* (Conjunto Mínimo de Datos) que habitualmente se utiliza en todas las residencias de este tipo en los Estados Unidos. Este método nos puede ayudar a cuantificar el riesgo de mortalidad a seis meses y puede ayudarnos a darnos soportes en la toma de decisiones. Ver TABLA 6 y 7.

Tabla 6. Pronóstico vital a 6 meses en pacientes con demencia avanzada internados en “nursing home”

Factor de riesgo	Valor	Puntuación
Actividades de la vida diaria = 28	1.9	
Sexo masculino	1.9	
Padecer cáncer	1.7	
Padecer insuficiencia cardíaca congestiva	1.6	
Necesidad de oxigenoterapia en las dos semanas previas	1.6	
Presencia de respiración superficial	1.5	
Ingerir < 25% del alimento en la mayoría de las comidas	1.5	
Situación médica inestable	1.5	
Incontinencia fecal	1.5	
Encamamiento	1.5	
Edad > 83 años	1.4	
No estar despierto durante la mayor parte del día	1.4	
Puntuación total de riesgo, redondeada al entero más próximo (0-19):		

Tabla 7. Estimación del riesgo de mortalidad en base a la puntuación extraída del minimum data set

Si la puntuación total de riesgo es igual a...	El riesgo estimado de muerte en 6 meses es del:
0	8.9 %
1 ó 2	10.8 %
3, 4 ó 5	23.2 %
6, 7 u 8	40.4 %
9, 10 u 11	57.0 %
>= 12	70.0 %

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 apropiada (58) 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)⁽⁵⁹⁾. “EL IMPACTO DE LA INCERTIDUMBRE”.

REFLEXIÓN: ¿Se puede, en determinadas circunstancias (estadiaje, 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”.

CONCLUSIÓN: 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 paciente 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.

• COBERTURA GENERAL DE NECESIDADES

Hoy⁽⁶⁰⁾ se considera que los cuidados paliativos son el mejor tratamiento posible en determinadas situaciones (incluyendo la demencia) para nuestros pacientes en los que el objetivo es la mejor calidad de vida posible y el principal el confort, en los que los cuidados pasarían de “high tech” a “high touch”⁽⁶¹⁾.

Los cuidados necesarios: su cantidad y calidad:

- ¿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 vida⁽⁶²⁾? ¿Se mide la calidad de los cuidados en todo su proceso?⁽⁶³⁾
- ¿Se le cambia el pañal periódicamente?
- ¿Los miembros del equipo de atención conocen a los pacientes por su nombre?

- ¿Existen actividades y adaptaciones personales de éstas?
- ¿Existen servicios o asistencias de geriatra, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta con sus respectivos programas de intervención?
- ¿El personal está cualificado y entrenado para la atención que dispensa?
- ¿Se vigila la administración de medicamentos?
- ¿Se realiza una evaluación geriátrica con valoración de estado nutricional?
- ¿ Está limpio?
- ¿Se realizan cambios posturales?
- ¿Se registra periódicamente la existencia de “equivalentes” de dolor. Ver TABLA 10
- ¿Se hacen cuidados de la piel?
- ¿De la boca?
- ¿De la piel?
- ¿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?
- ¿Existe una continuidad de cuidados en situaciones de emergencia?
- ¿ Dispone de entornos vigilados-protegidos?
- ¿Su patología de base y la sintomatología que produce sufrimiento está controlada?
- ¿La sintomatología conductual está suficientemente controlada?

- ¿Está reglamentado el uso de la restricción física?
 - ¿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 aguda se aprecia que sólo el 24% de los pacientes con últimos estadios de demencia con fractura de cadera recibieron analgesia.
- * CAMBIOS POSTURALES EN ENCAMADOS⁽⁶⁴⁾.

6. APOYO A NECESIDADES DE LA FAMILIA

Soporte a la familia: Los médicos deben estar preparados para ayudar a los cuidadores con angustia, negación, ansiedad, culpa, pesadumbre, dolor moral y depresión y ajustarles a la progresión de la enfermedad. El ajuste de los cuidadores es complejo y cíclico, potencialmente reactivado con la aparición de diferentes dependencias y síntomas en cada nuevo estadiaje de la enfermedad. Los grupos de autoayuda pueden aliviar esta sensación de aislamiento que se puede experimentar durante el largo proceso de progresión de la enfermedad. La intervención más efectiva en el soporte de cuidadores es el establecimiento de una relación de verdad y comunicación abierta en el proceso de tratamiento como un soporte para él, para su salud y bienestar y minimizando las sensaciones de abandono.

• ABORDAJE DEL CUIDADOR

El cuidador precisa cuidados para seguir cuidando. Va a ser nuestro aliado en todo momento. La calidad del cuidado va a depender absolutamente de él. Su claudicación generará: institucionalización, malos tratos, problemas conductuales...

Todo el abordaje, lo que pretende es prevenir lo que se conoce por “síndrome del cuidador”. La prevención de síndrome del cuidador se realiza mediante:

- Monitorizando cuidadosamente el nivel de demanda física del cuidado, la repercusión emocional, el nivel de aislamiento, las repercusiones económicas, la sensación de bienestar personal y el nivel de “carga”.
- Indicando descansos psicológicos periódicos para recuperar energía. No descartando nunca la posibilidad de la ayuda externa pública ó privada. Esto constituye un aspecto fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados y el bienestar del paciente.
- **DOS MENSAJES CLAVE:**
 1. CUIDAR AL CUIDADOR, ES OPTIMIZAR EL CUIDADO DEL ENFERMO.
 2. EL CUIDADOR, RINDE MÁS, SI SE CUIDA.

7. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN⁽⁶⁵⁾

No cabe duda que la atención y su objeto debe ser medida y evaluada por todos los agentes que han participado en ella y debe estar relacionada con la satisfacción con los cuidados al final de la vida (dirigido a conocer la satisfacción del cuidador con el cuidado), el manejo de los síntomas y la valoración del confort en el momento de la muerte. Es importante monitorizar la calidad de los cuidados al final de la vida y debemos esforzarnos por conseguir su desarrollo.

El cuestionario que se presenta fue desarrollado por Volicer para la medición de la calidad de los cuidados en “los últimos 90 días”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sclan, S.G., Reisberg, B. Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer’s disease: reliability, validity and ordinality. *Int Psychogeriatr* 1992; 4 (suppl 1): 55-69.

2. Arriola, E. Características del anciano que influyen en la fase terminal. En Astudillo, W., Clavé, E., Mendinueta, C., Arrieta, C. Edita Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián. 2000; 73-137.
3. García, J.A., Muñoz, C., Rivera J.M. Valoración geriátrica en atención primaria. Jano. 1997; 1214:45-54.
- 4.-Gil, P., Orduña, M.J., Hernando, A.L. Praxis de la valoración integral en la rehabilitación geriátrica. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1993; 28:3-13.
5. López, J. y cols. Características socio-sanitarias de los ancianos con déficit cognitivo. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1997; 32:144-150.
6. González Montalvo, J.I., Gutiérrez Rodríguez J., Alarcón Alarcón, M.T. 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; 33:115-120.
7. Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.A. Cornell scale for depression in dementia. Biol Psychiatry. 1988; 23:271-284.
8. Pujol J., de Aspiazu P., Salamero M., Cuevas, R. Depressive symptoms in dementia. The Cornell Scale: validation of the Spanish version. Rev Neuro 2001;33:397-398.
9. Cummings, J.L. et al. The Neuropsychiatric Inventory. Neurology. 1994; 44:2308-2314.
10. Stein, W.M. Pain in the nursing home. Pain Management in the Elderly. Clin Geriatr Med 2001; 17(3):575-594.
11. Feldt, K.S., Ryden M., Miles, S. Treatment of pain in cognitively impaired with cognitively intact older patients with hip-fracture. JAGS 1998; 1079-1085.
12. Ferrell, B.A. Pain evaluation and management in the nursing home. Ann Intern Med 1995; 123:681-7.
13. Harkins, S.W. Geriatric pain: Pain perceptions in the old. Clin Geriatr Med 1996; 12:435-459.
14. Morrison, Rs., Siu, A.L. Survival in end-stage dementia following acute illness. JAMA. 2000; 284(1):47-52.
15. Mantyselka, P., Hartikainen, S., Louhivuori-Laako, K., Sulkava, R. Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study. Age Ageing. 2004 Sep; 33(5):496-9.
16. Scherder, E., Bouma, A. Acute versus chronic pain experience in Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord 2000; 11:11-16.

17. Scherder, E.J.A., Sergeant, J.A., Swaab, D.F. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol* 2003; 2:677-686.
18. Rainero, I., Vighetti, S., Bergamasco, B., Pinessi, L., Benedetti, F. Autonomic responses and pain perception in Alzheimer's disease. *Eur J Pain* 2000; (3):267-74.
19. Stein, W.M. Pain in the nursing home. *Pain Management in the Elderly. Clin Geriatr Med* 2001; 17(3):575-594.
20. Krulewitsch, H., London, M.R., Skakel, V.J. et al. Assessment of pain in cognitively impaired older adults: A comparison of pain assessment tools and their use by nonprofessional caregivers. *JAGS* 2000; 48(12):1607-1611.
21. McCarthy, M., Addington-Hall, J., Altmann, D. The experience of dying with dementia: a retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997; 12:404-409.
22. Warden, V., Hurley, A.C., Volicer, L. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4:9-15.
23. Rogers, S.L., Farlow, M.R., Doody, R.S., Mohs, R., Friedhoff, L.T. A 24-week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. Donepezil Study Group. *Neurology* 1998; 50:136-145.
24. Rosler, M., Anand, R., Cicin-Sain, A. y cols. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: International randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 318:633-638.
25. Wilcock, G.K., Lilienfeld, S., Gaens, E. Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: Multicentre randomised controlled trial. Galantamine International-1 Study Group. *BMJ* 2000; 321:1445-1449.
26. Guyonnet, S., et al. A prospective study of changes in nutritional status in Alzheimer's patients. *Arch Gerontol Geriatr* 1998; Suppl 6:225-262.
27. Gillette-Guyonnet, S., et al. Weight loss in Alzheimer's disease. *Am J Clin Nutr* 2000; 71 (2): 637S-642S.
28. Riviere, S., Gillette-Guyonnet, S. y cols. Nutrition and Alzheimer's disease. *Nutr Rev* 1999; 57:363-367.
29. Brodaty, H., Gresham, M., Luscombe, G. The Prince Henry Hospital Dementia caregiver's training programme. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12:183-192.

30. Rivière, S., et al. Nutrition and Alzheimer's disease. *Nutr Rev* 1999; 57:363-367.
31. Finley, B. Nutritional needs of the person with Alzheimer's disease: Practical approaches to quality care. *J Am Diet Assoc* 1997; 97 (Supl. 2): s177-s180.
32. Amella, E.J. Factors influencing the proportion of food consumed by nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:879-885.
33. Beal, J.E., Olson, R., Lefkowitz, L. y cols. Long-term efficacy and safety of dronabinol for SIDA Syndrome-associated anorexia. *J Pain Sympt Manage* 1997; 14:7-14.
34. Maltoni, M., Nanni, O., Scarpi, E. y cols. High-dose progestins for the treatment of cancer anorexia-cachexia syndrome: A systematic review of randomised clinical trials. *Ann Oncol* 2001; 12:289-300.
35. Jatoi, A., Windschitl, H.E., Loprinzi, C.L. y cols. Dronabinol versus megestrol acetate versus combination therapy for cancer-associated anorexia: A North Central Cancer Treatment Group study. *J Clin Oncol* 2002; 20:567-573.
36. Henderson, C.T., Trumbore, L.S., Mobarhan, S et al. Prolonged tube feeding in long-term care: nutritional status and clinical outcomes. *J. Am. Coll. Nutr.* 1992; 11:309-325.
37. Kim, Y. To Feed or Not To Feed: Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia. *Nutr. Rev* 2001; 59(3, Part.I):86-88.
38. Dharmarajan, T.S., Unnikrishnan, D., Pitchumoni, C.S. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Outcome in Dementia. *Am. J. Gastroenterol* 2001; 96:2556-2563.
39. Finucane T.E.; Christmas C.; Travis, K. Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia: A Review of the Evidence. *JAMA* 1999; 282(14):1365-1370.
40. Madruga Galán, F., Carbonell Collar A. Medidas preventivas en el síndrome de inmovilidad. *Geriatría.* 1999; 1:35-55.
41. Zayas, E.M., Grossberg, G.T. Treating the agitated Alzheimer patient. *J Clin Psychiatry.* 1996; 57(suppl 7):46-51.
42. Arriola Manchola, E., Alaba Trueba, J., Hernanz, C. Comorbilidad médica en la enfermedad de Alzheimer evolucionada. *Med Clin Monogr* 2004; 5(6):39-42.

43. Catterson, M.L., Preskorn, S.H., Martin, R.L. Pharmacodynamic and pharmacokinetic consideration in geriatric psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(1): 205-18.
44. Beers, M.H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997; 157:1531-6.
45. Fick, D.M., Cooper, J.W., Wade, W.E. et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003; 163:2716-2724.
46. Sumer, D.V., Davidoff, D.A., Kambhampati, K.K. Tratamiento de pacientes de edad avanzada con agitación en las residencias de ancianos: el papel de los agentes antipsicóticos atípicos. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 19):50-55.
47. American Psychiatric Association. Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano. EDIKA MED. Barcelona. 1998.
48. Thacker, S., Jones, R. Uso de neurolépticos en la demencia: revisión de aspectos recientes. En *Investigación y práctica en la enfermedad de Alzheimer*. Ediciones Glosa. Barcelona. 1998; Tomo II:195-204.
49. Mort, J.R., Tasler, M.K. Managing dementia-related behavior in the community. *J Am Pharmaceutical Association*. 1996; NS36(4):249-256.
50. Arriola, E. criterios de terminalidad.
51. Botella Trelis, J.J., Errando Mariscalet, E., Martínez Blázquez, V. Los ancianos con enfermedades en fase terminal. En: López Imedio, E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Ed. Panamericana. Madrid. 1998:295-299.
52. Luchins, D.J., Hanrahan, P. Murphy, K. Criteria for enrolling dementia patients in hospice. *JAGS*. 1997; 45(9):1054-1059.
53. Christakis, N.A., Escarce, J.J. Survival of Medicare Patients after enrollment in Hospice Programs. *N Engl J Med*. 1996; 335(3):172-178.
54. Hanrahan, P., Raymond, M., McGowan, E., Luchins, D.J. Criteria for enrolling dementia patients in hospice: a replication. *Am J Hosp Palliat Care*. 1999; 16(1):395-400.
55. Hanrahan, P. Luchins, D.J. Feasible criteria for enrolling end-stage dementia patients in home hospice care. *Hospice, J*. 1995; 10:47-54.
56. NHO, Stuart B et al. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. *Hospice, J*. 1996; 11:47-63.

57. Susan, L. Mitchell et al. Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. JAMA 2004; 291:2734-2740.
58. Volicer, L. Hospice care for dementia patients. JAGS. 1997; 45(9):1147-1149.
59. Hanrahan, P. Luchins, D.J. Access to Hospice Programs in End-Stage Dementia: A National Survey of Hospice Programs. JAGS. 1995; 43(1):56-59.
60. Van Nes, M.C., Michel, J.P. Palliative care and severe dementia (Letters to the editor) JAGS 1999; 47(3):379.
61. Volicer, L., McKee, A., Hewitt, S. Dementia. End Palliative Care. Neurol. Clinics 2001; 19(4).
62. The American Academy of Neurology Ethics and Humanities Subcommittee. Ethical issues in the management of demented patient. Neurology. 1996; 46(4):1180-1183.
63. Lynn, J. Measuring quality of care at the end of life: A statement of principles. JAGS 1997; 45:526-527.
64. Arriola Manchola, E., Inza Iraola, B. Protocolos de atención en residencias para personas mayores. Edita Diputación Foral de Gipuzkoa. San Sebastian. 1999:126-152; 153-161; 201-215.
65. Volicer, L., Hurley, A.C., Blasi, Z.V. "Scales for evaluation of End-of- life care in Dementia". Alzheimer Disease and Associated Disorders. 2001; 15(4):194-200.

