

**EFFECTIVITAT DELS EQUIPS DE CURES
PAL·LIATIVES EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC
DE MALALTS ONCOLÒGICS AVANÇATS**

TESI DOCTORAL

Rosa Roca Casademont

**EFFECTIVITAT DELS EQUIPS DE CURES
PAL·LIATIVES EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC
DE MALALTS ONCOLÒGICS AVANÇATS**

Memòria de Tesi Doctoral per aspirar al grau de Doctor per la Universitat
de Barcelona

UNIVERSITAT DE BARCELONA

Facultat de Medicina

Departament de Medicina

DIRECTORS: Dr. Juan José Grau de Castro
Dr. Xavier Gómez Batiste-Alentorn

AUTORA: Rosa Roca Casademont

Per als malalts

AGRAÏMENTS

Dr. Xavier Gómez Batiste, Dr. Josep Porta, Dr. Albert Tuca, Dr. Jose Espinosa i la resta de companys del Servei de Cures Pal·liatives de l'Institut Català d'Oncologia de l'Hospital Duran i Reynals, per la seva imprescindible ajuda.

Sr. Xavi Pérez, del Departament d'Estadística de l'Institut Català d'Oncologia de l'Hospital Duran i Reynals, pel seu inestimable assessorament.

Dr. Juan José Grau de Castro, pel seu suport durant tot el procés de treball.

Dra. Maria Josep Condom, per la seva discreta i valuosa ajuda.

Professionals de tots els equips participants en l'estudi:

BCN CENTRE Clínica Barceloneta ESH, UCP, ESD. Dr. Pérez Castejón / H. L'Esperança ESH, UCP. Dr. J. Planas / F. Sociosanitària BCN, UCP. Dra. F. Lynd / H. Vall d'Hebron, ESH. Dr. J. Carulla / H. S. Pau, ESH, UCP. Dr. A. Pascual / ESD Gràcia. Dra. F. Hernández / ESD Dreta Eixample. Dra. G. Valls / ESD Esq. Eixample. Dra. M. Esquerdo / CSS Eixample, UCP. Dr. A. Garrigós / ESD Horta Guinardó. Dra. S. Fernández / ESD Les Corts. Dra. D. Martí / ESD Pere Virgili Gràcia. Dra. C. Miralles / ESD Pere Virgili S. Gervasi. Dr. J.M. Freixas / ESD S. Martí Verneda. Dr. J. Junyet / ESD S. Andreu (C. Coroleu). Dr. J. Carlos Arroyo.

BCN NORD H. Universitari G. Trias i Pujol, ESH. Dr. J. Trelis / H. Esperit Sant, ESH. Dr. J. Girbau / ESD Maresme Sud. Dra. D. Quera / H. Municipal Badalona, ESH. Dra. M. Batalla / ESD Sta. Coloma . Dra. M. Luna.

BCN COSTA PONENT H. Residència S. Camil, ESH, UCP. Dra. H. Camell / ESD Alt Penedès. Dra. M. Delmàs / Clínica Guadalupe, UCP. Dr. P. Vozmediano / ESD Garbí Castelldefels. Dra. C. Bassedas / ESD Cornellà. Dra. M. Calafell / ESD Prat S.

Boi. Dra. P. Castañera / H. Duran i Reynals, ESH, CE, UCP. Dr. A. Tuca / ESD Hospitalet. Dra. M. Liras / ESD, ESH S. Feliu Martorell. Dr. Fariñas.

CATALUNYA CENTRE Corp. Sanitària Parc Taulí, UCP. Dr. I. Grimau / H. S. Llàtzer, ESH, UCP. Dra. C. Sala, Dra. A. Libran / ESD H. S. Llàtzer. Dra. M.D. Torremorell/ F. Sociosanit. Manresa H. S. Andreu, ESH, CE, UCP. Dr. C. Ortega / F. Residència Sta. Susanna, UCP. Dra. P. Loncan / H.General Granollers, ESH, UCP. Dr. G. Morlans / ESD Berga. Dra. A. López / ESD Igualada. Dra. A. Vidal / ESD Manresa. Dr. X. Busquet / ESD Mútua Terrassa. Dr. P. Corbera / Mútua Terrassa, ESH. Dr. Q. Julià / ESD Parc Taulí. Dra. I. Faura.

GIRONA H. S. Jaume Olot, ESH, UCP, ESD. Dra C. Babià / H. Sta. Caterina Girona, ESH, UCP, ESD Selva Interior. Dr. R. Alcalde / H. Palamós, ESH. Dra. D. Puigbó / H.J. Trueta, ESH. Dr. J. Cornella / ESD Palamós. Dra. F. Bassó / ESD Girona. Dra. M. Parés / UCP. Dra. C. Sabrià. ESD Palafrugell / ESD Cerdanya. Dr. J.L. Díaz-Peñalver, Dra. Vallbona / CSS Puigcerdà, ESH, UCP. Dra. T. Vila / CSS Figueres Bernat Jaume, ESH, UCP. Dr. J.C. Marimón / ESD Alt Empordà. Dr. E. Guell / ESD Selva Marítima. Dra. E. Armero / ESD Ripollès. Dra. M. Bonamaison / CSS Lloret de Mar, ESH, UCP. Dra. Ll. Rocas / CSS Blanes Asil S. Jaume, ESH, UCP. Dra. E. Miñana / H. Comarcal Blanes, ESH . Dra. C. Garzón.

LLEIDA F. Sant Hospital, UCP. Dra. N. Albanell / H. Arnau de Vilanova, ESH. Dra. M. Nabal / Centre Jaume Nadal Meroles, UCP. Dra. Falgueres / H. Comarcal Pallars, ESH. Dr. J. Merino / CSS Solsonès, ESH. Dr. Armas / H. Jaume d'Urgell, UCP. Dr. J. Canals / ESD Lleida. Dra. N. Castells / H. Sta. Maria, UCP. Dr. M. Serrano / ESD Pla d'Urgell Segrià Garrigues. Dra. R. González / ESD Segarra Urgell Noguera. Dra. N. Arraràs / ESD Solsonès. Dr. J.R. Badia.

TARRAGONA Pius H. de Valls, ESH, UCP, ESD. Dra. M. Clols / Policlínic Comarcal Vendrell, UCP. Dr. Guillem / H. Comarcal Móra d'Ebre, UCP. Dr. E. Ruiz / H. Universitari S. Joan de Reus, ESH. Dra. A. Lafuerza, Dra. D. Rodríguez / H. Universitari Joan XXIII, ESH. Dra. M. Rull / H. Sta. Creu, UCP. Dr. V. Santacruz /

ESD Móra d'Ebre. Dra. R. Tora / ESD Reus. Dr. M. Esteban / ESD Tortosa Oncològic. Dr. V. Santacruz / ESD Valls. Dr. M. Domènech.

BALEARIS H Verge del Toro, ESH, UCP, ESD. Dr. J. Lacueva / H. Juan March, ESH, UCP. Dr. E. Benito / H. Can Misses, ESH, UCP, ESD. Dra. P. Rapún / H. Gral. Mallorca, ESH, UCP. Dr. J. Santamaria / ESD. Dra. M. Verdaguer.

ÍNDEX

	Pàgina
ÍNDEX GENERAL	12
ÍNDEX DE TAULES	18
ÍNDEX DE FIGURES	24
ÍNDEX D'ABREVIATURES	28

ÍNDIX GENERAL

	Pàgina
1. INTRODUCCIÓ	30
1.1. ANTECEDENTS	30
1.2. DEFINICIÓ DE CURES PAL·LIATIVES	34
1.3. HISTÒRIA DE LES CURES PAL·LIATIVES	35
1.4. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ DELS EQUIPS DE CURES PAL·LIATIVES EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC DELS MALALTS	40
1.4.1. Eficiència i cost-efectivitat	40
1.4.2. Qualitat de vida	42
1.4.3. Recerca	43
1.4.4. Equips especialitzats	43
1.4.5. Comparació equips especialitzats	47
1.4.6. Comparació amb atenció convencional	48
1.4.7. Percepció familiars i cuidadors	48
1.4.8. Coordinació entre equips i comunicació	50
1.4.9. Identificar necessitats	50
1.4.10. Multidisciplinarietat dels equips	51
1.4.11. Criteris de complexitat de les situacions i nivells d'intervenció per part dels equips especialitzats	52
1.4.12. Formació en cures pal·liatives	53

2. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI	54
3. HIPÒTESI I OBJECTIUS	56
3.1 HIPÒTESI	56
3.2 OBJECTIUS	56
3.2.1. Objectiu principal	56
3.2.2. Objectius addicionals	57
4. MATERIAL I MÈTODE	58
4.1. MATERIAL	58
4.1.1. Equips	58
4.1.2. Població a estudi	58
4.1.2.1. Criteris d'inclusió	59
4.1.2.2. Criteris d'exclusió	59
4.1.2.3. Criteris de finalització.....	59
4.1.3. Lloc i infraestructura	60
4.1.4. Protocol de l'estudi	60
4.1.4.1. Consentiment informat	60
4.1.4.2. Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica CEIC	60
4.1.4.3. Algoritme diagnòstic	60
4.2. MÈTODE	62
4.2.1. Instrument: Escala Numèrica Verbal ENV, 0-10, per avaluar la intensitat dels símptomes	62
4.2.2. Avaluació amb l'escala numèrica verbal ENV, 0-10, dia 1 i dia 7 de l'estudi. Interpretació dels resultats	62

4.2.2.1. Síntomes astènia, ansietat, insomni per subgrups	63
4.2.2.2. Síntoma dolor: basal, en crisi i nombre de crisi de dolor/24 h, per subgrups	63
4.3 ANÀLISI ESTADÍSTICA	66
5. RESULTATS	68
5.1. ASPECTES EPIDEMIOLÒGICS DE L'ESTUDI.....	68
5.1.1. Equips.....	68
5.1.2. Malalts.....	69
-Sexe	69
-Grups d'edat	70
-Lloc de residència.....	70
-Avaluació dels símptomes: malalt, equip	71
-Factor pronòstic dolor, Edmonton Staging System ESS	71
-Localització tumoral.....	72
-Extensió malaltia	73
-Índex de Karnofsky, Performance Status KPS	73
-Pronòstic supervivència	75
5.2. ANÀLISI DE LA INTERVENCIÓ DELS EQUIPS EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC	76
5.2.1. Global símptomes.....	76
-Astènia	76
-Ansietat	78
-Insomni	79
-Dolor basal	81
-Dolor en crisi	83
-Nombre de crisi de dolor/24h	85

-Global dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24h.	
Mediana.....	87

5.2.2. Anàlisi dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h, per subgrups.....	90
#Segons equip de referència.....	90
-Consulta externa CE.....	90
-Equip de suport hospitalari ESH o UFISS.....	97
-Unitat d'hospitalització UCP.....	105
-Equip de suport a domicili ESD o PADES.....	112
#Segons grups d'edat.....	119
-Edat<60a.....	119
-Edat≥60a.....	123
#Segons factor pronòstic dolor, Edmonton Staging System ESS.....	127
-ESS I, dolor bon pronòstic.....	127
-ESS II-III, dolor mal pronòstic.....	131
#Segons índex de Karnofsky, Performance Status KPS.....	135
-KPS≤30.....	135
-KPS 40-60.....	139
-KPS≥70.....	143
#Segons nivell cognitiu.....	147
-Deteriorament cognitiu.....	147
-No deteriorament cognitiu.....	151

5.3. GRÀFICS GLOBAIS MEDIANA: DOLOR BASAL, DOLOR EN CRISIS I NOMBRE DE CRISIS DE DOLOR/24H PER SUBGRUPS.....	155
---	------------

6. DISCUSSIÓ.....	158
--------------------------	------------

6.1. LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	158
--	------------

6.2. ASPECTES EPIDEMIOLÒGICS DE LA POBLACIÓ EN ESTUDI.....	159
---	------------

6.2.1. Equips.....	159
6.2.2. Malalts.....	159
6.3. INSTRUMENT.....	160
6.4. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ DELS EQUIPS DE CURES PAL·LIATIVES EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC.....	161
7. CONCLUSIONS.....	166
8. BIBLIOGRAFIA	168

ÍNDIX DE TAULES

	Pàgina
Taula 1. Distribució equips.....	68
Taula 2. Distribució malalts segons equip.....	69
Taula 3. Subgrups edat, <60a i ≥60a.....	70
Taula 4. Distribució rural i urbana.....	70
Taula 5. Segons qui fa l'avaluació dels símptomes	71
Taula 6. Tipus de dolor segons Edmonton Staging System, valor pronòstic	71
Taula 7. Distribució localització tumoral.....	72
Taula 8. Distribució segons extensió malaltia	73
Taula 9. Índex de Karnofsky Performance Status en el moment d'inclusió a l'estudi	73
Taula 10. KPS per subgrups	74
Taula 11. Segons el pronòstic aproximat en el moment d'inclusió a l'estudi.....	75
Taula 12. Astènia. ENV dia 1 i dia 7	76
Taula 13. Astènia. Mediana ENV dia 1-dia 7. Valor p.....	77
Taula 14. Astènia. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	77
Taula 15. Ansietat. ENV dia 1 i dia 7	78
Taula 16. Ansietat. Mediana ENV dia 1-dia 7. Valor p.....	79
Taula 17. Ansietat. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	79
Taula 18. Insomni. ENV dia 1 i dia 7	79
Taula 19. Insomni. Mediana ENV dia 1-dia 7. Valor p.....	80
Taula 20. Insomni. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	80
Taula 21. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	81
Taula 22. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	82
Taula 23. Dolor basal. ENV≤3, ≥4, dia 1-dia 7.....	82
Taula 24. Dolor en crisi. ENV dia 1 i dia 7	83
Taula 25. Dolor en crisi. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	84
Taula 26. Dolor en crisi. ENV≤3, ≥4, dia 1-dia 7.....	84

Taula 27. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	85
Taula 28. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	86
Taula 29. Nombre de crisis de dolor/24 h, ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1-dia 7	86
Taula 30. DB, DC, NC. Global mediana dia 1-dia 7	87
Taula 31. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	87
Taula 32. CE. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	90
Taula 33. CE. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	90
Taula 34. CE. Dolor basal. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7	91
Taula 35. CE. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	91
Taula 36. CE. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	91
Taula 37. CE. Dolor en crisis. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7	92
Taula 38. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	92
Taula 39. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	93
Taula 40. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h, ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1-dia 7	93
Taula 41. CE. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.....	94
Taula 42. CE. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.....	97
Taula 43. ESH. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	97
Taula 44. ESH. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	98
Taula 45. ESH. Dolor basal. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7.....	98
Taula 46. ESH. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	99
Taula 47. ESH. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	99
Taula 48. ESH. Dolor en crisis. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7	100
Taula 49. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	100
Taula 50. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	101
Taula 51. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h, ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1-dia 7.....	101
Taula 52. ESH. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	102
Taula 53. ESH. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	104
Taula 54. UCP. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.....	105
Taula 55. UCP. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	105
Taula 56. UCP. Dolor basal. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7.....	105
Taula 57. UCP. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	106
Taula 58. UCP. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.....	106
Taula 59. UCP. Dolor en crisis. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7	107

Taula 60. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	107
Taula 61. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	108
Taula 62. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h, ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1-dia 7	108
Taula 63. UCP. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	109
Taula 64. UCP. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	112
Taula 65. ESD. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	112
Taula 66. ESD. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	113
Taula 67. ESD. Dolor basal. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7	113
Taula 68. ESD. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	113
Taula 69. ESD. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	114
Taula 70. ESD. Dolor en crisis. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7	114
Taula 71. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	115
Taula 72. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	115
Taula 73. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h, ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1-dia 7	115
Taula 74. ESD. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	116
Taula 75. ESD. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	119
Taula 76. Edat <60 a. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	119
Taula 77. Edat <60 a. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	119
Taula 78. Edat <60 a. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	120
Taula 79. Edat <60 a. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	120
Taula 80. Edat <60 a. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	121
Taula 81. Edat <60 a. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	121
Taula 82-83. Edat <60 a. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	122
Taula 84. Edat ≥ 60 a. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	123
Taula 85. Edat ≥ 60 a. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	123
Taula 86. Edat ≥ 60 a. Dolor en crisis. ENV dia 1-dia 7	124
Taula 87. Edat ≥ 60 a. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	124
Taula 88. Edat ≥ 60 a. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	125
Taula 89. Edat ≥ 60 a. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	125
Taula 90-91. Edat ≥ 60 a. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	126
Taula 92. ESS I. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	127
Taula 93. ESS I. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	127
Taula 94. ESS I. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	128

Taula 95. ESS I. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	128
Taula 96. ESS I. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	129
Taula 97. ESS I. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	129
Taula 98-99. ESS I. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	130
Taula 100. ESS II-III. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	131
Taula 101. ESS II-III. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	131
Taula 102. ESS II-III. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	132
Taula 103. ESS II-III. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	132
Taula 104. ESS II-III. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	133
Taula 105. ESS II-III. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	133
Taula 106-107. ESS II-III. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	134
Taula 108. KPS \leq 30. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	135
Taula 109. KPS \leq 30. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	135
Taula 110. KPS \leq 30. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	136
Taula 111. KPS \leq 30. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	136
Taula 112. KPS \leq 30. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	137
Taula 113. KPS \leq 30. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	137
Taula 114-115. KPS \leq 30. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	138
Taula 116. KPS 40-60. Dolor basal . ENV dia 1 i dia 7	139
Taula 117. KPS 40-60. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	139
Taula 118. KPS 40-60. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	140
Taula 119. KPS 40-60. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	140
Taula 120. KPS 40-60. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	141
Taula 121. KPS 40-60. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	141
Taula 122-123. KPS 40-60. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	142
Taula 124. KPS \geq 70. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	143
Taula 125. KPS \geq 70. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	143
Taula 126. KPS \geq 70. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7	144
Taula 127. KPS \geq 70. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7	144
Taula 128. KPS \geq 70. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7	145
Taula 129. KPS \geq 70. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7	145
Taula 130-131. KPS \geq 70. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	146
Taula 132. Deteriorament cognitiu. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	147

Taula 133. Deteriorament cognitiu. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	147
Taula 134. Deteriorament cognitiu. Dolor en crisi. ENV dia 1 i dia 7	148
Taula 135. Deteriorament cognitiu. Dolor en crisi. Modificació símptoma dia 1-dia 7	148
Taula 136. Deteriorament cognitiu. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.....	149
Taula 137. Deteriorament cognitiu. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1- dia 7	149
Taula 138-139. Deteriorament cognitiu. DB, DC, NC Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p	150
Taula 140. No deteriorament cognitiu. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7	151
Taula 141. No deteriorament cognitiu. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7	151
Taula 142. No deteriorament cognitiu. Dolor en crisi. ENV dia 1 i dia 7	152
Taula 143. No deteriorament cognitiu. Dolor en crisi. Modificació símptoma dia 1-dia 7	152
Taula 144. No deteriorament cognitiu. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.....	153
Taula 145. No deteriorament cognitiu. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1- dia 7	153
Taula 146-147. No deteriorament cognitiu. DB, DC, NC Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.....	154
Taula 148. Dolor basal. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu	155
Taula 149. Dolor en crisi. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.....	156
Taula 150. Nombre de crisis de dolor/24 h. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.....	157

ÍNDIX DE FIGURES

	Pàgina
Figura 1. Models organitzatius d'atenció als malalts oncològics i de cures pal·liatives proposats per l'Organització Mundial de la Salut WHO,1994	34
Figura 2. Registre de símptomes segons ENV dia 1-dia 7.....	61
Figura 3. Distribució equips	68
Figura 4. Distribució malalts segons equip	69
Figura 5. Distribució segons sexe	69
Figura 6. Subgrups d'edat , <60 a i ≥60 a.	70
Figura 7. Distribució rural i urbana	70
Figura 8. Distribució segons avaluador símptomes	71
Figura 9. Distribució segons factor pronòstic dolor, ESS I i ESS II-III	72
Figura 10. Distribució segons extensió malaltia.....	73
Figura 11. Karnofsky Performance Status KPS per subgrups.....	74
Figura 12. Astènia. ENV≤3, ≥4, dia 1 i dia 7	75
Figura 13. Ansietat. ENV≤3, ≥4, dia 1 i dia 7.....	78
Figura 14. Insomni. ENV≤3, ≥4, dia 1 i dia 7	80
Figura 15. Global. Dolor basal. ENV≤3, ≥4, dia 1 i dia 7	81
Figura 16. Global. Dolor en crisi. ENV≤3, ≥4, dia 1 i dia 7.....	83
Figura 17. Global. Nombre de crisis de dolor/24 h, ≤2, ≥3, dia 1 i dia 7	85
Figura 18. Global DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	87
Figura 19. Global. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.	88
Figura 20. Global. Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7	88
Figura 21. Global. Dolor en crisi. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	88
Figura 22. Global. Dolor en crisi. Mediana diferència dia 1-dia 7	89
Figura 23. Global. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	89

Figura 24. Global. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7	89
Figura 25. CE. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	94
Figura 26. CE. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	95
Figura 27. CE. Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7	95
Figura 28. CE. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	96
Figura 29. CE. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1-dia 7	96
Figura 30. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1- dia 7	96
Figura 31. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7.....	96
Figura 32. ESH. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.....	102
Figura 33. ESH. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	102
Figura 34. ESH. Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7	103
Figura 35. ESH. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1- dia 7.....	103
Figura 36. ESH. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1- dia 7.....	103
Figura 37. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1- dia 7	104
Figura 38. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia1-dia 7	104
Figura 39. UCP. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	109
Figura 40. UCP. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	110
Figura 41. UCP. Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7	110
Figura 42. UCP. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	110
Figura 43. UCP. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1-dia 7	111
Figura 44. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	111
Figura 45. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7	111
Figura 46. ESD. DB, DC, NC. Mediana dia1-dia 7.....	116
Figura 47. ESD. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7	117
Figura 48. ESD. Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7	117
Figura 49. ESD. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.....	117
Figura 50. ESD. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1-dia 7.....	118
Figura 51. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1- dia 7	118
Figura 52. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7	118
Figura 53. Edat <60 a. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	122

Figura 54. Edat ≥ 60 a. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	126
Figura 55. ESS I. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	130
Figura 56. ESS II-III. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	134
Figura 57. KPS ≤ 30 . DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	138
Figura 58. KPS 40-60. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	142
Figura 59. KPS ≥ 70 . DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	146
Figura 60. Deteriorament cognitiu. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	150
Figura 61. No deteriorament cognitiu. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7	154
Figura 62. Dolor basal. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.....	155
Figura 63. Dolor en crisis. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.	156
Figura 64. Nombre de crisis de dolor/24 h. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.....	157

ÍNDIX D'ABREVIATURES

AECC	Associació Espanyola Contra el Càncer
AEPAL	Associació Infermeria Cures Pal·liatives
ASTRO	Societat Americana de Radioteràpia Oncològica
CA	Comunitats Autònomes
CATPAL	Grup Catalanoblear de Recerca en Cures Pal·liatives
CE	Consultes Externes
CEIC	Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica
DB	Dolor basal
DC	Dolor en crisis
DTC	Deteriorament cognitiu
ENV	Escala Numèrica Verbal
ESAD	Equip Suport Assistència Domicili
ESD	Equip Suport Domiciliari
ESH	Equip Suport Hospitalari
ESS	Edmonton Staging System
ESTRO	Societat Europea de Radioteràpia Oncològica
KPS	Karnofsky Performance Status
NC	Nombre de crisis de dolor/24 h
SECPAL	Societat Espanyola de Cures Pal·liatives
SEGG	Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia
SemFyC	Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària
SEOM	Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica
SEOR	Societat Espanyola d'Oncologia Radioteràpica
SNS	Sistema Nacional de Salut
UCP	Unitat Cures Pal·liatives

1. INTRODUCCIÓ

1.1. ANTECEDENTS

Malgrat els importants avenços mèdics en els darrers anys, l'atenció adequada al nombre creixent de persones grans amb malalties cròniques degeneratives i càncer segueix representant un important repte per a la salut pública. Molts d'aquests pacients arribaran, al final de l'evolució de la malaltia, a una etapa terminal que es caracteritza per un intens patiment i una alta demanda assistencial.

A Espanya moren anualment 380.000 persones, i s'estima que el 50-60 % passen per una etapa avançada i terminal (1) (2).

Però aquestes grans xifres no han de diluir l'experiència única i transcendental de cadascú durant el període de final de vida.

Les cures pal·liatives tenen com a objectiu fonamental alleujar les molèsties i millorar en allò que sigui possible la qualitat de vida d'aquests malalts. Això suposa necessàriament que els professionals i les administracions sanitàries assumeixin el repte de prestar una atenció integral que tingui en compte no solament els aspectes físics, emocionals, espirituals i socials, sinó també que es prestin en el lloc adequat (3), fent especial èmfasi en el període agònic i tenint en compte els familiars en el procés de dol, quan sigui necessari.

L'any 1990 l'Organització Mundial de la Salut destaca com a pilars fonamentals per a l'alleujament del sofriment el desenvolupament de programes de cures pal·liatives, facilitar la disponibilitat d'opiacis i la millora en la formació dels professionals en cures pal·liatives (4).

La recomanació 1418, any 1999, del Comitè de Ministres del Consell d'Europa, recalca la necessitat de reconèixer i protegir el dret a les cures pal·liatives (5).

La recomanació 24, any 2003, subratlla, així mateix, que és una responsabilitat dels governs el garantir que les cures pal·liatives siguin accessibles a tots aquells que les necessiten (6). Insisteix en la necessitat de desenvolupar un marc polític nacional, coherent i integral, per a les cures pal·liatives que inclou nou apartats: principis-guia, estructures i serveis, política assistencial i organització, millora de qualitat i investigació, educació i formació, família, comunicació, treball en equip i atenció al dol.

Les cures pal·liatives han de ser part integral del Sistema de Salut dels països i, com a tal, un element dels Plans de Salut generals, i dels programes específics, per exemple, Càncer, Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida SIDA o Geriatria .

Seguint aquesta línia, el Ministeri de Sanitat i Consum publica l'any 2001 les Bases per al desenvolupament del Pla Nacional de Cures Pal·liatives, aprovades pel Consell Interterritorial el 18 de desembre de l'any 2000. S'hi postula un model d'atenció integral, incorporada a la xarxa assistencial, sectoritzada per àrees sanitàries, amb una adequada coordinació de nivells i amb la participació d'equips interdisciplinars (7).

El 10 de maig de 2005, la Comissió de Sanitat i Consum del Congrés dels Diputats aprova una proposta no de llei sobre cures pal·liatives (8) que insta el govern a impulsar, en el si del Consell Interterritorial, una anàlisi de la situació de les cures pal·liatives a Espanya i el desenvolupament d'un Pla de Cures Pal·liatives pel Sistema Nacional de Salut SNS que inclou aspectes organitzatius, estructurals, de formació, sensibilització i informació.

El mes de desembre de l'any 2005, la Direcció General de l'Agència de Qualitat organitza la jornada "Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud : Presente y futuro", durant la qual es realitza una revisió a fons de la situació de les cures pal·liatives a Espanya i que serveix, juntament amb les referències anteriors, per a l'inici del procés d'elaboració de l'Estratègia en Cures Pal·liatives per part del SNS.

L'estratègia en càncer del Sistema Nacional de Salut, aprovada pel Consell Interterritorial el 29 de març de 2006 i integrada en el Pla de Qualitat del Ministeri de

Sanitat, dedica un ampli capítol a les cures pal·liatives. Destaca com a objectius prioritaris l'atenció integral a malalts i famílies i assegura la resposta coordinada de cada àrea, incloent-hi els equips específics de cures pal·liatives a l'hospital i a domicili (9).

Els malalts en situació avançada i terminal presenten una alta necessitat i demanda, amb implicació de tots els nivells assistencials del sistema sanitari. El 25% de totes les hospitalitzacions corresponen a malalts en el darrer any de vida, i representen a més un cost molt elevat (10). Per diverses raons, entre les quals destaca una orientació predominantment curativa de la medicina actual i una limitada formació en cures pal·liatives, l'atenció estàndard rebuda per part dels malalts en fase terminal no assoleix el grau de desenvolupament necessari. S'ha evidenciat la coexistència de situacions d'aferriament amb altres d'abandonament terapèutic.

Existeix una demanda generalitzada d'atenció centrada en la persona, que sigui de qualitat i amb un cost raonable, que permeti una vida i una mort dignes. Les prioritats dels malalts són: tenir els símptomes alleujats, evitar una prolongació inapropiada de la situació, tenir sensació de control en la presa de decisions, no ser una càrrega i enfortir els vincles afectius amb els seus éssers estimats (11).

Les cures pal·liatives intenten donar una resposta professional, científica i humana a les necessitats dels malalts en fase avançada i terminal i als seus familiars. Els objectius fonamentals són (12):

- Control del dolor i altres símptomes físics, atenció a les necessitats emocionals, espirituals i socials, així com aspectes pràctics en l'atenció de malalts i familiars.
- Informació, comunicació i suport, escoltar el malalt, fer-lo participar en les decisions, obtenir respostes clares i honestes i que pugui expressar les seves emocions.
- Assegurar la continuïtat assistencial durant tot el procés, establir mecanismes de coordinació entre tots els nivells i recursos implicats.

Tots els professionals sanitaris tenen l'obligació de proporcionar cures pal·liatives als malalts que atenen, tan a nivell domiciliari com hospitalari.

Atenció Primària té un paper central en la cura integral a nivell comunitari (13,14,15). En el grup de malalts amb necessitats d'atenció més complexes, hi ha evidència dels beneficis obtinguts de la coordinació amb equips de cures pal·liatives (16,17).

A Espanya s'ha produït un ràpid increment dels programes i serveis de cures pal·liatives com a resposta davant la gran demanda i el creixent interès per part del sistema sanitari (18). Millorar l'accessibilitat a les cures pal·liatives a tots els malalts que ho necessitin així com la qualitat de l'atenció rebuda és encara un dels grans reptes de l'atenció sanitària.

Entre els punts crítics destaca l'heterogeneïtat dels recursos segons les diverses Comunitats Autònomes, amb una cobertura específica reduïda en malalts amb càncer i molt inferior en malalts no oncològics. Com a conseqüència de tot això les intervencions per part dels equips de cures pal·liatives sovint son tardanes. Pel que fa als malalts pediàtrics oncològics i no oncològics, la cobertura pal·liativa específica a domicili es pràcticament inexistent.

El terme *cures pal·liatives* fa referència a tota una filosofia càlida i humanista d'atenció als malalts i a llurs famílies. A més, una concepció moderna de les cures pal·liatives implica sòlides bases organitzatives, docents i investigadores.

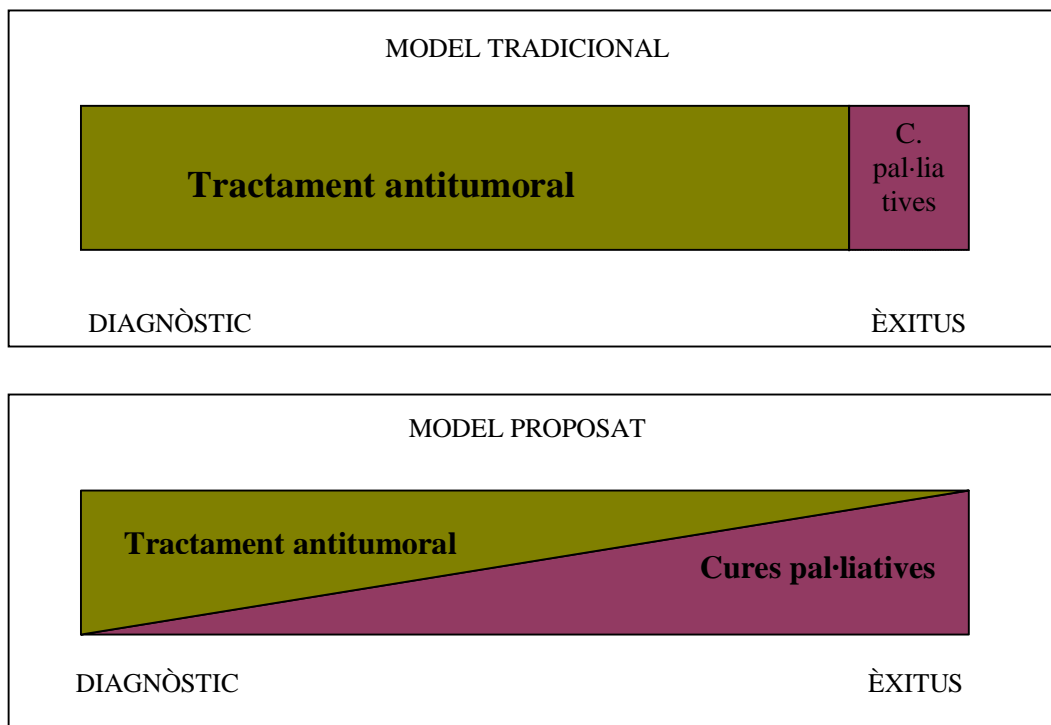
L'Estratègia en Cures Pal·liatives del Sistema Nacional de Salut pretén contribuir a la garantia del dret a l'alleujament del sofriment, amb una resposta equitativa i eficaç del sistema sanitari.

El consens i posada en comú de les experiències i bones pràctiques en cures pal·liatives en les diverses Comunitats Autònomes és una garantia per aconseguir els objectius proposats.

1.2. DEFINICIÓ DE CURES PAL·LIATIVES

L'Organització Mundial de la Salut adopta, en un document clau per al desenvolupament de les cures pal·liatives publicat l'any 1990, la definició proposada per l'Associació Europea de Cures Pal·liatives: “L'atenció total i activa dels malalts amb malaltia que no respon al tractament curatiu. El control del dolor i altres símptomes així com problemes psicològics, espirituals i socials és prioritari”. Destaca que les cures pal·liatives no han de limitar-se als darrers dies de vida, sinó aplicar-se progressivament a mesura que avança la malaltia i en funció de les necessitats del malalt i la seva família (19).

Figura 1. Models organitzatius d'atenció als malalts oncològics i de cures pal·liatives proposats per l'Organització Mundial de la Salut WHO, 1994.



Posteriorment, l'Organització Mundial de la Salut ha ampliat la definició de cures pal·liatives: “Actuació que millora la qualitat de vida de malalts i famílies que

s'enfronten a problemes associats a malalties amb risc vital, a través de la prevenció i alleujament del sofriment mitjançant la identificació precoç i acurada avaluació i tractament del dolor, així com altres problemes físics, psicològics i espirituals”.

La definició es complementa amb els següents principis sobre cures pal·liatives:

- Proporcionen alleujament del dolor i altres símptomes.
- Afirmen la vida i consideren la mort com un procés normal.
- No intenten ni accelerar ni retardar la mort.
- Integren els aspectes psicològics i espirituals en la cura del malalt.
- Ofereixen un sistema de suport per ajudar els malalts a viure tan activament com sigui possible fins al final.
- Ofereixen un sistema de suport per ajudar les famílies a adaptar-se durant la malaltia i en el procés de dol.
- Utilitzen una aproximació d'equip per respondre a les necessitats dels malalts i dels seus familiars que inclou el suport emocional en el procés de dol, quan estigui indicat.
- Milloren la qualitat de vida i poden també influir positivament en l'evolució de la malaltia.
- Són aplicables de forma precoç en el curs de la malaltia, conjuntament amb altres tractaments que poden prolongar la vida, com la quimioteràpia o radioteràpia, i inclouen la recerca necessària per poder comprendre més bé i millorar l'atenció.

1.3. HISTÒRIA DE LES CURES PAL·LIATIVES

El desenvolupament modern de les cures pal·liatives té l'origen en el moviment *hospice*, liderat al Regne Unit per Dame Cicely Saunders a finals dels anys setanta. El seu llibre “Cuidados de la enfermedad maligna terminal” recull tota l'experiència de l'equip del St Christopher's Hospice durant els seus primers anys de treball (20). Posteriorment es van desenvolupar de forma progressiva equips d'atenció a domicili, hospitals de dia i equips de suport hospitalari (21). L'any 1987 la Medicina Pal·liativa és reconeguda com a especialitat al Regne Unit.

A la resta d'Europa, les cures pal·liatives es desenvolupen a partir de finals dels anys setanta. Els treballs de Vittorio Ventafrida a Milà sobre el tractament del dolor oncològic, l'establiment de l'Associació Europea de Cures Pal·liatives i la instauració de polítiques institucionals per part de diversos governs en són factors determinants.

El concepte d'Unitat de cures pal·liatives en hospitals d'aguts sorgeix a Canadà, en el Royal Victoria Hospital, a Montreal. La denominació *cures pal·liatives* sembla més apropiada per descriure la filosofia de l'atenció envers els malalts en fase terminal, *hospice* fa més referència a l'estructura física d'una institució.

A Espanya, nombrosos professionals han contribuït al creixement de les cures pal·liatives, tant a nivell comunitari com hospitalari, amb la seva tasca quotidiana d'acompanyament als malalts i a llurs famílies. L'any 1985 es publica un article pioner que tracta el tema dels malalts en fase terminal, "Los intocables de la medicina", basat en les experiències pal·liatives del Servei d'Oncologia de l'hospital Marqués de Valdecilla de Santander. El mes de desembre de l'any 1987 s'inicia l'activitat a la Unitat de cures pal·liatives de l'hospital de la Santa Creu de Vic, Barcelona, i l'any 1989 a l'hospital Creu Roja de Lleida.

L'any 1989 es crea una Unitat de medicina pal·liativa a l'hospital El Sabinal de les Palmes de Gran Canària. El manual de control de símptomes publicat per aquest equip és de referència per a la majoria de professionals espanyols (22).

L'any 1991 es promou a l'hospital Gregorio Marañón de Madrid la creació de la Unitat de cures pal·liatives més gran i amb més activitat de tot l'estat espanyol, que manté importants connexions amb països de Llatinoamèrica.

Aquest mateix any a Madrid entra en funcionament una Unitat de cures pal·liatives a l'àrea 4 d'Atenció Primària, i a l'àrea 11 es desenvolupa un programa específic d'atenció continuada a malalts terminals basat en la coordinació i col·laboració entre atenció primària i atenció especialitzada (23).

Després d'aquestes iniciatives més personals i aïllades, se n'activen d'altres procedents de l'administració sanitària. La més important és el "Programa Piloto de Planificación e

Implementación de Cuidados Paliativos en Cataluña 1990-1995” (24)(25)(26), dintre del Programa “Vida als Anys”. Aquest programa és determinant en el desenvolupament de les cures pal·liatives a Catalunya, a la resta d’Espanya i a Europa, perquè és un programa pilot de l’OMS que resol amb èxit i de foma global la incorporació de les cures pal·liatives al Sistema Públic de Salut, a l’atenció domiciliària i als hospitals de la xarxa pública. Posteriorment altres vuit comunitats autònomes han desenvolupat plans o programes de cures pal·liatives.

L’any 1991 es crea la Cartera de Serveis d’Atenció Primària amb la finalitat d’explicitar, normalitzar i homogeneïtzar els diversos serveis prestats en els programes de salut, respondre a les necessitats i demandes dels usuaris i mesurar-ne l’impacte i grau de satisfacció en tot el territori gestionat per l’INSALUD (27).

L’atenció domiciliària a malalts immobilitzats i terminals es contempla en la cartera de serveis des de l’any 1991. L’any 1995 apareix l’atenció a malalts terminals com un servei individualitzat.

En el territori gestionat per l’INSALUD la cobertura en l’atenció a malalts terminals l’any 1995 és del 44,5% i l’any 2001 s’incrementa fins al 51,3% (28).

L’any 1998 tres àrees de salut de la Comunitat de Madrid, juntament amb la Direcció General d’Atenció Primària INSALUD, posen en funcionament el projecte “Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte ESAD”, amb l’objectiu de millorar la qualitat de l’atenció domiciliària, en l’àmbit d’atenció primària, dels malalts amb processos crònics evolutius, amb limitació funcional o immobilitzats, i en situacions complexes i terminals (29).

Els ESAD tenen la funció de donar suport, formar i assessorar els professionals d’atenció primària amb la finalitat de proporcionar una bona qualitat en l’atenció domiciliària. També faciliten la coordinació amb els nivells especialitzats i amb serveis socials. L’atenció centrada en el domicili és el nucli central del Programa. Davant els resultats obtinguts, la Direcció General d’Atenció Primària i Especialitzada decideix generalitzar la implantació del model i del programa de forma progressiva a la resta del territori INSALUD.

A Catalunya els equips de suport d'atenció domiciliària reben la denominació de PADES, Programa d'Atenció Domiciliària per Equips de Suport. L'antecedent és el Programa d'atenció domiciliària de l'hospital de la Sta. Creu de Vic durant el període 1984-86, i l'experiència desenvolupada a l'hospital de la Creu Roja de Barcelona. La tipologia de malalts que s'atenen és geriàtrica i oncològica.

Una altra figura comunitària creada per a l'atenció domiciliària d'especial complexitat és l'infermeria d'enllaç, que s'emmarca dins el conjunt de mesures iniciades arran de la publicació del Decret del Govern d'Andalusia, "Plan de apoyo a las familias andaluzas" del 4 de maig de 2002, amb l'objectiu de garantir una atenció integral i continuada que resol la necessitat d'atenció al malalt i als seus cuidadors, i que prioritza l'atenció als malalts terminals.

L'Associació Espanyola contra el Càncer AECC l'any 1991 activa la primera Unitat Mòbil d'Assistència Domiciliària per a malalts en fase terminal a Madrid, que s'estén posteriorment a la resta de l'estat espanyol. L'any 1991, l'Orde de Sant Joan de Déu s'interessa especialment pels pacients amb malalties cròniques degeneratives i en situació terminal, i posa en marxa la primera Unitat de cures pal·liatives de l'hospital Sant Joan de Déu de Pamplona.

L'any 1992 es crea la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives SECPAL, que engloba amb caràcter multidisciplinar els diversos professionals implicats en l'atenció pal·liativa. Agrupa nou societats autonòmiques federades de cures pal·liatives, la darrera incorporació és l'Associació Espanyola d'Infermeria de Cures Pal·liatives AECPAL.

La publicació oficial de la SECPAL, la revista "Medicina Paliativa", així com la seva pàgina web (www.secpal.com) són de referència a Espanya i Amèrica Llatina. La SECPAL organitza un Congrés Nacional de Cures Pal·liatives i Jornades científiques anuals.

En els darrers anys, diverses societats científiques com la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària SemFyC, la Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica SEOM, la Societat Espanyola d'Oncologia Radioteràpica SEOR i la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia SEGG, han contribuït significativament a l'avenç de les cures pal·liatives a l'estat espanyol.

La SemFyC constitueix l'any 1988 un grup de treball de cures pal·liatives que elabora recomanacions (30). L'any 2001 es publica un important document de consens SemFyC-SECPAL sobre atenció al malalt de càncer terminal a domicili (31). S'estableix un marc d'organització assistencial, amb especial èmfasi en la responsabilitat del metge de família en l'àmbit domiciliari i en la coordinació entre diferents nivells assistencials (32).

Les societats científiques oncològiques han dedicat sempre una atenció especial a les cures pal·liatives. L'any 2000 la SEOM crea el grup de cures pal·liatives, amb la missió d'analitzar l'activitat pal·liativa dels serveis d'Oncologia Mèdica, planificar, desenvolupar i potenciar les cures contínues dins de la pràctica clínica habitual, i afavorir la comunicació, coordinació i formació amb altres especialitats.

L'any 2003 es crea la secció de cures contínues que consta de tres àrees de treball: docència, recerca i assistència, coordinada per un grup de membres de la SEOM que hi participa activament (33) (34). La secció de cures contínues ha editat, entre altres, un manual de referència (35) i diverses guies de pràctica clínica (36). Organitza també un curs anual de formació en cures contínues per a metges residents i un congrés de cures contínues dins el marc de l'Oncologia Mèdica.

La Societat Espanyola d'Oncologia Radioteràpica SEOR l'any 2005 crea la secció de cures contínues i de suport. Entre els objectius destaca l'anàlisi real de l'activitat en cures pal·liatives, l'establiment de treballs conjunts amb la Societat Europea ESTRO i Americana ASTRO d'Oncologia Radioteràpica, la potenciació de la formació, assistència i recerca en cures contínues dins de l'especialitat, i la informació, divulgació i coordinació amb altres especialitats, que ajudin a eliminar les diferències existents entre els nivells assistencials. La SEOR, en el seu congrés nacional bianual, dedica diverses activitats a les cures contínues i destaca algunes publicacions sobre suport i pal·liació.

La Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia SEGG ha constituït el Grup d'atenció al final de la vida, que està elaborant documents tècnics sobre geriatria i assistència i planificació avançada al final de la vida de les persones grans.

1.4. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ DELS EQUIPS DE CURES PAL·LIATIVES EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC DELS MALALTS

La transcendència quantitativa i qualitativa de l'atenció sanitària al final de la vida i el desenvolupament i consolidació de les cures pal·liatives a casa nostra justifiquen la necessitat d'avaluar-ne els resultats.

Cal mesurar l'eficàcia en la cura dels malalts i llurs famílies, l'eficiència en la provisió de serveis per a l'atenció tenint en compte la relació cost-benefici, l'efectivitat en la resolució de les necessitats, conèixer el nivell de satisfacció dels usuaris i mesurar l'impacte social en la millora global de la qualitat de vida de les persones en situació de malaltia avançada i terminal.

En el cas dels equips de cures pal·liatives també podem destacar-ne la contribució, compartida amb altres disciplines, en la innovació i modernitat conceptual:

- Atenció integral, basada en les necessitats del malalt i família com a una unitat a tractar, i ètica clínica com a mètode de treball en la presa de decisions.
- Microorganització, treball interdisciplinari, per tenir cura dels professionals.
- Macroorganització, sistemes integrals d'atenció dins l'organització sanitària.
- Contribució decisiva en els grans debats socials de salut, acurada atenció a les persones vulnerables, especialment al final de la vida, escurçament, allargament, eutanàsia, en definitiva, dignitat de les persones i resorgiment dels valors humanístics de la millor medicina.

1.4.1. Eficiència i cost-efectivitat

No hi ha unanimitat en les publicacions a què faig referència a continuació però en conjunt es pot dir que hi ha una lleugera evidència positiva a favor de la intervenció dels equips especialitzats.

Hoffman, 2004 (37) demostra en el seu estudi que la intervenció especialitzada en malalts amb càncer avançat millora el control del dolor, hi ha increment de prescripció d'opiacis i hi ha reducció del nombre de dies d'hospitalització i compara amb l'estudi multicèntric efectuat a Catalunya pel grup de Gómez-Batiste, 2006 (38).

L'estudi de Gómez-Batiste avalua la utilització de recursos i el cost durant 16 setmanes de seguiment, de malalts oncològics avançats atesos per equips de cures pal·liatives. Objectiva menys utilització dels serveis d'urgències, menys dies d'hospitalització, i a favor de llits de cures pal·liatives, més control a domicili i amb menys cost.

Ventafrida, 1989 (39) compara atenció domiciliària especialitzada amb atenció convencional, obseva millor control simptomàtic i més satisfacció per part de malalts i cuidadors a domicili, amb resultats equivalents als obtinguts a l'hospital, i amb menys cost.

També ho corrobora Axelsson, 1998 (40) en un estudi observacional on constata menys dies d'hospitalització durant els dos darrers mesos de vida amb la intervenció de l'equip especialitzat i menys despesa.

Dunt, 1989 (41) obté bons resultats pel que fa a cost-efectivitat en malalts oncològics avançats, amb la intervenció a domicili d'infermeres especialitzades procedents d'un departament d'Oncologia.

Una revisió sistemàtica, 41 estudis, període 1978-1996, efectuada per Critchley, 1999 (42), avalua i compara resultats de la intervenció dels equips especialitzats: malalts i cuidadors més satisfets, assegura la continuïtat assistencial i el suport a domicili n'afavoreix la permanència, hi ha millor control simptomàtic i a menys cost; no es troba diferència significativa pel que fa a qualitat de vida comparant el model *hospice* amb oncologia convencional.

Més crític, Bruera, 1998 (43) considera que cal fer més recerca, definir els ítems a valorar i les intervencions a considerar en l'avaluació, així com descriure bé les despeses a tenir en compte. Integrar les cures pal·liatives en els sistemes de salut i ser reconegudes a nivell acadèmic és l'objectiu.

Higginson, 2001 (44) fa revisió de publicacions existents que hi tenen relació i conclou que no hi ha suficient informació per jutjar les diferències entre l'atenció intermitja i la especialitzada en cures pal·liatives, sembla que existeix una lleugera evidència positiva a favor dels equips especialitzats, en especial pel que fa a l'atenció a domicili, però tampoc queda clar que la substitució de l'atenció hospitalària per l'atenció a domicili sigui amb menys cost.

Higginson, 1997 (45) també fa revisió dels sistemes de mesura utilitzats, 5-56 ítems, que inclouen aspectes físics, psicològics i espirituals. Conclou que cada registre reuneix alguns però no tots els objectius i satisfà alguns però no tots els criteris de validesa, reproductivitat i sensibilitat, de forma apropiada.

1.4.2. Qualitat de vida

Millorar la qualitat de vida és l'objectiu principal en aquesta etapa de la malaltia.

Kaasa, 2002 i 2003 (46)(47), considera que un 25% de persones en el món desenvolupat tenen un càncer en algun moment de la seva vida, d'aquestes el 50% es curen i la resta recidiven i eventualment necessiten pal·liació. Apunta que es tracta d'un concepte multidimensional, que en els darrers anys s'ha convertit en un important repte per a l'oncologia. Les conseqüències del tractament curatiu intensiu, del tractament oncològic pal·liatiu i els efectes subjectius després del tractament, fan necessària la intervenció pal·liativa, que abarca símptomes físics, funcionalitat, benestar psicològic, existencial i espiritual. Millorar la qualitat de vida abans de la mort, donar suport als cuidadors, qualitat de mort i aconseguir un grau de satisfacció raonable per part del malalt i la seva família són el principal objectiu a assolir. Per a l'avaluació utilitza instruments de mesura, l'escala numèrica verbal ENV, 0-10, i el qüestionari QLQ-C30 entre d'altres. Conclou que s'obté benefici amb la implementació dels programes de cures pal·liatives. S'ha de tenir en compte el lloc d'atenció, hospital, *hospice* o domicili, segons la fase evolutiva de la malaltia, pal·liació precoç o de final de vida; registre de les dades per part del malalt, família o equip; utilització de l'escala numèrica verbal ENV, 0-10, com a millor forma de fer seguiment dels símptomes, sobretot en malalts molt deteriorats, tot i que no queda clar que la modificació mesuri bé la percepció de qualitat de vida. És

diffícil avaluar-ne la correlació clínica i cal tenir en compte les diferències sociodemogràfiques (edat, sexe, classe social).

Un estudi descriptiu longitudinal efectuat en un centre oncològic, (Hwang, 2003) (48) correlaciona la percepció de qualitat de vida per part del malalt pal·liatiu amb el control simptomàtic i l'estat funcional. Conclou que es pot aconseguir un acceptable control simptomàtic encara que el deteriorament funcional progressi.

Pickett, 1998 (49) creu que l'objectiu de la intervenció de les cures pal·liatives és millorar la qualitat de vida, pel que fa a la pràctica clínica i a la recerca, i identificar futurs aspectes de millora. Té una visió holística, malalt i família, durant tota l'evolució de la malaltia i no només al final de la vida i diu que cal un canvi d'actitud per part de tots.

1.4.3. Recerca

Fonamental per generar evidència.

Diversos autors fan referència a la dificultat per avaluar la intervenció dels equips de cures pal·liatives en el control simptomàtic dels malalts, entre ells Mc Whinney (1994) (50). D'entre els principals motius destaca l'estat general d'extrema fragilitat dels malalts, que fa plantejar dilemes ètics; pocs estudis aleatoritzats; supervivència curta durant el seguiment de l'estudi i deteriorament progressiu; així com el baix índex de complimentació dels qüestionaris, sobretot si són complexos i llargs, que fan que sovint la mostra sigui insuficient per avaluar resultats.

1.4.4. Equips especialitzats

La bibliografia internacional sobre efectivitat de la intervenció dels equips especialitzats en l'atenció de malalts pal·liatius genera suficient evidència positiva per justificar-ne la utilitat.

Salisbury, 1999 (51) fa una important revisió, 86 estudis, de l'impacte de diversos models d'equips especialitzats en cures pal·liatives en la qualitat de vida dels malalts. Conclou que hi ha millor control del dolor per part dels equips especialitzats, sobretot a domicili, però no troba diferències pel que fa a altres aspectes de qualitat de vida; sí que la percepció de satisfacció per part del malalt i la família és significativa i això solament ja justifica la intervenció. Hi ha pocs estudis aleatoritzats per avaluar-ho ja que amb els estudis observacionals és més difícil fer comparacions.

Ventafrida, 1990 (52) mesura la intervenció d'un equip de cures pal·liatives i afirma que hi ha àrees sense millorar, però globalment troba millora en la qualitat de vida de la fase terminal de la malaltia.

Mc Illmurray, 1989 (53) afirma que la intervenció d'un servei de cures pal·liatives millora el dolor i les nàusees i vòmits en 316 malalts reclutats.

Zwahlen, 1991 (54) observa que la intervenció hospitalària d'un equip especialitzat millora el dolor.

Gray, 1997 (55) és crític perquè considera que els serveis de cures pal·liatives proporcionen atenció a uns quants privilegiats. Conclou que els estudis d'efectivitat, per avaluar necessitats i proveir els recursos necessaris, són essencials però difícils.

Seale, 1991 (56) entrevista cuidadors de malalts atesos en un *hospice* i refereixen bon control del dolor i satisfacció amb el seguiment.

L'estudi observacional dut a terme per Ellershaw, 2001 (57) d'un model integral d'atenció de malalts terminals en un *hospice* conclou que assoleix un bon control simptomàtic i a mesura que el deteriorament funcional progressa més malalts tenen el dolor controlat.

Un programa d'atenció domiciliària dependent d'un *hospice* identifica millora en totes les dimensions, especialment dolor, així com la vivència emocional positiva per part de la família, en Silver, 1981 (58).

Zimmer, 1985 (59), no troba diferències pel que fa a control simptomàtic a domicili però els cuidadors estan molt satisfets i el cost és inferior.

Mulligan, 1989 (60) tampoc no troba un benefici clar amb la intervenció especialitzada a domicili, només millora el patiment emocional dels cuidadors, amb una possible repercussió en la resolució del dol.

Mercadante, 1999 (61) presenta un estudi prospectiu amb 3.678 malalts de càncer avançat en seguiment a domicili per part d'equip especialitzat, període 1988-1997, amb efectivitat significativa en el control simptomàtic, especialment dolor. Fa avaluació de la intensitat dels símptomes el dia 0, dia 7 i durant l'última setmana de vida, segons l'escala numèrica verbal ENV, 0-10, en dos subgrups, <4 i ≥ 4 (4-6, 7-10).

Jordhoy, 2000 (62) mostra que amb la intervenció d'un programa especialitzat és possible un millor control a domicili fins al final.

Peruselli, 1997 (63) conclou que amb la intervenció d'un equip especialitzat a domicili millora parcialment el dolor i altres símptomes, però el deteriorament funcional actua de forma independent.

Un model intermig d'atenció especialitzada del malalt pal·liatiu és l'hospital de dia, que combina aspectes mèdics i socials, però que també evidencia efectivitat en el control simptomàtic d'aquests malalts.

Straser, 2004 (64) avalua l'impacte de la intervenció d'un equip especialitzat, hospital de dia, en un centre oncològic, pel que fa al control simptomàtic en el malalt avançat. Apunta que és complicat avaluar-ne la intervenció per la dificultat en el seguiment i que futurs estudis han d'anar més dirigits a analitzar la intervenció més individualitzada de cada membre de l'equip multidisciplinar.

Goodwin, 2002 (65), Goodwin, 2003 (66)(67) i Higginson, 2003 (68) avaluen efectivitat en la intervenció dels equips especialitzats a l'hospital de dia en malalts pal·liatius, 120 malalts revisats en un estudi prospectiu multicèntric comparatiu. No troben diferències significatives pel que fa a qualitat de vida, poques diferències en el control simptomàtic i desfavorable pel que fa a qüestions pràctiques de la vida diària.

Wilkes, 1978 (69) refereix millora amb la utilització de l'hospital de dia, menys angoixa per part del malalt i la seva família; assegura continuïtat assistencial i perllonga la funcionalitat amb la rehabilitació.

Cockburn, 1982 (70) valora positivament l'hospital de dia pel descans que representa per al cuidador i pel control simptomàtic que rep el malalt.

Sharma, 1993 (71) apunta que el malalt té més oportunitat de rebre atenció mèdica i control simptomàtic durant la seva estada a l'hospital de dia.

Per a Edwards, 1997 (72), l'hospital de dia controla millor els problemes identificats, dolor, ansietat i suport social.

Kennett, 2000 (73) fa l'estudi qualitatiu a hospital de dia d'un projecte artístic amb resultats positius.

Faulkner, 1993 (74), en un estudi qualitatiu a hospital de dia, és més crític i diu que no queda clara l'efectivitat d'aquest recurs.

Douglas, 2000 (75), en estudi qualitatiu a hospital de dia també apunta la dificultat per mesurar el benefici d'aquest model.

Lee, 2002 (76) fa un estudi qualitatiu i avalua l'efectivitat amb un qüestionari efectuat a malalts i membres de l'equip a l'hospital de dia amb resultat positiu.

Hopkinson, 2001 (77) també fa un estudi qualitatiu amb qüestionari per avaluar la percepció per part del malalt de l'efectivitat de la intervenció de l'equip d'hospital de dia i el resultat és positiu.

A l'estat espanyol hi ha poca evidència científica publicada d'efectivitat dels equips especialitzats.

A Catalunya disposem d'algunes dades de resultats clínics que mostren l'efectivitat de la intervenció dels equips:

L'any 1998 el Grup catalanobaleàr de recerca en cures pal·liatives CATPAL va dissenyar un estudi observacional, transversal, multicèntric, de prevalença d'ús d'opiacis en malalts atesos per equips de cures pal·liatives a Catalunya, amb 94 equips participants i 888 malalts avaluables (Carulla, 1998) (78), on va quedar reflectit l'increment d'aquest ús.

L'any 2002 el grup CATPAL dissenya un estudi observacional, transversal, multicèntric, de prevalença de dolor irruptiu, amb 57 equips participants de cures pal·liatives de tot Catalunya i 396 malalts avaluables (Gómez-Batiste, 2002) (79).

Serra-Prat, 2001 (80) demostra que la intervenció d'un equip de suport a domicili a Catalunya durant el darrer mes de vida redueix el nombre de dies d'hospitalització, el nombre de visites ambulatòries i d'urgències, i amb menys cost. Recomana avaluar l'efecte en l'hospitalització a llarg termini des de l'inici de l'atenció fins a l'èxitus per confirmar els resultats obtinguts en el seu estudi.

1.4.5. Comparació d'equips especialitzats

Hi ha poca bibliografia que ho tracti, ja que la comparació entre equips especialitzats de cures pal·liatives pel que fa a efectivitat en la intervenció és poc valorable perquè les característiques dels malalts i el tipus d'atenció és diferent.

Mor, 1988 (81) compara l'atenció rebuda a *hospice* i a domicili amb l'atenció convencional. El model d'hospitalització *hospice* té un cost més baix però no difereix de l'atenció rebuda a domicili. Proporcionen millor control simptomàtic comparant amb el servei convencional.

Vinciguerra, 1986 (82) compara atenció especialitzada en malalts avançats, a domicili i a l'hospital. El deteriorament funcional fa que a domicili s'aconsegueixi millor control simptomàtic, i a més el cost és inferior.

Hinton, 1996 (83) compara hospital de dia i domicili, i no troba diferències significatives. El motiu d'hospitalització més freqüent és el deteriorament funcional.

1.4.6. Comparació amb atenció convencional

Podem afirmar que les múltiples necessitats que presenten els malalts en aquesta fase de la malaltia justifiquen la necessitat de l'atenció especialitzada.

Falconer, 2002 (84) és contundent en afirmar que l'atenció convencional no pot resoldre totes les necessitats dels malalts en situació avançada i terminal i de les seves famílies.

Viney, 1994 (85) compara l'atenció rebuda a *hospice* i a l'hospital general en 183 malalts. Conclusió: millor percepció de qualitat de vida, menys ansietat i més sensació de seguretat en el grup de malalts atesos a *hospice*.

Kane, 1985 (86) compara l'atenció rebuda a *hospice* versus centre convencional. No troba diferències significatives pel que fa a intensitat i nombre de símptomes, sí que troba més control del dolor, l'ansietat i la depressió després de la intervenció de l'equip especialitzat.

Jordhoy, 2001 (87), en un estudi aleatoritzat, no hi troba diferències significatives.

Fordham, 1999 (88) creu que en comparar intervenció especialitzada amb convencional sorgeixen problemes metodològics i de qualitat en l'anàlisi, hi ha una selecció de malalts oncològics atesos per equips de cures pal·liatives en detriment d'altres patologies no neoplàsiques.

Smeenck, 1998 (89), en un estudi aleatoritzat afirma que l'atenció especialitzada a domicili és més efectiva que la convencional, permet una bona qualitat de vida i redueix el temps d'hospitalització.

1.4.7. Percepció de familiars i cuidadors

Cada vegada queda més clar que la col·laboració dels familiars i cuidadors en la cura del malalt, de forma coordinada amb els equips terapèutics, reverteix en una millor qualitat de vida, objectiu de l'atenció al final de la vida.

Harding, 2003 (90) fa una revisió de la funció dels cuidadors en l'atenció dels malalts pal·liatius. No hi ha massa evidència però sembla que tenen un paper clau, cal actuar davant les necessitats específiques dels cuidadors i per això cal identificar-les, per poder planificar intervencions i fer-ne l'avaluació. Calen actuacions realistes, acceptables, accessibles i efectives, sobretot en fases precoces, en gent jove, i en aspectes qualitius. Tamé s'han de tenir en compte els grups de voluntariat.

Kane, 1985 (91) descriu menys ansietat i més satisfacció per part dels cuidadors dels malalts atesos per equip multidisciplinar especialitzat a *hospice* i a domicili.

Un estudi efectuat per Parkes, 1980 (92) avalua la percepció de les esposes de malalts atesos per equip domiciliari especialitzat l'any 1967 i revalua l'any 1977. No troba diferències gaire significatives comparant amb equips convencionals. La percepció 10 anys després millora.

Wakefield, 1993 (93) descriu la percepció per part dels cuidadors d'efectivitat en el control dels símptomes dolor, insomni o dispnea, però inefectivitat pel que fa a astènia i anorèxia.

Mc Millan, 1994 i 1996 (94) (95) refereix percepció de millora de qualitat de vida per part dels cuidadors més que per part dels malalts, relacionada amb l'estabilització simptomàtica, després de la intervenció de l'equip a *hospice* i a domicili.

Durant el darrer mes de vida, segons Hinton, 1994 (96), els cuidadors pateixen més que el malalt; però tot i que a l'*hospice* hi ha més control simptomàtic, els malalts prefereixen el domicili (Hinton, 1979) (97).

Axelson, 1998 (98) troba que amb la intervenció d'un equip de suport de cures pal·liatives hi ha control del dolor en el 35% dels casos, encara que la qualitat de vida tendeix a empitjorar.

1.4.8. Coordinació entre equips i comunicació

La coordinació entre els diversos serveis especialitzats i convencionals, a l'hospital i a domicili, i amb els equips d'atenció primària, i en especial amb la figura de la infermera d'enllaç, és la clau per a una atenció continuada i de qualitat del malalt pal·liatiu i dels seus cuidadors.

Coincideixen amb aquesta afirmació Addington-Hall, 1992 (99), Raferty, 1996 (100), Clark, 2000 (101) i Higginson, 2002 (102).

Robinson, 1994 (103) afegeix a la coordinació la comunicació efectiva entre els diversos nivells.

1.4.9. Identificar necessitats

Bàsic per tal de planificar recursos.

Currow, 2004 (104) considera fonamental la informació procedent de la població per fer previsió de les necessitats de cures pal·liatives, identificar el subgrup que no ha tingut accés al recurs, i diferenciar de la població atesa els que s'haurien beneficiat dels que no.

Higginson, 2007 (105) descriu 3 nivells per definir i decidir les necessitats en cures pal·liatives i poder assegurar-ne la implementació: epidemiològic, treball en equip i comparatiu.

Bradshaw diferencia: què creu que necessita el malalt i què demana, què creu necessari el professional, i com comparar-ho.

1.4.10. Multidisciplinarietat dels equips

Sembla evident que per atendre les diverses necessitats dels malalts en aquesta etapa de la malaltia cal una atenció multidisciplinària. I que l'actuació de cada component de l'equip de forma individual, juntament amb la interacció, interdisciplinarietat, dels diversos professionals influeixen en l'efectivitat de la intervenció dels equips.

Hearn, 1998 (106) fa una revisió i compara amb els serveis convencionals: els serveis especialitzats milloren la satisfacció, identifiquen i aborden millor necessitats del malalt i la família, redueixen el temps d'hospitalització i disminueixen els costos.

L'efectivitat en cures pal·liatives es mesura amb l'obtenció d'una bona qualitat de vida abans de la mort, una bona mort i l'impacte que representa per a la família. És de difícil avaluació per tractar-se d'una població extremadament fràgil. No tots els estudis mostren millor resultat amb el treball coordinat però cap mostra resultats adversos. Els equips especialitzats són més capaços d'identificar i abordar les necessitats dels malalts i llurs famílies.

Carlson, 2003 (107) suggereix que la percepció de satisfacció està influïda per l'efectivitat de la medicació, independentment de la intensitat del dolor, la comunicació i altres factors no ben determinats.

Alguns estudis que demostren l'efectivitat dels diversos membres de l'equip multidisciplinar:

>Control del dolor no només amb la medicació, paper de la infermeria (Boström, 2004) (108).

Mesures no farmacològiques en la dispnea, per part d'infermeria, en malalts amb neoplàsia de pulmó avançada (Corner, 1996) (109).

>Efectivitat de la intervenció del treballador social en malalts pal·liatius (Allison, 1983) (110).

>Intervencions en l'àmbit psicològic en general milloren els símptomes tot i que una revisió efectuada per Newell, 2002 (111) ho qüestiona.

Ventafrida, 1985 (112) analitza l'efectivitat del suport psicològic a domicili per part d'equip especialitzat: milloren el dolor, l'astènia i l'ansietat.

Connor, 1992 (113) refereix disminució de la negació davant la situació per part dels malalts pal·liatius després de la intervenció.

Butcher, 2001 (114) referix efectivitat amb la intervenció en malalts i cuidadors.

Cameron, 1983 (115) també objectiva més capacitat per superar el dol en el grup de malalts i familiars després de la intervenció psicològica.

No troben diferències significatives Kane, 1986 (116) ni Scruby, 1989 (117).

>També cal tenir en compte, tot i que és difícil de mesurar, la intervenció en l'àmbit de l'espiritualitat i la seva relació amb la percepció de qualitat de vida per part del malalt i la família (Mitko, 1999; Kune, 1993 i Coleman, 2002) (118) (119) (120).

>La influència de la medicina alternativa i les teràpies complementàries en la percepció de qualitat de vida per part del malalt i la família l'han revisada diversos autors. Pan, 2000 (121) refereix una lleugera millora pel que fa al dolor, les nàusees i la dispnea; Specia, 2000 (122) descriu l'efecte positiu de la meditació; Downer, 1994 (123) és més crític amb els resultats.

>Comunicació efectiva entre el malalt i el professional, basada en la confiança, és essencial, i tot això d'acord amb els desitjos del malalt (Stewart, 1996) (124).

1.4.11. Criteris de complexitat de les situacions i nivells d'intervenció per part dels equips especialitzats

Actualment són dos àrees de treball que ajuden a definir millor el marc d'actuació dels equips especialitzats, per avaluar-ne l'efectivitat.

El fet de realitzar o no tractament oncològic no influeix en les necessitats d'intervenció.

Criteris orientatius per a l'actuació d'equips especialitzats davant situacions considerades complexes:

1. Malaltia avançada i terminal.
2. Edat jove <50 anys.
3. Més de 3 símptomes, especialment dolor de mal pronòstic, Edmonton II-III, de més de 5/10 ENV, escala numèrica verbal 0-10, i amb dificultat de resposta als tractaments convencionals de primera línia.
4. Antecedents de psicopatia , enolisme i/o addiccions.
5. Situació psicològica o social complexa.
6. Dilemes ètics de maneig difícil.

Porta, 2003 (125) descriu la complexitat de malalts atesos en una consulta externa d'un servei de cures pal·liatives d'un centre terciari.

Diferents nivells d'intervenció per part dels equips especialitzats (Tuca, 2007) (126):

Nivell I: Avaluació i propostes sense seguiment, derivació cap a un altre recurs.

Nivell II: Avaluació i seguiment a demanda d'altres serveis o malalts.

Nivell III: Avaluació i seguiment compartit.

Nivell IV: Avaluació i seguiment preferent , únic (>75% de les intervencions)

Nivell V: Gestió de cas, totes les decisions i intervencions.

1.4.12. Formació en cures pal·liatives

És fonamental per assegurar una atenció de qualitat per part dels professionals implicats.

Es consideren diversos nivells de coneixements: bàsic, intermig i avançat, necessaris segons el recurs assistencial.

2. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

Tot seguint la línia d'avaluació del "Plan Nacional de Cuidados Paliativos" iniciada amb l'estudi d'utilització de recursos per part dels malalts pal·liatius, estudi URSPAL, del Grup catalanobalear de cures pal·liatives (X. Gómez-Batiste, 2003) (38), i davant la poca evidència científica escrita sobre efectivitat de la intervenció dels equips de cures pal·liatives en el control simptomàtic de malalts oncològics avançats a l'estat espanyol, i especialment a Catalunya, el present treball vol mesurar el resultat en el grau de consecució dels objectius terapèutics en condicions normals d'atenció i, de manera més concreta, en el control de símptomes.

El disseny mostra resultats d'efectivitat de la intervenció dels equips de cures pal·liatives de tot Catalunya pel que fa al control simptomàtic dels malalts oncològics avançats i terminals.

El plantejament és senzill, no implica cap alteració en l'atenció del malalt i la seva família ni en la dinàmica de treball de l'equip, és de curta durada perquè té en compte la fragilitat dels malalts atesos, i dóna una visió real de la situació.

3. HIPÒTESI I OBJECTIUS

3.1. HIPÒTESI

La intervenció dels equips de cures pal·liatives, de forma interdisciplinària per part dels diferents professionals implicats en l'atenció, aconsegueix la millora simptomàtica dels malalts oncològics en fase avançada i terminal, i també de les seves famílies, en aspectes de l'àrea física, emocional, espiritual i psicosocial.

3.2. OBJECTIUS

3.2.1. Objectiu principal

Demostrar l'efectivitat en la intervenció dels equips de cures pal·liatives de Catalunya en el control simptomàtic dels malalts oncològics en situació avançada i terminal.

Els símptomes escollits d'entre els més prevalents, tenint en compte els aspectes físics, emocionals, espirituals i psicosocials del malalt i la seva família, són:

Astènia, ansietat, insomni i dolor.

El dolor, símptoma molt desestabilitzador, es mesura de forma més detallada:

-segons factor pronòstic, Edmonton Staging System, ESS: Edmonton I -dolor de bon pronòstic- i Edmonton II-III -dolor de mal pronòstic.

-segons característiques: dolor basal DB, dolor en crisi DC i nombre de crisi de dolor/24 h NC.

I per completar-ho analitzem dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisi de dolor/24 h per subgrups:

-segons tipus d'equip especialitzat que fa la intervenció: consulta externa CE, equip de suport hospitalari ESH o UFISS, unitat d'hospitalització UCP i equip de suport a domicili ESD o PADES.

-segons grup d'edat: edat<60 a, edat≥60 a.

-segons l'estat funcional del malalt, índex de Karnofsky Performance Status KPS: KPS≤30, KPS 40-60, KPS≥70.

-segons nivell cognitiu: deteriorament cognitiu o no.

3.2.2. Objectius addicionals

1. Veure si és possible associar la recerca clínica amb l'activitat assistencial quotidiana.
2. Contribuir en la mesura de resultats segons el "Plan Nacional de Cuidados Paliativos", més concretament a Catalunya.
3. Comparar amb resultats ja existents, nacionals i internacionals.
4. Avaluar la participació dels diversos equips de cures pal·liatives de Catalunya.
5. Identificar àrees de millora .

4. MATERIAL I MÈTODE

4.1. MATERIAL

4.1.1. Equips

Professionals sanitaris dels equips de cures pal·liatives de Catalunya que atenguin malalts oncològics avançats i terminals.

S'identifica un investigador principal de cada equip participant, responsable de l'estudi, així com investigadors col·laboradors encarregats del reclutament i seguiment dels malalts i els cuidadors.

Selecció dels equips segons mostra representativa del territori de Catalunya, utilitzant el directori de la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives, SECPAL, 2004.

Del nombre total d'equips identificats a Catalunya, 140, es fa estratificació segons lloc i forma d'actuació: 60 equips de suport a domicili, ESD o PADES; 50 unitats d'hospitalització de cures pal·liatives, UCP; i 30 unitats funcionals interdisciplinars socio sanitàries ESH o UFISS.

4.1.2. Població a estudi

Selecció de malalts, reclutament de forma consecutiva, n de cada equip en relació al nombre total de primeres visites i temps necessari per aconseguir-ho, període d'inclusió.

Mida de la mostra, 140 equips a Catalunya, 3 a 5 malalts per equip, estimació de 420-700 malalts.

4.1.2.1. Criteris d'inclusió:

- Malalts amb diagnòstic de càncer avançat i terminal.
- Malalts que en la seva història oncològica acudeixin per primera vegada a un equip de cures pal·liatives, amb o sense tractament concomitant des d'altres serveis diferents del de cures pal·liatives.
- Malalts, o en el seu cas cuidadors, que donen el seu consentiment per participar en l'estudi, amb full de consentiment informat.
- Malalts, o en el seu cas cuidadors, amb possibilitat de contacte presencial o telefònic.

4.1.2.2. Criteris d'exclusió:

- Malalts amb diagnòstic de malaltia avançada no relacionada amb càncer.
- Malalts que prèviament han tingut contacte amb un equip de cures pal·liatives.
- Malalts, o en el seu cas cuidadors, amb impossibilitat de seguiment o de facilitar la informació necessària per a l'estudi.
- Malalts, o en el seu cas cuidadors, que no acceptin per escrit participar. Malalts amb diagnòstic psiquiàtric, deteriorament cognitiu o situació emocional que en dificulti l'avaluació, o cuidadors no capaços per al seguiment de l'estudi en cas de ser-ne necessària la intervenció, a criteri de l'equip.

4.1.2.3. Criteris de finalització:

S'especificarà el motiu: fi de l'estudi, defunció, incompliment dels criteris d'avaluació, pèrdua de seguiment, abandonament per voluntat pròpia del malalt o cuidador, empitjorament clínic que n'impossibiliti l'avaluació.

4.1.3. Lloc i infraestructura

Comitè científic equip de recerca del Servei de Cures Pal·liatives de l'Institut Català d'Oncologia, hospital Duran i Reynals, Barcelona, Dr. X. Gómez-Batiste i Grup Catalanobaleà de recerca en Cures Pal·liatives, CATPAL.

4.1.4. Protocol de l'estudi

Estudi observacional, de cohort, longitudinal, d'una setmana de seguiment.

Període d'inclusió: 24 a 28 de gener de 2005, ampliable uns dies si cal per aconseguir *n* aproximada de cada equip, i de realització curta, de durada màxima d'1 mes.

Anàlisi d'efectivitat de la intervenció dels equips de cures pal·liatives en el control simptomàtic a curt termini, mitjançant enquesta que registra quatre símptomes d'entre els més prevalents: astènia, ansietat, insomni i dolor -dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h- segons escala numèrica verbal ENV, 0-10, dia 1 i dia 7.

4.1.4.1. Consentiment informat

Els malalts, o en el seu cas els cuidadors, després de ser informats adequadament de l'estudi i acceptar-ne la inclusió, signen el document.

4.1.4.2. Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica CEIC

Estudi aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica CEIC de l'hospital universitari de Bellvitge BCN.

4.1.4.3. Algoritme diagnòstic

Registre de variables dels malalts inclosos:

>Dia 1:

Visita presencial.

Dades de l'equip de cures pal·liatives de referència.

Dades sociodemogràfiques, de la malaltia a l'inici de l'estudi, índex de Karnofsky Performance Status, (127) (128), i pronòstic aproximat.

Dades del malalt o cuidador durant el seguiment.

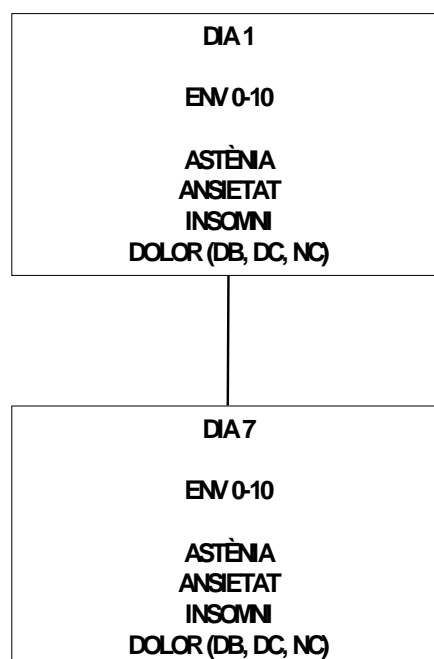
Registre dels quatre símptomes: astènia, ansietat, insomni i dolor -basal, en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h- segons ENV, 0-10.

>Dia 7:

Registre presencial o telefònic.

Registre novament dels quatre símptomes: astènia, ansietat, insomni i dolor -basal, en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h- segons ENV, 0-10, sense tenir en compte el resultat del registre del dia 1.

Figura 2. Registre de símptomes segons ENV dia 1-dia 7.



4.2. MÈTODE

4.2.1. Instrument. Escala numèrica verbal ENV, 0-10, per avaluar la intensitat dels símptomes

Instrument de mesura de l'efectivitat en el control simptomàtic, l'escala numèrica verbal ENV del 0 al 10, "0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10", en la qual el 0 indica l'absència de símptoma i el 10 la màxima intensitat del símptoma, insuportable.

És molt important que el malalt entengui el significat de l'escala, amb els punts d'ancoratge extrems, mínim i màxim, 0 i 10, per tal de poder-ne avaluar la percepció del símptoma i comparar dia 1 amb dia 7, després de la intervenció de l'equip interdisciplinari. En cas que no sigui viable l'avaluació per part del malalt, és l'equip qui ho fa, intentant ser en tot moment molt curosos amb la mesura.

Higginson, 2004 (129) fa una revisió de les escales més utilitzades per mesurar qualitat de vida i considera la que utilitzem nosaltres, ENV, 0-10, adequada per avaluar símptomes. Hoekstra, 2004 (130) considera la monitorització dels símptomes amb l'ENV, 0-10, un instrument fiable i factible en malalts amb càncer en fase pal·liativa, i també la recomana en la recerca, per a estudis d'efectivitat.

Chang, 2000 (131) corrobora la validesa de l'Edmonton Symptom Assessment Scale; i la versió modificada (Philip, 1998) (132), equivalents totes dues a l'ENV que fem servir.

Kaasa, 2002 i 2003 (46) (47), qüestiona la validesa de l'ENV, però no en suggereix cap altra de millor.

4.2.2. Avaluació amb l'escala numèrica verbal ENV, 0-10, dia 1 i dia 7 de l'estudi. Interpretació de resultats

Comparació de resultats obtinguts dia 1 amb dia 7 per tal de veure si hi ha diferència estadísticament significativa, i la corresponent expressió clínica, després de la intervenció dels equips especialitzats.

4.2.2.1. En el nostre estudi considerem, pel que fa als símptomes astènia, ansietat i insomni:

ENV \leq 3 símptoma controlat.

ENV \geq 4 símptoma no controlat.

Diversos autors efectúen estudis similars:

Tsai, 2008 (133) considera un símptoma significatiu quan ENV és igual o superior a 4 i no significatiu la resta.

Dudgeon, 1999 (134) considera símptoma ENV inferior a 5 de moderada intensitat i igual o superior a 5 intensitat severa.

Serling, 1995 (135) subclassifica ENV; 1-4: lleu, 5-6: moderat, 7-10: sever.

Mercadante, 1999 (61) fa dos subgrups segons ENV $<$ 4 i ENV $>$ 4.

És molt important fer l'avaluació acurada, tenir en compte la diversitat cultural i si utilitzem informació procedent de cuidadors del malalt (Dunckley, 2003) (136).

Establím 3 subgrups comparant dia 1 i dia 7: millora simptomàtica, sense canvis i empitjorament.

4.2.2.2. Pel que fa al símptoma dolor, analitzem segons característiques dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor /24 h:

Dolor basal i dolor en crisi:

Considerem dolor basal el mínim dolor i dolor en crisi el màxim dolor present.

ENV \leq 3 símptoma controlat.

ENV \geq 4 símptoma no controlat.

Nombre de crisis de dolor/24 h:

Referit al nombre de vegades durant les 24 h del dia que es presenta el dolor en crisi.

El criteri utilitzat per establir aquests dos subgrups està basat en l'estudi de prevalença de dolor irruptiu (Gómez-Batiste, 2002) (79).

Nombre de crisis de dolor/24 h \leq 2 símptoma controlat.

Nombre de crisis de dolor/24 h \geq 3 símptoma no controlat.

Establim 3 subgrups comparant dia 1 i dia 7: millora simptomàtica, sense canvis i empitjorament

La taula de contingència dia 1-dia 7 ens permet veure el percentatge de malalts que modifiquen la situació, de símptoma controlat a no controlat, i de símptoma no controlat a controlat.

Quant a la periodicitat en la recollida de dades, la bibliografia revisada mostra monitorització variable:

Yoshimoto, 2007 (137) i Strömngren, 2004 (138) avaluen dia 1 i dia 7, com nosaltres.

Edmons, 1998 (139) i Ellershaw, 1995 (140) avaluen 2 vegades a la setmana durant dues setmanes.

Ewing, 2004 (141) avalua dies 1, 7, 14 i 28.

Mercadante, 1999 (61) avalua dia 0, dia 7 i durant l'última setmana de vida.

Analitzem el global de la mediana: dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h.

Per últim analitzem el símptoma dolor: dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h, per subgrups:

>Segons equip d'intervenció: consulta externa CE, equip de suport hospitalari ESH o UFISS, unitat d'hospitalització UCP, equip de suport a domicili ESD o PADES.

>Segons grups d'edat: <60a i ≥60a.

>Segons factor pronòstic, Edmonton Staging System ESS: Edmonton I, bon pronòstic, i Edmonton II-III, mal pronòstic (Bruera, 1995) (142)

Es considera dolor de bon pronòstic: dolor visceral, ossi o de parts toves, dolor no incidental, absència de patiment emocional, increment lent de dosi d'opiacis, no antecedents d'enolisme i/o addicció a drogues. S'aconsegueix en aquest grup bon control del dolor en el 93% dels malalts.

Dolor de mal pronòstic: dolor neuropàtic, mixt o de causa desconeguda, dolor incidental, existència de patiment emocional, increment ràpid de la dosi d'opiacis, antecedents d'enolisme i/o addicció a les drogues. En aquest grup s'aconsegueix bon control del dolor en el 55% dels malalts.

>Segons índex de Karnofsky, Performance Status KPS (127):

KPS 100: Activitat normal, assíptomàtic, sense evidència subjectiva de malaltia.

KPS 90: Capaç de desenvolupar la seva activitat normal, símptomes mínims de malaltia.

KPS 80: Activitat normal amb esforç, alguns símptomes subjectius de malaltia.

KPS 70: Pot cuidar-se ell mateix, incapaç de fer la seva activitat normal o la seva feina.

KPS 60: Requereix assistència ocasional, però és capaç de tenir cura d'ell mateix.

KPS 50: Requereix assistència mèdica considerable i atenció mèdica freqüent.

KPS 40: Requereix atenció mèdica especial.

KPS 30: Greument inhàbil, precisa hospitalització, si bé no es preveu una mort imminent.

KPS 20: Molt malalt, hospitalització necessària, es precisa tractament de suport actiu.

KPS 10: Moribund.

KPS 0: Mort.

>Segons nivell cognitiu. Que valorem amb la clínica i si cal amb l'ajuda dels instruments: CAM, Pfeiffer i MEC-30 (143) (144) (145).

>Global mediana per subgrups.

4.3. ANÀLISI ESTADÍSTICA

Analitzem les dades segons dos supòsits:

1. Amb la prova de Wilcoxon, de rangs amb signe, en el cas de considerar l'ENV com a *variable contínua*, que calcula les diferències entre les dos variables per a tots els casos i classifica les diferències com a positives, negatives o empatades i també té en compte la magnitud de les diferències entre els parells.

El valor $p < 0,05$ indica diferència estadísticament significativa.

2. Si considerem l'ENV com a *variable categòrica*, més ajustat a la realitat, utilitzem la prova d'homogeneïtat marginal, que contrasta els canvis de resposta utilitzant la distribució de txi-quadrat i detecta modificacions causades per la intervenció experimental en dissenys d'abans i després.

El valor $p < 0,05$ indica diferència estadísticament significativa.

També analitzem els resultats segons:

-Valor ≤ 3 , ENV 0-10, o nombre de crisis de dolor/24 h ≤ 2 , símptoma controlat.

-Valor ≥ 4 , ENV 0-10, o nombre de crisis de dolor /24 h ≥ 3 , símptoma no controlat.

La taula de contingència entre dia 1 i dia 7 mostra el percentatge de malalts que modifiquen la situació de símptoma controlat a no controlat i de símptoma no controlat a controlat.

I per últim, construcció de *la variable diferència dia 1-dia 7* subagrupant els malalts que milloren en algun punt entre la visita dia 1 i dia 7, els que tenen la mateixa puntuació i els que empitjoren la puntuació.

S'ha utilitzat el sistema estadístic SPSS versió 14.0 per a l'anàlisi de les dades.

5. RESULTATS

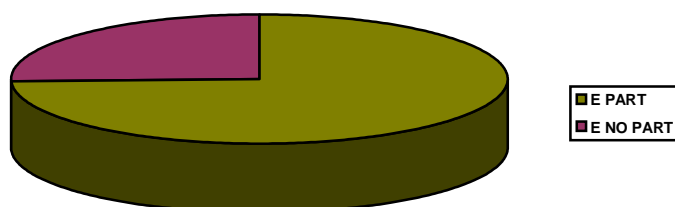
5.1. ASPECTES EPIDEMIOLÒGICS DE L'ESTUDI

5.1.1. Equips

Taula 1. Distribució equips.

Equips participants	111	75%
Equips no participants	38	25%
Total	149 equips	

Figura 3. Distribució equips.



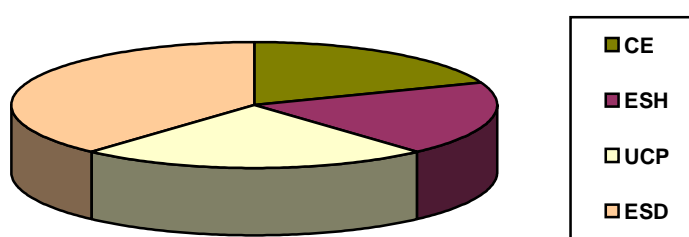
Important participació, 111 equips (75%) dels 149.

Dels 159 malalts reclutats, 2 no compleixen criteris d'inclusió; per tant, 157 són els avaluable.

Taula 2. Distribució malalts segons equip.

CE	Consulta externa	30	19%
ESH, UFISS	Equip suport hospitalari	30	19%
UCP	Unitat hospitalització	37	24%
ESD, PADES	Equip suport domicili	60	38%
Total		157 malalts	

Figura 4. Distribució malalts segons equip.



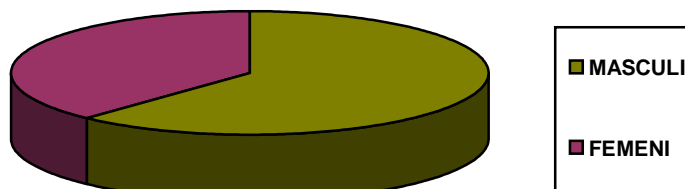
El recurs amb més participació i nombre de malalts és l'equip de suport a domicili. Cal tenir en compte que del total d'equips de cures pal·liatives a Catalunya, els ESD són els més nombrosos, 60 en total.

5.1.2. Malalts

-Sexe

Predomini sexe masculí 62%, sobre femení 38%.

Figura 5. Distribució segons sexe.

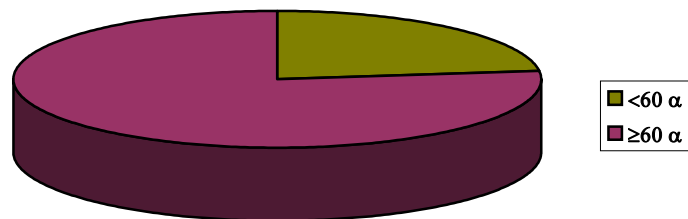


-Grups d'edat

Taula 3. Subgrups d'edat <60 a i ≥60 a.

Menys de 60 a	23%
Igual o superior a 60 a	77%

Figura 6. Subgrups edat <60 a i ≥60 a.



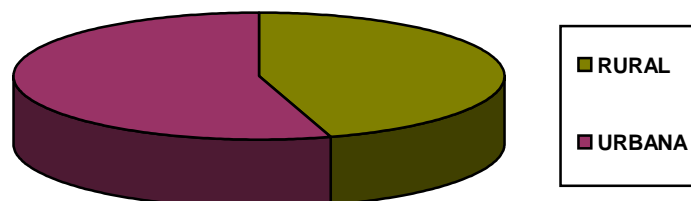
Hi ha predomini d'edat igual o superior a 60 anys.

-Lloc de residència

Taula 4. Distribució rural i urbana.

Rural	68	45%
Urbana	82	55%
Total	150 malalts (9 no avaluables)	

Figura 7. Distribució rural i urbana.



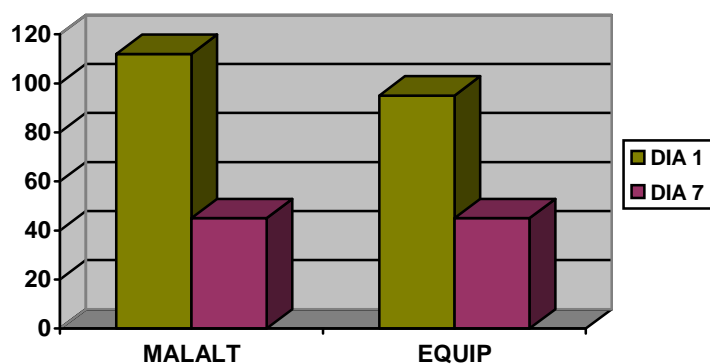
No es troben diferències.

-Avaluació dels símptomes: malalt, equip

Taula 5. Segons qui fa l'avaluació dels símptomes.

	DIA 1	DIA 7
Malalt	112 (71%)	95 (68%)
Equip	45 (29%)	45 (32%)
Total	157 malalts avaluables	140 malalts avaluables

Figura 8. Distribució segons avaluador símptomes.



S'ha aconseguit que avaluï els símptomes el mateix malalt en un percentatge elevat de casos.

A dia 7 hi ha menys nombre de malalts avaluables per pèrdua durant el seguiment.

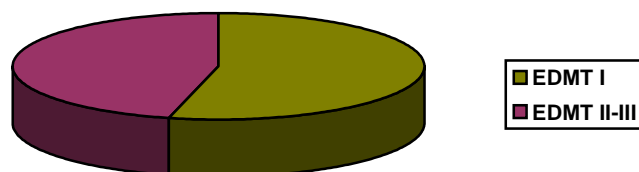
El registre de les dades el dia 1 és sempre presencial, el dia 7 és presencial en 95 malalts, 69% del total; i telefònic en la resta, 43 malalts, 31%.

-Factor pronòstic dolor, Edmonton Staging System ESS

Taula 6. Tipus de dolor segons Edmonton Staging System, valor pronòstic.

Edmonton I (bon pronòstic)	75	54%
Edmonton II-III (mal pronòstic)	64	46%
Total	129 malalts avaluables	

Figura 9. Distribució segons factor pronòstic dolor, ESS I i ESS II-III.



El nombre de malalts de cada subgrup, segons tipus de dolor ESS, valor pronòstic, és molt similar, bon pronòstic 54% i mal pronòstic 46%. No hi ha diferències significatives.

-Localització tumoral

Taula 7. Distribució localització tumoral.

150	Esòfag	1	1%
151	Estómac	9	6%
153	Còlon	15	10%
154	Recte-sigma	7	4%
157	Pàncrees	5	3%
158	Fetge	12	8%
161	Cap i coll	8	5%
162	Pulmó	38	24%
172	Pell melanoma	1	1%
174	Mama femenina	10	6%
180	Coll úter	3	2%
183	Ovari	3	2%
185	Pròstata	9	6%
188	Bufeta	6	4%
101	Cervell	3	2%
199	Origen desconegut	6	4%
201	Leucèmia	7	4%
202	Limfoma	5	3%
203	Mieloma	2	1%
900	Altres localitzacions	6	4%
Total		156 malalts avaluables	

Destaquen les 6 localitzacions més freqüents: pulmó, còlon i recte-sigma, fetge, mama femenina, pròstata i estómac.

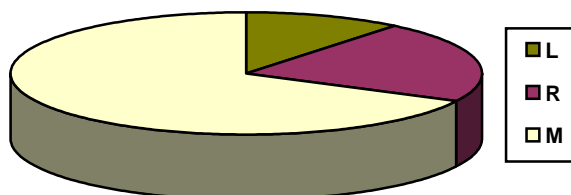
-Extensió malaltia

Taula 8. Distribució segons extensió malaltia.

L	Local	17	10%
R	Regional	34	22%
M	Metàstasis	106	68%
Total		157 malalts avaluables	

L'extensió de la malaltia en el moment de la inclusió en l'estudi és disseminada en el 68% dels casos.

Figura 10. Distribució segons extensió malaltia.



-Índex de Karnofsky, Performance Status KPS

Taula 9. Índex de Karnofsky Performance Status, en el moment d'inclusió a l'estudi.

10	1	1%
20	7	5%
30	12	7%
40	24	15%
50	51	33%
60	28	18%
70	24	15%
80	6	4%
90	1	1%
100	1	1%
Total	155 malalts avaluables	

KPS 50 és el més freqüent, 33% dels malalts.

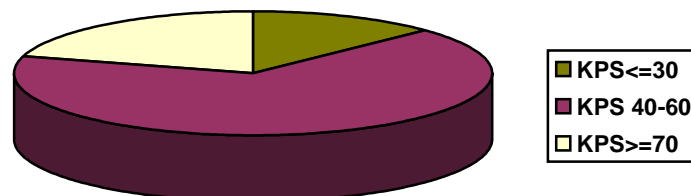
Si analitzem per subgrups, KPS inferior o igual a 30, malalt molt deteriorat; KPS entre 40 i 60, precisa ajuda per a les activitats de la vida diària; i superior o igual a 70, malalt autònom.

Veiem que predomina el subgrup de KPS entre 40 i 60, la població del nostre estudi és fràgil.

Taula 10. Karnofsky Performance Status KPS per subgrups.

KPS inferior o igual a 30	20	13%
KPS entre 40 i 60	103	66%
KPS superior o igual a 70	32	21%
Total	155 malalts valuables	

Figura 11. KPS per subgrups.



Agrupant en dos intervals, KPS inferior o igual a 50, enllitat: 61.3% , i KPS superior o igual a 60: 38.7%.

-Pronòstic supervivència

Basat en la impressió clínica a l'inici de l'estudi.

Taula 11. Segons el pronòstic aproximat en el moment d'inclusió a l'estudi.

Menys de 4 setmanes	32	21%
Superior o igual a 4 setmanes	124	79%
Total	156 malalts avaluables	

5.2. ANÀLISI DE LA INTERVENCIÓ DELS EQUIPS EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC

5.2.1. Global símptomes

El nombre de malalts avaluables el dia 1 es redueix el dia 7 per diversos motius: pèrdua durant el seguiment, incompliment de criteris d'avaluació, abandonament voluntari, empitjorament i èxitus.

Analitzem astènia, ansietat, insomni, i dolor de forma més detallada segons característiques: dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h i per subgrups.

Avaluem el dia 1 i el dia 7, després de la intervenció dels equips.

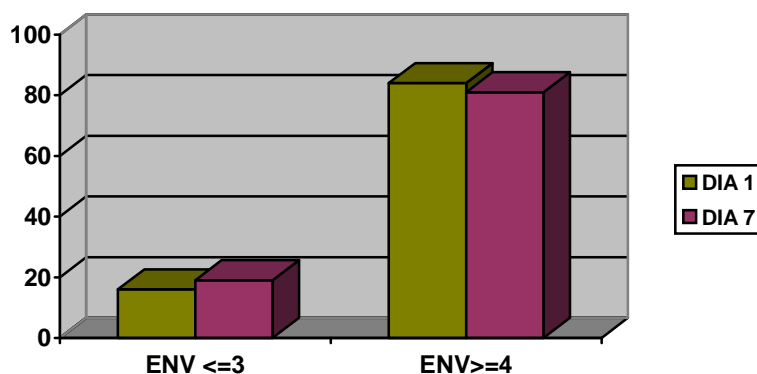
-Astènia

Taula 12. Astènia. ENV dia 1 i dia 7.

ENV dia 1	N malalts	%	ENV dia 7	N malalts	%
1	1	1	1	3	2
2	10	7	2	10	8
3	12	8	3	12	9
4	14	9	4	13	10
5	21	14	5	32	25
6	20	13	6	18	14
7	24	16	7	15	12
8	23	15	8	13	10
9	12	8	9	9	6
10	13	9	10	5	4
Total avaluat 150			Total avaluat 130		

Considerem símptoma controlat quan l'escala numèrica verbal, ENV, és inferior o igual a 3, i símptoma no controlat quan l'ENV és igual o superior a 4.

Figura 12. Astènia. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1 i dia 7.



Símptoma controlat dia 1, 16%, i dia 7, 19%. I símptoma no controlat dia 1, 84%, i dia 7, 81%.

Amb referència al símptoma astènia, analitzem la mediana de l'ENV dia 1 i 7, $p < 0.05$ estadísticament significatiu.

Taula 13. Astènia. Mediana ENV dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA ENV DIA 1	MEDIANA ENV DIA 7	P
ASTÈNIA	6	5	0,001

Taula 14. Astènia. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	60	47,6%
Sense canvis	44	34,9%
Empitjorament símptoma	22	17,5%
Total	126 malalts avaluats	

Encara que hi ha significació estadística, la millora clínica no és massa evident. En el 47,6 % de malalts hi ha millora de l'astènia després de la intervenció dels equips, en el 34,9 % dels casos no hi ha canvis i en el 17,5 % hi ha empitjorament.

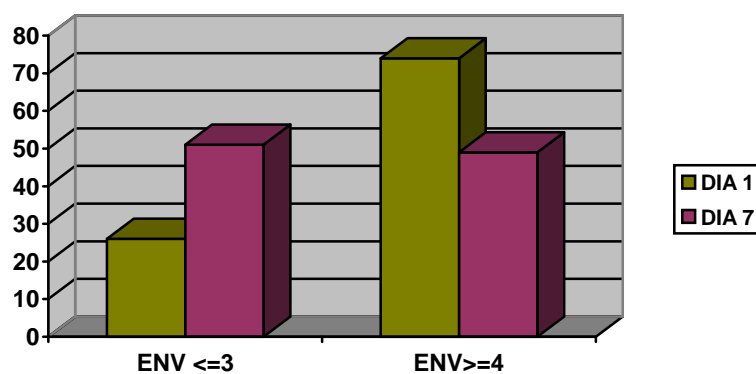
-Ansietat

Taula 15. Ansietat. ENV dia 1 i dia 7.

ENV dia 1	N malalts	%	ENV dia 7	N malalts	%
1	5	4	1	11	10
2	15	12	2	25	25
3	13	10	3	17	16
4	13	10	4	14	13
5	23	18	5	18	17
6	16	13	6	11	10
7	16	13	7	3	3
8	14	12	8	4	4
9	6	2	9	1	1
10	7	6	10	1	1
Total avaluat 128			Total avaluat 105		

Quan agrupem segons $ENV \leq 3$ i $ENV \geq 4$, el símptoma controlat passa de 26% el dia 1 a 51% el dia 7 i el símptoma no controlat el dia 1 de 74% es redueix a 49% el dia 7.

Figura 13. Ansietat. $ENV \leq 3, \geq 4$, dia 1 i dia 7.



Referint-nos al símptoma ansietat, analitzem la mediana de l'ENV dia 1 i 7, $p < 0,05$, estadísticament significatiu.

Taula 16. Ansietat. Mediana ENV dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA ENV DIA 1	MEDIANA ENV DIA 7	P
ANSIETAT	5	3	0,000

Taula 17. Ansietat. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	71	71%
Sense canvis	20	20%
Empitjorament símptoma	9	9%
Total	100 malalts avaluats	

Aquí es fa més evident la millora simptomàtica, en el 71% dels casos.

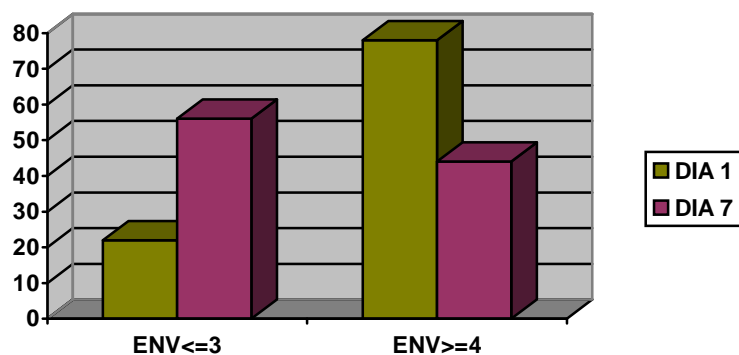
-Insomni

Taula 18. Insomni. ENV dia 1 i dia 7.

ENV dia 1	N malalts	%	ENV dia 7	N malalts	%
1	6	5	1	6	8
2	7	7	2	21	28
3	11	10	3	15	20
4	16	15	4	7	9
5	18	17	5	9	12
6	14	13	6	5	6
7	7	7	7	5	6
8	16	15	8	4	5
9	3	3	9	1	1
10	8	8	10	4	5
Total avaluat 106			Total avaluat 77		

Quan agrupem $ENV \leq 3$ i $ENV \geq 4$, observem que el símptoma controlat passa de 22% el dia 1 a 56% el dia 7; el símptoma no controlat el dia 1 passa de 78% a 44% el dia 7.

Figura 14. Insomni. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1 i dia 7.



En relació amb el símptoma insomni, analitzem la mediana de l'ENV dia 1 i 7, $p < 0,05$ amb significació estadística.

Taula 19. Insomni. Mediana ENV dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA ENV DIA 1	MEDIANA ENV DIA 7	P
INSOMNI	5	3	0,000

Taula 20. Insomni. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	51	75%
Sense canvis	10	14,7%
Empitjorament símptoma	7	10,3%
Total	68 malalts avaluats	

Aquí també queda clara la millora simptomàtica significativa en el 75 % dels casos.

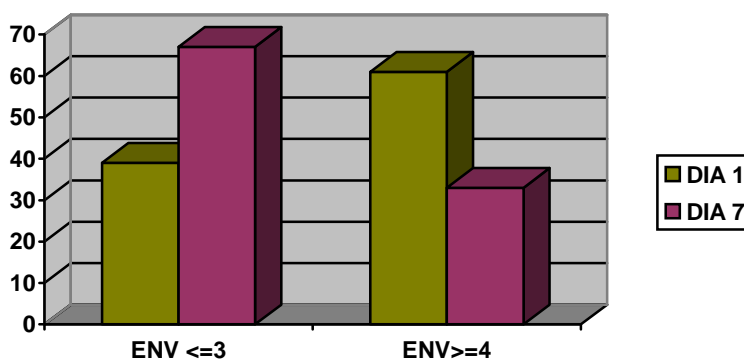
-Dolor basal

Taula 21. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV dia 1	N malalts	%	ENV dia 7	N malalts	%
1	7	7	1	14	17
2	12	11	2	17	21
3	23	21	3	23	29
4	16	15	4	12	15
5	17	16	5	8	10
6	11	10	6	3	4
7	8	7	7	3	4
8	9	8	8	-	-
9	4	4	9	-	-
10	1	1	10	-	-
Total avaluat 108			Total avaluat 80		

Agrupem segons $ENV \leq 3$ i $ENV \geq 4$ i observem que el dolor basal controlat passa de 39% el dia 1 a 67% el dia 7, i el dolor basal no controlat el dia 1, de 61%, el dia 7 es redueix a 33%.

Figura 15. Global. Dolor basal. $ENV \leq 3, \geq 4$, dia 1 i dia 7.



Taula 22. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	53	70,7%
Sense canvis	14	18,7%
Empitjorament símptoma	8	10,7%
Total	75 malalts avaluats	

Veiem que en el 70,7 % dels casos hi ha millora simptomàtica significativa del dolor basal.

Si elaborem una taula de contingència entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons $ENV \leq 3, \geq 4$.

Taula 23. Dolor basal. $ENV \leq 3, \geq 4$, dia 1-dia 7.

	$DB7 \leq 3$	$DB7 \geq 4$	T
$DB1 \leq 3$	24(85,7%) (46,2%)	4(14,3%) (17,4%)	28(100%) (37,3%)
$DB1 \geq 4$	28(59,6%) (53,8%)	19(40,4%) (82,6%)	47(100%) (62,7%)
T	52(69,3%) (100%)	23(30,7%) (100%)	75(100%) (100%)

Observem que dels 28 malalts que en la visita dia 1 tenen el dolor basal controlat, el 14,3% passen a tenir-lo no controlat el dia 7.

Del total de pacients amb dolor basal no controlat el dia 1, 47, el 59,6% passen a tenir-lo controlat el dia 7.

-Dolor en crisis

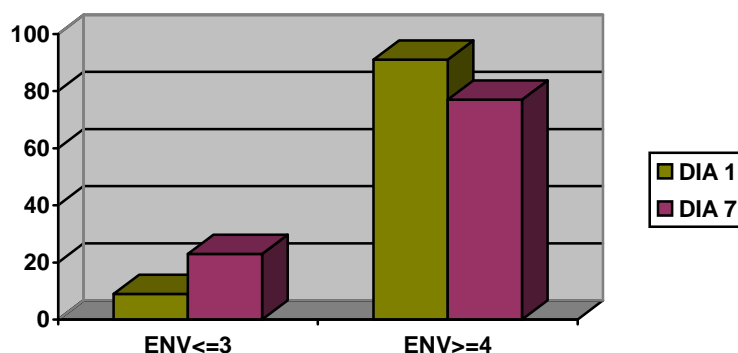
Taula 24. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV dia 1	N malalts	%	ENV dia 7	N malalts	%
1	2	2	1	4	6
2	3	3	2	7	10
3	4	4	3	5	7
4	7	6	4	7	9
5	6	5	5	11	14
6	12	11	6	14	18
7	16	14	7	9	12
8	20	18	8	11	14
9	16	14	9	4	5
10	26	23	10	4	5
Total avaluat 112			Total avaluat 76		

Hi ha un nombre més elevat de malalts que presenten dolor incidental, en crisis, en comparació amb els que refereixen dolor basal, perquè s'engloba els dos tipus de dolor, basal i en crisis.

El símptoma controlat, $ENV \leq 3$, passa de 9% el dia 1 a 23% el dia 7 i el símptoma no controlat, $ENV \geq 4$, passa de 91% el dia 1 a 77% el dia 7.

Figura 16. Global. Dolor en crisis. $ENV \leq 3, \geq 4$, dia 1 i dia 7.



Taula 25. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	52	68,4%
Sense canvis	17	22,47%
Empitjorament símptoma	7	9,2%
Total	76 malalts avaluats	

Veiem que en el 68,4 % dels casos hi ha millora simptomàtica significativa del dolor en crisis.

Si elaborem la taula de contingència entre dia 1 i dia 7 i agrupem segons $ENV \leq 3, \geq 4$.

Taula 26. Dolor en crisis. $ENV \leq 3, \geq 4$, dia 1-dia 7.

	DC7 \leq 3	DC7 \geq 4	T
DC1 \leq 3	4(80%) (25%)	1(20%) (1,7%)	5(100%) (6,6%)
DC1 \geq 4	12(16,9%) (75%)	59(83,1%) (98,3%)	71(100%) (93,4%)
T	16(21,1%) (100%)	60(78,9%) (100%)	76(100%) (100%)

Podem afirmar que dels 5 malalts que el dia 1 tenen el dolor en crisis controlat, el 20% passen a tenir el dolor en crisis no controlat el dia 7.

I també podem veure que del total de 71 pacients que no tenen el dolor en crisis controlat el dia 1 passen a tenir-lo controlat el dia 7 un 16,9%, que representa poca millora.

-Nombre de crisis de dolor/24 h

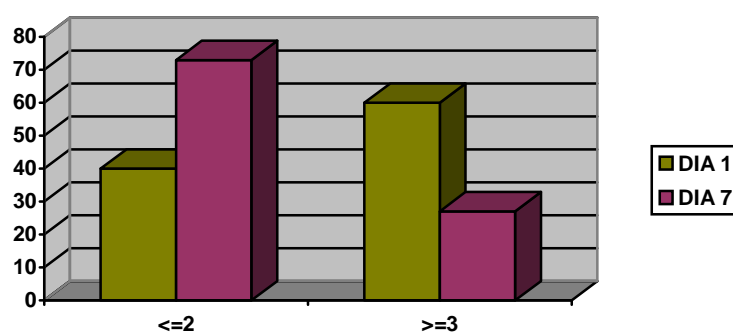
Taula 27. Nombre de crisis de dolor /24 h. dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	17	17	1	27	40
2	24	23	2	22	33
3	26	24	3	11	16
4	13	13	4	3	5
5	5	5	5	3	5
6	7	7	6	-	-
7	4	4	7	-	-
8	4	4	8	-	-
9	-	-	9	1	1
10	3	3	10	-	-
Total avaluat 103			Total avaluat 67		

Considerem dolor controlat quan el nombre de crisis de dolor/24 h és inferior o igual a 2, i dolor no controlat quan es registren 3 o més crisis de dolor/24 h.

El 40% presenta 2 o menys crisis de dolor/24 h el dia 1, i el dia 7 arriba al 73%. El 60% que no tenen el dolor controlat el dia 1, és a dir que presenten 3 o més crisis de dolor/24 h; en el dia 7 es redueix al 27%.

Figura 17. Global. Nombre de crisis de dolor /24 h. ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1 i dia 7.



Taula 28. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	45	68,2%
Sense canvis	16	24,2%
Empitjorament símptoma	5	7,6%
Total	66 malalts avaluats	

Veiem que en el 68,2 % dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa al nombre de crisis de dolor /24 h.

Si elaborem la taula de contingència entre dia 1 i dia 7 i agrupem segons nombre de crisis de dolor/24 h, ≤ 2 dolor controlat, i nombre de crisis de dolor/24 h, ≥ 3 dolor no controlat:

Taula 29. Nombre de crisis dolor/24 h., ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1-dia 7.

	NC7 \leq 2	NC7 \geq 3	T
NC1 \leq 2	19(90,5%) (39,6%)	2(9,5%) (11,1%)	21(100%) (31,8%)
NC1 \geq 3	29(64,4%) (60,4%)	16(35,6%) (88,9%)	45(100%) (68,2%)
T	48(72,7%) (100%)	18(27,3%) (100%)	66(100%) (100%)

Podem afirmar que dels 21 malalts que el dia 1 tenen el dolor controlat, ≤ 2 crisis de dolor/24 h, el 9,5% passen a tenir el dolor no controlat el dia 7.

I també podem veure que del total de 45 pacients que no tenen el dolor controlat el dia 1 passen a tenir-lo controlat el dia 7 un 64,4%.

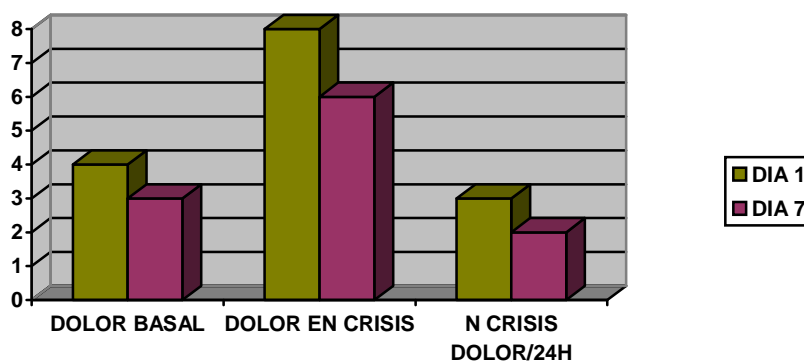
-Global dolor basal, dolor en crisis, nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

Global mediana, valor central del conjunt d'observacions, dia 1 i dia 7, dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h.

Taula 30. DB, DC, NC. Global mediana dia1-dia 7.

	DOLOR BASAL	DOLOR EN CRISIS	NOMBRE DE CRISIS DE DOLOR/24 H
DIA 1	4	8	3
DIA 7	3	6	2

Figura 18. Global DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



$p < 0,05$ estadísticament significatiu, entre dia 1 i dia 7, en tots els subgrups de dolor: basal, en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h.

Taula 31. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIF DIA 1-DIA 7	P
DB1-DB7	-2	0,000
DC1-DC7	-2	0,000
NC1-NC7	-1	0,000

Figura 19. Global. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

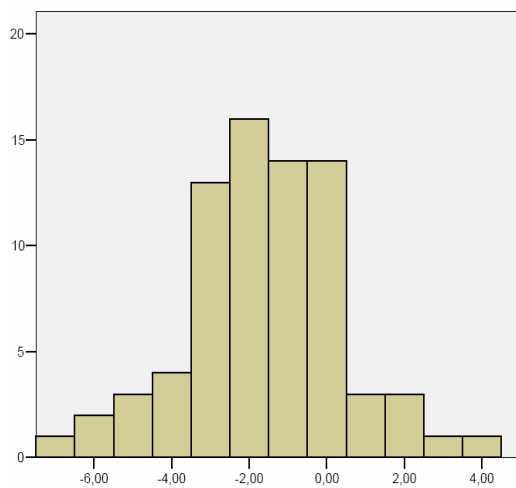


Figura 20. Global. Dolor basal . Mediana diferència dia 1-dia 7.

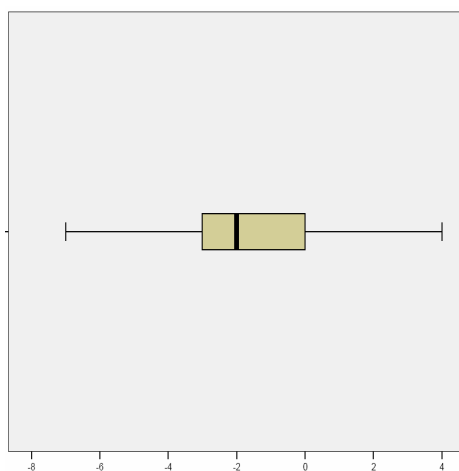


Figura 21. Global. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

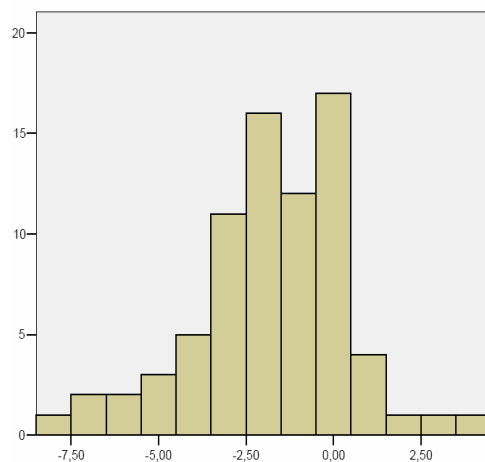


Figura 22. Global. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1-dia 7.

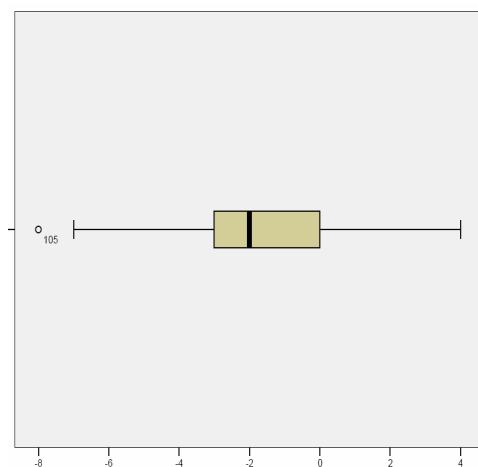


Figura 23. Global. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

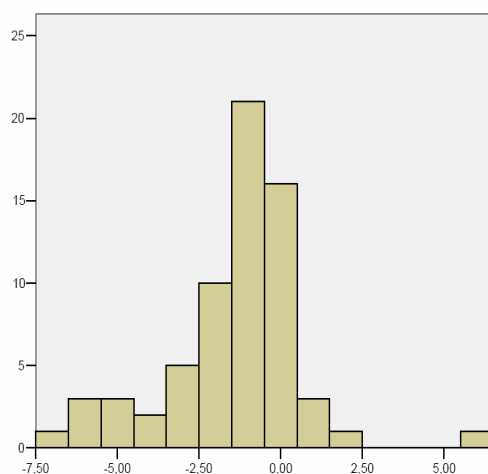
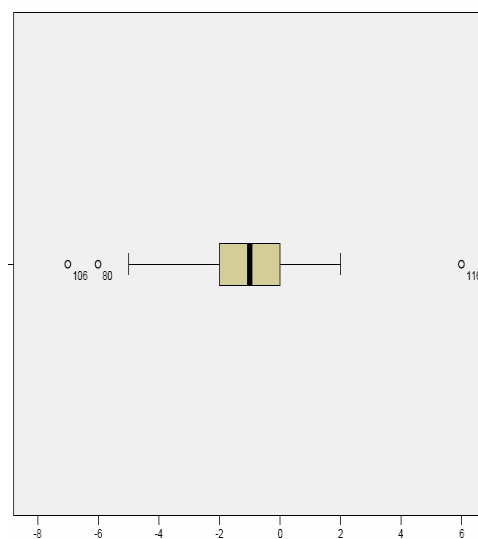


Figura 24. Global. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7.



5.2.2. Anàlisi dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h, per subgrups

Cal tenir en compte que en els subgrups analitzats hi ha pocs malalts i els resultats estan condicionats per aquest fet.

#Segons equip de referència:

-Consulta externa CE

Dolor basal

Taula 32. CE. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1			1	2	15
2	2	14	2	4	31
3	3	22	3	1	8
4	2	14	4	3	23
5	3	22	5	3	23
6	2	14	6	-	-
7	1	7	7	-	-
8	1	7	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	14 malalts avaluats		Total	13 malalts avaluats	

Taula 33. CE. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	6	60%
Sense canvis	3	30%
Empitjorament símptoma	1	10%
Total	10 malalts avaluats	

Veiem que en el 60% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa al dolor basal, el 30% no millora i un 10% empitjora.

Si elaborem una taula de contingència entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons $ENV \leq 3$, dolor controlat, i ≥ 4 , dolor no controlat:

Taula 34. CE. Dolor basal. ENV ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7.

	DB7 \leq 3	DB7 \geq 4	T
DB1 \leq 3	2(66,7%) (33,3%)	1(33,3%) (25%)	3(100%) (30%)
DB1 \geq 4	4(57,1%) (66,7%)	3(42,9%) (75%)	7(100%) (70%)
T	6(60%) (100%)	4(40%) (100%)	10(100%) (100%)

Podem afirmar que dels 3 malalts que el dia 1 tenen el dolor basal controlat, el 33,3% passen a tenir el dolor basal no controlat el dia 7.

I també podem veure que del total de 7 malalts que no tenen el dolor basal controlat el dia 1 passen a tenir-lo controlat el dia 7 un 57,1%.

Dolor en crisis

Taula 35. CE. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	5	1	2	15
2	-	-	2	-	-
3	1	5	3	-	-
4	1	5	4	2	15
5	1	5	5	1	8
6	2	11	6	4	31
7	6	32	7	-	-
8	2	11	8	1	8
9	1	5	9	3	23
10	4	21	10	-	-
Total	19 malalts avaluats		Total	13 malalts avaluats	

Taula 36. CE. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	8	61,5%
Sense canvis	2	15,4%
Empitjorament símptoma	3	23,1%
Total	13 malalts avaluats	

En el 61,5% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, el 15,4% no es modifica i un 23,1% empitjora.

Si elaborem la taula de contingència entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons $ENV \leq 3$, dolor en crisi controlat, i ≥ 4 , dolor en crisi no controlat:

Taula 37. CE. Dolor en crisi. $ENV \leq 3, \geq 4$, dia 1-dia 7.

	$DC7 \leq 3$	$DC7 \geq 4$	T
$DC1 \leq 3$	1(50%) (50%)	1(50%) (9,1%)	2(100%) (15,4%)
$DC1 \geq 4$	1(9,1%) (50%)	10(90,9%) (90,9%)	11(100%) (84,6%)
T	2(15,4%) (100%)	11(84,6%) (100%)	13(100%) (100%)

Observem que dels 2 malalts que el dia 1 tenen el dolor en crisi controlat, el 50% passen a tenir-lo no controlat en el dia 7.

I també podem veure que del total d'11 malalts que no tenen el dolor en crisi controlat el dia 1 passen a tenir-lo controlat el dia 7 només un 9,1%.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 38. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	2	13	1	3	27
2	4	25	2	4	37
3	5	31	3	2	18
4	2	13	4	1	9
5	-	-	5	-	-
6	1	6	6	-	-
7	1	6	7	-	-
8	-	-	8	-	-
9	-	-	9	1	9
10	1	6	10	-	-
Total	16 malalts avaluats		Total	11 malalts avaluats	

Taula 39. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	6	60%
Sense canvis	2	20%
Empitjorament símptoma	2	20%
Total	10 malalts avaluats	

Veiem que en el 60% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa en relació amb el nombre de crisis de dolor /24 h.

Si elaborem la taula de contingència entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons nombre de crisis de dolor/24 h ≤ 2 , dolor controlat, i ≥ 3 , dolor no controlat:

Taula 40. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h., ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1-dia 7.

	NC7 \leq 2	NC7 \geq 3	T
NC1 \leq 2	3(100%) (50%)	0(0%) (0%)	3(100%) (30%)
NC1 \geq 3	3(42,9%) (50%)	4(57,1%) (100%)	7(100%) (70%)
T	6(60%) (100%)	4(40%) (100%)	10(100%) (100%)

Podem afirmar que els 3 malalts que el dia 1 tenen el dolor controlat, ≤ 2 crisis de dolor/24 h, segueixen amb el dolor controlat el dia 7.

I també podem veure que del total de 7 malalts que no tenen el dolor controlat el dia 1, passen a tenir-lo controlat el dia 7 un 42,9%.

Global CE dolor basal , dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24h . Mediana

Analitzem el global, mediana dia1 i dia 7.

Observem significació estadística en dolor basal. Pel que fa al dolor en crisis i el nombre de crisis de dolor/24 h, no hi ha diferència estadísticament significativa entre el dia1 i el dia7, $p > 0,05$.

Taula 41. CE. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	MEDIANA DIF DIA1-DIA7	P
DB	4,5	3	-2	0,027
DC	7	6	-1	0,239
NC/24 H	3	2	-1	0,251

Figura 25. CE. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.

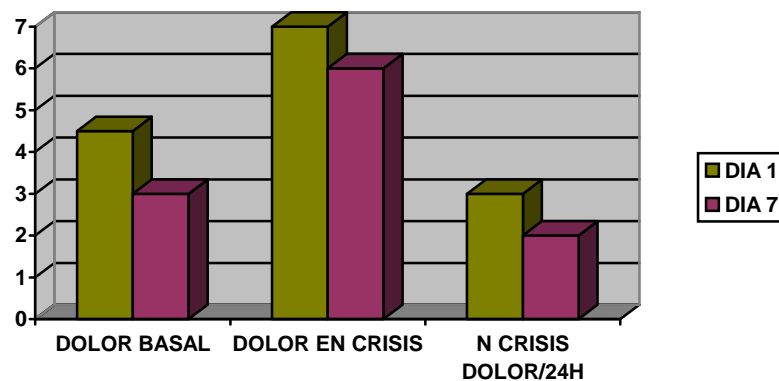


Figura 26. CE. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

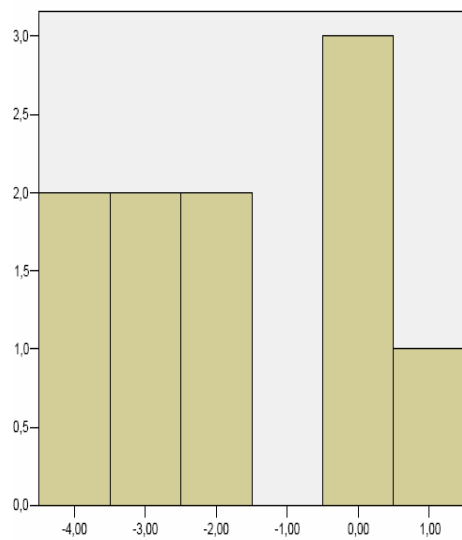


Figura 27. CE . Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7.

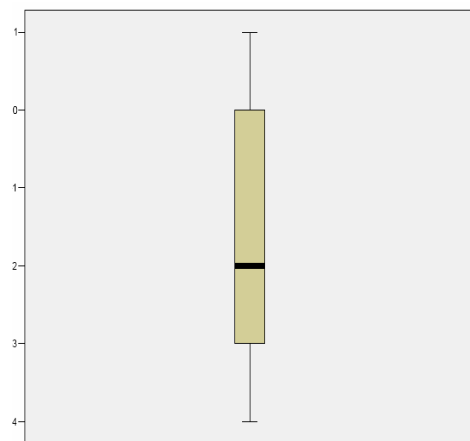


Figura 28. CE. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

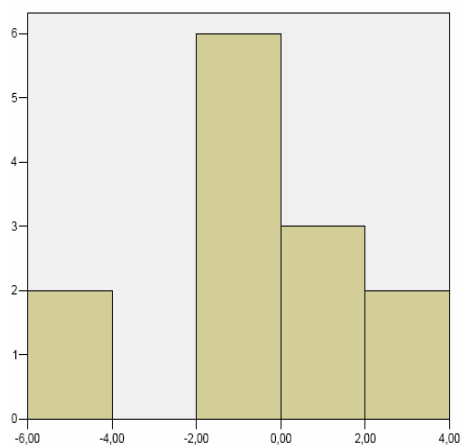


Figura 29. CE. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1-dia 7.

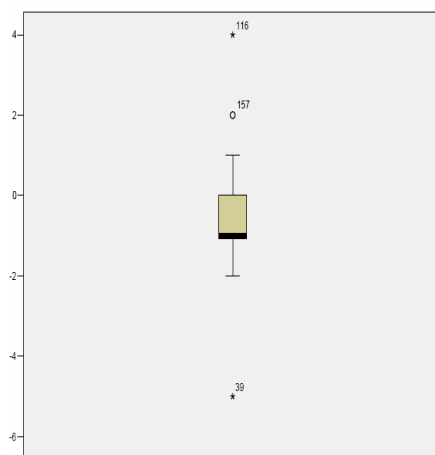


Figura 30. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

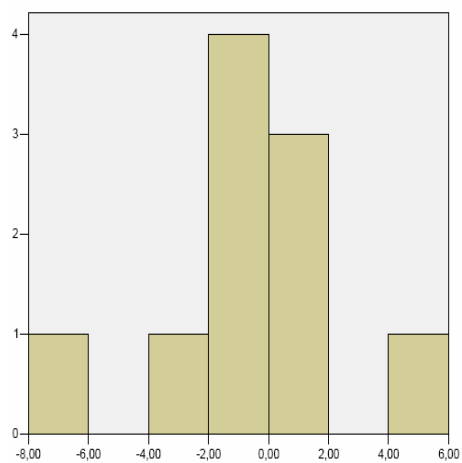
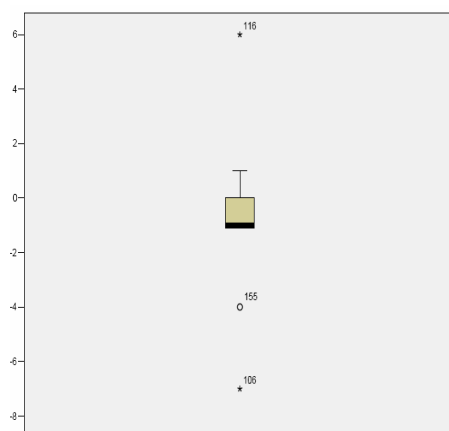


Figura 31. CE. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7.



Taula 42. CE. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. valor p.

Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent al Txi quadrat, pel que fa referència al dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h dia 1-dia 7, observem que el valor p es superior a 0,05 en els tres casos; per tant no hi ha significació estadística.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	0,27	0,264	0,437

Quant als equips CE, la millora simptomàtica no és estadísticament significativa.

-Equip de suport hospitalari ESH o UFISS

Dolor basal

Taula 43. ESH. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	-	-	1	1	6
2	2	9	2	2	12
3	6	26	3	5	29
4	3	13	4	5	29
5	2	9	5	1	6
6	4	17	6	-	-
7	1	4	7	3	18
8	3	13	8	-	-
9	2	9	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	23 malalts avaluats		Total	17 malalts avaluats	

Taula 44. ESH. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	12	70,6%
Sense canvis	3	17,6%
Empitjorament símptoma	2	11,8%
Total	17 malalts avaluats	

Veiem que en el 70,6% dels casos hi ha millora simptomàtica, el 17,6% no es modifica i un 11,8% empitjora, pel que fa referència al dolor basal.

Si elaborem la taula de contingència dolor basal, entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons $ENV \leq 3$, dolor controlat, i $ENV \geq 4$, dolor no controlat:

Taula 45. ESH. Dolor basal. $ENV \leq 3, \geq 4$, dia 1-dia 7.

	$DB7 \leq 3$	$DB7 \geq 4$	T
$DB1 \leq 3$	3(60%) (37,5%)	2(40%) (22,2%)	5(100%) (29,4%)
$DB1 \geq 4$	5(41.7%) (62,5%)	7(58.3%) (77,8%)	12(100%) (70,6%)
T	8(47,1%) (100%)	9(52,9%) (100%)	17(100%) (100%)

Podem afirmar que dels 5 malalts que el dia 1 tenen el dolor basal controlat, el 40% passen a tenir el dolor basal no controlat el dia 7.

I també podem veure que del total de 12 malalts que no tenien el dolor basal controlat el dia 1 passen a tenir-lo controlat el dia 7 un 41,7%.

Dolor en crisis

Taula 46. ESH. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	-	-	1	-	-
2	-	-	2	-	-
3	-	-	3	-	-
4	-	-	4	1	6
5	-	-	5	2	13
6	1	4	6	6	37
7	3	13	7	2	13
8	11	45	8	3	19
9	3	13	9	1	6
10	6	25	10	1	6
Total	24 malalts avaluats		Total	16 malalts avaluats	

Taula 47. ESH. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	13	81,3%
Sense canvis	3	18,7%
Empitjorament símptoma	-	-
Total	16 malalts avaluats	

Veiem que en el 81,3% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis i que el 18,8% restant no es modifica. En aquest subgrup no es registren casos d'empitjorament del dolor en crisis.

Si elaborem la taula de contingència entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons $ENV \leq 3$, dolor en crisi controlat, i $ENV \geq 4$, dolor en crisi no controlat:

Taula 48. ESH. Dolor en crisi. $ENV \leq 3, \geq 4$, dia 1-dia 7.

	$DC7 \leq 3$	$DC7 \geq 4$	T
$DC1 \leq 3$	-	-	-
$DC1 \geq 4$	-	16(100%) (100%)	16(100%) (100%)
T	-	16(100%) (100%)	16(100%) (100%)

Tenim molt poc nombre de casos i no hi ha cap malalt en el subgrup de dolor controlat el dia 1.

Podem afirmar que del total de 16 malalts que no tenen el dolor en crisi controlat el dia 1 cap d'ells passa a tenir-lo controlat el dia 7.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 49. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	3	13	1	7	44
2	4	17	2	4	25
3	7	29	3	4	25
4	5	20	4	1	6
5	1	4	5	-	-
6	3	13	6	-	-
7	1	4	7	-	-
8	-	-	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	24 malalts avaluats		Total	16 malalts avaluats	

Taula 50. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	12	75%
Sense canvis	3	18,8%
Empitjorament símptoma	1	6,3%
Total	16 malalts avaluats	

Veiem que en el 75% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa al nombre de crisis de dolor /24 h.

Taula 51. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h, ≤ 2 , ≥ 3 , dia 1-dia 7

De contingència entre dia 1 i dia 7, i agrupant segons ≤ 2 crisis/24 h, dolor controlat, i ≥ 3 crisis/24 h, dolor no controlat:

	NC7 \leq 2	NC7 \geq 3	T
NC1 \leq 2	3(100%) (27,3%)	0(0%) (0%)	3(100%) (18,7%)
NC1 \geq 3	8(61,5%) (72,7%)	5(38,5%) (100%)	13(100%) (81,3%)
T	11(68,8%) (100%)	5(31,3%) (100%)	16(100%) (100%)

Podem afirmar que dels 3 malalts que el dia 1 tenen el dolor controlat, nombre de crisis de dolor/24 h \leq 2, segueixen amb dolor controlat el dia 7.

I també podem veure que del total de 13 malalts que no tenen el dolor controlat el dia 1 passen a tenir-lo controlat el dia 7 un 61,5%.

Global equip suport hospitalari ESH o UFISS, dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

Analitzem el global, mediana dia1 i dia 7, $p < 0,05$.

En aquest subgrup de malalts atesos pels equips d'UFISS observem significació estadística en tots els casos quant a millora del dolor després de la intervenció.

Taula 52. ESH. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	MEDIANA DIF DIA1-DIA7	p
DB	5	4	-2	0,024
DC	8	6	-2	0,001
NC/24H	3	2	-1	0,003

Figura 32. ESH. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.

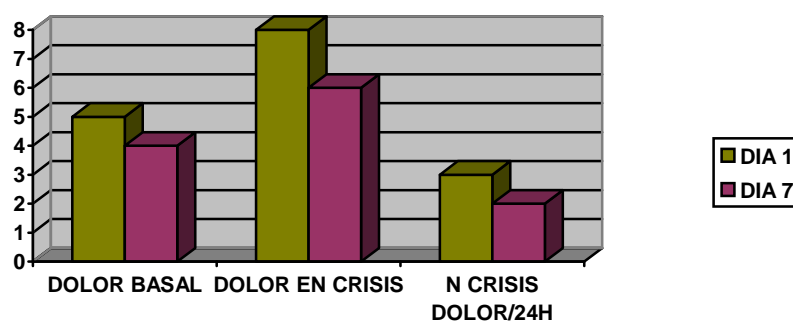


Figura 33. ESH. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

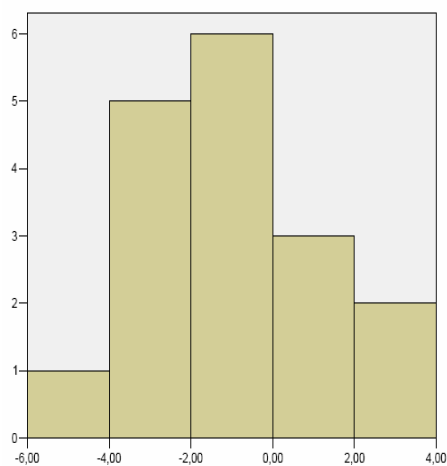


Figura 34. ESH. Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7.

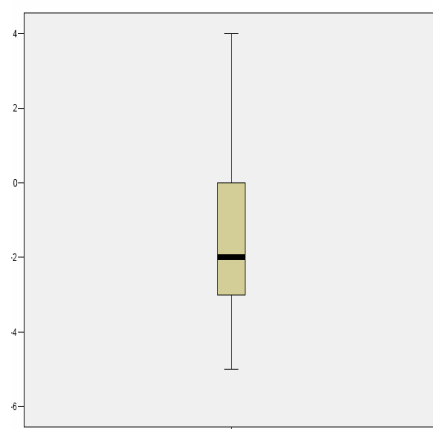


Figura 35. ESH. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

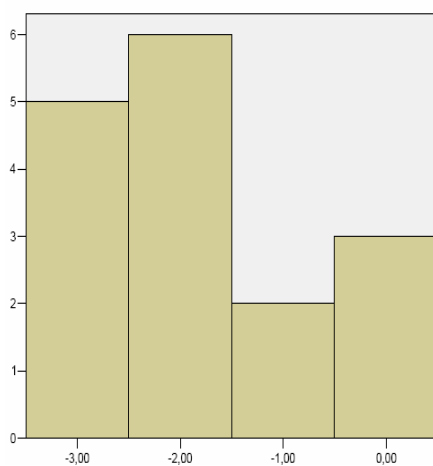


Figura 36. ESH. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1-dia 7.

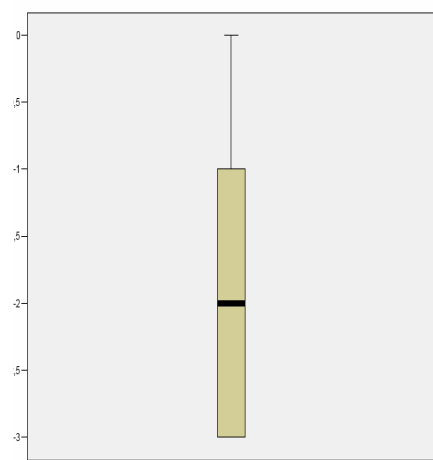


Figura 37. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1 dia 7.

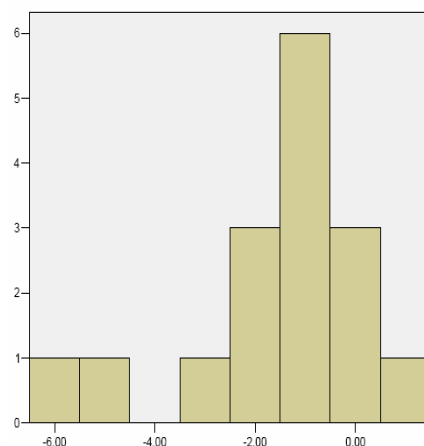
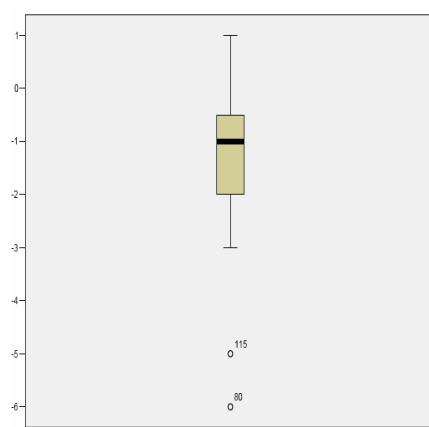


Figura 38. ESH. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent al Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips pel que fa referència al dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h, dia1-dia7, observem que el valor p es inferior a 0,05 en els tres casos; per tant hi ha significació estadística.

Taula 53. ESH. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT P	0,017	0,001	0,008

-Unitat d'hospitalització UCP

Dolor basal

Taula 54. UCP. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	2	8	1	3	18
2	2	8	2	2	12
3	3	12	3	7	41
4	6	24	4	1	6
5	4	16	5	2	12
6	1	4	6	2	12
7	3	12	7	-	-
8	2	8	8	-	-
9	1	4	9	-	-
10	1	4	10	-	-
Total	25 malalts avaluats		Total	17 malalts avaluats	

Taula 55. UCP. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	12	80%
Sense canvis	2	13,3%
Empitjorament símptoma	1	6,7%
Total	15 malalts avaluats	

Veiem que en el 80% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa al dolor basal; el 13,3% no es modifica i un 6,7% empitjora.

Si elaborem la taula de contingència dolor basal, entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons $ENV \leq 3$, dolor controlat, i $ENV \geq 4$, dolor no controlat:

Taula 56. UCP. Dolor basal. Modificació $ENV \leq 3, \geq 4$, dia1-dia 7.

	$DB7 \leq 3$	$DB7 \geq 4$	T
$DB1 \leq 3$	3(100%) (27,3%)	-	3(100%) (20%)
$DB1 \geq 4$	8(66,7%) (72,7%)	4(33,3%) (100%)	12(100%) (80%)
T	11(73,3%) (100%)	4(26,7%) (100%)	15(100%) (100%)

Podem afirmar que els 3 malalts que el dia 1 tenen el dolor basal controlat segueixen amb el dolor basal controlat el dia 7.

I també podem veure que del total de 12 malalts que no tenen el dolor basal controlat el dia 1, passen a tenir-lo controlat el dia 7 en un 66,7%.

Dolor en crisis

Taula 57. UCP. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	-	-	1	1	6
2	2	8	2	3	18
3	2	8	3	1	6
4	4	15	4	1	6
5	1	4	5	4	23
6	3	12	6	1	6
7	2	8	7	2	11
8	2	8	8	3	18
9	4	15	9	-	-
10	6	22	10	1	6
Total	26 malalts avaluats		Total	17 malalts avaluats	

Taula 58. UCP. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia-dia 7.

Millora símptoma	11	64,7%
Sense canvis	4	23,5%
Empitjorament símptoma	2	11,8%
Total	17 malalts avaluats	

Veiem que en el 64,7% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, en el 23,5% dolor no es modifica i en el 11,8% empitjora.

Si elaborem una taula de contingència entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons $ENV \leq 3$, dolor en crisi controlat, i $ENV \geq 4$, dolor en crisi no controlat:

Taula 59. UCP. Dolor en crisi. $ENV \leq 3$, ≥ 4 , dia 1-dia 7.

	DC7 \leq 3	DC7 \geq 4	T
DC1 \leq 3	2(100%) (40%)	-	2(100%) (11,8%)
DC1 \geq 4	3(20%) (60%)	12(80%) (100%)	15(100%) (88,2%)
T	5(29,4%) (100%)	12(70,6%) (100%)	17(100%) (100%)

Tenim pocs casos, i no hi ha cap malalt en el subgrup de dolor no controlat el dia 1.

Podem afirmar que del total de 15 malalts que no tenen el dolor en crisi controlat el dia 1, el 80% passa a tenir-lo controlat el dia 7.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 60. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	4	16	1	6	46
2	11	44	2	4	31
3	4	16	3	1	8
4	2	8	4	-	-
5	1	4	5	2	15
6	1	4	6	-	-
7	1	4	7	-	-
8	-	-	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	1	4	10	-	-
Total	25 malalts avaluats		Total	13 malalts avaluats	

Taula 61. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	9	69,2%
Sense canvis	3	23,1%
Empitjorament símptoma	1	7,7%
Total	13 malalts avaluats	

Veiem que en el 69.2% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor /24 h, no hi ha variacions en el 23.1% i en un 7.7% incrementen el nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció de l'equip.

Taula de contingència entre dia 1 i dia 7, i agrupem segons $ENV \leq 2$ crisis de dolor/24 h, símptoma controlat, i $ENV \geq 3$ crisis de dolor/24 h, símptoma no controlat:

Taula 62. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h. $ENV \leq 2, \geq 3$, dia 1-dia 7.

	$NC7 \leq 2$	$NC7 \geq 3$	T
$NC1 \leq 2$	6(85,7%) (60%)	1(14,3%) (33,3%)	7(100%) (53,8%)
$NC1 \geq 3$	4(66,7%) (40%)	2(33,3%) (66,7%)	6(100%) (46,2%)
T	10(76,9%) (100%)	3(23,1%) (100%)	13(100%) (100%)

Podem afirmar que dels 7 malalts que el dia 1 tenen el dolor controlat, ≤ 2 crisis/24 h, el 14,3% passen a tenir el dolor no controlat en el dia 7.

I també podem veure que del total de 6 malalts que no tenen el dolor controlat el dia 1 passen a tenir-lo controlat el dia 7 un 66,7%.

Global unitat d'hospitalització UCP, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

Analitzem el global, mediana dia 1 i dia 7 i podem afirmar que en aquest subgrup de malalts d'UCP, és a dir, malalt hospitalitzat en unitats de cures pal·liatives, hi ha significació estadística pel que fa referència a dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h, amb la intervenció de l'equip especialitzat.

Taula 63. UCP. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	MEDIANA DIF DIA1-DIA7	SIG ASINT BILAT p
DB	4	3	-2	0,004
DC	7	5	-1	0,018
NC/24 H	2	2	-1	0,012

Figura 39. UCP. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.

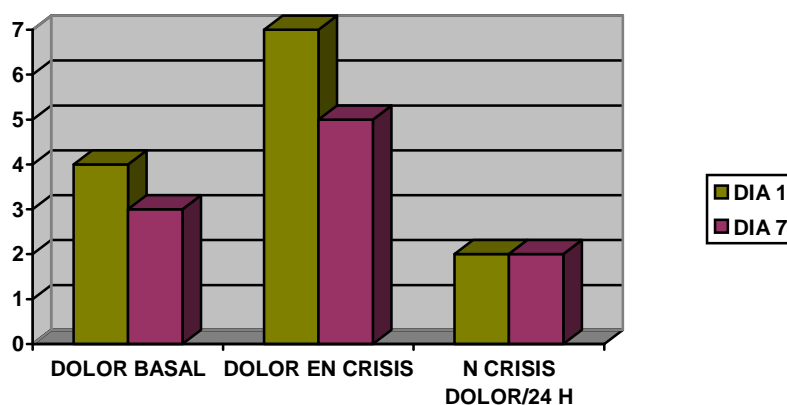


Figura 40. UCP. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

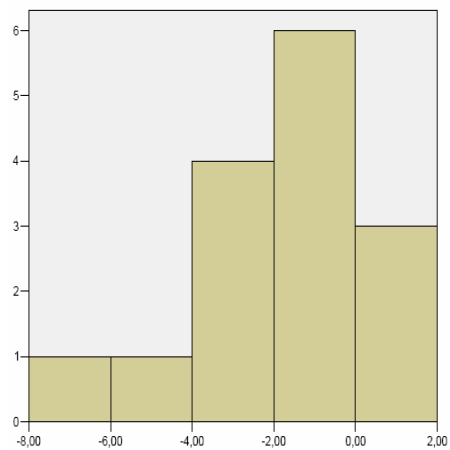


Figura 41. UCP. Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7.

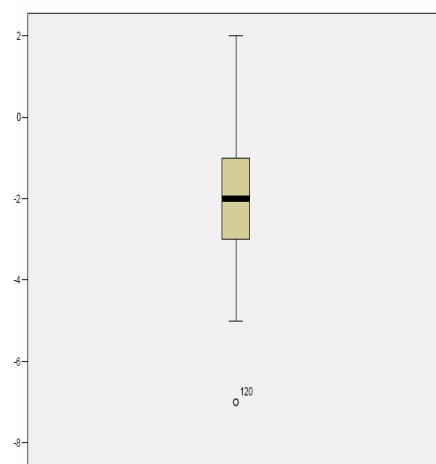


Figura 42. UCP. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

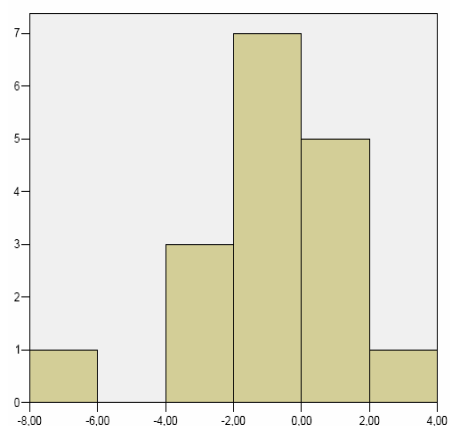


Figura 43. UCP. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1-dia 7.

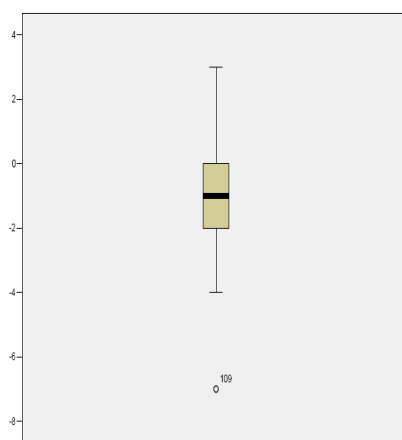


Figura 44. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

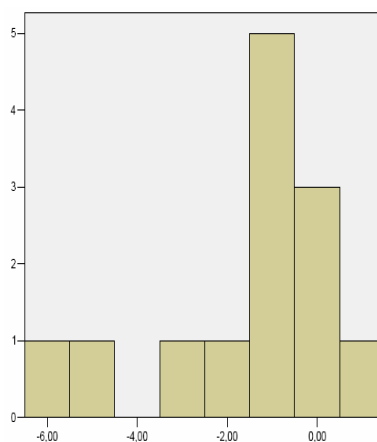
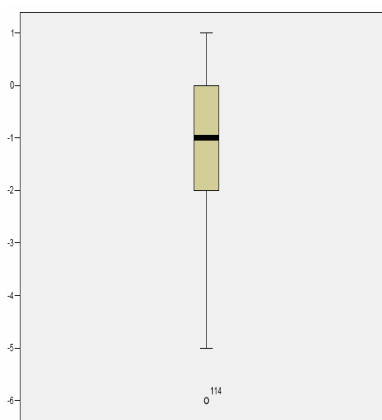


Figura 45. UCP. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal, equivalent a Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips pel que fa al dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h dia1-dia7, observem que el valor p es inferior a 0,05 en tots els casos.

Taula 64. UCP. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT P	0,005	0,022	0,025

La intervenció dels equips UCP és estadísticament significativa pel que fa al control del dolor.

-Equip de suport a domicili ESD o PADES

Aquí s'agrupa el major nombre de malalts, associat també al major nombre d'equips.

Dolor basal

Taula 65. ESD. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	5	11	1	8	24
2	6	13	2	9	27
3	11	23	3	10	31
4	5	11	4	3	9
5	8	17	5	2	6
6	4	9	6	1	3
7	3	7	7	-	-
8	3	7	8	-	-
9	1	2	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	46 malalts avaluats		Total	33 malalts avaluats	

Taula 66. ESD. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	23	69,7%
Sense canvis	6	18,2%
Empitjorament símptoma	4	12,1%
Total	33	

Veiem que en el 69,7% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor basal, no hi ha modificació en el 18,2% i empitjora el dolor basal en un 12,1% després de la intervenció de l'equip especialitzat.

Taula 67. ESD. Dolor basal. ENV, ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7. Taula de contingència.

	DB7 \leq 3	DB7 \geq 4	T
DB1 \leq 3	16(94,1%) (59,3%)	1(5,9%) (16,7%)	17(100%) (51,5%)
DB1 \geq 4	11(68,8%) (40,7%)	5(31,3%) (83,3%)	16(100%) (48,5%)
T	27(81,8%) (100%)	6(18,2%) (100%)	33(100%) (100%)

Podem afirmar que dels 17 malalts que el dia 1 tenen el dolor basal controlat, el 5,9% no l'hi tenen el dia 7. I també podem veure que del total de 16 malalts que no tenen el dolor basal controlat el dia 1 passen a tenir-l'hi el dia 7 un 68,8%.

Dolor en crisis

Taula 68. ESD. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	2	1	1	4
2	1	2	2	4	13
3	1	2	3	4	13
4	2	5	4	3	10
5	4	9	5	4	13
6	6	14	6	3	10
7	5	12	7	5	17
8	5	12	8	4	13
9	8	19	9	-	-
10	10	23	10	2	7
Total	43 malalts avaluats		Total	30 malalts avaluats	

Taula 69. ESD. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	20	66,7%
Sense canvis	8	26,7%
Empitjorament símptoma	2	6,7%
Total	30 malalts avaluats	

Veiem que en el 66,7% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, en el 26,75% el dolor no es modifica després de la intervenció de l'equip i en el 6,7% empitjora.

Taula 70. ESD. Dolor en crisis. ENV, ≤ 3 , ≥ 4 , dia 1-dia 7. Taula de contingència.

	DC7 \leq 3	DC7 \geq 4	T
DC1 \leq 3	1(100%) (12,1%)	-	1(100%) (3,3%)
DC1 \geq 4	8(27,6%) (88,9%)	21(72,4%) (100%)	29(100%) (96,7%)
T	9(30%) (100%)	21(70%) (100%)	30(100%) (100%)

L'únic malalt amb dolor en crisis controlat a dia1 segueix igual el dia 7.

També veiem que dels 29 malalts amb dolor en crisis no controlat el dia 1, només el 27,6% el pot controlar el dia 7.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 71. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	8	21	1	11	41
2	5	13	2	10	37
3	10	26	3	4	14
4	4	11	4	1	4
5	3	8	5	1	4
6	2	5	6	-	-
7	2	5	7	-	-
8	3	8	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	1	3	10	-	-
Total	38 malalts avaluats		Total	27 malalts avaluats	

Taula 72. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	18	66,7%
Sense canvis	8	29,6%
Empitjorament símptoma	1	3,7%
Total	27 malalts avaluats	

Veiem que en el 66,7% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor /24 h, no hi ha variacions en el 29,6% i un 3,7% incrementen el nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció de l'equip.

Taula 73. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h. ≤ 2 crisis dolor/24 h, símptoma controlat, i ≥ 3 crisis dolor/24h, símptoma no controlat. Dia 1-dia 7. taula de contingència.

	NC7 \leq 2	NC7 \geq 3	T
NC1 \leq 2	7(88,5%) (33,3%)	1(12,5%) (16,7%)	8(100%) (29,6%)
NC1 \geq 3	14(73,7%) (66,7%)	5(26,3%) (83,3%)	19(100%) (70,4%)
T	21(77,8%) (100%)	6(22.2%) (100%)	27(100%) (100%)

Podem afirmar que dels 8 malalts que el dia 1 tenen el dolor controlat, ≤ 2 crisis/24 h, el 12,5% passen a tenir el dolor no controlat el dia 7.

I també podem veure que del total de 19 malalts que no tenen el dolor controlat el dia 1 passen a tenir-lo controlat el dia 7 un 73,7%.

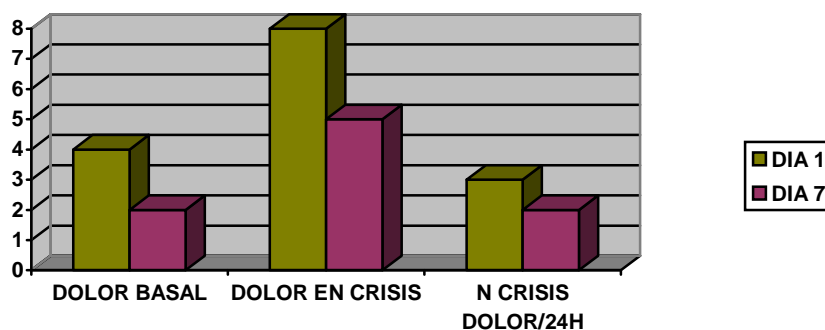
Global equip de suport a domicili ESD o PADES, dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

Analitzem el global, mediana dia 1 i dia 7, i podem afirmar que en aquest subgrup de malalts atesos pels equips ESD, és a dir, equips de suport a domicili especialitzats en aquesta disciplina, veiem significació estadística pel que fa a millora simptomàtica de dolor en tots els subgrups, basal, en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h, després de la intervenció.

Taula 74. ESD. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	MEDIANA DIF DIA1-DIA7	SIG ASINT BILAT p
DB	4	2	-1	0,001
DC	8	5	-2	0,000
NC/24 H	3	2	-1	0,001

Figura 46. ESD. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



Podem afirmar per tant que la intervenció dels equips de suport a domicili són efectius en el control del dolor.

Figura 47. ESD. Dolor basal. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

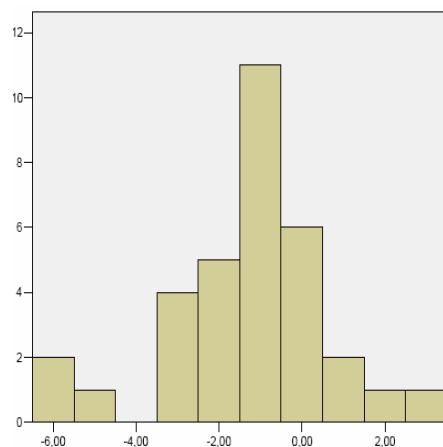


Figura 48. ESD. Dolor basal. Mediana diferència dia 1-dia 7.

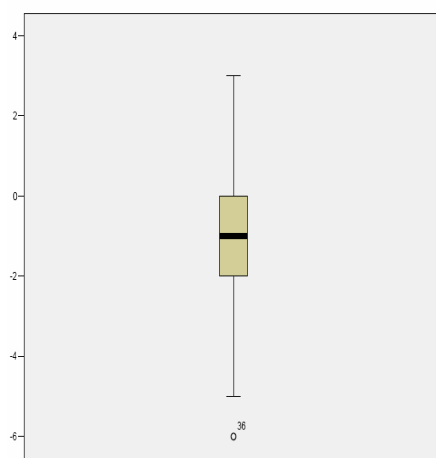


Figura 49. ESD. Dolor en crisis. Histograma. Mediana diferència dia 1-dia 7.

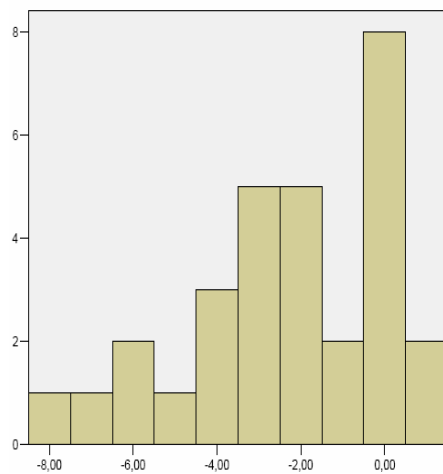


Figura 50. ESD. Dolor en crisis. Mediana diferència dia 1-dia 7.

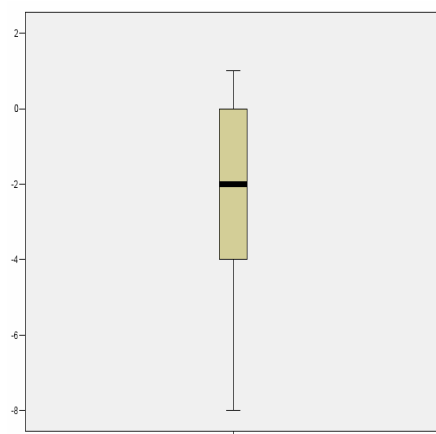


Figura 51. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h. Histograma. Mediana diferència dia 1- dia 7.

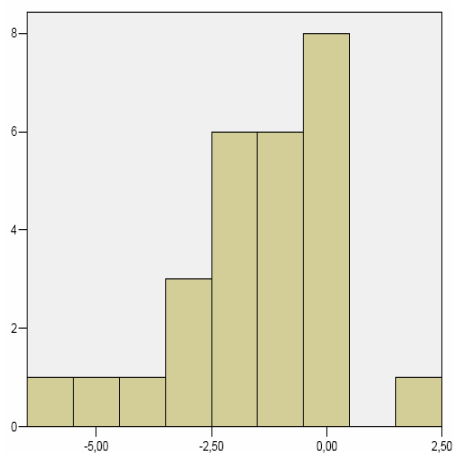
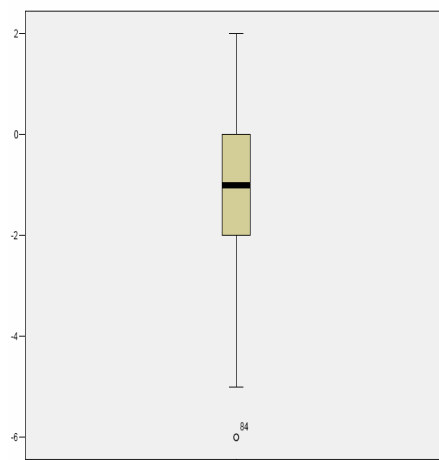


Figura 52. ESD. Nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana diferència dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent al Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, pel que fa referència al dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h dia1-dia7, observem que el valor p es inferior a 0,05 en tots els casos.

Taula 75. ESD. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	0,001	0,000	0,001

#Segons grups d'edat

Edat<60 anys

Dolor basal

Taula 76. Edat<60 a. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	4	1	2	8
2	4	14	2	6	24
3	5	18	3	7	28
4	3	10	4	8	32
5	5	18	5	1	4
6	4	14	6	-	-
7	-	-	7	1	4
8	5	18	8	-	-
9	1	4	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	28 malalts avaluats		Total	25 malalts avaluats	

Taula 77. Edat<60 a. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	18	75%
Sense canvis	4	16,7%
Empitjorament símptoma	2	8,3%
Total	24 malalts avaluats	

Podem observar que en el 75% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor basal, no hi ha modificació en el 16,7% i empitjora el dolor basal en un 8,3% després de la intervenció de l'equip.

Dolor en crisis

Taula 78. Edat<60 a. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	4	1	1	5
2	-	-	2	1	5
3	1	4	3	-	-
4	1	4	4	-	-
5	2	7	5	3	14
6	-	-	6	4	19
7	2	7	7	3	14
8	5	19	8	5	24
9	7	26	9	1	5
10	8	30	10	3	14
Total	27 malalts avaluats		Total	21 malalts avaluats	

Taula 79. Edat<60 a. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	15	71,5%
Sense canvis	4	19%
Empitjorament símptoma	2	9,5%
Total	21 malalts avaluats	

Veiem que en el 71,5% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, el dolor no es modifica en el 19% després de la intervenció i en el 9,5% empitjora.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 80. Edat<60 a. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	2	8	1	7	33
2	1	4	2	8	38
3	11	44	3	4	19
4	5	20	4	1	5
5	1	4	5	-	-
6	1	4	6	-	-
7	2	8	7	-	-
8	1	4	8	-	-
9	-	-	9	1	5
10	1	4	10	-	-
Total	25 malalts avaluats		Total	21 malalts avaluats	

Taula 81. Edat<60 a. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	18	85,8%
Sense canvis	1	4,7%
Empitjorament símptoma	2	9,5%
Total	21 malalts avaluats	

Veiem que en el 85,8% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor /24 h, no hi ha variacions en el 4,7% i un 9,5% incrementen el nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció de l'equip.

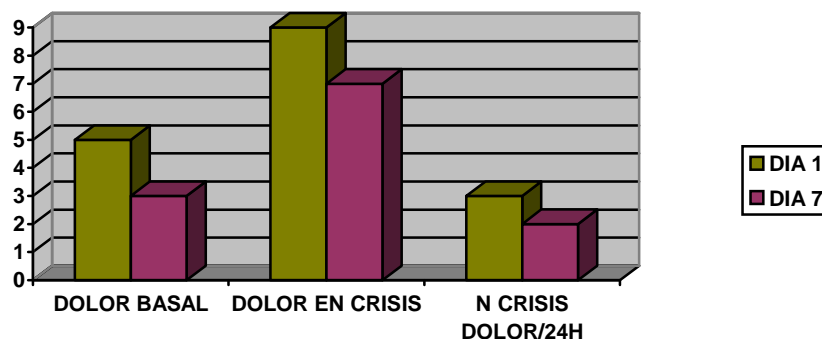
Global segons grup d'edat <60 anys, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

Analitzem el global, mediana dia1 i dia 7, i observem que en aquest subgrup de malalts d'edat inferior a 60 anys hi ha significació estadística pel que fa a millora simptomàtica en dolor basal, en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h, després de la intervenció dels equips especialitzats.

Taula 82. Edat<60 a. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT p
DB	5	3	0,001
DC	9	7	0,005
NC/24 H	3	2	0,004

Figura 53. Edat<60 a. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal, equivalent a Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, observem significació estadística pel que fa referència al dolor basal i dolor en crisi, però no hi ha diferència en el nombre de crisis de dolor/24 h dia 1-dia 7.

Taula 83. Edat<60 a. DB, DC, NC. Dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	0,001	0,007	0,100

-Edat≥60 anys

Dolor basal

Taula 84. Edat≥60 a. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	6	8	1	12	22
2	8	10	2	11	20
3	18	23	3	16	30
4	13	16	4	4	7
5	12	15	5	7	13
6	7	9	6	3	5
7	8	10	7	2	3
8	4	5	8	-	-
9	3	4	9	-	-
10	1	1	10	-	-
Total	80 malalts avaluats		Total	55 malalts avaluats	

Taula 85. Edat≥60 a. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	35	68,6%
Sense canvis	10	19,6%
Empitjorament símptoma	6	11,8%
Total	51 malalts avaluats	

Veiem que en el 68,6% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor basal, no hi ha modificació en el 19,6% i empitjora el dolor basal en un 11,8% després de la intervenció de l'equip.

Dolor en crisis

Taula 86. Edat \geq 60 a. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	1	1	3	5
2	3	4	2	6	11
3	3	4	3	5	9
4	6	6	4	7	13
5	4	5	5	8	15
6	12	14	6	10	18
7	14	16	7	6	11
8	15	18	8	6	11
9	9	11	9	3	5
10	18	21	10	1	2
Total	85 malalts avaluats		Total	55 malalts avaluats	

Taula 87. Edat \geq 60 a. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1- dia 7.

Millora símptoma	37	67,3%
Sense canvis	13	23,6%
Empitjorament símptoma	5	9,1%
Total	55 malalts avaluats	

En el 67,3% dels casos trobem millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, en el 23,6% el dolor no es modifica després de la intervenció i en el 9,1% empitjora.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 88. Edat \geq 60 a. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	15	19	1	20	44
2	23	29	2	14	30
3	15	19	3	7	15
4	8	10	4	2	4
5	4	5	5	3	7
6	6	8	6	-	-
7	2	3	7	-	-
8	3	4	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	2	3	10	-	-
Total	78 malalts avaluats		Total	46 malalts avaluats	

Taula 89. Edat \geq 60 a. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	27	60%
Sense canvis	15	33,3%
Empitjorament símptoma	3	6,7%
Total	45 malalts avaluats	

En el 60% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor /24 h, no hi ha variacions en el 33,3% i un 6,7% incrementen el nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció de l'equip.

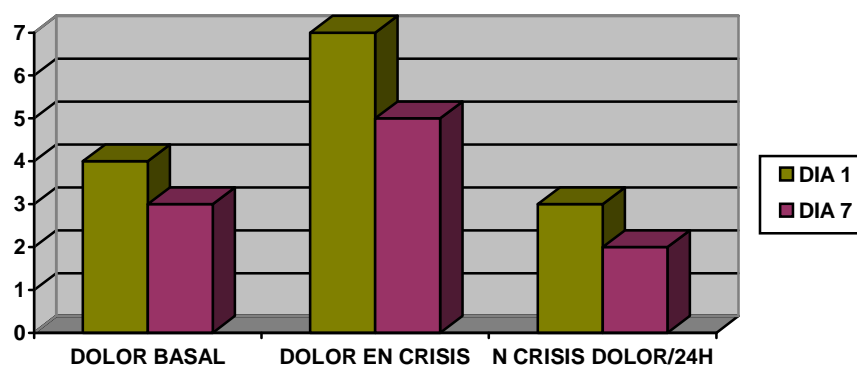
Global segons grup d'edat \geq 60 anys, dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

Analitzem el global, mediana dia1 i dia 7, i en aquest subgrup de malalts d'edat igual o superior a 60 anys veiem significació estadística en dolor basal, dolor en crisis i en el nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció dels equips especialitzats.

Taula 90. Edat \geq 60 a. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT p
DB	4	3	0,000
DC	7	5	0,000
NC/24 H	3	2	0,000

Figura 54. Edat \geq 60 a. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal, equivalent al Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, observem significació estadística en dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h dia1-dia7.

Taula 91. Edat \geq 60 a. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	0,000	0,000	0,000

#Segons factor pronòstic dolor, Edmonton Staging System ESS

-ESS I, dolor bon pronòstic

Dolor basal

Taula 92. ESS I. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	6	10	1	11	24
2	11	18	2	10	22
3	10	18	3	14	30
4	9	15	4	3	7
5	9	15	5	5	10
6	5	8	6	3	7
7	5	8	7	-	-
8	5	8	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	60 malalts avaluats		Total	46 malalts avaluats	

Taula 93. ESS I. Dolor basal. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	29	65,9%
Sense canvis	11	25%
Empitjorament símptoma	4	9,1%
Total	44 malalts avaluats	

Veiem que en el 65,9% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor basal, no hi ha modificació en el 25% i empitjora el dolor basal en un 9,1% després de la intervenció de l'equip.

Dolor en crisis

Taula 94. ESS I. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	2	1	2	6
2	2	4	2	3	9
3	3	6	3	3	9
4	5	10	4	4	11
5	4	8	5	7	20
6	7	13	6	8	23
7	7	13	7	5	13
8	9	17	8	2	6
9	5	10	9	1	3
10	9	17	10	-	-
Total	52 malalts avaluats		Total	35 malalts avaluats	

Taula 95. ESS I. Dolor en crisis. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	23	65,7%
Sense canvis	9	25,7%
Empitjorament símptoma	3	8,6%
Total	35 malalts avaluats	

Veiem que en el 65,7% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, el dolor no es modifica en el 25,7% després de la intervenció i en el 8,6% empitjora.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 96. ESS I. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	13	28	1	15	54
2	14	30	2	7	21
3	9	20	3	4	14
4	1	2	4	1	4
5	2	4	5	1	4
6	2	4	6	-	-
7	3	8	7	-	-
8	1	2	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	1	2	10	-	-
Total	46 malalts avaluats		Total	28 malalts avaluats	

Taula 97. ESS I. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1- dia 7.

Millora símptoma	14	50%
Sense canvis	12	42,9%
Empitjorament símptoma	2	7,1%
Total	28 malalts avaluats	

Troblem que en el 50% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa al nombre de crisis de dolor/24 h, no hi ha variacions en el 42,9% i en un 7,1% s'incrementa el nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció de l'equip.

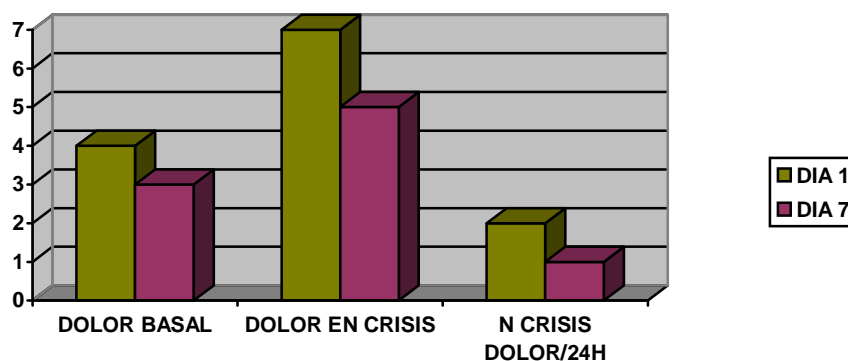
Global segons factor pronòstic dolor, Edmonton I bon pronòstic, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

Analitzem el global, mediana dia1 i dia 7, i observem en aquest subgrup de malalts amb dolor de bon pronòstic que hi ha significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i en el nombre de crisis de dolor/24 h, després de la intervenció dels equips especialitzats.

Taula 98. ESS I. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT p
DB	4	3	0,000
DC	7	5	0,000
NC/24 H	2	1	0,003

Figura 55. ESS I. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent a Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, observem significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h dia1-dia7.

Taula 99. ESS I. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	0,000	0,000	0,009

-ESS II-III, dolor mal pronòstic

Dolor basal

Taula 100. ESS II-III. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	2	1	3	9
2	1	2	2	7	22
3	13	27	3	9	27
4	7	15	4	8	24
5	8	17	5	3	9
6	6	13	6	-	-
7	3	6	7	3	9
8	4	8	8	-	-
9	4	8	9	-	-
10	1	2	10	-	-
Total	48 malalts avaluats		Total	33 malalts avaluats	

Taula 101. ESS II-III. Dolor basal. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	24	77.4%
Sense canvis	3	9.7%
Empitjorament símptoma	4	12.9%
Total	31 malalts avaluats	

Veiem que en el 77,4% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor basal, no hi ha modificació en el 9,7% i empitjora el dolor basal en un 12,9% després de la intervenció de l'equip.

Dolor en crisis

Taula 102. ESS II-III. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	2	1	2	5
2	1	2	2	4	10
3	1	2	3	2	5
4	2	3	4	3	7
5	2	3	5	4	10
6	5	8	6	6	15
7	9	15	7	4	10
8	11	18	8	9	21
9	11	18	9	3	7
10	17	29	10	4	10
Total	60 malalts avaluats		Total	41 malalts avaluats	

Taula 103. ESS II-III. Dolor en crisis. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	29	70,7%
Sense canvis	8	19,5%
Empitjorament símptoma	4	9,8%
Total	41 malalts avaluats	

Veiem que en el 70,7% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, en el 19,5% el dolor no es modifica després de la intervenció i en el 9,8% empitjora.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 104. ESS II-III. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	4	7	1	12	31
2	10	18	2	15	38
3	17	30	3	7	18
4	12	21	4	2	5
5	3	5	5	2	5
6	5	9	6	-	-
7	1	2	7	-	-
8	3	5	8	-	-
9	-	-	9	1	3
10	2	4	10	-	-
Total	57 malalts avaluats		Total	39 malalts avaluats	

Taula 105. ESS II-III. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	31	81,6%
Sense canvis	4	10,5%
Empitjorament símptoma	3	7,9%
Total	38 malalts avaluats	

Trobem que en el 81,6% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor /24 h, no hi ha variacions en el 10,5% i en un 7,9% s'incrementa el nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció de l'equip.

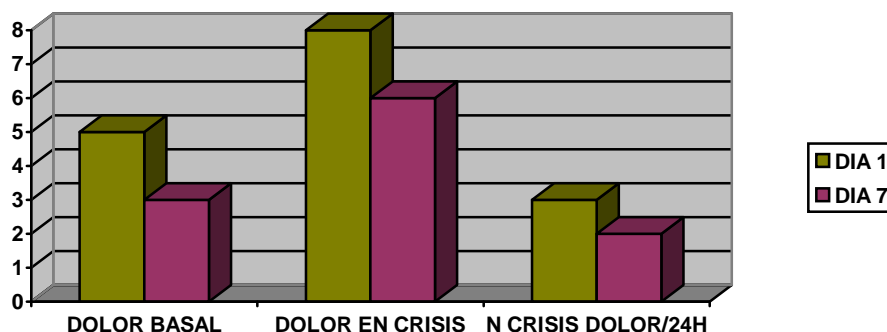
Global segons factor pronòstic dolor, Edmonton II-III mal pronòstic, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

Analitzem global, mediana dia1 i dia 7. En aquest subgrup de malalts amb dolor de mal pronòstic, veiem significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i en el nombre de crisis de dolor/24 h, després de la intervenció dels equips especialitzats.

Taula 106. ESS II-III. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT P
DB	5	3	0,000
DC	8	6	0,000
NC/24 H	3	2	0,000

Figura 56. ESS II-III. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent a Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, observem significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h dia1-dia7.

Taula 107. ESS II-III. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1- dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	0,000	0,000	0,000

#Segons índex de Karnofsky, Performance Status KPS

El 61,3% de malalts tenen un KPS igual o inferior a 50, per tant vol dir que les 2/3 parts estan enllitats o fent sedestació. La resta, 38,7%, tenen un KPS igual o superior a 60.

-KPS≤30

En aquest subgrup hi ha pocs malalts.

Dolor basal

Taula 108. KPS≤30. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	-	-	1	2	29
2	2	15	2	1	14
3	2	15	3	3	43
4	3	23	4	-	-
5	-	-	5	1	14
6	1	8	6	-	-
7	2	15	7	-	-
8	2	15	8	-	-
9	1	8	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	13 malalts avaluats		Total	7 malalts avaluats	

Taula 109. KPS≤30. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	6	100%
Sense canvis	-	-
Empitjorament símptoma	-	-
Total	6 malalts avaluats	

Veiem que en el 100% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor basal.

Dolor en crisis

Taula 110. KPS \leq 30. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	-	-	1	-	-
2	-	-	2	-	-
3	1	9	3	1	25
4	2	18	4	1	25
5	1	9	5	1	25
6	1	9	6	-	-
7	-	-	7	-	-
8	1	9	8	1	25
9	1	9	9	-	-
10	4	36	10	-	-
Total	11 malalts avaluats		Total	4 malalts avaluats	

Taula 111. KPS \leq 30. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	3	75%
Sense canvis	1	25%
Empitjorament símptoma	-	-
Total	4 malalts avaluats	

Podem veure que en el 75% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis i que en el 25% restant el dolor en crisis no es modifica després de la intervenció.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 112. KPS \leq 30. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	3	34	1	2	50
2	2	22	2	2	50
3	2	22	3	-	-
4	1	11	4	-	-
5	1	11	5	-	-
6	-	-	6	-	-
7	-	-	7	-	-
8	-	-	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	9 malalts avaluats		Total	4 malalts avaluats	

Taula 113. KPS \leq 30. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	2	50%
Sense canvis	2	50%
Empitjorament símptoma	-	-
Total	4 malalts avaluats	

Veiem que en el 50% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor/24 h, i no hi ha variacions en el 50% restant després de la intervenció de l'equip.

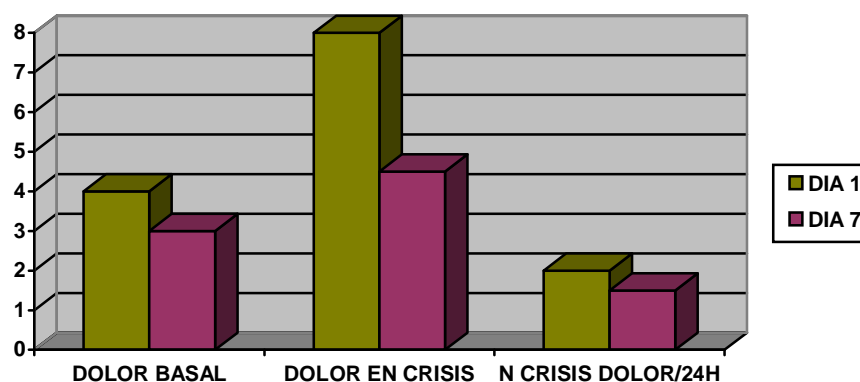
Global segons índex de Karnofsky, Performance Status, $KPS \leq 30$, dolor basal, dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

L'anàlisi global, mediana dia 1 i dia 7, mostra que en aquest subgrup de malalts amb $KPS \leq 30$ la intervenció de l'equip és efectiva en el control del dolor basal.

Taula 114. $KPS \leq 30$. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1- dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT P
DB	4	3	0,026
DC	8	4,5	0,109
NC/24 H	2	1,5	0,180

Figura 57. $KPS \leq 30$. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent a Txi quadrat per avaluar la intervenció dels equips, observem significació estadística en dolor basal, però no en dolor en crisis ni en el nombre de crisis de dolor/24 h dia 1-dia 7.

Taula 115. $KPS \leq 30$. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT P	0,042	0,127	0,180

-KPS 40-60

Dolor basal

Taula 116. KPS 40-60. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	6	8	1	8	15
2	6	8	2	10	19
3	14	19	3	15	28
4	11	15	4	9	17
5	13	18	5	5	9
6	7	9	6	3	6
7	6	8	7	3	6
8	7	9	8	-	-
9	3	4	9	-	-
10	1	2	10	-	-
Total	74 malalts avaluats		Total	53 malalts avaluats	

Taula 117. KPS 40-60. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	35	68,6%
Sense canvis	10	19,6%
Empitjorament símptoma	6	11,8%
Total	51 malalts avaluats	

Veiem que en el 68,6% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor basal, no hi ha modificació en el 19,6% i empitjora el dolor basal en un 11,8% després de la intervenció de l'equip.

Dolor en crisis

Taula 118. KPS 40-60. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	1	1	4	7
2	3	4	2	7	10
3	2	3	3	4	7
4	5	6	4	4	7
5	4	5	5	8	14
6	8	10	6	11	19
7	10	13	7	7	12
8	13	17	8	8	14
9	13	17	9	3	5
10	19	24	10	3	5
Total	78 malalts avaluats		Total	59 malalts avaluats	

Taula 119. KPS 40-60. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	40	67,8%
Sense canvis	15	25,4%
Empitjorament símptoma	4	6,8%
Total	59 malalts avaluats	

Podem veure que en el 67,8% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, en el 25,4% de malalts el dolor no es modifica després de la intervenció i en el 6,8% empitjora.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 120. KPS 40-60. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	11	15	1	21	41
2	18	24	2	15	29
3	19	25	3	8	16
4	8	11	4	3	6
5	4	5	5	3	6
6	6	8	6	-	-
7	3	4	7	-	-
8	3	4	8	-	-
9	-	-	9	1	2
10	3	4	10	-	-
Total	75 malalts avaluats		Total	51 malalts avaluats	

Taula 121. KPS 40-60. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	33	64,7%
Sense canvis	13	25,5%
Empitjorament símptoma	5	9,8%
Total	51 malalts avaluats	

Veiem que en el 64,7% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor/24 h, no hi ha variacions en el 25,5% i en un 9,8% s'incrementa el nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció de l'equip.

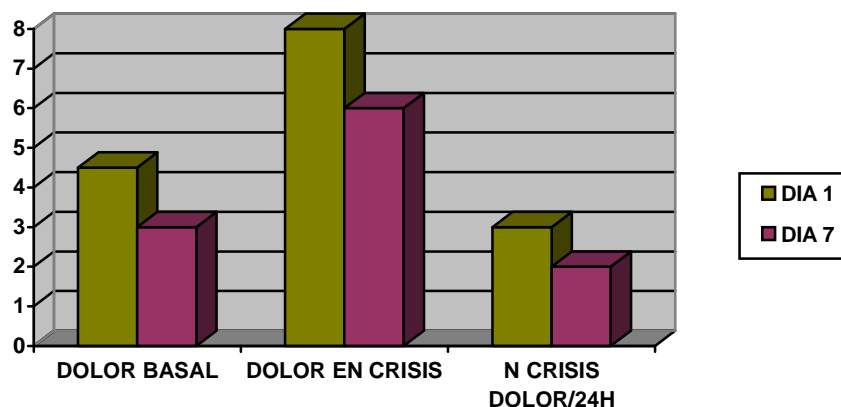
Global segons índex de Karnofsky Performance Status KPS 40-60, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisi de dolor/24 h. Mediana

L'anàlisi mostra en aquest subgrup de malalts amb KPS 40-60 significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i en el nombre de crisi de dolor/24 h, després de la intervenció dels equips especialitzats.

Taula 122. KPS 40-60. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT P
DB	4,5	3	0,000
DC	8	6	0,000
NC/24 H	3	2	0,000

Figura 58. KPS 40-60. DB, DC, NC. Mediana dia 1- dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent a Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, observem significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisi de dolor/24 h dia1-dia7.

Taula 123. KPS 40-60. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	0,000	0,000	0,000

-KPS \geq 70

Dolor basal

Taula 124. KPS \geq 70. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	5	1	4	21
2	4	20	2	5	26
3	7	35	3	5	26
4	2	10	4	3	16
5	4	20	5	2	11
6	2	10	6	-	-
7	-	-	7	-	-
8	-	-	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	20 malalts avaluats		Total	19 malalts avaluats	

Taula 125. KPS \geq 70. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	11	64,7%
Sense canvis	4	23,5%
Empitjorament símptoma	2	11,8%
Total	17 malalts avaluats	

Veiem que en el 64,7% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa al dolor basal, no hi ha modificació en el 23,5% i empitjora el dolor basal en un 11,8% després de la intervenció de l'equip.

Dolor en crisis

Taula 126. KPS \geq 70. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	5	1	-	-
2	-	-	2	-	-
3	1	5	3	-	-
4	-	-	4	2	15
5	1	5	5	2	15
6	3	13	6	3	24
7	6	27	7	2	15
8	6	27	8	2	15
9	2	9	9	1	8
10	2	9	10	1	8
Total	22 malalts avaluats		Total	13 malalts avaluats	

Taula 127. KPS \geq 70. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	9	69,2%
Sense canvis	1	7,7%
Empitjorament símptoma	3	23,1%
Total	13 malalts avaluats	

Veiem que en el 69,2% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, en 7,7% el dolor no es modifica després de la intervenció i en el 23,1% empitjora.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 128. KPS \geq 70. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	2	10	1	4	33
2	4	22	2	5	42
3	5	28	3	3	25
4	4	22	4	-	-
5	-	-	5	-	-
6	1	6	6	-	-
7	1	6	7	-	-
8	1	6	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	18 malalts avaluats		Total	12 malalts avaluats	

Taula 129. KPS \geq 70. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	10	90,9%
Sense canvis	1	9,09%
Empitjorament símptoma		
Total	11 malalts avaluats	

Podem observar que en el 90,9% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor /24 h, no hi ha variacions en el 9,09% i en cap cas hi ha increment del nombre de crisis de dolor/24 h després de la intervenció de l'equip.

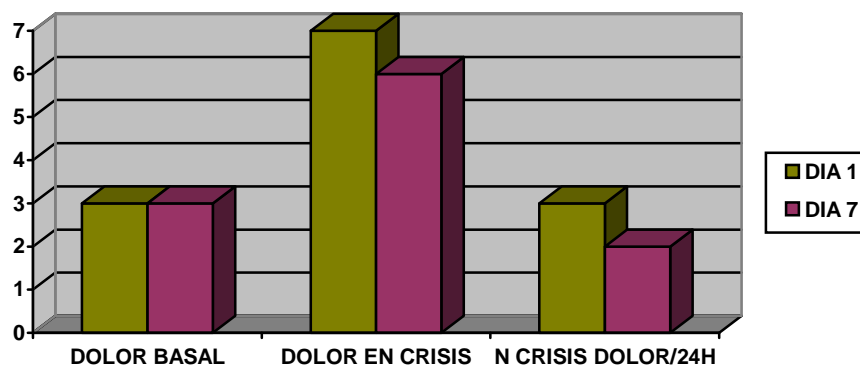
Global segons índex de Karnofsky Performance Status $KPS \geq 70$, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisi de dolor/24 h. Mediana

L'anàlisi mostra en aquest subgrup de malalts amb $KPS \geq 70$ que no hi ha significació estadística en dolor basal, però sí en dolor en crisi i en el nombre de crisi de dolor/24 h, després de la intervenció dels equips especialitzats.

Taula 130. $KPS \geq 70$. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT P
DB	3	3	0,056
DC	7	6	0,046
NC/24 H	3	2	0,004

Figura 59. $KPS \geq 70$. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



El dolor basal no es modifica el dia 7 després de la intervenció del equips.

Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent a Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, observem significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisi de dolor/24 h dia1-dia7.

Taula 131. $KPS \geq 70$. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT P	0,039	0,048	0,018

#Segons nivell cognitiu

-Deteriorament cognitiu

Cal destacar l'escàs nombre de malalts en aquests subgrups.

Dolor basal

Taula 132. Deteriorament cognitiu. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	1	25	1	-	-
2	1	25	2	1	100
3	-	-	3	-	-
4	-	-	4	-	-
5	-	-	5	-	-
6	-	-	6	-	-
7	1	25	7	-	-
8	-	-	8	-	-
9	1	25	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	4 malalts avaluats		Total	1 malalt avaluat	

Taula 133. Deteriorament cognitiu. Dolor basal. Modificació símptoma dia 1 i dia 7.

Millora símptoma	-	-
Sense canvis	-	-
Empitjorament símptoma	1	100%
Total	1 malalt avaluat	

Veiem que no hi ha millora simptomàtica ni estabilització en cap cas. L'únic malalt inclòs empitjora simptomàticament pel que fa referència al dolor basal després de la intervenció de l'equip.

Dolor en crisis

Taula 134. Deteriorament cognitiu. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	-	-	1	-	-
2	-	-	2	-	-
3	-	-	3	-	-
4	-	-	4	-	-
5	-	-	5	1	50
6	1	20	6	1	50
7	-	-	7	-	-
8	2	40	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	2	40	10	-	-
Total	5 malalts avaluats		Total	2 malalts avaluats	

Taula 135. Deteriorament cognitiu. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	1	150%
Sense canvis	1	150%
Empitjorament símptoma	-	-
Total	2 malalts avaluats	

Veiem que en el 50% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, i en l'altre 50% el dolor no es modifica després de la intervenció.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 136. Deteriorament cognitiu. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1 i dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	1	25	1	1	50
2	1	25	2	-	-
3	1	25	3	1	50
4	-	-	4	-	-
5	1	25	5	-	-
6	-	-	6	-	-
7	-	-	7	-	-
8	-	-	8	-	-
9	-	-	9	-	-
10	-	-	10	-	-
Total	4 malalts avaluats		Total	2 malalts avaluats	

Taula 137. Deteriorament cognitiu. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1- dia 7.

Millora símptoma	-	-
Sense canvis	2	100%
Empitjorament símptoma	-	-
Total	2 malalts avaluats	

Veiem que en el 100% dels casos no hi ha variacions pel que fa referència al nombre de crisis de dolor /24 h després de la intervenció de l'equip.

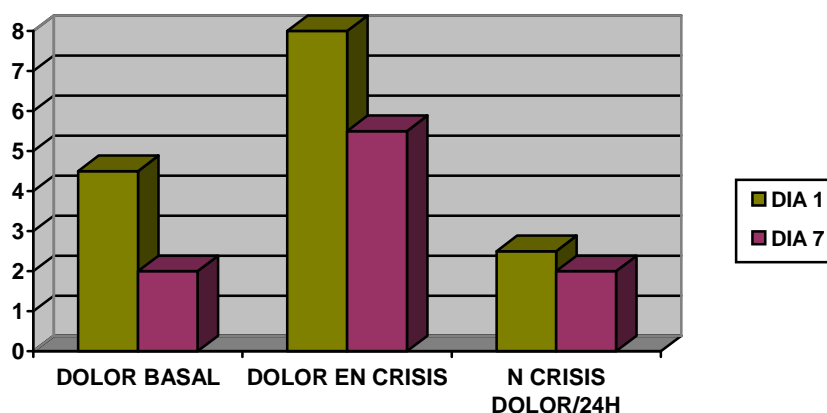
Global segons nivell cognitiu, deteriorament cognitiu, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

L'anàlisi global de la mediana dia 1 i dia 7 mostra que en aquest subgrup de malalts amb deteriorament cognitiu no hi ha diferència amb significació estadística en cap cas, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h, després de la intervenció dels equips especialitzats.

Taula 138. Deteriorament cognitiu. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT P
DB	4,5	2	0,317
DC	8	5.5	1,000
NC/24 H	2,5	2	0,317

Figura 60. Deteriorament cognitiu. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent a Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, observem només significació estadística en el dolor en crisi.

Taula 139. Deteriorament cognitiu. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	-	0,0317	1,000

-No deteriorament cognitiu

Dolor basal

Taula 140. No deteriorament cognitiu. Dolor basal. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	6	6	1	14	18
2	11	11	2	15	20
3	22	22	3	23	30
4	15	15	4	11	14
5	16	16	5	8	11
6	11	11	6	3	4
7	7	7	7	2	3
8	8	8	8	-	-
9	3	3	9	-	-
10	1	1	10	-	-
Total	100 malalts avaluats		Total	76 malalts avaluats	

Taula 141. No deteriorament cognitiu. Dolor basal. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	51	71,8%
Sense canvis	13	18,3%
Empitjorament símptoma	7	9,9%
Total	71 malalts avaluats	

Veiem que en el 71,8% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor basal, no hi ha modificació en el 18,3% i empitjora el dolor basal en un 9,9% després de la intervenció de l'equip.

Dolor en crisis

Taula 142. No deteriorament cognitiu. Dolor en crisis. ENV dia 1 i dia 7.

ENV	N malalts	%	ENV	N malalts	%
1	2	2	1	4	6
2	3	2	2	7	10
3	4	3	3	5	7
4	7	7	4	7	10
5	6	6	5	10	14
6	11	11	6	13	18
7	15	15	7	8	11
8	17	17	8	11	15
9	16	16	9	4	6
10	22	21	10	3	3
Total	103 malalts avaluats		Total	72 malalts avaluats	

Taula 143. No deteriorament cognitiu. Dolor en crisis. Modificació símptoma dia 1-dia 7.

Millora símptoma	50	69,4%
Sense canvis	15	20,8%
Empitjorament símptoma	7	9,8%
Total	72 malalts avaluats	

Veiem que en el 69,4% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al dolor en crisis, en un 20,8% el dolor no es modifica després de la intervenció i en el 9,8% empitjora.

Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 144. No deteriorament cognitiu. Nombre de crisis de dolor/24 h, dia 1- dia 7.

N crisis	N malalts	%	N crisis	N malalts	%
1	15	15	1	26	41
2	23	24	2	21	33
3	25	26	3	10	16
4	12	13	4	2	3
5	4	4	5	3	5
6	7	7	6	-	-
7	4	4	7	-	-
8	4	4	8	-	-
9	-	-	9	1	2
10	3	3	10	-	-
Total	95 malalts avaluats		Total	63 malalts avaluats	

Taula 145. No deteriorament cognitiu. Nombre de crisis de dolor/24 h. Modificació dia 1-dia 7.

Millora símptoma	44	71%
Sense canvis	13	21%
Empitjorament símptoma	5	8%
Total	62 malalts avaluats	

Veiem que en el 71% dels casos hi ha millora simptomàtica significativa pel que fa referència al nombre de crisis de dolor /24 h, no hi ha variacions en el 21% i en el 8% hi ha increment del nombre de crisis de dolor/24, h després de la intervenció de l'equip.

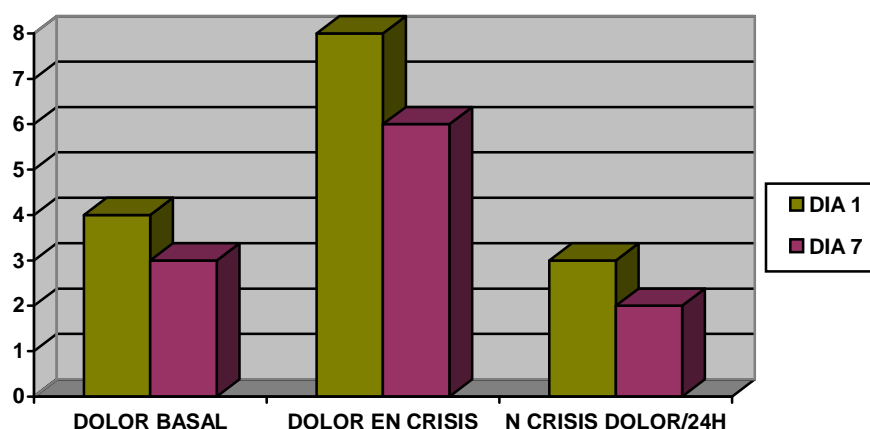
Global segons nivell cognitiu, no deteriorament cognitiu, dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h. Mediana

L'anàlisi global de la mediana dia 1 i dia 7 en aquest subgrup de malalts sense deteriorament cognitiu mostra significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i en el nombre de crisis de dolor/24 h, després de la intervenció dels equips especialitzats.

Taula 146. No deteriorament cognitiu. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	MEDIANA DIA 1	MEDIANA DIA 7	SIG ASINT BILAT P
DB	4	3	0,000
DC	8	6	0,000
NC/24 H	3	2	0,000

Figura 61. No deteriorament cognitiu. DB, DC, NC. Mediana dia 1-dia 7.



Si utilitzem la prova d'Homogeneïtat marginal equivalent a Txi quadrat, per avaluar la intervenció dels equips, observem significació estadística en dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h dia1-dia7.

Taula 147. No deteriorament cognitiu. DB, DC, NC. Mediana diferència dia 1-dia 7. Valor p.

	DB1-DB7	DC1-DC7	NC1-NC7
SIG ASINT BILAT p	0,000	0,000	0,000

5.3. GRÀFICS GLOBALS MEDIANA: DOLOR BASAL, DOLOR EN CRISIS I NOMBRE DE CRISIS DE DOLOR/24H PER SUBGRUPS

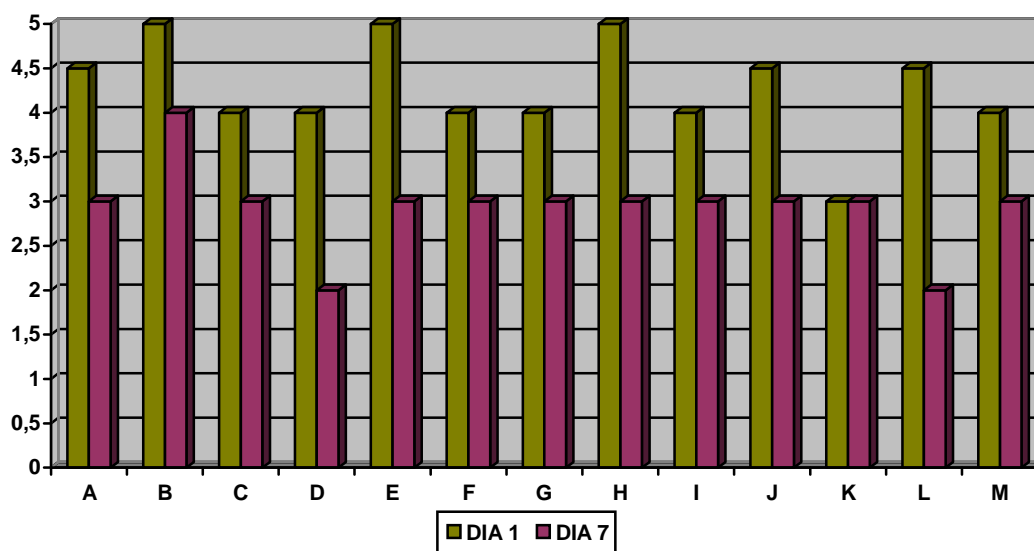
- Equip CE, ESH, UCP, ESD.
- Grup d'edat <60 a i ≥60 a.
- Factor pronòstic dolor ESS I-bon pronòstic i ESS II-III-mal pronòstic.
- Índex de Karnofsky Performance Status KPS≤30, KPS 40-60, KPS≥70.
- Nivell cognitiu, deteriorament cognitiu o no.

Dolor basal

Taula 148. Dolor basal. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.

SUB GRUP	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
	CE	ESH	UCP	ESD	<60a	≥60a	E I	E II-III	KPS≤30	KPS 40-60	KPS≥70	DTC SI	DTC NO
DIA 1	4,5	5	4	4	5	4	4	5	4	4,5	3	4,5	4
DIA 7	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3

Figura 62. Dolor basal. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.

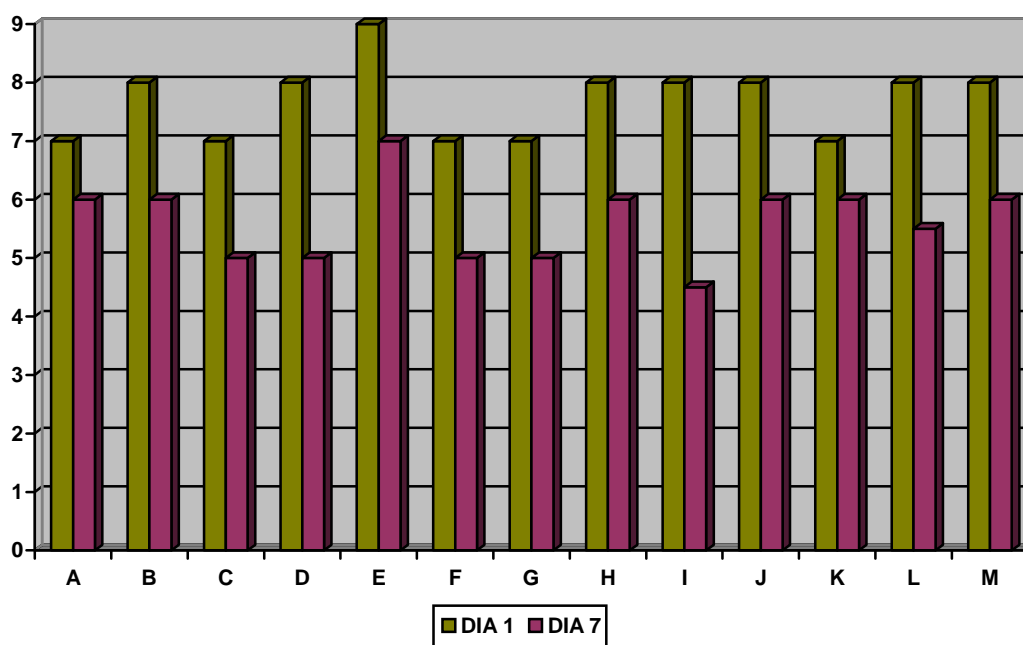


Dolor en crisis

Taula 149. Dolor en crisis. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.

SUB GRUP	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
	CE	ESH	UCP	ESD	<60a	≥60a	E I	E II-III	KPS≤30	KPS 40-60	KPS≥70	DTC SI	DTC NO
DIA 1	7	8	7	8	9	7	7	8	8	8	7	8	8
DIA 7	6	6	5	5	7	5	5	6	4,5	6	6	5,5	6

Figura 63. Dolor en crisis. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.

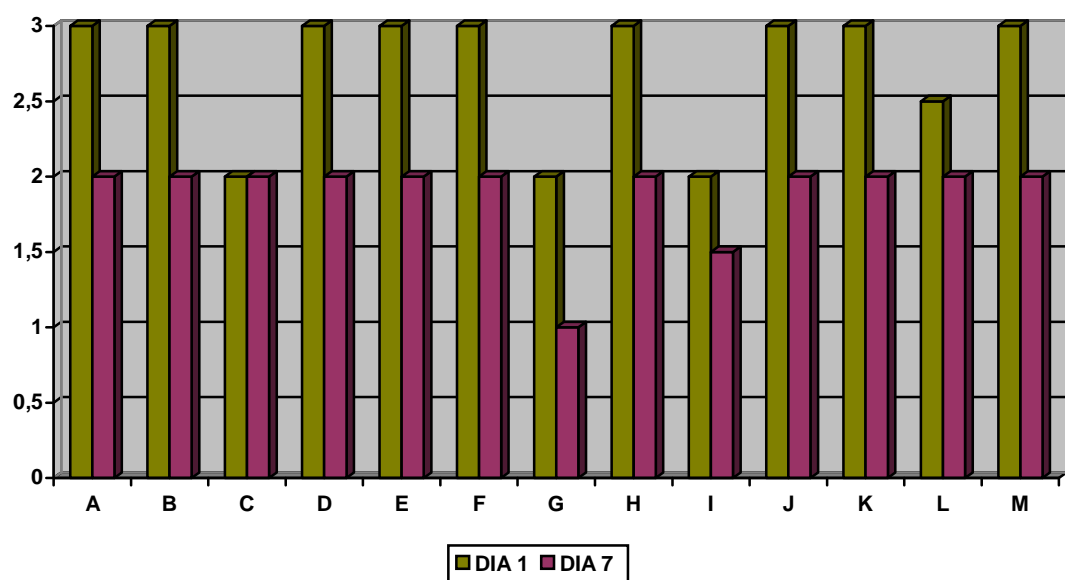


Nombre de crisis de dolor/24 h

Taula 150. Nombre de crisis de dolor/24 h. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.

SUB GRUP	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
	CE	ESH	UCP	ESD	<60a	≥60a	EI	EII-III	KPS≤30	KPS 40-60	KPS≥70	DTC SI	DTC NO
DIA 1	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2,5	3
DIA 7	2	2	2	2	2	2	1	2	1,5	2	2	2	2

Figura 64. Nombre de crisis de dolor/24 h. Segons equips, grups d'edat, ESS, KPS, nivell cognitiu.



6. DISCUSSIÓ

6.1. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

La mostra és petita, sobretot quan s'analitza per subgrups. Però cal destacar el fet important d'aconseguir reclutar 157 malalts, donada l'extrema fragilitat i deteriorament funcional en el moment de la inclusió. El 66% té un KPS entre 40 i 60, cosa que fa de vegades més difícil l'avaluació, tal com escriu l'autor Mc Whinney, 1994 (50).

El disseny de l'estudi és curt, d'una setmana, per tal de minimitzar la pèrdua de malalts durant el seguiment, però tot i així el nombre de pacients avaluables el dia 7 és inferior al nombre del dia 1 per diversos motius ja descrits, sobretot a causa de l'empitjorament clínic.

Els resultats obtinguts, estadísticament significatius amb $p < 0,05$ i per tant no deguts a l'atzar, no necessàriament són clínicament rellevants; per tant s'ha de contrastar molt bé les dades obtingudes de l'estudi a través de l'escala numèrica verbal, ENV, amb la percepció del malalt. Cal tenir sempre present que la qualitat de vida del malalt i dels seus familiars és l'objectiu. Així ho corroboren els autors Kaasa, 2002 i 2003 (47) (46), Hwang, 2003 (48) i Pickett, 1998 (49) que ho amplia amb una visió holística.

6.2. ASPECTES EPIDEMIOLÒGICS DE LA POBLACIÓ EN ESTUDI

6.2.1. Equips

A destacar la important participació, 111 equips, que representen el 75% del total d'equips de cures pal·liatives de Catalunya, a favor dels equips de suport a domicili, 38%, atès el seu major nombre. Si tenim en compte el poc suport per a la recerca, podem dir que els professionals que formen els equips d'atenció especialitzada mostren un nivell molt elevat de motivació, col·laboració i implicació.

L'objectiu de l'estudi és aconseguir una imatge representativa, com una *fotografia instantània*, de la situació real pel que fa a l'efectivitat de la intervenció dels equips de cures pal·liatives arreu de Catalunya en el control simptomàtic dels malalts oncològics avançats, d'una forma ràpida i senzilla, pensant sobretot en les característiques de la població a avaluar.

El valor de l'estudi recolza en la distribució representativa dels equips i malalts participants.

6.2.2. Malalts

157 malalts avaluable. També podem ressaltar el nombre gens despreciable de la n , per les característiques ja esmentades de fragilitat de la població en estudi.

Major participació masculina, predomini d'edat igual o superior a 60 a.

Pel que fa a lloc de residència no hi ha diferències entre rural o urbà.

El malalt és qui fa l'avaluació dels símptomes en la majoria de casos.

El registre del dia 1 és sempre presencial i el del dia 7 ho és en el 69% dels casos.

En el nostre estudi no s'han trobat diferències significatives quant al tipus de dolor segons factor pronòstic, Edmonton Staging System ESS I -bon pronòstic- i II-III -mal pronòstic.

L'estudi efectuat pel grup de Porta, 2003 (125) descriu 34% de malalts amb dolor de mal pronòstic.

Les localitzacions tumorals més freqüents són pulmó, còlon i recte-sigma, mama femenina, pròstata i estómac.

L'extensió de la malaltia és disseminada en el 68% dels casos en el moment de la inclusió en l' estudi.

Segons l'índex de Karnofsky Performance Status KPS, la majoria de malalts estan en l'interval de 50 i si ho agrupem, el major nombre de malalts es troben entre 40-60. També queda confirmada la situació de fragilitat d'aquests pacients amb la referència de l'autor Mc Whinney, 1994 (50).

Davant d'aquesta realitat, un aspecte a millorar pot ser el d'afavorir la intervenció més precoç per part dels equips especialitzats.

Segons el pronòstic clínic aproximat a l'inici de l'estudi, considerat en el moment de la inclusió, en el 79% dels casos es preveu igual o superior a 4 setmanes.

6.3. INSTRUMENT

L'escala numèrica verbal, ENV, 0-10, validada segons referències anteriors i amb totes les seves limitacions, és una eina de treball simple i, si s'explica i s'entén bé, pot ser una bona referència de la percepció del malalt o un altre avaluador en el seu cas, pel que fa als símptomes i sobretot té valor en la monitorització i seguiment en el temps per mesurar l'efecte de les intervencions terapèutiques per part de l'equip interdisciplinar.

6.4. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ DELS EQUIPS DE CURES PAL·LIATIVES EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC

Segons Gray, 1997 (55), només uns pocs privilegiats es beneficien de l'atenció especialitzada. Si tenim en compte que a Catalunya s'estima una cobertura aproximada del 60% dels malalts oncològics avançats per part dels equips de cures pal·liatives, podem considerar que gaudim d'aquest avantatge.

El disseny del nostre treball observacional, de cohort, longitudinal, és com la majoria dels referenciats a la bibliografia. Hi ha pocs estudis aleatoritzats segons Salisbury, 1999 (51), donades les característiques de la població que els dificulten.

Un dels objectius de futur és aconseguir més recerca, incidint en estudis aleatoritzats comparatius sempre que es tinguin en compte totes les limitacions, ja que podrem obtenir resultats més objectius.

L'estudi efectuat evidencia millora estadísticament significativa en el control simptomàtic dels malalts oncològics avançats pel que fa als símptomes avaluats: astènia, ansietat, insomni i dolor (basal, en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h), després de la intervenció dels equips de cures pal·liatives de Catalunya.

Fent una revisió global de les publicacions sobre efectivitat, podem afirmar que els nostres resultats no s'allunyen de la bibliografia.

En el nostre estudi no comparem resultats d'efectivitat entre diferents equips especialitzats. La bibliografia és escassa en aquest aspecte:

Vinciguerra, 1986 (82), postula a favor de l'atenció a domicili.

Higginson, 2003 (17) descriu un lleuger efecte positiu, independent de l'equip que fa la intervenció.

Hanks, 2002 (146) compara equip especialitzat complet amb només suport telefònic i troba diferència significativa a favor de l'equip especialitzat.

Cal més recerca a aquest nivell, amb totes les limitacions ja esmentades i assumint que les característiques de la població atesa pels diferents equips són diferents.

Tampoc comparem la intervenció dels equips especialitzats amb la intervenció dels equips convencionals.

Pel que fa als símptomes:

L'astènia, símptoma que tradueix la síndrome constitucional de caquèxia-anorèxia-càncer, millora poc amb la intervenció, 47,6%, tot i la significació estadística. Wakefield, 1993 (93) coincideix amb el nostre resultat.

L'ansietat i l'insomni, de la esfera emocional, milloren considerablement amb la intervenció, 71% i 75% respectivament.

El dolor, segons el concepte de *dolor total*, també es modifica de forma favorable amb la intervenció.

Carlson, 2003 (107) descriu que la millora és deguda a mesures farmacològiques i també no farmacològiques, per exemple la comunicació.

Amb el concepte més ampli de *dolor total*, la millora de l'ansietat i l'insomni de ben segur també té relació amb la modificació del dolor.

L'anàlisi global del dolor:

Millora del dolor basal dia 7, en un 70,7%; millora del dolor en crisi dia 7, el 68,4% i reducció del nombre de crisis de dolor /24 h dia 7, el 68,2%.

Hi ha major nombre de malalts amb dolor en crisi que amb dolor basal perquè sumen els dos tipus de dolor.

En l'anàlisi més detallada del dolor basal, dolor en crisi i nombre de crisis de dolor/24 h per subgrups, ens trobem que els resultats estan molt condicionats pel poc nombre de malalts.

El dolor és un dels símptomes amb més referències bibliogràfiques. Els resultats del present estudi globalment són estadísticament significatius i clínicament rellevants, en concordança amb les publicacions.

#Equips

La intervenció de l'equip de consulta externa CE del nostre estudi només obté millora simptomàtica estadísticament significativa pel que fa a dolor basal i no hi ha modificació en la resta (dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h).

Podem especular sobre el resultat obtingut en aquest subgrup de 30 malalts (19% del total), en general són malalts amb més bon estat funcional, i el seguiment sovint encara és molt compartit amb altres equips especialitzats com Oncologia. Si no hi ha una bona coordinació entre els diferents equips i professionals que intervenen en l'abordatge terapèutic es fa més difícil identificar en cada moment l'equip referent, i això pot dificultar el control simptomàtic.

L'efectivitat de la intervenció dels equips de suport hospitalari ESH o UFISS, és estadísticament significativa en el control simptomàtic del dolor (basal, en crisis i nombre de crisis de dolor/24h).

La intervenció dels equips d'hospitalització UCP també evidencia significació estadística en la millora del dolor (DB,DC, NC/24 h).

Podem dir segons els nostres resultats que controlem bé els símptomes a domicili per part dels equips ESD o PADES. Disposem per a l'anàlisi de més nombre de malalts i equips, degut a que del total d'equips de cures paliatives a Catalunya, els ESD són els més nombrosos. Es tracta d'una població amb estat funcional més deteriorat.

Concordància amb els autors Salisbury, 1999 (51); Mercadante, 1999 (61); Jordhoy, 2000 (62); Hearn, 1997 (45); Higginson, 1997 (148); Grande, 2000 (149); Zimmer, 1985 (59) i Costantini, 2003 (150).

#Grups d'edat, <60 a i ≥60 a

Trobem millora del dolor (DB, DC, NC/24 h), significativa en els dos subgrups de malalts.

#Factor pronòstic dolor ESS, I -bon pronòstic- i II -mal pronòstic

Dolor controlat en els dos subgrups (DB, DC, NC/24 h).

#Segons índex de Karnofsky KPS, ≤ 30 , 40-60 i ≥ 70 .

Malats amb estat funcional deteriorat, baix KPS, ≤ 30 , només bon control de dolor basal, subgrup KPS 40-60 bon control del dolor de forma global (DB, DC, NC/24 h), i subgrup amb $KPS \geq 70$, bon estat funcional, bon control del dolor en crisis i nombre de crisis de dolor/24 h però no efectivitat quant a dolor basal.

Quan fem l'anàlisi per subgrups amb poc nombre de malalts els resultats són menys valorables, tal com ja he comentat.

#Segons nivell cognitiu, deteriorament cognitiu sí o no.

Quan hi ha deteriorament cognitiu no s'objectiva efectivitat en el control del dolor en cap cas. En aquest subgrup és difícil fer l'avaluació.

Aquest estudi demostra l'existència de millora simptomàtica amb la intervenció interdisciplinària dels equips especialitzats, en aquest cas dels equips de cures pal·liatives, però no podem afirmar que sigui un resultat exclusiu d'aquests equips.

Falconer, 2002 (84) és contundent en afirmar que l'atenció convencional no és suficient per atendre aquestes situacions. Però no disposem d'estudis comparatius en el nostre àmbit.

A favor de l'efectivitat de la intervenció dels equips especialitzats, Viney, 1994 (85); Kane, 1985 (86); Smeenk, 1998 (89).

Molt important la coordinació i la interdisciplinarietat dels equips segons Higginson, 2003 (17).

Higginson, 1987 (147) també refereix un bon control simptomàtic del dolor durant tot el seguiment per part dels equips especialitzats.

Més crítics, Jordhoy, 2001 (87) i Fordham, 1999 (88), que considera que es fa una selecció de malalts.

Ringdal, 2002 (151) analitza el grau de satisfacció i d'informació dels malalts i les famílies.

La reflexió és en el sentit que cal treballar de forma coordinada amb els diferents equips i nivells implicats en l'atenció.

Higginson, 2002 (102); Raftery, 1996 (100) i Clark, 2000 (101) ho ratifiquen.

Addington-Hall, 1992 (99) fa referència a la funció de la infermera d'enllaç.

Una comunicació efectiva és fonamental segons Robinson, 1994 (103) per aconseguir bons resultats en la intervenció dels equips especialitzats.

Cal definir el nivell d'intervenció dels equips especialitzats en cada moment segons el treball de Tuca, 2007 (126), condicionat entre altres aspectes al nivell de complexitat de la situació, que descriu molt bé el treball de Porta, 2003 (125).

L'objectiu comú és millorar la qualitat de vida dels malats i de les seves famílies.

Una línia de recerca de futur és l'avaluació de la percepció que tenen el malalt i la seva família de l'atenció rebuda per part de l'equip especialitzat.

7. CONCLUSIONS

DE L'OBJECTIU PRINCIPAL

L'estudi d'efectivitat dut a terme, prospectiu, observacional, d'una setmana de durada, confirma la hipòtesi de treball:

La intervenció dels equips de cures pal·liatives, amb el treball interdisciplinari dels diversos professionals implicats en l'atenció, aconsegueix millora simptomàtica, estadísticament significativa, dels malalts oncològics en fase avançada i terminal i les seves famílies. Els símptomes escollits, d'entre els més prevalents de l'àrea física i emocional, són: astènia, ansietat, insomni i dolor, que s'analitza de forma més detallada.

Paper de l'equip multidisciplinari i la seva interacció, visió holística de les cures pal·liatives, així com el pes específic de cadascun dels components de l'equip, a tenir en compte en futures recerques.

Queda demostrada l'efectivitat dels equips especialitzats avaluats: CE consulta externa, ESH o UFISS equip de suport hospitalari, UCP unitat d'hospitalització, ESD o PADES equip de suport a domicili.

S'ha avaluat un major nombre d'equips de suport a domicili així com malalts atesos per aquest recurs, en concordància amb el major nombre d'equips ESD o PADES existents a Catalunya.

Estudis com aquest permeten generar evidència suficient per a la provisió de serveis de cures pal·liatives: definir el moment, la forma i el lloc més adequats per proporcionar el servei que esperen i es mereixen els malalts i les seves famílies.

DELS OBJECTIUS ADDICIONALS

1. Aquest estudi demostra la possibilitat d'interrelacionar l'assistència amb la recerca clínica.

2. Seguint la línia d'avaluació segons el "Plan Nacional de Cuidados Paliativos" iniciada amb l'estudi d'utilització de recursos per part dels malalts pal·liatius, i davant la poca evidència científica escrita sobre efectivitat de la intervenció dels equips de cures pal·liatives en el control simptomàtic de malalts oncològics avançats a l'estat espanyol, i més concretament a Catalunya, el present estudi contribueix a mesurar el grau de consecució dels objectius terapèutics en condicions normals d'atenció.

3. Els resultats obtinguts amb el present estudi d'efectivitat es correlacionen globalment amb la bibliografia existent.

4. Cal destacar l'alta participació per part dels equips especialitzats, 111 (75% del total). Professionalitat i forta implicació per part de tots els components dels equips són factors determinants per a la obtenció de bons resultats en l'estudi.

També s'ha de recalcar el nombre considerable de malalts avaluables, 157, tenint en compte la fragilitat que els caracteritza.

5. Àrees de millora:

L'estudi mostra millora simptomàtica dels malalts atesos pels equips especialitzats. Tenint en compte que el major nombre de pacients es troben en el subgrup de KPS 40-60, és a dir, amb estat funcional afectat, seria bo que la intervenció dels equips especialitzats de cures pal·liatives fos més precoç en el curs de la malaltia, de manera conjunta amb altres tractaments que poden perllongar la vida, i no només al final.

Una altra línia de treball pendent és l'estudi de la repercussió de l'atenció especialitzada, en la percepció del malalt i la seva família, i avaluar la qualitat d'atenció i el nivell de satisfacció, per completar la visió global del "Plan Nacional de Cuidados Paliativos".

8. BIBLIOGRAFIA

1. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
2. Mc Namara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32:5-12.
3. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24:106-123.
4. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: WHO, 1994. Technical Report Series: 804.
5. Recomendación Rec, 1999, 1418 del Consejo de Europa sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
6. Recomendación Rec, 2003, 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
8. Proposición no de Ley 14/02 sobre cuidados paliativos. Boletín Oficial de las Cortes Generales del Congreso de los Diputados, serie D, nº 191, 25 abril de 2005.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

10. Higginson IJ. Evidence based palliative care. *BMJ*. 1999; 319: 462-3.
11. Singer PA, Martin DK, Kelner MK. Quality end-of-life care. Patients' perspectives. *JAMA* 1999; 281: 163-8.
12. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Executive summary. *J Palliat Med* 2004; 7: 611-27.
13. Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, Bakketeig LS, Stovring H. Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end-stage cancer patients? *Palliat Med* 2006; 20: 507-12.
14. Brazil K, Howell D, Bedard M, Krueger P, Heidebrecht C. Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliat Med* 2005, 19: 492-499.
15. Murray SA, Boyd K, Sheikh A, Thomas K, Higginson IJ. Developing primary palliative care. *BMJ* 2004; 329: 1056-7.
16. Ahmeedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafrida V, et al. A new international framework for palliative care. *Eur J Cancer Care* 2004; 40: 2192-200.
17. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 150-68.
18. Flores LA, Centeno C, Sanz A, Hernansanz S. Directorio de Cuidados Paliativos 2004 en España. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2005.
19. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: WHO, 1994. Technical Report Series: 804.
20. Saunders CM. La filosofía del cuidado terminal. En: Saunders CM ed. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Barcelona: Salvat Editores; 1980. p. 259-72.

21. Ahmedzai S. Palliative and teminal care. En: Cavalli F, Hansen H, Kaye SB ed. Textbook of Medical Oncology. Londres: Ed. Martin Dunitz ; 1997. p. 429-441.
22. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos: Control de Síntomas 3ª ed. Unidad de Medicina Paliativa. Hospital El Sabinal. Las Palmas de Gran Canaria: Asta Médica; 1999.
23. Programa de Cuidados Paliativos a Domicilio. Gerencia de Atención Primaria. Área 4. Madrid: INSALUD; 1993.
24. Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Roca J, Borrás JM, Viladiu P, Stjernswärd J et al. Catalonia WHO Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: results in 1995. J Pain Symptom Manage 1996; 12: 73-8.
25. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Pascual A, Nabal M, Espinosa J, Paz S et al. Palliative Care Advisory Committee of the Standing Advisory Committee for Socio-Health Affairs, Department of Health, Government of Catalonia. Catalonia WHO palliative care demonstration project at 15 years, 2005. J Pain Symptom Manage 2007, 33: 584-90.
26. Stjernswärd J. Palliative care: the public health strategy. J Public Health Policy 2007; 28: 42-55.
27. Cartera de servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.
28. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Capítulo II: Oferta de Servicios. Subdirección General de Atención Primaria 4ª ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 2001.
29. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte ESAD. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de Salud, 1999.

30. Recomendaciones SemFyC. Cuidados Paliativos. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1998.
31. Documento de Consenso SECPAL-SemFyC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Aten Primaria* 2001; 27: 123-26.
32. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, Grajera Paredes ME, Redondo Moralo MJ, Díaz Díez F et al. Grupo de Investigación en Cuidados Paliativos de Extremadura IPALEX. *Aten Primaria* 2006; 38: 316-23.
33. González Barón M. Palliative medicine in Oncology. *An R Acad Nac Med* 2000; 117: 245-63.
34. Carulla Torrent J, Jara Sánchez C, Sanz Ortiz J, Batista López N, Camps Herrero C, Cassinello Espinosa J et al. Oncologists' perceptions of cancer pain management in Spain: the real and the ideal. *Eur J Pain* 2007; 11: 352-9.
35. Camps C, Carulla J, Casas A, González Barón M, Sanz J, Valentín V, editores: Manual SEOM de Cuidados Continuos. Madrid: SEOM; 2004.
36. Guía de Recomendaciones en Cuidados Contínuos Oncológicos. Asistencia, investigación, docencia. Madrid: SEOM; 2006.
37. Hoffmann W, Munzinger H, Horstkotte E, Greiser E. A population-based evaluation of an intervention to improve advanced stage cancer pain management. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 342-350.
38. Gómez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, Porta-Sales J, Amor M, Espinosa J et al. Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 522-532.
39. Ventafrida V, De Conno F, Viganò A, Ripamonti C, Galluci M, Gamba A. Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients. *Tumori* 1989; 75: 619-25.

40. Axelsson B, Christensen SB. Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliat Med* 1998; 12: 41-9.
41. Dunt DR, Cantwell AM, Temple-Smith MJ. The cost-effectiveness of the City Mission Hospice Programme, Melbourne. *Palliat Med* 1989; 3: 125-34.
42. Critchley P, Jadad AR, Taniguchi A, Woods A, Stevens R, Reyno L, Whelan TJ. Are some palliative care delivery systems more effective and efficient than others? A systematic review of comparative studies. *Journal of Palliative Care* 1999; 15: 40-47.
43. Bruera E, Suarez-Almazor M. Cost-effectiveness in palliative care. *Palliat Med* 1998; 12: 315-316.
44. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AGK, Hook K et al. The role of palliative care teams: a systematic review of their effectiveness and cost-effectiveness. Final report to the Welsh Office for Research and Development 2001. London, Department of Palliative Care and Policy, King's College London.
45. Hearn J, Higginson IJ. Outcome measures in palliative care for advanced cancer patients: a review. *J Public Health Med* 1997; 19: 193-9.
46. Kaasa S, Loge JH . Quality-of-life assessment in palliative care. *Lancet Oncol* 2002; 3: 175-82.
47. Kaasa S and Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliat Med* 2003; 17: 11-20.
48. Hwang SS, Chang VT, Fairclough DL, Cogswell J, Kasimis B. Longitudinal quality of life in advanced cancer patients: pilot study results from a VA medical cancer center. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 886-7.
49. Pickett M, Cooley ME, Gordon DB. Palliative care: past, present and future perspectives. *Semin Oncol Nurs* 1998; 14: 86-94.

50. McWhinney IR, Bass MJ, Donner A. Evaluation of a palliative care service: problems and pitfalls. *BMJ* 1994; 309: 1.340-2.
51. Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Franks PJ, Kite S, Lorentzon M, Naysmith A. The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life. A systematic literature review. *Palliat Med* 1999; 13: 3-17.
52. Ventafrida V, De Conno F, Ripamonti C, Gamba A, Tamburini M. Quality-of-life assessment during a palliative care programme. *Ann Oncol* 1990; 1: 415-20.
53. Mc Illmurray MB, Warren MR. Evaluation of a new hospice: the relief of symptoms in cancer patients in the first year. *Palliat Med* 1989; 3: 135-40.
54. Zwahlen A. Palliative care unit in a district hospital: analysis of two years experience-multidisciplinary palliative care teams. *Rev Med Suisse Romande* 1991; 111: 761-9.
55. Gray JD, Forster DP. Factors associated with utilization of specialist palliative care services: a population based study. *J Public Health Med* 1997; 19: 464-9.
56. Seale C. A comparison of hospice and conventional care. *Soc Sci Med* 1991; 32: 147-52.
57. Ellershaw J, Smith C, Overill S, Walker S, Aldridge J. Care of the Dying: Setting Standards for Symptom Control in the Last 48 Hours of Life. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 12-7.
58. Silver S. Evaluation of a hospice program: Effects on terminally ill patients and their families. *Eval Health Prof* 1981; 4: 306-15.
59. Zimmer JG, Groth Juncker A, McCusker J. A randomized controlled study of a home health care team. *Am J Public Health* 1985; 75: 134-41.

60. Mulligan JCA. Dying at home: an evaluation of a specialist home care service. PhD thesis. University of Wales. 1989, 1-386.
61. Mercadante S. Pain treatment and outcomes for patients with advanced cancer who receive follow-up care at home. *Cancer* 1999; 85: 1849-1858.
62. Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 888-93.
63. Peruselli C, Paci E, Franceschi P, Legori T, Mannucci F. Outcome evaluation in a home palliative care service. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13: 158-65.
64. Strasser F, Sweeney C, Willey J, Benisch-Tolley S, Lynn Palmer J, Bruera E. Impact of a Half-Day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity and patient satisfaction: a retrospective descriptive study. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 481-491.
65. Goodwin DM, Higginson IJ, Myers K, Douglas H-R, Normand CE. What is Palliative Day Care? A patient Perspective of Five UK Services. *Supportive Care in Cancer* 2002; 10: 556-62.
66. Goodwin DM, Higginson IJ, Myers K, Douglas H-R, Normand CE. Effectiveness of palliative day care in improving pain, symptom control and quality of life. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 150-68.
67. Goodwin DM, Higginson IJ, Myers K, Douglas HR, Normand CE. Effectiveness of palliative day care in improving pain, symptom control and quality of life. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 886-7.
68. Higginson IJ, Goodwin DM, Douglas HR, Normand CE, Myers K. Palliative Day Care: What Effect Does It Have on Patient Outcomes? A Multicentre Prospective Evaluation. *Palliat Med* 2003.

69. Wilkes E, Crowther A, Greaves C. A different kind of day hospital for patients with preterminal cancer and chronic disease. *BMJ* 1978; 2: 1053-6.
70. Cockburn M, Twine J. A different kind of day unit. *Nursing Times* 1982; 78: 1410-1.
71. Sharma K, Oliver D, Blatchford G, Higginbottom P, Kahn V. Medical care in hospice day care. *Journal of Palliative care* 1993; 9: 42-3.
72. Edwards A, Livingstone H, Daley A. Does hospice day care need doctors? *Palliative care today* 1997; 6: 36-7.
73. Kennett CE. Participation in a creative arts project can foster hope in hospice day care. *Palliat Med* 2000; 14: 419-25.
74. Faulkner A, Higginson IJ, Heulwen E, Egerton H, Power M, Sykes N and Wilkes E. Hospice day care: a qualitative study. 1993.
75. Douglas H-R, Higginson IJ, Myers K, Normand CE. Assessing structure, process and outcome in palliative day care: a pilot for a multi-centre trial. *Health and Social care in the community* 2000; 8: 336-44.
76. Lee L. Inter-professional working in hospice day care and the patients' experience of the service. *International Journal of Palliative Nursing* 2002; 8: 389-400.
77. Hopkinson JB, Hallet CE. Patients' perception of hospice day care: a phenomenological study. *International journal of Nursing Studies* 2001; 38: 117-25.
78. Carulla J, Lynd F, Sanz X, Díaz M, Castellsagué X, Tuca A et al. Prevalencia del uso de opioides en Cataluña en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada. *Med Paliat* 1998; 6: 67-74.
79. Gómez-Batiste X, Madrid F, Moreno F, Gracia A, Trelis J, Nabal M et al. Breakthrough cancer pain: It's prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 45-52.

80. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliat Med* 2001; 15: 271-8.
81. Mor V, Greer DS, Kastenbaum R. *The Hospice Experiment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1988.
82. Vinciguerra V, Degnan TJ, Sciortino A, O'Connell M, Moore T, Brody R et al. A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 1986; 4: 1521-8.
83. Hinton J. Services given and help perceived during home care for terminal cancer. *Palliat Med* 1996; 10: 125-34.
84. Falconer W. Evidence-based palliative care: Across the life span. *J Palliat Care*; 18: 313-314.
85. Viney LL, Walker BM, Robertson T, Lilley B, Ewan C. Dying in palliative care units and in hospital: a comparison of the quality of life of terminal cancer patients. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 157-64.
86. Kane RL, Berstein L, Wales J, Rothenberg R. Hospice effectiveness in controlling pain. *JAMA* 1985; 253: 2683-6.
87. Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Quality of life in palliative cancer care: Results from a cluster randomized trial. *Journal of Clinical Oncology* 2001; 19: 3884-94.
88. Fordham S, Dowrick C. Is care of the dying improving? The contribution of specialist and non-specialist to palliative care. *Family Practice* 1999; 16: 573-9.
89. Smeenk FW, de Witte LP, van Haastregt JC, Schipper RM, Biezemans HP, Crebolder HF. Transmural care of terminal cancer patients: effects on the quality of life of direct caregivers. *Nursing Research* 1998; 47: 129-36.

90. Harding R and Higginson IJ. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliat Med* 2003; 17: 63-74.
91. Kane RL, Klein SJ, Bernstein L, Rothenberg R, Wales J. Hospice role in alleviating the emotional stress of terminal patients and their families. *Medical Care* 1985; 23: 189-97.
92. Parkes CM, Parkes J. "Hospice" versus "hospital" care-re-evaluation after 10 years as seen by surviving spouses. *Potgrad Med J* 1984; 60: 120-4.
93. Wakefield M, Ashby M. Attitudes of surviving relatives to terminal care in South Australia. *J Pain Symptom Manage* 1993; 8: 529-38.
94. McMillan SC. Quality of life of primary caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer Practice* 1996; 4: 191-8.
95. McMillan SC, Mahon M. The impact of hospice services on the quality of life of primary caregivers. *Oncol Nurs Forum* 1994; 21: 1189-9.
96. Hinton J. Can home care maintain an acceptable quality of life for patients with terminal cancer and their relatives?. *Palliat Med* 1994; 8: 183-96.
97. Hinton J. Comparison of places and policies for terminal care. *Lancet* 1979; 1: 29-32.
98. Axelsson B, Sjoden PO. Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliat Med* 1998; 8: 237-44.
99. Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Chamberlain J, Freeling P, Bland JM et al. Randomised controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *BMJ* 1992; 305: 1317-22.

100. Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Bland JM Chamberlain J et al. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service from terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 1996; 10: 151-61.
101. Clark D, Ferguson C, Nelson C, MacMillan. Carers Schemes in England: results of a multicentre evaluation. *Palliat Med* 2000; 14: 129-39.
102. Higginson IJ, Wilkinson S. Marie Curie Nurses: Enabling Patients With Cancer to Die at Home. *British Journal of Community Nursing* 2002; 7: 240-4.
103. Robinson L, Stacey R. Palliative Care in the Community: Setting Practice Guidelines for Primary Care Teams. *British Journal of General Practice* 1994; 44: 461-4.
104. Currow DC, Abernethy AP, Fazekas BS. Specialist palliative care needs of whole populations: a feasibility study using a novel approach. *Palliat Med* 2004; 18: 239-247.
105. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs Assessment in Palliative Care: An Appraisal of Definitions and Approaches Used. *J Pain and Symptom Manage* 2007; 33: 500-505.
106. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med* 1998; 12: 317-32.
107. Lindley C, Carlson J, Youngblood R, Dalton A, Blau W. Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management?. *J Pain and Symptom Manage* 2003; 25: 264-275.
108. Boström B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B. Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. *Eur J Cancer Care* 2004; 13: 238-245.
109. Corner J, Plant H, A'Hern R, Bailey C. Non-pharmacological intervention for breathlessness in lung cancer. *Palliat Med* 1996; 10: 299-305.

110. Allison H, Gripton J, Rodway M. Social work services as a component of palliative care with terminal cancer patients. *Social Work in Health Care* 1983; 8: 29-44.
111. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94: 558-84.
112. Ventafrida V, Tamburini M, Selmi S, Valera L, De Conno F. The importance of a home care program for patients with advanced cancer. *Tumori* 1985; 71: 449-54.
113. Connor SR. Denial in terminal illness: to intervene or not to intervene. *Hospice Journal* 1992; 8: 1-15.
114. Bucher JA, Loscalzo M, Zabora J, Houts PS, Hooker C, BrintzenhofeSzoc K. Problem-solving cancer care education for patients and caregivers. *Cancer Practice* 2001; 9: 66-70.
115. Cameron J, Parkes CM. Terminal care: evaluation of effects on surviving family of care before and after bereavement. *Postgrad Med J* 1983; 59: 73-8.
116. Kane RL, Klein SJ, Bernstein L, Rothenberg R. The role of hospice in reducing the impact of bereavement. *Journal of Chronic Diseases* 1986; 39: 73-42.
117. Scruby LS, Sloan JA. Evaluation of bereavement intervention. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Santé Publique* 1989; 80: 394-8.
118. Mytko JJ, Knight SJ. Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 439-50.
119. Kune GA, Kune S, Watson LF. Perceived Religiousness is protective for colorectal cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Journal of Royal Society of Medicine* 1993; 86: 645-7.

120. Coleman P, McKiernan F, Mills M, Speck P. Spiritual Belief and Quality of Life: The Experience of Older Bereaved Spouses. *Quality in Ageing-policy, practice and research* 2002; 3: 20-6.
121. Pan C, Morrison S, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and Alternative Medicine in the Management of Pain, Dyspnoea and Nausea and Vomiting Near the end of life: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Manage* 2000; 20: 374-87.
122. Speca M, Carlson L, Goodey E, Angen M. A Randomized, wait list Controlled clinical Trial: The Effect of a mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic medicine* 2000; 62: 613-22.
123. Downer SM, Cody MM, McCluskey P, Wilson PD, Arnott SJ, Lister TA et al. Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment. *BMJ* 1994; 309: 86-9.
124. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 1996; 152: 1423-33.
125. Porta J, Martínez M, Gómez-Batiste X, Espinosa JA. Descripción de la complejidad de los pacientes en la consulta externa de un servicio de Cuidados Paliativos en un centro terciario: resultados preliminares. *Med Paliat* 2003; 10: 20-23.
126. Tuca A, Codorniu N. Coordinació Equip de Suport Hospitalari UFISS, segons nivell complexitat malalt. Abstract poster 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Budapest Hungary 7-9 June 2007.
127. Yates JW, Chalmers B, McKegney FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer* 1980; 45: 2220-4.
128. Anderson F, Downing GM, Hill J, Caroso L, Lerch N. Palliative Performance Scale PPS: a new tool. *J Palliat Care* 1996; 12: 5-11.

129. Higginson IJ, Donaldson N. Relationship between three palliative care outcome scales. *Health and Quality of life outcomes* 2004; 2: 68.
130. Hoekstra J, Bindels PJE, van Duijn NP, Schadé E. The symptom monitor. A diary for monitoring physical symptoms for cancer patients in palliative care: feasibility, reliability and compliance. *J Pain and Symptom Manage* 2004; 27: 24-35.
131. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer* 2000; 88: 2164-2171.
132. Philip J, Smith WB, Craft P, Lickiss N. Concurrent validity of the modified Edmonton Symptom Assessment System with the Rotterdam Symptom Checklist and the Brief Pain Inventory. *Support Care Cancer* 1998; 6: 539-541.
133. Tsai LY, Li IF, Liu CP, Su WH, Change TY. Application of quality audit tools to evaluate care quality received by terminal cancer patients admitted to a palliative care unit. *Support Care Cancer* 2008; 15.
134. Dudgeon D, Harlos M, Clinch JJ. The Edmonton Symptom Assessment Scale ESAS as an Audit Tool. *J Palliat Care* 1999; 15: 14-19.
135. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland ChS. When is cancer pain mild, moderate or severe?. Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995; 61: 277-284.
136. Dunckley M, Hughes R, Addington-Hall J, Higginson IJ. Language translation of outcome measurement tools: views of health professionals. *International Journal of Palliative Nursing* 2003; 9: 49-55.
137. Yoshimoto T, Ishino Y, Hisada A, Kato A, Matsubara K, Matsuda M. Evaluating the effectiveness of hospital-based palliative care team: the first 3-year audit using a numeric rating scale in Japan. Abstract poster 10th Congress of the European Association for Palliative Care. Budapest Hungary 7-9 June 2007.

138. Strömberg AS, Groenvold M, Petersen MA, Goldschmidt D, Pedersen L, Spile M et al. Pain characteristics and treatment outcome for advanced cancer patients during the first week of specialized palliative care. *J Pain and Symptom Manage* 2004; 27: 104-113.
139. Edmonds PM, Stuttaford JM, Penny J, Lynch AM, Chamberlain J. Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as an evaluative tool. *Palliat Med* 1998; 12: 345-51.
140. Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC. Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliat Med* 1995; 9: 145-52.
141. Ewing G, Todd C, Rogers M, Barclay S, McCabe J, Martin A. Validation of a Symptom Measure Suitable for Use Among Palliative Care Patients in the Community: CAMPAS-R. *J Pain and Symptom Manage* 2004; 27: 287-299.
142. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, MacEachern T, Marcelino S, Suarez-Almazor M, Hanson J. A prospective multi-center assessment of the Edmonton Staging System for cancer pain. *J Pain and Symptom Manage* 1995; 10: 348-355.
143. Inoue SK, Van Dyck CH, Alessi CA et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Ann Intern Med* 1990; 113: 941-8.
144. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer SPMSQ para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin, Barcelona*, 2001; 117: 129-34.
145. Lobo A, Saz P, Marcos G et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo, primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination, en la población general geriátrica. *Med Clin, Barcelona*, 1999; 112: 767-74.

146. Hanks GW, Robbins M, Sharp D, Forbes K, Done K, Peters DJ et al. The ImPaCt Study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *British Journal of Cancer* 2002; 733-9.
147. Higginson IJ, McCarthy M. Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled? *Journal of the Royal Society of Medicine* 1989; 82: 264-7.
148. Higginson IJ, Hearn J. A multi-centre evaluation of cancer pain controlled by palliative care teams. *Journal of Pain and Symptom Manage* 1997; 14: 29-35.
149. Grande GE, Todd CJ, Barclay SIG, Farquhar MC. A randomised controlled trial of a hospital at home service for the terminally ill. *Palliat Med* 2000, 14: 375-85.
150. Costantini M, Higginson IJ, Boni L, Orengo MA, Garrone E, Henriquet F et al. Effect of a Palliative Home Care Team on Hospital Admissions Among Patients With Advanced Cancer. *Palliat Med* 2003; 17: 315-21.
151. Ringdal GI, Jordhoy MS, Kaasa S. Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomised trial. *Journal of Pain and Symptom Manage* 2002; 24: 53-63.