

**La importancia de los dietistas y
nutricionistas en las unidades de
cuidados paliativos**

Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina



Autor: Ignacio Lamata López

Tutor: Mercedes Martínez León

Índice

Resumen	4
Abstract	4
INTRODUCCIÓN	5
Justificación	5
Aspectos éticos en la atención y cuidado de los enfermos terminales	6
Origen de los cuidados paliativos.....	8
OBJETIVOS.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
DESARROLLO DEL TEMA.....	14
Sistema de cuidados paliativos español actual	14
Síntomas en la fase avanzada/terminal de la enfermedad	17
Grupos de pacientes.....	20
Beneficios que aporta el tratamiento de en dietista en la atención y cuidado de los enfermos terminales.....	23
Importancia de los dietistas en aquellos hospitales en los que se han incorporado	25
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA.....	28

Resumen

En España, país con una elevada tasa de enfermedades crónicas y de muertes causadas por éstas, los cuidados paliativos debería ser un tema de gran interés general. Desde que surgió este concepto, hasta la implementación de un programa de cuidados paliativos en España, el objetivo de éstos ha sido garantizar la dignidad de las personas y mejorar su calidad de vida.

Los nutricionistas, especializados en la mejora de la calidad de vida a través de la alimentación no están incluidos en este programa. Un adecuado tratamiento dietético resulta en una mejora de la salud física, mental y de la calidad de vida.

Abstract

In Spain, a country with a high rate of chronic diseases and death caused by these, palliative care should be a subject of great general interest. Since this concept emerged, until the implementation of a palliative care program in Spain, the goal has been to guarantee the dignity of people and improve their quality of life.

Nutritionists, specializing in improving the quality of life through food are not included in this program. An adequate dietetic treatment results in an improvement of the physical, mental health and of the quality of life.

Keywords

Nutricionistas, Cuidados Paliativos, Calidad de vida, Tratamiento Nutricional

INTRODUCCIÓN

Justificación

Desde hace unos años se ha comenzado a hablar del concepto de cuidados paliativos o cuidados al final de la vida, los cuales se dan a los pacientes que se sabe que tienen una enfermedad incurable y les queda (no siempre) poco tiempo de vida, de tal forma que estos cuidados consisten ya no en intentar salvar al paciente, lo cual, según los profesionales, ya es imposible, sino en mejorar la calidad de vida de éste durante el tiempo que le quede facilitándole unos cuidados y servicios para que su estancia sea más placentera.

Los cuidados paliativos son un forma de cuidar de la persona centrados en ésta los cuales se ocupan de la atención tanto a nivel físico, psicosocial, emocional y espiritual en un momento en el que hay una enfermedad progresiva la cual ha sido diagnosticada que no tendrá recuperación, en los que se trata de evitar el dolor y el malestar lo máximo posible.

En estos cuidados se normaliza el paso de la vida a la muerte, sin tratar de acelerarla o atrasarla, pero ofreciendo la posibilidad a los pacientes de vivir de la forma más activa hasta ese momento

Busca también que el enfermo sea y se sienta escuchado y participe de las decisiones sobre su propio destino por lo cual debe ser informado verazmente y honestamente.

Se centra tanto en la calidad de vida que les queda a los pacientes como en el apoyo a sus familias y a las personas cercanas a ellos.

Estos cuidados se dan durante toda la evolución del proceso y les ayudan a adaptarse en todo momento, muchas veces incluso después de la muerte ya que los cuidados paliativos incluyen a los familiares de los pacientes.

No solo eso, sino que estos cuidados son aplicables de forma precoz durante el transcurso de la enfermedad, junto a otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia.

El papel del profesional dietista y nutricionista en los enfermos terminales no ha sido objeto de estudio hasta recientemente por lo que la localización de buenas referencias fue un ejercicio difícil y costoso pero motivador, ya que los Nutricionistas en Cuidados Paliativos prácticamente no existen en España, el grueso de los estudios dedicados a ellos pertenece a otros países Europeos.

Por lo que con este trabajo quiero resaltar la importancia que la alimentación y el estilo de vida tienen como partes esenciales de la salud, pese a ello los dietistas-nutricionistas no se encuentran representados en gran parte del sistema de salud, incluyendo los cuidados paliativos.

Aspectos éticos en la atención y cuidado de los enfermos terminales

El Consejo de Europa reconoció, en su Recomendación de 2003, que los cuidados paliativos deberían estar orientados al paciente, tomando en consideración sus valores y preferencias, siendo la dignidad, el valor de la persona y la autonomía los aspectos centrales de éstos.¹

La ética se define como el conjunto de normas y principios morales que guían las actividades humanas. La ética ayuda a la justa aplicación de las normas legales pero no impone castigos legales.

El Código Deontológico es un conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional, estableciendo normas y deberes dirigidos a un colectivo y es de vital importancia para el correcto desarrollo y funcionamiento de la profesión de Dietista-Nutricionista.

El Código tiene como objetivo primordial elevar el estándar de la práctica y la buena praxis profesional y deberá revisarse periódicamente ante las necesidades de la profesión y/o de la sociedad.

El Código no podrá cumplir sus fines si no se mantiene constantemente alerta ante las necesidades cambiantes de la práctica profesional y las nuevas situaciones creadas por el progreso social y científico.

El Código Deontológico es una guía general para el ejercicio profesional y por tanto no puede recoger con detalle situaciones que precisen actuaciones concretas.

El actual Código Deontológico de nuestra profesión de dietista-nutricionista, se desarrolla sobre los cuatro mínimos éticos por los cuales se rigen todas las normas de conducta profesional:

- Principio de beneficencia
- Principio de no maleficencia
- Principio de autonomía

- Principio de justicia

Los principios de la bioética son los siguientes:

Principio de beneficencia: el profesional de la salud, basándose en la ciencia y en la experiencia debe buscar lo que considere mejor, más favorable para el paciente. El profesional debe ponerse en el lugar del paciente, como si el enfermo fuera él. Ha permanecido como único principio desde el S. XVII.

Principio de no maleficencia: el profesional sanitario tiene el deber de no hacer nada malo al paciente, aunque sea él mismo el que lo pida (“primum non nocere”). El profesional puede negarse a realizar cualquier acto que considere perjudicial para el paciente. En este principio, se está reconociendo la libertad de conciencia del profesional.

Principio de autonomía: tiene su origen en el reconocimiento de la persona como ser capaz de actuar con conocimiento y libertad. El paciente con su capacidad de comprender, razonar, elegir o rechazar es la que mejor sabe lo que es más favorable para ella, siendo capaz de tomar decisiones. Es el principio fundamental por el que se rige la relación clínica entre el profesional y el paciente o usuario.

Principio de justicia: se deben repartir los recursos y la asistencia sanitaria equitativamente, beneficiando al mayor número de personas, puesto que son limitados.

El dietista-nutricionista:

Ejercerá con Responsabilidad, Profesionalidad, Solidaridad, Respeto, Cooperación, Legalidad, de manera honesta, íntegra y equitativa, para mejorar la salud y/o la calidad de vida del individuo o de la sociedad:

- Siendo competente, objetivo y honesto en sus acciones.
- Respetando a todas las personas y sus necesidades.
- Colaborando con otros profesionales.
- Intentando conseguir que la población alcance un estado nutricional óptimo.
- Respetando siempre los principios de beneficencia y no maleficencia, de autonomía y de justicia.

- Cumpliendo el Código de Buenas Prácticas en materia de Nutrición Humana y Dietética.**2**

Ha sido gracias a éste concepto de ética que se ha empezado a trabajar en proyectos en el ámbito de los cuidados paliativos.

Origen de los cuidados paliativos

En la década de los 80 comenzaron los estudios sobre su importancia de los cuidados paliativos.**3**

Los cuidados paliativos como especialidad existen en 10 países de la Unión Europea, así como en Australia, Canadá y Estados Unidos. Esta lista de países incluye alguno, como Alemania, en el que, a pesar de que el suicidio asistido sea una opción legal y viable, el servicio de la medicina paliativa se encuentra disponible para aquellos que, según unos criterios individualizados en cada país, pueden recibirla.

El arte de cuidar pacientes con enfermedades incurables comenzó con el Dr. Cicely Saunders a fines de la década de 1950 en el Reino Unido y combinaba la atención clínica, la enseñanza y la investigación. A medida que se iban desarrollando los cuidados paliativos en el Reino Unido, surgió un creciente interés en establecerlo como una especialidad. En 1987, la medicina paliativa en el Reino Unido se convirtió en una subespecialidad de la medicina general. Ahora, en ese país, la medicina paliativa se ha convertido en un campo de especialización. Al igual que en muchos otros de la Unión Europea, entre los cuales no se encuentra España.**4**

La medicina siempre ha buscado curar al paciente sobre todas las cosas, muchas veces aunque éste no quisiera ser curado o mantenido con vida y pasando por alto las consecuencias que tendrían las intervenciones en aquellos en los que se realizaba por el resto de sus vidas (muy conocidos son los casos de aquellos trabajadores que se infectaban una herida y el miembro en el que la tuvieran, brazo o pierna, era amputado para salvarlo, aún sabiendo que éste quedaría como un tullido por el resto de sus días) Ésta es la principal razón, aunque existieran también otras, por la que los cuidados paliativos no han sido un campo en el que haya existido un amplio desarrollo. Siempre se prefería optar por el encarnizamiento terapéutico, y, en muy pocos casos, a veces se recurría al abandono terapéutico. En la mayoría de éstos últimos, era por deseo de paciente y no del médico.**5**

Actualmente, gracias a los avances en tecnología y sanidad, la mayoría de la gente alcanza una esperanza de vida muy alta, al menos en países del primer mundo como España. También se han reducido las enfermedades infecciosas y se ha podido llegar a curar enfermedades incurables o letales. Por otro lado, las enfermedades crónicas han ido en aumento en países desarrollados.

Los datos actuales acerca del patrón demográfico y de morbilidad hacen esperar que en los próximos años, además del número de muertes por cáncer, aumente el número de pacientes oncológicos y el número de pacientes con enfermedades degenerativas y crónicas.

Todo esto hace que cada vez aumente más el número de personas en situación terminal tanto en ellos mismos como sus familiares.

Ya en el año 2008 fueron 386.324 personas las que llegaron a fallecer en España, en el año 2016, éstas ascendieron a 410.611.⁶ De éstas, más de la mitad fueron causadas por, de mayor a menor: enfermedades del sistema circulatorio, tumores, y enfermedades del sistema respiratorio, una tendencia que se mantiene hasta el momento.

Según los cálculos de ese estudio que se realizó para comprobar o desmentir la importancia de un programa de cuidados paliativos, se estimaron que las necesidades de nivel básico de cuidados paliativos en España incluiría a 3.621 pacientes por millón de habitantes y año, correspondiendo a 1.755 por millón de habitantes y año ser atendidos por equipos específicos de cuidados paliativos (48,5%).⁷

También hay datos que sugieren que esto podría llegar a un 50-60% las muertes de personas que sufren una etapa avanzada terminal de una enfermedad, aunque avanzada no implica que la persona sea también de una avanzada edad, ya que hay gente más joven, e incluso niños que también fallecen por esta causa.

El hecho de que una enfermedad sea de “larga” duración acarrea que el dolor producido por ésta, permanezca en el tiempo. Los cuidados paliativos contribuyen a garantizar el derecho al alivio del sufrimiento.

Se cree que en el año 2020 en España las tres principales causas de muerte serán: la enfermedad isquémica cardíaca, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.⁸

Los cuidados paliativos en España empezarían a conocerse más tarde. En 1985 se publicó un artículo pionero que abordó el tema de los enfermos en fase terminal, «Los

intocables de la medicina», basado en las experiencias paliativas del Servicio de Oncología del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander.

Posteriormente, en diciembre de 1987 comenzó la que sería la primera unidad de cuidados paliativos de España, la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Santa Creu de Vic (Barcelona). La segunda no surgiría hasta 1989 en el Hospital Cruz Roja de Lleida.

Sin embargo, estos y otros 4 programas que surgieron posteriormente en otros hospitales eran programas aislados de centros individuales y sin conexiones entre ellos en este tema.

Más adelante, desde la Administración sanitaria pública comenzarían a aparecer más programas dedicados a esto, siendo el más importante el Programa Piloto de Planificación e Implementación de Cuidados Paliativos en Cataluña 1990-1995. Este programa fue determinante en España y Europa, ya que la OMS lo utilizó como programa piloto.

Luego, en el año 1991 se crea la Cartera de Servicios de Atención para responder a las necesidades de salud y a las demandas de los usuarios en todo el territorio gestionado por el INSALUD, este programa iría ampliando su cobertura en años posteriores.

En el 1988 se crearía la ESAD (Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte) para mejorar la calidad de la atención domiciliaria en la atención primaria. Tras su consolidación se realizaron varios estudios los cuales se centraron en evaluar su efectividad y se vio que gracias a la intervención de éstos se alcanzó un control de entre un 70-90% en este tipo de unidades y cuando se hablaba de éxito (es decir, un control adecuado del dolor y los síntomas para alcanzar una buena calidad de vida) se halló un índice de éxito del 55%. Por lo que este modelo pasó a usarse en el resto del territorio.

Más tarde otras comunidades autónomas han ido poniendo en marcha estos programas en sus territorios, y también asociaciones de particulares como la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) o la Orden de San Juan de Dios (ambas en 1991) han activado sus propias unidades de cuidados paliativos. En 1992 se fundó la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la cual engloba a los distintos profesionales implicados en la atención paliativa. Reúne a nueve sociedades autonómicas de cuidados paliativos federadas.

También ha habido otras asociaciones, como la SEOM o SEOR, que han contribuido a la proliferación de los cuidados paliativos en España. Por ejemplo la SEOM creó la llamada “Sección de Cuidados Continuos”.**8**

El actual programa que hay implementado en España comenzó a raíz de “La Jornada «Cuidados Paliativos en el SNS: Presente y Futuro»”, organizada por la Dirección General de la Agencia de Calidad en diciembre de 2005 durante este evento se hizo una revisión profunda de la situación de los cuidados paliativos en España y las conclusiones que se extrapolaron de aquí sirvieron para dar pie al primer programa de Cuidados Paliativos Español.

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos a nivel español ha tenido varias bases para su desarrollo, y una actualización en el 2010-2014, fue elaborado por varios expertos y comités de todas las comunidades autónomas con la intervención, por supuesto, del Ministerio de Sanidad.

El Ministerio de Sanidad ha comenzado a centrar más su atención en los cuidados paliativos, con la elaboración de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS (ECP-SNS) y de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Cuidados Paliativos.

Se considera que es importante desde el punto de vista de la calidad de asistencia sanitaria y tiene grandes repercusiones sociales, culturales y sobre los derechos de las personas, existiendo evidencia científica sobre su efectividad y eficiencia.

Dentro del programa se recomienda, además, una optimización de la formación en todos los niveles asistenciales.

También se incluyó un sistema de evaluación por criterios cualitativos para asegurar un seguimiento y mejora continua.**9**

Sin embargo la Asociación Europea de Cuidados Paliativos o EPAC en su XV Congreso Mundial en 2017 aseguró que en España había “falta de cobertura para hacer frente a las necesidades físicas y psíquicas derivadas de procesos avanzados de enfermedad tanto para el enfermo como para su familia”, así como que no exista acreditación oficial y haya formación escasa en esta materia a pesar de llevar 20 años reconocido.

Expertos explicaron que la cobertura llegaba a solamente el 50% de aquellos que la necesitaban lo cual causaba un sufrimiento evitable e innecesario a cerca de 50000

pacientes (sin contar el entorno familiar, en cuyo caso, estaríamos hablando de casi 1 millón de personas), especialmente niños.**10**

A nivel Internacional, en varios países de La Unión Europea, como en los Países Bajos cada vez están aumentando más los cuidados paliativos.**11**

Además, los datos obtenidos en estudios sobre los equipos de cuidados paliativos en Portugal y España nos confirman que los pacientes que los reciben se sienten mas confortables, con un trato más humanizado y un mayor control sobre su vida y sus síntomas. **12**

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de este trabajo es destacar la intervención de los nutricionistas en los cuidados paliativos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Resaltar los beneficios de los dietistas-nutricionistas en el cuidado de los enfermos terminales con resultados cuantificables.
- Explicar el origen de los cuidados Paliativos en España
- Mostrar el funcionamiento del Sistema Español de Cuidados Paliativos, incidiendo en el ámbito nutricional.
- Valorar los aspectos éticos relacionados con la atención y cuidado de los enfermos terminales.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología empleada en la realización de este trabajo es una revisión bibliográfica mediante la búsqueda documental de información del tema objeto de estudio.

Para los artículos científicos, las bases de datos electrónicas consultadas fueron las siguientes:

PubMed

Medline

Google Scholar

Se seleccionan un total de 45 documentos de los cuales: 36 en forma de artículos científicos y 8 documentos oficiales y 1 noticia.

Todos los artículos estudiados y seleccionados son artículos originales de revistas científicas u otras fuentes como:

Sage Journals

Jama Network

BioMedCentral

JPSM Journal

Scielo

European Journal of Internal Medicine

Elsevier

European Journal of Clinical Nutrition

British Journal of Cancer

Journal of Palliative Care and Medicine

Las páginas web consultadas y utilizadas son científicas y especializadas en el tema o páginas oficiales:

Instituto Nacional de Estadística

Ministerio Español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Infocuidadospaliativos

Osakidetza

Consejo de Dietistas-Nutricionistas

Criterios de inclusión

Los documentos estudiados presentaban una calidad del contenido, comprobando que la información extraída de éstos era objetiva, con una descripción adecuada del tema que aborda; sin errores u omisiones que pudieran confundir en su interpretación.

Limitaciones del estudio

Los cuidados paliativos resultan un tema sobre el que es delicado investigar, por lo que los estudios encontrados pueden considerarse antiguos, sin embargo decidí utilizarlos puesto que incluso en los documentos oficiales se suelen hacer referencias a éstos a pesar de cuando fueron realizados.

El papel del profesional dietista y nutricionista en los enfermos terminales no ha sido objeto de estudio hasta recientemente por lo que la localización de buenas referencias fue un ejercicio difícil y costoso pero motivador, ya que como los Nutricionistas en Cuidados Paliativos prácticamente no existen en España, el grueso de los estudios dedicados a ellos pertenece a otros países Europeos.

Por ello también se utilizan documentos de revistas vinculadas a los aspectos nutricionales de los cuidados paliativos.

DESARROLLO DEL TEMA

Sistema de cuidados paliativos español actual

El objetivo global de los programas de cuidados paliativos es reducir el número de síntomas tratables, es decir, se trataría de eliminar estos problemas, y procurar además la adaptación a los síntomas persistentes, es decir, reducir las molestias y el malestar ocasionados por los síntomas que no pueden eliminarse lo máximo posible. Uno de los puntos más importantes en el programa fue que éste se basara en la respuesta integral y coordinada del sistema a todos los pacientes que lo necesitaran, donde y cuando lo necesitaran de una forma global y activa, buscando un acceso más equitativo y una utilización más efectiva, eficiente y ética de los recursos.

Se trata además de crear un clima que favorezca que el estado adverso del paciente se incline hacia una situación más amable para él.

Éste habría de ser un modelo colaborativo e interdisciplinar basado en la coordinación entre niveles asistenciales y entre recursos convencionales y específicos de cuidados paliativos.

Los principios del programa de cuidados paliativos en España son los que deben guiar a los profesionales que actúan dentro de éste y son los siguientes: **8**

- Acompañamiento al paciente y familia basado en sus necesidades.
- Atención integral, accesible y equitativa.
- Continuidad de la atención y coordinación de niveles asistenciales.
- Comunicación abierta y honesta.
- Reflexión ética y participación del paciente y familia en la toma de decisiones.
- Competencia y desarrollo profesional continuados para responder adecuadamente a las necesidades del paciente y familia.
- Trabajo en equipo interdisciplinar.

- Actuaciones terapéuticas basadas en las mejores evidencias disponibles.
- No discriminación en función de la edad, sexo ni de ninguna otra característica

Los criterios propuestos en el programa nacional español de cuidados paliativos para la definición del paciente que requiere cuidados paliativos ya que sufre de una enfermedad en fase terminal son: **9**

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitada.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos.

Esta estrategia, por tanto, no solo está dirigida a los pacientes con una alta edad, sino a aquellos con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas que se encuentren en una situación terminal o muy avanzada de ésta.

Las Unidades de Cuidados paliativos proveen al paciente y a su familia, una asistencia integral con un equipo multidisciplinar, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, estos son los servicios los cuales, según sus necesidades, se le han de proveer a nivel nacional. **9**

Apoyo del sector comunitario y del voluntariado
Apoyo en el duelo
Asesoramiento financiero
Asistencia espiritual ⁽²⁹⁾
Atención primaria
Dietética
Equipamiento
Farmacia
Fisioterapia
Geriatría
Hospital de día
Media / larga estancia
Servicios comunitarios
Servicios de ambulancia / transporte
Servicios de apoyo a la persona cuidadora
Servicios de asistencia sanitaria aguda
Servicios de información
Servicios de soporte psicológico
Servicios de urgencias
Servicios especializados de CP
Servicios sociales
Terapia ocupacional. Terapias creativas

Servicios incluidos para proveer a los pacientes de Unidades de Cuidados Paliativos a nivel nacional **9**

La atención en cuidados paliativos se da a dos niveles:

Atención primaria y Atención especializada

Se define como la atención continuada, integral, humanizada e individualizada de personas con enfermedad terminal en las cuales los tratamientos curativos resultan inútiles. En general, cuentan con una esperanza de vida inferior a 6 meses.

Las personas relacionadas con el paciente también son susceptibles de recibir el tratamiento.

El objetivo de éstas prácticas es la mejora de su calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

Normalmente, los cuidados paliativos de atención primaria pueden establecerse en el centro hospitalario o en el propio hogar del enfermo, decidiéndose según sea más conveniente para el enfermo y su entorno en cada caso

Ambas incluyen estos servicios para los pacientes:

1. Identificación mediante un screening de los enfermos en situación terminal según los criterios diagnósticos y la historia natural de la enfermedad.
2. Valoración integral de las necesidades de pacientes y cuidadores y establecimiento de un plan de cuidados escrito que incluya medidas preventivas, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales.
3. Valoración frecuente y control de síntomas físicos y psíquicos, indicando el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor y de otros síntomas.
4. Información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.
5. Se facilita la atención por estructuras de apoyo sanitario y/o social o por servicios especializados, tanto en consultas como en el domicilio del paciente o mediante internamiento.

El último servicio se da solo en la Atención especializada, cuando los enfermos que acuden a Atención primaria requieren cuidado más complejos, siendo esa la diferencia entre la atención primaria y la especializada. **8**

Los llamados “proveedores de atención primaria” incluyen médicos, enfermeros y demás personal de salud aliado, y personal de instalaciones residenciales de cuidado de ancianos cuyo trabajo no es el de dar cuidados paliativos.

En el contexto de cuidados paliativos, también puede ser el personal sanitario proveedor de servicios especializados, por ejemplo oncólogos, geriatras, etc.

Según los estándares del Servicio Nacional de Salud, estos son los profesionales requeridos en una Unidad de Cuidados Paliativos: **9**

Título / especialidad	Criterio	Observaciones
Médico	1 ETC por 8 pacientes ingresados*	UCP de agudos.
	1 ETC por 14 pacientes ingresados*	UCP de media / larga estancia
Enfermera / auxiliar	6,5 horas por paciente y día	La proporción de enfermeras tituladas sobre el total tenderá a ser mayor en UCP de hospital de agudos. La relación enfermera / auxiliar de la UCP depende del nivel de dependencia y complejidad de los pacientes atendidos.
Trabajo social	0,25 por 7 camas = 1 por 28 camas	
Psicólogo	0,2 por 7 camas = 1 por 35 camas	Incluye apoyo en el duelo.
Dietista / nutricionista		El responsable dietética/nutrición del o centro
Fisioterapia, terapia ocupacional.	0,25 por 7 camas = 1 por 28 camas	
Farmacéutico	0,1 por 7 camas = 1 por 70 camas	
Otras terapias		Arte-terapia, musicoterapia, etc. Trabajo en grupos
Celador /TIGA	1 por turno y por 24 pacientes	
Auxiliar administrativo	1 por UCP	Compartido con otros recursos de la red de CP. Variable en función del grado de informatización y penetración de las TIC.
- Combinado con otras actividades: consulta e interconsulta. - ETC = equivalente a tiempo completo. - Si se realiza interconsulta hospitalaria se añadirá 0,5 ETC por cada 125 camas hospitalarias.		

Profesionales requeridos en una unidad de Cuidados Paliativos 9

En España, el grado que otorga el título de Dietista-Nutricionista está oficialmente reconocido y cuenta además con un colegio de Nutricionistas que lo respalda. Sin embargo, y a pesar de ser además una profesión sanitaria, no entra en el Sistema Nacional de Salud. Es decir, dentro del ámbito público los dietistas no entran como funcionarios y no suelen trabajar en hospitales públicos por norma general, aunque existan excepciones.

Un estudio realizado en hospitales públicos de Castilla y León demostró que los profesionales sanitarios mostraban grandes carencias en el campo de la nutrición, y ellos mismos saben esto. De 12 hospitales incluidos, solo 5 disponían de una unidad de dietética y nutrición estructurada y en ninguno se cumplían las necesidades de dietistas-nutricionistas presenciales establecidas por organismos nacionales e internacionales. 13

Síntomas en la fase avanzada/terminal de la enfermedad

Como el tratamiento que se da en los cuidados paliativos versa sobre enfermedades incurables y pacientes que no tienen recuperación es importante centrarse en los síntomas que los pacientes presentan durante este tramo de su vida.

Los estudios que se han hecho en España han demostrado que los pacientes que tienen en unidades de cuidados paliativos presentan síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes durante la fase avanzada y terminal, los cuales, en más ocasiones de las que debería, tienen con una valoración y control deficientes. **8, 14-18** De forma general, la astenia es el síntoma más frecuente y la media de síntomas que tienen los pacientes en fase terminal es de 8 a 10. **17**

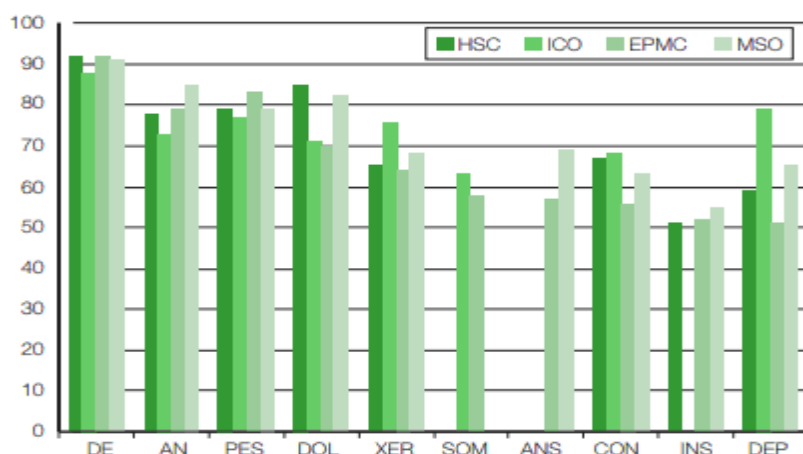
Los estudios que se llevaron a cabo sobre este tema presentaban mayor variabilidad cuando se registraban en distintos lugares, los cuales fueron hospitales, comunidades y servicios específicos de cuidados paliativos.

También variaban según la fase evolutiva en que se miden (si se encuentran en fase inicial o agónica) y de quién los valora (puede ser valorado por el paciente, por los cuidadores o por los profesionales y cada uno puede ofrecer una versión diferente al resto). **18**

Estos factores pueden hacer difícil la comparabilidad entre distintos pacientes.

También es importante mencionar que los estudios que se realizan son en su mayoría en pacientes oncológicos, ya que suelen ser la población diana de los cuidados paliativos, aunque no sean los únicos afectados son el grupo que, normalmente, más destaca)

La siguiente figura recoge la frecuencia de síntomas en diversos ámbitos: del estudio poblacional realizado en Cataluña, en unidades de cuidados paliativos, del Hospital Santa Creu i Sant Pau (HSC), Servicio del Instituto Catalán de Oncología (ICO), el estudio poblacional «Morir de cáncer en Cataluña» (EPMC) y el Multicéntrico de Servicios de Oncología (MSO). **19**



Síntomas: Debilidad (DE), Anorexia (AN), Pérdida de peso (PES), Dolor (DOL), Xerostomía (XER), Somnolencia (SOM), Ansiedad (ANS), Constipación (CON), Insomnio (INS), Depresión (DEP).

Fuente: Espauella J, Gómez X, Lozano A, Codorniu N, Moreno F, Argimón J. Principios generales del control de síntomas en enfermos de cáncer avanzado y terminal. *Jano* 1997; 52 (1209):1588-90.

Prevalencia de síntomas en la población con enfermedad oncológica en distintos ámbitos de atención de cuidados paliativos **19**

Actualmente, los cuidados paliativos se han trasladado a un contexto mayoritariamente hospitalario, tanto en otros países de Europa como en España y se ha producido un incremento de las unidades de cuidados paliativos así como de los profesionales implicados, todo esto con el objetivo de proporcionar la mayor comodidad y dignidad posible a los pacientes y sus familias que enfrentan la enfermedad que amenaza su vida. **20,21**

En España, la prevalencia de desnutrición de los pacientes hospitalizados se ha estimado que se encontraría entre el 30% y el 50% y que aumenta a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. **22**

Sin embargo, estos datos proceden de estudios de ámbitos restringidos que no permiten conocer la auténtica prevalencia ni los costes **23-26**.

El reciente estudio PREDYCES® (Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y Costes Asociados en España) elaborado por la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) es un estudio realizado a lo largo de todo el territorio español en 31 centros con casi 1600 pacientes. **27**. Aporta datos muy importantes en este tema:

El 23% de los pacientes ingresados en un hospital español están en riesgo de desnutrición y, de ellos, los pacientes mayores de 70 años presentan un significativamente mayor riesgo nutricional que el resto, aún más en los de 85 años o más, en los cuales los casos de desnutrición llegaban al 50% en el momento del alta.

Un 9,6% de los pacientes no desnutridos desarrollaron desnutrición durante su hospitalización y tan solo 28,2% de los pacientes que ingresaron con riesgo nutricional en el hospital no presentaron desnutrición al alta.

Los pacientes que presentaban desnutrición eran los que tenían disfagia, enfermedades neurológicas, neoplasias, diabetes y enfermedad cardiovascular. Y los pacientes polimedicados tenían desnutrición en el doble de casos que los no polimedicados.

También hubo diferencias en el ámbito económico, ya que la diferencia de los costes de los pacientes que presentaban desnutrición al alta (pero no al momento de ingresar) y los que no la tuvieron en ningún momento era del doble por cada paciente.

En la mayoría de hospitales es una realidad que los servicios de alimentación suelen presentar deficiencias por varias causas: ofrecer menús poco atractivos tanto de sabor como a nivel visual, utilizar materias primas no siempre de la mejor calidad y por último el uso de protocolos de dietas deficientes y/o poco adaptados a los pacientes y a sus individualidades.

Otro problema es que existe una falta de sensibilización de los profesionales sanitarios ante este problema, ya que no se les provee de insuficiente formación en temas de nutrición y debido a esto muchos de ellos desconocen la trascendencia de la desnutrición en la evolución del paciente.

Además no existe una figura como tal que se encargue exclusivamente de la nutrición del paciente, por lo que se convierte en una responsabilidad que va cambiando de manos y puede quedarse en el olvido.

Esto provoca que no se apliquen las medidas de detección y de control de los pacientes con problemas nutricionales y que se de una mala utilización de los recursos de soporte nutricional existentes.

Se vio que el uso de la herramienta de valoración global subjetiva ofrecía gran sensibilidad y especificidad a la hora de detectar pacientes con riesgo nutricional, pudiendo acelerar su tratamiento. **28**

En España, actualmente, el porcentaje del gasto total sanitario causado directamente por enfermedades relacionadas con la nutrición corresponde a enfermedades como la obesidad (52%), enfermedades cardiovasculares (15%), diabetes (7%), cáncer (6%), osteoporosis (3%) y otros (17%).

De éstas, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares son especialmente relevantes en el tema de los cuidados paliativos. **29**

Grupos de pacientes

Estos son los grupos para los que el sistema español son susceptibles para recibir los cuidados paliativos. Además el tratamiento curativo y el cuidado paliativo no son excluyentes, sino que se aplica el segundo en función de la respuesta del paciente al primero. Se dividen en:

1. Pacientes oncológicos.

La forma de cuidado del paciente oncológico está sufriendo cambios constantes debido a los nuevos descubrimientos que se hacen en esta enfermedad. Esto hace que se deban coordinar el cuidado específico en todas las fases de la enfermedad por parte de todos los especialistas.

2. Pacientes con enfermedades crónicas evolutivas no oncológicas

En estos pacientes existen además problemas a solventar en el tratamiento, como es que hay una falta de un modelo predictivo para determinar un pronóstico de vida limitado, por lo que es difícil establecer cuando empezar con los cuidados paliativos y también el que los especialistas de estas patologías estén más enfocada a la curación son muy importantes.

Se dividen en varios grupos:

Paciente geriátrico

La edad avanzada no hace sino aumentar su complejidad, los profesionales se enfrentan a un montón de problemas: comorbilidades, polifarmacia, síntomas atípicos, presencia de síndromes geriátricos, problemas psicosociales.

Insuficiencias orgánicas

Los pacientes en fase avanzada cumplen los criterios de enfermedad terminal definidos.

La carga que sufren los pacientes en este estado es comparable a la de pacientes con cáncer, pero según los expertos hay más dificultad de realizar un pronóstico en ellos.

Demencias y otros procesos neurológicos

Son un grupo de enfermedades de elevada morbimortalidad y que causan un gran impacto en el afectado y sus allegados.

La prevalencia de demencia en mayores de 65 años es del 8%, superando el 30% en los mayores de 80 años, y este porcentaje va aumentando exponencialmente con la edad.

La más frecuente es la demencia, senil tipo Alzheimer (DSTA) y la enfermedad de Parkinson está en segunda posición y en el adulto joven destaca la Esclerosis Múltiple.

Ictus

Los pacientes que ya han sufrido algún ictus tienen un riesgo muy elevado de sufrir nuevos episodios y tienen una alta probabilidad de discapacidad permanente y pérdida de la calidad de vida.

La invalidez permanente crea un elevado consumo de recursos, que se deben al complicado abordaje multidisciplinar que necesita y el cual tiene una duración muy prolongada en el hospital.

Sida

En el SIDA se va produciendo la evolución de la enfermedad, la afectación multisistémica y la inmunosupresión, además de que muchos pacientes tienen antecedentes de drogadicción.

La enfermedad además produce comorbilidades como ceguera, neoplasias, lesiones de la piel, demencia y trastornos neurológicos graves e infecciones. Los pacientes suelen acabar hospitalizados por causas no asociadas al SIDA.

Es importante que haya medidas de prevención en los domicilios, es decir, educación sanitaria a cuidadores y familiares y medidas de prevención.

3. Pacientes pediátricos

A los niños se los admite en estos programas cuando se prevé que no alcanzarán la edad adulta y estos servicios se les darán en el lugar más adecuado según sus necesidades, esto incluye en su hospital habitual, aquel que sea más cercano a su hogar, o su propio hogar, según las condiciones dadas.

Estos cuidados se planifican cuidadosamente, valorando las necesidades existentes y diseñando protocolos específicos (según sea en el servicio de oncología, neumología, metabolopatías, cardiología, etc)

Beneficios que aporta el tratamiento de en dietista en la atención y cuidado de los enfermos terminales

El tratamiento del dietista no puede ser sustituido por el consejo de otros profesionales sanitarios.

Los médicos alegan que les falta el tiempo y el conocimiento para proporcionar a los pacientes el consejo dietético adecuado, por lo que no son una buena alternativa.

Una característica importante del tratamiento dietético es que el dietista considera la situación personal del individuo. El dietista establece objetivos alcanzables, de modo que los pacientes estén mejor motivados para adaptar su comportamiento alimentario a largo plazo, esto se aplica de forma general a gente que busca perder peso, pero también a los pacientes que presentan otros problemas como las disfagias.

Idealmente, el dietista debe intervenir tan pronto como sea posible después del diagnóstico. Su función es calcular el consumo de alimentos, evaluar el estado nutricional y su ingesta oral y anticipar los riesgos nutricionales tanto de su enfermedad como de su tratamiento. Los objetivos son mantener una nutrición adecuada en pacientes normonutridos y minimizar el riesgo de caquexia en pacientes desnutridos.

Otra característica del tratamiento es que el dietista trata de que el paciente puede tomar decisiones informadas relacionadas con su alimentación ya que puede recibir asesoramiento relacionado con la salud oral y nutrición.

Aunque las recomendaciones dietéticas simples pueden aumentar significativamente la ingesta oral de proteína-energía por los pacientes con cáncer en el curso del tratamiento o en cuidados paliativos, el tratamiento abarca más que solo dar consejos sobre cómo elegir y comer productos saludables.**30**

Mejora de la salud física

Como resultado del tratamiento por el dietista, la salud física del paciente mejora.

En los estudios que se realizaron, los pacientes pierden 4-6 kilos tras 1 año del inicio del tratamiento. Asimismo, también logran una presión arterial más baja, niveles de colesterol más bajos y un nivel de glucosa en sangre más bajo. Estos problemas, en principio, no son aquellos por los que una persona que se encuentra al final de su vida tendría un mayor interés en solucionar, sin embargo, siguen siendo factores que afectan notablemente a la calidad de vida. **31**

Mejora de la salud mental

El tratamiento realizado un dietista provoca un aumento en la salud mental del paciente, el cual se cree puede tener varias causas. El principal podría ser una mejor salud física, ya que esto ayuda a reducir los problemas sociales y emocionales del paciente.

Sin embargo el dietista además contribuye a un aumento en la salud mental del paciente directamente prestando atención al individuo en cuestión. **31**

Mejora de la calidad de vida

Como el tratamiento dietético mejora de forma general la salud del paciente, este goza de una mejor calidad de vida. En algunos casos, especialmente en los que la atención se lleva a cabo en el domicilio, la familia del paciente también se beneficia: por ejemplo, porque toda la familia come más saludable o porque en algunos casos, un paciente con otra afección, aún sin ser del mismo tipo terminal que aquí estamos tratando, también recibe asesoramiento sobre nutrición.

Se observó que la calidad de vida de los pacientes oncológicos, los cuales aquí son mayoría, venía determinada hasta en un 20% por la ingesta que hacían los pacientes y un 30% por la pérdida de peso que estos sufrían durante el proceso, siendo, junto a los distintos tipos de cáncer que los sujetos tenían, los principales factores que tenían un peso sobre la calidad de vida de los pacientes. **31,32**

Otros beneficios aportados por el nutricionista es la reducción de uso de fármacos. **33**

En las guías clínicas que existen a nivel nacional, se encuentra muy extendido y recomendado el uso de fármacos, incluyendo corticoides y acetato de megestrol, los cuales se usan para aumentar el apetito en pacientes con SIDA y cáncer para así reducir la astenia y caquexia. Aún cuando también se hallan evidencias de que el ejercicio físico aeróbico también es un método válido para mejorar el problema de la astenia.

Para ambos problemas existen tratamientos dietéticos. **34,35**

La caquexia además es un síntoma que tiende a aumentar al encontrarse el paciente institucionalizado, este problema, con la pérdida de peso que ocasiona, tiende a crear un malestar psicosocial, tanto para el paciente como para la familia. Se sabe que un tratamiento nutricional adecuado se asocia a un mayor y mejor tiempo de vida. **36**

También existen problemas con los fármacos relacionados con la deshidratación, se cree, (aunque con bajo nivel de evidencia), que los opioides se relacionan con situaciones en las que hay un bajo aporte de líquidos a los pacientes, sin embargo,

también se ha visto que el aporte de líquidos por vía oral no ayudaba a paliar síntomas de xerostomía y desorientación. **37,38**

El tratamiento más empleado en la rehidratación es la hipodermoclisis, las cuales no producen trombosis, causan menos molestias y son más baratas y presenta una buena evidencia de su efectividad. **39,40**

Importancia de los dietistas en aquellos hospitales en los que se han incorporado

Aunque no muchos, existen estudios en los que se analizaban los resultados del trabajo de los dietistas:

Hay estudios que demuestran la eficacia que tienen los nutricionistas en el tratamiento de pacientes con cáncer de cuello y cabeza, en los que la malnutrición es frecuente, la cual causa además otros problemas como fatiga, pérdida de apetito, náuseas y vómitos.

Gracias a la reducción de éstos últimos síntomas en el grupo que recibía un tratamiento dietético, en éstos pacientes mejoraban la calidad de vida general, tanto en el apartado físico como en actividades de la vida diaria y actividad social. **41**

En otro estudio en el que los pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia recibían tratamiento nutricional, el resultado era una mejora de la transición de éstos a dieta oral, reduciendo las situaciones de emergencia, e incluso reduciendo las irradiaciones que estos pacientes requerían, aumentando con ello su calidad de vida. **42**

Asimismo, en otro estudio en el que algunos pacientes oncológicos eran sometidos a una intervención nutricional mientras otro grupo no recibía ese tratamiento se observó que en el grupo tratado se reducían las pérdidas de peso, el deterioro del estado nutricional general y la pérdida de función física, lo cual contribuyó a una mejora en la calidad de vida de éstos. **43**

Hay también datos que demuestran los aumentos en la ingesta tanto a nivel calórico como proteico en pacientes oncológicos en los que se llevaba a cabo la intervención nutricional, lo cual, si bien ya no resultará en una recuperación en los pacientes que aquí manejamos, repercutirá también en una mejora de la calidad de vida. **44**

Un proyecto cualitativo realizado en varios hospitales de Europa con Nutricionistas que trabajaban en servicios de cuidados paliativos europeos apuntó que los pacientes sentían que los profesionales contribuían al alivio de la ansiedad y al control de los síntomas de impacto nutricional y el síndrome de la caquexia. **45**

CONCLUSIONES

- Cuando vemos el sistema actual de cuidados paliativos en España podemos ver que aún continúa expandiéndose, aunque de forma desigual en toda la península y sin aún poder cubrir a todos los pacientes que lo requieren, los cuales, siguen siendo un número elevado. Además, al ir este sistema de la mano con la Sanidad Nacional, el papel del Nutricionista sigue sin estar reconocido dentro de éste, salvo por breves menciones. Aún puede verse que la sanidad pública sigue siendo reacia a admitir a personal cualificado en materia de nutrición y dietética dentro de sus centros.
- La incorporación del dietista-nutricionista al Sistema Nacional de Salud supone ofrecer a los ciudadanos el acceso al profesional de la salud con la mejor cualificación académica para prestar servicios relacionados con la atención nutricional y dietética. Asimismo, esta incorporación contribuiría no sólo a la mejora de la salud y de la calidad de vida de la población, sino que serviría para optimizar las inversiones en sanidad, mejorando así la relación coste-efectividad.
- En el contexto de cuidados paliativos el servicio que pueden ofrecer los Nutricionistas es algo nuevo frente a las prácticas convencionales, realizada en base a los principios éticos que se siguen en la medicina. Lo cual sirve para expandir su grado de actuación. Ya que la actuación del Nutricionista en este contexto se produce siempre como parte de un equipo. Esto hace que se puedan generar dudas y conflictos, pero también oportunidades de actuación y expansión profesional.
- Por los resultados vistos y recopilados, podríamos decir que la incorporación de los nutricionistas en las unidades de cuidados paliativos tiene sus beneficios, esto se ha podido ver tanto a la hora de la evaluación y tratamiento de síntomas muy recurrentes en los pacientes al final de la vida, como en los datos proporcionados por los estudios en los que se ha realizado esta incorporación de los nutricionistas a los equipos de cuidados paliativos.
- Sería importante el desarrollo de modelos de integración de Nutricionista en servicios de cuidados paliativos, lo cual resultaría ser útil para el esclarecimiento de las fuerzas, oportunidades, fragilidades y amenazas a la

actuación de los Nutricionistas en esta área. Destacar la necesidad de ampliar la descripción e información acerca de las actividades de asistencia alimentaria y nutricional para los pacientes sometidos a los cuidados paliativos.

- Los estudios dedicados a este línea de investigación con este tipo de pacientes, tanto en el campo de la nutrición como en la medicina o enfermería, la investigación al final de la vida es un reto, tanto metodológicamente como a nivel ético y siempre debe llevarse a cabo con gran prudencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendación Rec(2003)24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos: adoptada por el Comité de Ministros. 2003 Nov 12 en la 860a Reunión de Representantes Ministeriales
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est6.pdf.pdf
2. Código deontológico de la profesión de Dietista-Nutricionista, abril 2013. Consejo de Dietistas y Nutricionistas de España; (consulta 25 de marzo de 2015). Disponible en: <http://www.consejodietistasnutricionistas.com/wp-content/uploads/2014/06/Codigo-Deontologico-Vs-2013-final.pdf>
3. FranksPJ, Salisbury C, Bosanquet N, et al. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. Palliat Med 2000; 14: 93-104.
4. Bolognesi D., Centeno C. y Biasco G. "Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014 - A supplement of the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Milan: EAPC Press, 2014
5. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA 1995; 274 (20): 1591-8
6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte Año 2016. [Consultado 26 Mayo 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud Actualización 2010-2014. [Consultado 26 Mayo 2018]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. [Consultado 26 Mayo 2018]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf

- 9.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de cuidados paliativos Estándares y recomendaciones. [Consultado 26 Mayo 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>
- 10.** Infocuidadospaliativos. Expertos europeos llaman la atención a España sobre los déficits en cuidados paliativos. [Consultado 26 Mayo 2018]. Disponible en: <http://infocuidadospaliativos.com/expertos-europeos-llaman-la-atencion-a-espana-sobre-los-deficits-en-cuidados-paliativos/>
- 11.** Brinkman-Stoppelenburg, Brinkman-Stoppelenburg A, Boddaert M, Douma J y A. Van der Heide. "Palliative Care in Dutch Hospitals: A Rapid Increase in the Number of Expert Teams, a Limited Number of Referrals." *BMC Health Services Research* 16 (2016): 518.
- 12.** Coelho, Adriana et al. "Comfort Experience in Palliative Care: A Phenomenological Study." *BMC Palliative Care* 15 (2016): 71.
- 13.** De Luis DA, Ballesteros M, Cano I, et al. Situación de la nutrición clínica en la red de hospitales públicos de Castilla y León. *Nutr Hosp.* 2006;21:357-61
- 14.** Pascual L, Pascual A. Atención sanitaria estándar recibida por pacientes con cáncer en fase terminal. *Medicina Paliativa* 1999; 6: 144-150.
- 15.** Barreto P, Bayes R, Comas MD, Martínez E, Pascual A, Roca J et al. Assessment of the perception and worries in terminally ill patients in Spain. *J Palliat care* 1996; 12: 43-46.
- 16.** Verger E, Conill C, Chicote S, Pedro A, Salamero M, de Aspiazu P et al. Palliative care in cancer patients. Frequency and priority of symptoms. *Med Clin* 1992; 99: 565-567.
- 17.** Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P. Definiciones. En: Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P, eds. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: Ed. JIMS; 1996. p. 1-3.
- 18.** Conill C, Verger E, Henríquez I, Saiz N, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 1997; 14: 328-331.

- 19.** Espauella J, Gómez X, Lozano A, Codorniu N, Moreno F, Argimón J. Principios generales del control de síntomas en enfermos de cáncer avanzado y terminal. *Jano*. 1997; 52 (1209): 1588-90.)
- 20.** Coelho, Adriana et al. "Comfort Experience in Palliative Care: A Phenomenological Study." *BMC Palliative Care* 15 (2016): 71.
- 21.** Brinkman-Stoppelenburg, A. et al. "Palliative Care in Dutch Hospitals: A Rapid Increase in the Number of Expert Teams, a Limited Number of Referrals." *BMC Health Services Research* 16 (2016): 518.
- 22.** Bottoni A, Bottoni A, Cassulino AP, Biet F, Sigulem DM, Oliveira GPC, Marco D, Pilselli C, Rodriguez RC, Juzwiak CR et al. Impact of nutrition support teams on hospitals' nutritional support in the largest South American city and its metropolitan area. *Nutrition* 2008;24:224-32
- 23.** De Luis D, Lopez Guzman A. Nutritional status of adult patients admitted to internal medicine departments in public hospitals in Castilla y Leon, Spain - A multi-center study. *Eur J Intern Med*. 2006;17(8):556-60.
- 24.** Planas M, Audivert S, Perez-Portabella C, Burgos R, Puiggros C, Casanelles JM et al. Nutritional status among adult patients admitted to an university-affiliated hospital in Spain at the time of genoma. *Clin Nutr*. 2004;23(5):1016-24.
- 25.** Pérez de la Cruz A, Lobo Tamer G, Orduna Espinosa R, Mellado Pastor C, Aguayo de Hoyos E, Ruiz López MD. [Malnutrition in hospitalized patients: prevalence and economic impact]. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(6):201-6
- 26.** Martínez Olmos MA, Martínez Vázquez MJ, MartínezPuga López E, Del Campo Pérez V; Collaborative Group for the Study of Hospital Malnutrition in Galicia (Spain). Nutritional status study of inpatients in hospitals of Galicia. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:938-46.
- 27.** Planas Vila M, Álvarez Hernández J, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, León Sanz M, García-Lorda P, Brosa M. The burden of hospital malnutrition in Spain:

methods and development of the PREDyCES® Study. Nutr Hosp. 2010; 25(6):1020-24.)

28. Ravasco P, Monteiro Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME (2003) Nutritional deterioration in cancer: the role of disease and diet. Clin Oncol 15:443–450

29. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B, Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2007;128:184- 96

30. Nitenberg G, Raynard B. Nutritional support of the cancer patient: issues and dilemmas. Crit Rev Oncol-Hematol. 2000;34:137–168.

31. SEO Amsterdam Economics. Cost-benefit analysis of dietary treatment.

[Consultado 26 Mayo 2018]. Disponible en:

https://www.bda.uk.com/improvinghealth/healthprofessionals/cost_benefit_of_dietitians

32. Ravasco P, Monteiro Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME (2004) Cancer disease and nutrition are keys determinants of patients' quality of life. Support Care Cancer 12:246–252

33. Osakidetza. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [Consultado 26 Mayo 2018]. Disponible en:

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argi_tal/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf

34. Montse Vilaplana I Batalla. Astenia primaveral. Perspectiva nutricional. Offarm 2009;28:88-95

35. Planas M., Puiggrós C., Redecillas S. Contribución del soporte nutricional a combatir la caquexia cancerosa. Nutr. Hosp. 2006; 21, 27-36

36. Gallagher-Allred CR. The rol of dietitian in palliative care. En: Nutricional Care of the Terminally Ill. Gallagher-Allred CR, eds. Aspen: 1989; pp.99-114.

- 37.** Burge FI. Dehydration and provision of fluids in palliative care. What is the evidence? *Can Fam Physician*. 1996;42:2383-8 y este otro
- 38.** Dalal S, Bruera E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. *J Support Oncol*. 2004;2(6):467-79, 483.
- 39.** Rochon PA, Gill SS, Litner J, Fischbach M, Goodison AJ, Gordon M. A systematic review of the evidence for hypodermoclysis to treat dehydration in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1997;52(3):M169-M176
- 40.** Turner T, Cassano AM. Subcutaneous dextrose for rehydration of elderly patients--an evidence-based review. *BMC Geriatr*. 2004;4:2.)
- 41.** Capuano G, Gentile PC, Bianciardi F, Tosti M, Palladino A, Di Palma M (2010) Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. *Support Care Cancer* 18(4):433–437
- 42.** Kiss, NK, Krishnasamy, M, Loeliger, J, Granados, A, Dutu, G, Corry, J. A dietitian-led clinic for patients receiving (chemo)radiotherapy for head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2012;20(9):2111-2120
- 43.** Isenring, E., Capra, S., Bauer, J. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer*. 2004;91:447–452
- 44.** Isenring E, Bauer J, Capra S (2007) Nutrition support using the American Dietetic Association medical nutrition therapy protocol for radiation oncology patients improves dietary intake compared with standard practice. *J Am Diet Assoc* 107:404–412
- 45.** Pinto FI, Pereira JL, Campos CJ, Thompson JL (2016) The Dietitian's Role in Palliative Care: A Qualitative Study Exploring the Scope and Emerging Competencies for Dietitians in Palliative Care. *J Palliat Care Med* 6: 253