Artículos originales

Cuidados paliativos a los pacientes con cáncer en el hospicio de Seychelles

Palliative Care for Patients Suffering from Cancer in Seychelles´ Hospice

Armando Carlos Roca Socarrás[1] Loren Reginald[2] Kenneth Henriette[2]

[1] Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, Holguín, Holguín, Cuba
[2] Hospital General. Seychelles, Seychelles

Cómo citar este artículo:
Roca-Socarrás A, Reginald L, Henriette K. Cuidados paliativos a los pacientes con cáncer en el hospicio de Seychelles. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2013 [citado 2025 Dic 14]; 3(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/89

Resumen

Fundamento: la alta prevalencia del cáncer en los países de medios y bajos ingresos incrementa a diario las necesidades de cuidados en el hospicio.
Objetivo: determinar el comportamiento de algunas variables biológicas en pacientes con cáncer en estadio terminal.
Métodos: estudio descriptivo de 28 pacientes con diagnóstico de neoplasia en estadio terminal, ingresados en el hospicio de Seychelles entre febrero de 2010 y febrero de 2011. Se analizó el comportamiento del cáncer en relación con las variables: edad, sexo, localización primaria, respuesta al índice de Charlson, escalas de Karnofsky y ECOG, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y escenario de salud responsable de la remisión.
Resultados: el 54,9 % de los pacientes ingresados en el hospicio presentaban una enfermedad oncológica, de ellos el 53,57 % del sexo masculino. El grupo de edad con mayor número de casos fue el de 50 a 59 años, con una edad media de 68,6 años (±15,71). La neoplasia de cabeza y cuello en los hombres y colorectal en las mujeres fueron los diagnósticos más frecuentes. En general la estadía media estuvo en 40,5 días (±60,23). La hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes. El 75 % de los casos fue remitido desde el escenario hospitalario.
Conclusiones: el cáncer en estadio terminal muestra un comportamiento que permite anticipar una adecuada estrategia de transición hacia los cuidados paliativos que brinda el hospicio.

Palabras clave: cuidados paliativos, cuidado terminal, enfermo terminal, neoplasias, hospitales para enfermos terminales

Abstract

Background: the high prevalence of cancer in middle and low-income countries increases daily care needs in the hospice.
Objective: to determine the behavior of some biological variables in patients in final cancer stage.
Methods: a descriptive study on 28 patients with final stage neoplasia diagnosis, admitted to the Seychelles Hospice from February 2010 to February 2011 was conducted. The behavior of cancer in relation to the following variables was analyzed: age, sex, primary location, response to Charlson index, Karnofsky and ECOG scales, presence of chronic noncommunicable diseases and health scenario responsible for the remission.
Results: 54,9 % of patients admitted to the hospice had an oncological disease, 53,57 % of them were males. The age group with the highest number of cases was that from 50 to 59 years, with an average age of 68,6 years (± 15,71). Head and neck malignancies in men and colorectal in women were the most common diagnoses. In general, average stay was 40,5 days (± 60,23). Hypertension and diabetes mellitus were the most frequent noncommunicable diseases. 75 % of the cases were submitted from hospitals.
Conclusions: final cancer stage shows a behavior that can anticipate an adequate strategy in the transition to palliative care provided by the hospice.

Key words: hospice care, terminal care, terminally ill, neoplasms, hospices

Recibido: 2011-11-23 10:47:29
Aprobado: 2013-02-19 15:28:32

Correspondencia: Armando Carlos Roca Socarrás. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. aroca@hvil.hlg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El cáncer se encuentra al frente de las causas de muerte en los países desarrollados y es la segunda en los países en desarrollo.[1]

Aunque existen diversos tratamientos para prolongar la vida en los pacientes con cáncer con la aplicación de técnicas como: la quimoterapia, radioterapia y cirugía, muchos no pueden ser curados. Por lo tanto, los sistemas de salud necesitan opciones de atención multidisciplinaria para estos pacientes y sus familias.

Desde el momento del diagnóstico de la enfermedad hasta el tránsito por el proceso hasta la muerte, la integración de los cuidados paliativos y la atención que brinda el hospicio, como parte de un sistema de atención continua para pacientes con cáncer, mejora de manera notable la calidad de vida del paciente.[2]

A pesar del incremento de diferentes programas de cuidados paliativos y hospicios, todavía permanecen muchas barreras para su uso oportuno. Una de las mayores dificultades es la asociación de ambos con la la presencia de la muerte inminente.[3]

A diferencia de otros pacientes que reciben cuidados paliativos, los enfermos de patologías oncológicas poseen numerosos síntomas y signos que requieren una atención clínica más agresiva. Por esta razón los pacientes y familiares, en ocasiones, no pueden manejar la situación en sus casas.[4]

El hospicio incluye un servicio típico de cuidados paliativos donde se brinda control del dolor y otros síntomas, continuidad de tratamientos para el cáncer, y atención al cuidador y familiares por un equipo multidisciplinario de profesionales.[5]

El cáncer en estadio terminal constituye un creciente problema de salud en las naciones en desarrollo, el presente trabajo tiene como objetivo: determinar el comportamiento de variables biológicas en pacientes con enfermedades oncológicas admitidos en el hospicio de Seychelles.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de series de casos con 28 pacientes, para identificar los que presentaron una patología oncológica en etapa terminal como diagnóstico primario, lo que motivó su ingreso en el hospicio de Seychelles, entre febrero del 2010 y febrero del 2011. El modelo que sigue el hospicio es el de hospitalización.

Para analizar la edad variable edad, se conformaron grupos de edades.

Los criterios de admisión en el hospicio se establecieron de acuerdo al instrumento Palliative Prognosis Score.[6]

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

Se evaluó la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo a criterios diagnósticos para la hipertensión arterial (HTA), insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular (ECV), insuficiencia renal crónica, insuficiencia arterial periférica (IAP) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se utilizó además, el índice de comorbilidad de Charlson en su versión abreviada,[7] que fue calculado al tomar en consideración las patologías de los 12 meses anteriores, sin excluir las relacionadas con la enfermedad neoplásica. Para el desempeño en las actividades de la vida diaria se aplicaron la Escala de Karnofsky (KPS)[8] y el Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG).[9]

Para la realización de este estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética del Ministerio de Salud de la República de Seychelles.

La información sobre motivo de ingreso, edad, sexo, tipo de cáncer, registros de los diferentes índices utilizados, estadía, enfermedades crónicas no trasmisibles, y procedencia se obtuvieron de las historias clínicas individuales de los pacientes, libro de registros de casos y del registro de defunciones del hospicio. La continuidad de la información acerca de la evolución después del egreso, se obtuvo por medio de médicos de las clínicas locales. El sistema de cuidados paliativos en Seychelles se estructuró para mantener la relación hospicio-cuidado en la comunidad.

Para la interpretación y análisis de los datos se confeccionaron tablas multivariantes de asociación de variables, los resultados se expresan en números absolutos y porcentajes, medidas de tendencia central (media), variabilidad [desviación estándar (DE)] y correlación no paramétrica [Chi cuadrado (x2), prueba U de Mann Whitney, coeficiente rho de Spearman] con un nivel de significación de 0,05.

El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SSPS 17.

RESULTADOS

Se encontró un marcado predominio de los pacientes con procesos oncológicos entre los casos admitidos. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes admitidos en el hospicio según la causa fundamental del ingreso

Motivo de ingreso	Masculino	Femenino	Total
Enfermedades oncológicas	15 (29, 4 %)	13 (25, 5 %)	**28 (54, 9 %)**
Demencia	4 (7, 8 %)	12 (23, 5 %)	**16 (31, 3 %)**
Otras enfermedades	5 (9, 8%)	2 (4 %)	**7 (13, 8 %)**
Total	**24 (47 %)**	**27 (53 %)**	**51**

La edad media de los hombres que ingresaron por cáncer fue de 65,13 años, intervalo de 43 a 90, y DE de 15,46 años. En el caso de las mujeres la edad media fue de 72,61 años, intervalo de 46 a 92 y DE de 15,62 años. En general, la edad media para ambos sexos fue de 68,6 años con DE de 15,71. No existieron diferencias de las medias a través de la categoría edad con la prueba U de Mann Whitney (z=-1,22; p=0,22). Las variables grupos de edades y sexo tuvieron en la muestra masculina un coeficiente rho de Spearman de -0,395; y en la muestra femenina de 0,617. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupos de edades	Masculino	Femenino	Total
40-49	2 (7, 14 %)	1 (3, 57 %)	**3 (10, 71 %)**
50-59	6 (21, 43 %)	2 (7, 14 %)	**8 (28, 57 %)**
60-69	1 (3, 57 %)	3 (10, 71 %)	**4 (14, 29 %)**
70-79	1 (3, 57 %)	1 (3, 57 %)	**2 (7, 14 %)**
80-89	4 (14, 29 %)	3 (10, 71 %)	**7 (25 %)**
90≤	1 (3, 57 %)	3 (10, 71 %)	**4 (14, 29 %)**
Total	**15 (53, 57 %)**	**13 (46, 43 %)**	**28**

Predominaron en los pacientes masculinos la neoplasia de cabeza y cuello, así como la de próstata. En el sexo femenino se encontraron un mayor número de casos con neoplasia colorectal. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes admitidos según el sexo y localización del cáncer

Tipo de Cáncer	Masculino	Femenino	Total
Cabeza y cuello	6	---	**6 (21, 43 %)**
Colorectal	1	4	**5 (17, 86 %)**
Próstata	3	---	**3 (10, 71 %)**
Páncreas	1	1	**2 (7, 14 %)**
Pulmón	---	2	**2 (7, 14 %)**
Mama	---	2	**2 (7, 14 %)**
Ovario	---	2	**2 (7, 14 %)**
Pene	1	---	**1 (3, 57 %)**
Testículo	1	---	**1 (3, 57 %)**
Óseo	1	---	**1 (3, 57 %)**
Esófago	1	---	**1 (3, 57 %)**
Mieloma múltiple	---	1	**1 (3, 57 %)**
Cerebro	---	1	**1 (3, 57 %)**

La estadía media de los pacientes masculinos fue de 31,46 días con un intervalo de 3 a 100 días y DE de 26,18. La estadía media de las mujeres fue de 49,53 días con un intervalo de 1 a 299, y DE de 84,70 días. En general la estadía media estuvo en 40,5 días con una DE de 60,23. No existieron diferencias de las medias por sexo a través de la categoría estadía con la prueba U de Mann Whitney (z=-0,83; p=0,4).
(Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de pacientes según estadía hospitalaria y sexo

Estadía hospitalaria	Masculino	Femenino	Total
15≥	5 (17, 86 %)	8 (28, 57 %)	**13 (46, 43 %)**
16-30	3 (10, 71 %)	---	**3 (10, 71 %)**
31≤	7 (25 %)	5 (17, 86 %)	**12 (42, 86 %)**
Total	**15 (53, 57 %)**	**13 (46, 43 %)**	**28**

La HTA fue la enfermedad crónica no transmisible encontrada con mayor frecuencia en los pacientes estudiados. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes según presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sexo

ECNT	Masculino	Femenino	Total
Hipertensión arterial	2	5	**7 (25%)**
Diabetes mellitus	2	3	**5 (17, 86%)**
Insuficiencia cardiaca	1	3	**4 (14, 29%)**
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2	1	**3 (10, 71%)**
Cirrosis hepática	2	--	**2 (7, 14%)**
Insuficiencia arterial periférica	1	--	**1 (3, 57%)**
Enfermedad cerebrovascular	--	1	**1 (3, 57%)**

Se muestra una frecuencia mayor de remisiones desde la atención secundaria en comparación con los escenarios de atención institucional y primaria. No existió relación entre las variables analizadas (x2= 0,72; gl: 2; p=0.69). (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes cáncer según procedencia

Procedencia	Masculino	Femenino	Total
Hospital	12 (42, 86 %)	9 (32, 14 %)	**21 (75 %)**
Hogar de ancianos	2 (7, 14 %)	2 (7, 14 %)	**4 (14, 28 %)**
Comunidad	1 (3, 57 %)	2 (7, 14 %)	**3 (10, 71 %)**
Total	**15 (53, 57 %)**	**13 (46, 43 %)**	**28**

DISCUSIÓN

Con el cáncer al frente de las principales causas de muerte a nivel global es previsible que un mayor número de pacientes necesiten cada año cuidados paliativos a nivel del hospicio. En el hospicio de Seychelles los autores de la investigación encontraron un discreto predominio del sexo masculino, resultado que coincide con el estudio de Tang,[10] sin embargo autores occidentales como Jenkins,[11] Younis[12] y Ostgathe[13] reportaron una frecuencia ligeramente mayor del sexo femenino.

Los estudios fuera de los límites geográficos del mundo occidental desarrollado, que abordan las características de los pacientes admitidos en hospicios son notablemente escasos. El cáncer como causa fundamental de ingreso en el escenario del hospicio coincidió con la mayor parte de las investigaciones revisadas.[13, 14]

Evaluaciones sucesivas del motivo de ingreso y sexo en el hospicio de Seychelles colocaría a los autores en mejores condiciones para contrastar sus resultados con las tendencias actuales de disminución de los ingresos por enfermedades oncológicas.

El estudio mostró una correlación lineal positiva media entre las variables sexo femenino y edad, lo que significa que en la medida que ocurrió un incremento de la edad aumentó el número de pacientes. En los pacientes del sexo masculino no se observó este comportamiento (correlación negativa débil). La edad media de los enfermos con patologías oncológicas ingresados en el hospicio de Seychelles estuvo por encima de la reportada en países como Malasia[15] y Taiwan,[16] y aproximadamente igual a la reportada por investigaciones en Estados Unidos de América

(EUA)[11,17] y Alemania.[13] El mejoramiento de la medicina comunitaria en los aspectos de promoción, prevención y diagnóstico temprano, así como la mayor disponibilidad de personal altamente calificado en oncología han influido en estos resultados.

Por otra parte el proceso de envejecimiento poblacional en este pequeño archipiélago del Índico constituyó un factor importante. Durante el 2010 la expectativa de vida al nacer para las mujeres fue de 77,49 años, y en el caso de los hombres de 69,09 y en general alcanzó los 73,18 años, con un envejecimiento poblacional del 10,9 %.[18]

Si se teman en cuenta las estadísticas mundiales, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer estimó en el 2008 que el comportamiento de las neoplasias más frecuentes en fallecidos masculinos de países subdesarrollados sigue el orden: pulmón, hígado, estómago y esófago. Entre las pacientes fallecidas las localizaciones: mama, cuello uterino, pulmón y estómago estuvieron entre las más frecuentes en el mundo de ingresos medios y bajos.[1]

Los diagnósticos primarios que motivaron ingresos en el hospicio de Seychelles estuvieron de acuerdo con los reportes sobre el cáncer colorectal de Tang,[10] Shahmoradi,[15] Fang,[16] y Lang.[9] En el caso de la neoplasia de cabeza y cuello solo existió relación con el estudio Tang.[10]

El resto de los tipos de neoplasias no estuvieron en concordancia con los resultados de otros estudios, incluso después de analizarlos por sexo.[1,12,19,20]

Los autores de la investigación consideraron varias razones por las cuales la neoplasia de cabeza y cuello fue el diagnóstico más frecuente al ingreso en el hospicio.

En primer lugar la neoplasia de cabeza y cuello conduce a los pacientes en estadio terminal hacia altos niveles de sufrimiento y agonía, por lo que constituye un desafiante problema para todos los relacionados con su tratamiento.[21]

Las opciones para los pacientes en los que han fallado tratamientos definitivos incluyen como procedimientos, la quimioterapia paliativa y cuidados de soporte. En muchas ocasiones estas opciones de tratamiento son inefectivas, o la enfermedad vuelve a presentarse en un período corto de tiempo, y alcanza una etapa que está fuera de control con la subsecuente progresión del cáncer.

Debido a la variedad de síntomas causados por el tumor de cabeza y cuello los pacientes terminales enfrentan condiciones muy difíciles, tanto en el orden personal como para el medio social que los rodea. Estos casos requieren un nivel de manejo de enfermería especializado y soporte humano que raramente encontrarán en el personal hospitalario o servicios de atención comunitaria.

Entre los factores de riesgo que favorecen el cáncer de cabeza y cuello están: hábito de fumar, consumo elevado de alcohol, dietas con picante, ingestión de pescados salados y la infección por el virus del herpes, son altamente prevalentes; con efecto sinérgico del cigarro y el alcohol.

El estudio coincidió con los trabajos de Younis,[12] Shahmoradi,[5] Sesterhenn,[21] y Gozalo.[22]

En el análisis de la estadía una paciente permaneció aproximadamente 10 meses en el hospicio hasta el fallecimiento, se egresaron 2 pacientes masculinos y 4 del sexo femenino, que fallecieron en el período de 6 meses después de la admisión en el hospicio por lo que cumplieron criterios de pacientes terminales.

La estadía en el hospicio ha surgido como un posible indicador de la calidad de vida para pacientes con enfermedades terminales como el cáncer. Media de 3 a 6 meses son ideales para los pacientes y cuidadores, y menores de 30 días has sido relacionadas con poca satisfacción por los servicios del hospicio.[12]

Los pacientes con neoplasias malignas avanzadas frecuentemente desarrollan devastadores síntomas físicos y psicológicos. Estos síntomas requieren una valoración y manejo individualizado. Por otra parte, progresivamente se establece un declinar funcional paralelo al declinar espiritual y preocupaciones económicas. También sus cuidadores primarios y otros miembros de la familia, pueden experimentar angustia y dolor, por lo que necesitan una combinación de asistencia psicológica y educación acerca de la enfermedad de su familiar.[23] La mayoría de las familias referidas a programas de cuidados paliativos declaran que ellos hubiesen preferido un acercamiento más temprano.[3,24]

De hecho, la remisión temprana puede facilitar el oportuno diagnóstico y tratamiento de síntomas, soporte psicológico y asesoramiento longitudinal, así como una gradual transición de los modelos de cuidados.

En el hospicio de Seychelles aproximadamente la mitad de los pacientes tuvieron permanencias por más de un mes. En la medida que la comunidad médica reciba educación en los criterios de remisión al hospicio, y en los beneficios de un ingreso temprano, estos resultados que estuvieron en concordancia con la media de EUA mejorarán progresivamente.

El Índice de Comorbilidad de Charlson descrito por los autores de la investigación fue superior al

reportado por Lang[19] y Carlson,[25] sin embargo la frecuencia de padecer las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas coincidió con el trabajo de Lang[19] y difiere del estudio de Gozalo.[22]
En relación con el desempeño en la actividades de la vida diaria el estudio coincidió con los trabajos de autores como Gozalo,[22] Chang,[26] Temel[27] y Casarett,[28] fue superior a los resultados reportados por Younis[12] e inferior a los de Fishman.[29]
El resultado de la evaluación de pacientes con enfermedades oncológicas con los instrumentos KPS 8 y el ECOG 9 ha sido relacionado con el pronóstico en múltiples estudios.[30,31]
El índice de Comorbilidad de Charlson también tiene un valor predictivo acerca de la expectativa de vida a corto plazo y posibles dificultades en el manejo. Esto último debido a que el paciente puede presentar una combinación de síntomas y signos en relación con las diferentes patologías que padece, además de constituir un reto terapeútico debido a posibles interacciones o efectos adversos.
El estudio encontró una mayor frecuencia de remisión desde el medio hospitalario lo que coincide con Errante.[32] Las remisiones desde el hogar de ancianos y la comunidad mostraron aproximadamente similar frecuencia.
Una vez que los objetivos del tratamiento son bien entendidos y el médico de asistencia está convencido de que el hospicio es la opción apropiada, como un sistema establecido de servicios dirigidos a optimizar la atención y soporte al paciente y sus familiares.
La introducción sobre las características del hospicio en el contexto de la educación del paciente, su experiencia de vida, personalidad y necesidades puede ayudarlo a entender su significado y atenuar concepciones erróneas, como que es enviado allí porque su muerte es inminente. Por otra parte los profesionales que normalmente refieren a esta institución se retroalimentan de forma positiva con las percepciones de los pacientes y familiares acerca de que se estimule el proceso de remisión temprana.
Es previsible que en los próximos años ocurra un incremento de la frecuencia de remisiones desde la comunidad. Debido a la relación estrecha del médico de familia y sus pacientes, este profesional y su equipo de trabajo son dueños de una posición única en el proceso de los cuidados paliativos en el hogar y la remisión adecuada al hospicio en Seychelles.
Lo contrario debe ocurrir con las remisiones desde el hogar de ancianos, si se tiene en consideración que estas instituciones reciben pacientes cada vez más complejos, con mayor comorbilidad y diferentes tipos de enfermedades terminales. El equipo multidisciplinario de los hogares de ancianos tiene hoy una cuota importante dentro de los cuidados paliativos a nivel institucional que se brindan tanto en Seychelles como a nivel internacional.
Entre los pacientes que ingresaron en el hospicio, el cáncer en estadio terminal resultó ser el primer criterio de ingreso, el grupo de edad mayormente representado fue el de 50 a 59 años, la neoplasia de cabeza y cuello en los hombres y colorectal en las mujeres fueron los diagnósticos más frecuentes, la estadía hospitalaria, respuesta al Índice de Comorbilidad de Charlson, Escala de Karnofsky y ECOG, fue la esperada para pacientes en estadio terminal. La mayor parte de los pacientes admitidos provenían del medio hospitalario. Este comportamiento muestra que el hospicio constituye una opción adecuada para brindar estrategias de cuidados paliativos al paciente con neoplasia en estadio terminal en Seychelles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2011;61(2):69-2

2. Finlay E, Casarett D. Making difficult discussions easier:using prognosis to facilitate transitions to hospice. CA Cancer J Clin. 2009;59(4):250-63

3. Ford DW, Nietert PJ, Zapka J, Zoller JS, Silvestri GA. Barriers to hospice enrollment among lung cancer patients:a survey of family members and physicians. Palliat Support Care. 2008;6(4):357-62

4. Weckmann MT. The role of the family physician in the referral and management of hospice patients. Am Fam Physician. 2008;77(6):807-12

5. Balfour S. Design of care:the hospice visit. Home Healthc Nurse. 2008;26(10):633-40

6. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 1999;17(4):240-7

7. Berkman LF, Leo Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. Ann Intern Med. 1992;117(12):1003-9

8. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to brochogenic carcinoma. Cancer. 1948;1(4):634-56

9. Oken MM, Creech RH, Tormey DC. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(6):649-55

10. Tang ST, Huang EW, Liu TW, Wang HM, Chen JS. A population-based study on the determinants of hospice utilization in the last year of life for Taiwanese cancer decedents, 2001-2006. Psychooncology. 2010;19(11):1213-20

11. Jenkins TM, Chapman KL, Harshbarger DS, Townsend JS. Hospice use among cancer decedents in Alabama, 2002-2005. Prev Chronic Dis. 2009;6(4):A119

12. Younis T, Milch R, Abul-Khoudoud N, Lawrence D, Mirand A, Levine E. Length of survival in hospice for cancer patients referred from a comprehensive cancer center. Am J Hosp Palliat Care. 2009;26(4):281-7

13. Ostgathe C, Alt-Epping B, Golla H, Gaertner J, Lindena G, Radbruch L, et al. Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany:what are the problems?. Palliat Med. 2011;25(2):148-52

14. Lepore MJ, Miller SC, Gozalo P. Hospice use among urban Black and White U.S. nursing home decedents in 2006. Gerontologist. 2011;51(2):251-60

15. Shahmoradi N, Kandiah M, Peng LS. Impact of nutritional status on the quality of life of advanced cancer patients in hospice home care. Asian Pac J Cancer Prev. 2009;10(6):1003-9

16. Fang CR, Chen HW, Liu SI, Lin CJ, Tsai LY, Lai YL. Prevalence, detection and treatment of delirium in terminal cancer inpatients:a prospective survey. Jpn J Clin Oncol. 2008;38(1):56-63

17. McMillan SC, Small BJ, Haley WE. Improving hospice outcomes through systematic assessment a clinical trial. Cancer Nurs. 2011;34(2):89-97

18. Population and Vital Statistics 2010. National Bureau of Statistics. (Seychelles) [revista en Internet]. 2011 [citado 24 Jun 2011];1:[aprox. 34p]. Disponible en: http://www.nbs.gov.sc/files/Population_and_Vital Statistics/2011/popstats_01_2011.pdf

19. Lang K, Lines LM, Lee WD, Korn JR, Earle CC, Menzin J. Trends in healthcare utilization among older Americans with colorectal cancer:a retrospective database anlaysis. BMC Health Serv Res. 2009;9:227

20. Shugarman LR, Bird CE, Schuster CR, Lynn J. Age and gender differences in medicare expenditures and service utilization at the End of life for lung cancer decedents. Womens Health Issues. 2008;18(3):199-209

21. Sesterhenn AM, Folz BJ, Bieker M, Teymoortash A, Werner JA. End-of-life care for terminal head and neck cancer patients. Cancer Nurs. 2008;31(2):E40-6

22. Gozalo PL, Miller SC, Intrator O, Barber JP, Mor V. Hospice effect on government expenditures among nursing home residents. Health Serv Res. 2008;43(1):134-53

23. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer:establishing goals and models of care. J Clin Oncol. 2010;28(25):4013-7

24. Miyashita M, Morita T, Hikai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members:the Japanese experience. J Clin Oncol. 2008;26(23):3845-52

25. Carlson MD, Herrin J, Du Q, Epstein AJ, Cherlin E, Morrinson SR, et al. Hospice characteristics and the disenrollment of patients with cancer. Health Serv Res. 2009;44(6):2004-21

26. Chang PM, Liu YY, Chao TC, Lin HL, Chen MB, Chen PM, et al. A new hospice consulting system for terminal cancer patients in transferring to post-acute care options in Taiwan. Eur J Cancer Care (Engl). 2010;19(2):267-72

27. Temel JS, McCannon J, Greer JA, Jackson VA, Ostler P, Pirl WF, et al. Aggressiveness of care in a prospective cohort of patients with advanced

NSCLC. Cancer. 2008;113(4):826-33

28. Casarett DJ, Fishman JM, Lu HL, O Dwyer PJ, Barg FK, Naylor MD, et al. The terrible choice:re-evaluating hospice eligibility criteria for cancer. J Clin Oncol. 2009;27(6):953-9

29. Fishman J, O Dwyer P, Lu HL, Henderson H, Asch DA, Casarett DJ. Race, treatment preferences, and hospice enrollment:eligibility criteria may exclude patients with the greatest needs for care. Cancer. 2009;115(3):689-97

30. Maltoni M, Amadori D. Prognosis in advanced cancer. Hematol Oncol Clin NorthAm. 2002;16(3):715-29

31. Glare P, Sinclair C, Downing M, Stone P, Maltoni M, Vigano A. Predicting survival in patients with advanced disease. Eur J Cancer. 2008;44(8):1146-56

32. Errante D, De Chirico C, Salvagno L. Comment on older cancer patients in an Italian hospice. Ann Oncol. 2009;26(6):1146-7