

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. PLANIFICACIÓN DE DECISIONES. ATENCIÓN EN FASES AVANZADAS

Autoría:

Rocío Aranda Colubí. Médica. Equipo de soporte de
Cuidados Paliativos. Atención Primaria. Distrito
Aljarafe-Sevilla Norte. (Sevilla)

Isabel Mañas Álvarez. Enfermera. Equipo de soporte de
Cuidados Paliativos. Atención Primaria. Distrito
Aljarafe-Sevilla Norte. (Sevilla)

Fecha: Marzo 2020

Documento elaborado como material docente para el
curso de formación práctica en la Atención
multidisciplinar en Cuidados Paliativos a los pacientes
con esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ELA)

(Iavante – Fundación Progreso y Salud / Consejería de
Salud y Familias, Junta de Andalucía)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. QUÉ ENTENDEMOS POR CUIDADOS PALIATIVOS**
- 3. ATENCIÓN INTEGRAL EN EL DOMICILIO**
 - a. CONTROL DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS**
 - b. ATENCIÓN A LA ESFERA EMOCIONAL Y ESPIRITUAL**
 - c. CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA**
- 4. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES**
- 5. ATENCIÓN EN FASES AVANZADAS. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS. SEDACIÓN PALIATIVA**
- 6. ATENCIÓN AL DUELO**

1. INTRODUCCIÓN.

En este apartado vamos a tratar los Cuidados Paliativos que precisan los pacientes de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en el Domicilio.

Como habéis podido comprobar en los bloques anteriores la ELA es una enfermedad muy compleja que precisa de la intervención de un equipo multidisciplinar para su abordaje integral, y dentro de ese equipo se encuentran incluidos los cuidados paliativos.

En un primer momento el paciente afectado de ELA se encuentra vinculado al Hospital y requiere revisiones periódicas por las diferentes especialidades del equipo multidisciplinar (neumología, neurología, digestivo, rehabilitación, fisioterapia, endocrinología...), pero llega un momento en la evolución de la enfermedad en que para el paciente, el traslado al hospital supone un gran esfuerzo tanto físico como emocional, y suelen ser ellos los que deciden no seguir acudiendo a las revisiones. Es ahí cuando el papel de los cuidados domiciliarios se hacen imprescindibles.

Para realizar un buen abordaje en el domicilio es importante que el paciente conozca al equipo que lo va a tratar antes de llegar a ese punto, y nos consideren como un equipo de continuidad en su cuidado.

Por lo tanto, y teniendo en cuanto lo dicho anteriormente ¿Cuándo se considera que un paciente de ELA debe ser incluido en el proceso de cuidados paliativos? Para contestar a esta pregunta primero debemos conocer que son los Cuidados Paliativos y que implican.

2. QUÉ ENTENDEMOS POR CUIDADOS PALIATIVOS.

Según la OMS, “Los Cuidados Paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, de cara a los problemas asociados con una enfermedad mortal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz y la valoración y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales...Los Cuidados Paliativos afirman la vida, y consideran la muerte como un proceso normal. No intentan acelerar ni posponer la muerte. Integran los aspectos psicosocial y espiritual de los cuidados del paciente. Integran un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de la muerte. Usan el abordaje en equipo para tratar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo la ayuda en el duelo...Son aplicables precozmente en el curso de la enfermedad junto con otros tratamientos que intentan prolongar la vida como son la quimioterapia, radioterapia...”(1).

En el caso de la ELA al tratarse de una enfermedad mortal desde su diagnóstico estaría indicado su inclusión en el proceso de paliativos desde el momento en que se conoce e informa al paciente y familiares de la enfermedad que presenta.

Los cuidados paliativos serán proporcionados desde Atención Primaria (AP) en los casos menos complejos y se recomienda la atención compartida con los recursos avanzados de CP en los casos complejos ya sea a través de los profesionales de los Equipos de Cuidados Paliativos Domiciliarios (ECPD) o de las

Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) en caso de precisar ingreso hospitalario, incluido un posible ingreso para respiro familiar. (3)

¿Qué nos dice el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos al respecto? Pues según los Criterios del Proceso Integral de Cuidados Paliativos (2) se debe considerar la Atención Compartida con los recursos avanzados de cuidados paliativos:

- En las fases precoces de la enfermedad cuando exista:
 - Deterioro físico rápido.
 - Primer episodio de neumonía aspirativa.
 - Deterioro cognitivo.
 - Pérdida de peso.
 - Síntomas complejos y complicaciones médicas.
 - Capacidad pulmonar vital baja (<70% en espirometría o inicio de VMNI).
 - Problemas de movilidad y caídas.
 - Dificultad en la comunicación

- Y en cualquier fase de la enfermedad cuando exista:
 - Sufrimiento intenso
 - Problemas psicológicos o sociales
 - Dificultades para la planificación anticipada de decisiones.
 - Índice de Karnofsky < 50 y/o Índice de Barthel <50

En la ELA la evolución previsible conlleva un estado de gran complejidad en la fase avanzada y terminal de la enfermedad y la fase agónica requerirá sedación paliativa, generalmente por disnea o sufrimiento refractarios. Por tanto, se entiende que las personas atendidas con este enfoque asistencial son los pacientes en situación terminal, situación avanzada, situación agónica, y en fases precoces con alta complejidad. (3)

3. ATENCIÓN INTEGRAL EN EL DOMICILIO

Los cuidados paliativos tienen como objetivos básicos el control de los síntomas, el apoyo emocional al paciente y a su familia y su bienestar y calidad de vida.

Como comentábamos antes, debe existir una comunicación fluida entre el hospital y el equipo de Atención Primaria, de manera que se asegure una continuidad en el cuidado de los pacientes y de apoyo tanto al paciente como al familia y/o cuidadores, no olvidando nunca que los cuidados paliativos van dirigidos al binomio indivisible paciente/familia-cuidador.

a. CONTROL DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS

En cada visita programada, el médico y enfermero de familia deberían valorar los siguientes síntomas y signos:

1. Sialorrea.

2. Disfagia.
3. Disnea, capacidad de toser.
4. Depresión-ansiedad. Labilidad emocional. Insomnio.
5. Debilidad muscular. Calambres. Espasticidad.
6. Alteraciones del lenguaje.
7. Trastornos del ritmo intestinal.
8. Dolor.

Muchos de esos signos y síntomas únicamente precisarán la indicación de tratamiento sintomático o ajuste del mismo.

La afectación respiratoria es el proceso que más ensombrece el pronóstico y el que puede precisar atención urgente en cualquier momento, cuya presencia indica al médico de familia la conveniencia de la derivación al ámbito hospitalario o de solicitar la atención de una unidad de soporte domiciliario con experiencia en el manejo de problemas respiratorios, entre los que pueden encontrarse también los relacionados con el funcionamiento inadecuado del ventilador. (4)

En los bloques anteriores se ha hablado ampliamente de los fármacos, técnicas y aparatos disponibles para intentar paliar estos síntomas, por lo que aquí nos vamos a centrar en dar unas recomendaciones a tener en cuenta en el seguimiento de los pacientes en el domicilio.

- La vía oral es de elección o bien a través de la sonda de gastrostomía que permite suministrar la medicación a través de la misma.
- La vía endovenosa debe usarse excepcionalmente y la administración intramuscular no es recomendable.
- El ajuste de dosis para el dolor con morfina puede hacerse en dosis pautadas cada 4 horas. Si el dolor aparece con antelación, es indicativo de que debe incrementarse la dosis.
- Deben establecerse pautas fijas y regulares, evitando la administración “a demanda”.
- Deben dejarse pautas escritas para aquellos cambios previsibles en la evolución y administración de dosis de rescate.
- La aparición de disnea en fase terminal es muy frecuente y la actitud terapéutica vendrá determinada por las causas o la situación clínica del paciente en ese momento. Tener en cuenta el círculo vicioso de disnea-ansiedad-disnea que es preciso romper.
- La oxigenoterapia debe plantearse según la situación de cada paciente y de su entorno.
- Es obligado respetar la autonomía del paciente y reconocer que puede aceptar o no medidas de soporte respiratorio, aunque hay que evitarle el sufrimiento.
- Cuando han rechazado ayudas para la tos o éstas son inefectivas, los pacientes con ELA presentan dificultad o imposibilidad para expulsar las secreciones del tracto respiratorio. El uso de técnicas no invasivas de asistencia para la tos puede ser fútil en esos momentos, pues los repetidos intentos de ayuda manual sólo conseguirán fatigar más al enfermo y los de ayuda mecánica provocar erosiones. (4)

b. ATENCIÓN A LA ESFERA EMOCIONAL Y ESPIRITUAL

En la atención a los pacientes con ELA, al igual que al resto de pacientes con enfermedades en situación terminal, debemos crear un clima de confianza que facilite la expresión de preocupaciones, miedos, dudas y cualquier otra **necesidad emocional** o espiritual tanto del paciente como de sus familiares. Es fundamental garantizar ese entorno, y para ello serán necesarias más de una visita, tiempo en cada una de ellas, una escucha activa, respetar los silencios, y en resumen utilizar todos los recursos de comunicación de los que dispongamos para servir de herramienta a nuestros pacientes en la expresión de sus emociones.

El propósito de nuestra intervención es ayudar al paciente a vivir con calidad la última fase de la vida, respetando sus objetivos y valores personales.

Los Cuidados Paliativos pretenden que el paciente tenga una muerte serena y en paz, a través de una atención y alivio del sufrimiento.

Decía Eric Casell: “Los Cuerpos duelen, las personas sufren”, para referirse a que el sufrimiento afecta globalmente a la persona: al cuerpo y al alma.

De acuerdo con los autores Chapman y Gavrin se define el sufrimiento como “Un estado afectivo y cognitivo negativo complejo, caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esa amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permiten afrontarla”.

Otros autores como R. Bayés sostienen que “una persona sufre cuando acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia, personal u orgánica, y al mismo tiempo cree que carece de recursos para hacerle frente”.

Existen factores que pueden contribuir a este sufrimiento, y estos pueden estar relacionados con el propio paciente: los síntomas físicos, problemas psicológicos, cuestiones existenciales, socio-familiares... o con la familia: sufrimiento empático con el ser querido, carga de cuidados, conflictos con el paciente, soporte insuficiente del sistema sanitario, duelo anticipado...

La gran Cicely Saunders cuando nos habla del Dolor Total, explica muy bien lo que es el sufrimiento “La experiencia total de pacientes comprende la ansiedad, la depresión y el miedo, la preocupación por la pena que afligirá a su familia, y a menudo, la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar”.

EJ. Cassell nos habla de cómo debe ser la intervención de los profesionales “El clínico debe aprender a estar simplemente abierto en presencia del paciente, como si hubiera una puerta en tu interior que tú conscientemente abres para permitir entrar al paciente en tu interior. Esto es ser un buen profesional, un buen instrumento” Nosotros somos nuestra mejor herramienta.

Otra esfera importante que debemos explorar son las **necesidades espirituales** (religiosas o no) entendidas como las carencias y la falta de recursos que presenta el paciente para sentirse en paz consigo mismo y con los que le rodean. Aceptar morir dando sentido a la vida.

Dice Rojas Marcos, “experimentamos la Espiritualidad como un sentimiento

gratificador de conexión emocional genuina, profunda, serena y sosegada con algo que se encuentra fuera de nosotros”.

En 2008, el Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad de la SECPAL propuso entender la espiritualidad de la siguiente forma: “El dinamismo que impulsa nuestro anhelo de plenitud y que se expresa a través de la búsqueda de sentido, de coherencia con los propios valores, de conexión armónica con los demás y de trascendencia”.

Las necesidades pueden ser muchas y diferentes en cada paciente. El grupo de espiritualidad de la SECPAL (2008) propone algunas:

Ser reconocido como persona

Releer su vida

Encontrar sentido a la existencia y al devenir: la búsqueda de sentido
Liberarse de la culpabilidad, perdonarse Reconciliación

Establecer su vida más allá de sí mismo

Continuidad de un más allá

Auténtica esperanza, no de ilusiones falsas. La conexión con el tiempo

Expresar sentimientos y vivencias religiosos

Amar y ser amado.

c. CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCION DE ENFERMERIA:

El objetivo de la atención de Enfermería en la ELA es identificar el tipo de ayuda que necesita el paciente y su familia en cada etapa de la enfermedad para diseñar un plan de intervención que contribuya a su adaptación a la nueva situación de salud; para ello es fundamental conocer el proceso, sintomatología y tratamiento, como se viene describiendo en los bloques anteriores del curso.

Segu n el Proceso asistencial Integrado de Cuidados paliativos (3ª edicio n 2019) cuando el paciente necesita cuidados paliativos la valoracio n debe ser MULTIDIMENSIONAL INDIVIDUALIZADA.

Se recomienda que la persona reciba una VALORACIO N ESPECI FICA DE ENFERMERI A que puede realizarse segu n el modelo de Necesidades Ba sicas de Virginia Henderson o a trave s de los Patrones Funcionales de Salud de Marjor Gordon.

Valoracio n de la UNIDAD PACIENTE-FAMILIA :

- Debe ser dina mica y multidisciplinar, priorizando s las necesidades de la persona y centrada en las necesidades que requieran una respuesta ma s inmediata, pudiendo utilizar escalas como herramientas de apoyo para el profesional si fuese necesario (anexo escalas)
- Se debe valorar la capacidad de la persona para recibir informacio n y toma de decisiones. Se respetara el derecho a recibir o no informacio n.

- Será importante identificar a la persona designada a la que vamos a dar la información cuando el paciente o la paciente no quiera recibirla, así como a su CUIDADOR PRINCIPAL si no fuera la misma persona.

Valoración de SÍNTOMAS, SIGNOS Y PROBLEMAS ACTUALES; teniendo en cuenta todos los órganos y aparatos que repercutan en la calidad de vida de la persona en la ELA destacaremos:

- Patrón respiratorio (manejo de aparatos y cuidado de traqueotomía)
- Nutrición y alimentación (sonda PEG). Estado de la piel.
- Valorar, de manera específica, el dolor y su impacto: etiología, intensidad, tipo de dolor, patrón temporal, respuesta al tratamiento.

Valoración del ÁREA FUNCIONAL:

- Se recomienda utilizar de manera genérica el índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria, el índice de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria
- Valorar la adecuación de los medicamentos teniendo en cuenta que el objetivo es mejorar el control de síntomas y la calidad percibida por la persona.

Valoración PSICOEMOCIONAL:

- Se valorará la presencia de trastornos del área afectiva. Como herramienta de ayuda se puede usar la escala de detección de malestar emocional (DME). Manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación a la situación de enfermedad terminal.
- Síntomas y signos de ansiedad/depresión.
- Se recomienda valorar desde el inicio el trastorno adaptativo con desmoralización perdida de propósito o sentido de vida. Desesperanza o desespero, pensar en que carece de un futuro que merezca la pena vivirlo. Sentimiento de incompetencia o de fracaso. Desaliento o desánimo. Aislamiento. Afrontamiento pasivo. Desmotivación o incapacidad de afrontamiento y deseo de adelantar la muerte.

Valoración de SUFRIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA: ya comentado en el apartado anterior.

La Enfermera debe realizar una valoración periódica del paciente para adaptar las actividades y cuidados terapéuticos en función de la sintomatología asociada y la evolución de la ELA.

La base de la intervención enfermera debe ir dirigida a valorar los diferentes requisitos de autocuidados de la persona en las ABVD, establecer los

diagnósticos de enfermería mas frecuente y seleccionar las recomendaciones de autocuidado que deben seguir tanto el paciente como la familia con el fin de mantener su independencia el mayor tiempo posible y mejorar su calidad de vida.

Sin olvidar que toda la atención que requieren estos pacientes deber ser de forma continuada y en coordinación de todos los recursos disponibles es decir Equipos Hospitalarios , Medico y Enfermera de familia , EGC de primaria y Equipos avanzados de Cuidados Paliativos .

4. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES

La Planificación Anticipada de las decisiones (PAD) es un “proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su atención, acerca de los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida”.

Dicho Plan deberá estar correctamente registrado en la Historia de Salud de la persona, deberá ser revisado periódicamente y comunicado a todas las personas implicadas en la atención sanitaria de la persona enferma así como a sus familiares y representantes, siempre con el permiso de esta.

En el caso de la ELA, nos vamos a centrar en los dos aspectos fundamentales a la hora de realizar una planificación de voluntades: 1) La alimentación mediante Tubo de gastrostomía (PEG) o Nutrición Parenteral. Y 2) La utilización de Soporte ventilatorio con BIPAP (VMNI) o la realización de traqueostomía y VMI (respirador).

Estas cuestiones deben plantearse con mucha delicadeza, explicando muy bien en que consisten, y aclarando cualquier duda sobre cómo, cuándo y dónde estaría indicado hacerlas. Al paciente se le debe dar tiempo para reflexionar y no presionar en que tome una decisión en las primeras intervenciones que realicemos.

Se precisarán de varias visitas y conversaciones para poder saber que es lo que realmente desea el paciente. Ya en el hospital los diferentes profesionales habrán hablado con el paciente sobre este tema y nosotros en el domicilio debemos continuar lo iniciado por los compañeros. Habrá pacientes que lo tendrán muy claro desde el principio, y otros necesitarán su tiempo y espacio para tomar una decisión. Es importante que sepan que las decisiones se pueden cambiar a lo largo de la evolución de la enfermedad, y que tendrá validez, la última expresada por el paciente.

5. ATENCIÓN EN FASES AVANZADAS. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS. SEDACIÓN PALIATIVA

La fase avanzada de cualquier enfermedad presenta una serie de cambios que afectan tanto al paciente como a su familia. Los síntomas son muy variados y pueden cambiar de forma rápidamente. Todo ello afecta al estado físico y

emocional del paciente. Para la familia que ha estado cuidando de su ser querido durante todo este tiempo supone un gran impacto.

En la ELA, por las características propias de la enfermedad, los dos síntomas presentes en las fases avanzadas y que nos llevarán a una situación de últimos días van a ser la disfagia y la disnea, y el síntoma refractario que nos conducirá a la necesidad de realizar una sedación paliativa va a ser la insuficiencia respiratoria.

Hay que recordar que para iniciar una sedación paliativa, se deben cumplir dos requisitos: la aparición de un síntoma refractario (no confundir con síntoma difícil), y el consentimiento del paciente o en su defecto del representante legal.

Por todo esto, podemos encontrarnos varios escenarios:

- 1) El paciente ha rechazado en sus voluntades vitales anticipadas o planificación anticipada de decisiones, iniciar cualquier tipo de medida de soporte ventilatorio.
- 2) El paciente ha elegido algunas medidas de soporte ventilatorio (VMNI) y rechazado otras (VMI) y las primeras han fracasado.
- 3) El paciente demanda interrumpir las medidas de soporte vital respiratorio que previamente había solicitado.

Nuestra actuación en cualquiera de los casos será la de respetar las decisiones tomadas por el paciente y destinar nuestros cuidados a evitar el sufrimiento.

La sedación paliativa podrá realizarse en el domicilio o en el hospital, según el deseo que haya expresado el paciente, y se realizará según el protocolo establecido (Protocolo de sedación).

6. ATENCIÓN AL DUELO

El manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV, define el duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida. Es un proceso normal que tiene como finalidad la adaptación a la pérdida, utilizando los recursos de los que disponga cada familiar/amigo del fallecido.

La buena comunicación, entendimiento y confianza que haya existido entre el equipo de profesionales y el paciente y familia, así como un buen control de los síntomas y un momento de la muerte con paz y serenidad, ayudan a que la familia y allegados del paciente puedan elaborar un proceso de duelo saludable.

En el caso de la ELA, el proceso de duelo puede comenzar desde que se diagnostica la enfermedad.

La atención al duelo debe estar presente antes del fallecimiento, durante el proceso de agonía y si es necesario después del fallecimiento.

Los profesionales sanitarios tenemos en nuestras manos las herramientas para facilitar el proceso de adaptación y detectar signos que nos orienten a la posibilidad de un duelo patológico. Debemos ser capaces de identificar a aquellos personas que precisarán una atención específica y apoyo después del fallecimiento.(7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Boceta Osuna J. Libro Blanco de Oncología de Andalucía. Capítulo: Cuidados Paliativos. Sevilla.
- 2.- Fernández López A. et al. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos: Proceso Asistencial Integrado 3ª ed. Sevilla.
- 3.- Documento de consenso para la atención a los pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica: actualización 2017 Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2017
- 4.- Guía para la Atención de los Pacientes de ELA en España. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 5.- Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. Med Pal. 1996;3:114-21.
- 6.- Castell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. Annals of Internal Medicine. 1999;131:531-4.
- 7.- El duelo en cuidados paliativos. Guías Médicas SECPAL
- 8.- Tosao-Sánchez C. Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. FMC. 2012;19(6):331-8.
- 9.- Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales.
2ª Edición. Revisada y actualizada. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- 10.- Barbero-Gutierrez J, Gómez-Batiste X, Maté-Méndez J, Mateo-Ortega D. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. Obra Social “La Caixa”.
- 11.- Benito E, Maté-Méndez J, Pascual-López A. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente.
- 12.- Couceiro-Vidal A, Núñez-Olarte J. Orientaciones para la sedación del paciente terminal. Med Pal. 2001;8(3):138-143.
- 13.- Tamayo Velázquez MI, et al. GUÍA para hacer la voluntad vital anticipada. Consejería de Salud. 2012
- 14.- Al Lado Con La Persona Afectada Por Esclerosis Lateral Amiotrófica
Secretaría General de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida
Consejería De Salud Y Bienestar Social Junta De Andalucía Edición 2012
- 15.- Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos: Sedación Paliativa / Sedación Terminal. Comité de Ética de la SECPAL.
- 16.- Proceso Asistencial Integrado De **Esclerosis Lateral Amiotrófica**.

XUNTA DE GALICIA. Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela 2018