

Enfoque de cuidados paliativos no oncológicos y fin de vida para médicos de la atención primaria de salud en Chile

Non oncologic palliative care approach and end life for primary health care physicians in Chile

Andrés Glasinovic P¹, María Javiera Reyes L², María Angélica Becerra A³, Paula Andrea Carmona M⁴.

Resumen

Introducción: En Chile, el acceso a los cuidados paliativos (CP) está asegurada para los pacientes con patología oncológica, sin embargo, con el fin de asegurar dignidad y calidad, éste debería ser extendido también a pacientes con enfermedades crónicas en etapas avanzadas. El objetivo de este artículo es exponer a los médicos de atención primaria en salud (APS) una aproximación en la valoración clínica y manejo de pacientes con enfermedades no oncológicas que requieren CP y cómo enfrentar el fin de vida en ellos.

Desarrollo del tema: Existen múltiples enfermedades crónicas que requieren acceso a CP, por lo que es vital identificar a los pacientes con dichas necesidades, usando instrumentos que objetiven los síntomas, el grado de discapacidad funcional, la calidad de vida y el pronóstico. Dentro de los instrumentos más utilizados para estos fines encontramos la escala de necesidades paliativas (NECPAL), la escala del grupo de oncología de la cooperativa del este (ECOG), el índice de Karnofsky, la escala de funcionalidad en cuidados paliativos (PPS), y la escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT. Así mismo, es fundamental elaborar un plan terapéutico individualizado con los recursos necesarios, las preferencias individuales y las voluntades anticipadas para aliviar el dolor y sufrimiento presentes durante todo el proceso de enfermedad, siendo estos más acentuados en la etapa de fin de vida; por lo tanto, es importante conocer este proceso y manejarlo apropiadamente.

Conclusión: Es necesario e importante ampliar el acceso a los CP para los pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas, siendo esto un gran desafío para Chile. Por esto, los autores recomiendan la creación de un programa de CP en APS, que incluya garantías de acceso a medicamentos en la canasta y capacitación para los equipos del primer nivel en salud que permitan proporcionar estos cuidados.

Palabras Clave

Cuidados paliativos, enfermedad crónica, atención primaria de salud, anciano, medicina paliativa

Abstract

Introduction: In Chile, access to palliative care (PC) are insured for patients with oncological pathologies by the explicit health guarantees, however, in order to ensure dignity and quality of life, it should be extended also to patients with advanced chronic diseases. The objective of this article is to expose to primary health care physicians (PHC), an approachment to the clinical assessment and management of patients with non-oncological diseases who require PC and how to face the end of life in them.

Development of the theme: There are multiple chronic diseases that require access to PC, so it is vital to identify patients with these needs, using instruments that target symptoms, degree of functional disability, quality of life, and prognosis. Among the most used instruments for this purpose we find the Palliative Needs Scale (NECPAL), the Scale Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), the Karnofsky Index, the Palliative Performance Scale (PPS) and the ZARIT Caregiver Overload Scale. Likewise, the elaboration of an individualized therapeutic plan with the necessary resources, the individual preferences and the anticipated wills of each patient, is crucial to alleviate the pain and suffering that are present throughout the disease, these being more pronounced in the end stage of life; therefore, it is important to know this process and handle it properly.

1. Médico familiar, profesor asistente Departamento de medicina familiar y APS, Universidad de los Andes, Chile. Departamento de medicina interna, Clínica Las Condes.

2. Alumna de medicina, Universidad de los Andes, Chile

3. Residente de Medicina Familiar, Departamento de medicina familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile

4. Médico familiar, Magister en Geriatria y Gerontología, Cesfam El Barrero, ELEM Huechuraba.

Conclusion: It is necessary and very important to expand access to PC for patients with non-oncological chronic diseases, this being a great challenge for Chile. For this reason, the authors recommend the creation of a PC program in PHC, which includes guarantees of access to medicines in the basket and training for first-level health teams to provide this care. hope of improving the quality of life in older people and reduce healthcare costs in Chile.

Key Words

Palliative care, palliative medicine, chronic disease, primary health care, aged

Introducción

En Chile, los cuidados paliativos se prestan a los pacientes con diagnósticos oncológicos a través de las garantías explícitas en salud (GES)¹. Sin embargo, el acceso a los cuidados paliativos debería estar enfocado no sólo a este grupo de pacientes, sino también a los pacientes con enfermedades crónicas en etapas avanzadas, ya que dichos cuidados están orientados a brindar dignidad y calidad de vida hasta el último suspiro de la existencia, así mismo, estas patologías tienen pronóstico limitado y generan dolor, sufrimiento, y necesidades particulares en el paciente y la familia, tal y como sucede en los pacientes con enfermedades oncológicas. Además, una serie de investigaciones estiman que el 30% de las insuficiencias orgánicas y enfermedades neurodegenerativas en fase avanzada se beneficiarían de cuidados paliativos, así como también se evidencia en el estudio SUPPORT, el cual demostró que los pacientes con enfermedades no oncológicas avanzadas no reciben una atención integral, lo que conlleva a síntomas mal controlados y sometimiento a medidas fútiles en muchas ocasiones, sin tomar en consideración sus opiniones en la planificación de sus propios cuidados². Por lo tanto, un gran número de pacientes que se atienden a diario en la APS, en especial los pacientes que pertenecen al programa de dependencia severa^{3,4}, serían un buen grupo para ser considerados como candidatos a acceder a este tipo de cuidados. En este contexto, es necesario también enfatizar en la importancia del manejo multidisciplinario para aliviar el dolor físico, síntomas psicológicos, sociales y espirituales, ofreciéndoles un plan terapéutico individualizado y continuo, cumpliéndose así los 3 principios irrenunciables del modelo de salud familiar: integralidad, continuidad de los cuidados y atención centrada en la persona⁵; explicando de esta forma la razón por la que la APS cumple con el perfil idóneo para atender a este tipo de pacientes, agregando la gran ventaja

que tiene el primer nivel de atención en salud, que es la cercanía del equipo al paciente y su familia. Sin embargo, en la actualidad, muy pocos centros de salud cuentan con profesionales que tengan algún tipo de formación en esta materia, asociado a la desventaja de que cuenta con muy escasos recursos e insumos para brindar cuidados paliativos de calidad.

El objetivo de este artículo es exponer una aproximación del enfoque de cuidados paliativos y del enfrentamiento del fin de vida en los pacientes con enfermedades no oncológicas, dirigido a los médicos que se desempeñan en la APS chilena, adaptando este enfrentamiento a las características propias de este contexto. En este sentido, los autores plantean el desafío de integrar a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas que no se beneficien de cuidados curativos, como candidatos para recibir CP en la APS chilena, proporcionando un abordaje integral y multidisciplinario, que ya se ha implementado en España, Reino Unido y Canadá, países que cuentan con un equipo conformado por médicos, enfermeras y técnicos en salud (TENS), dedicado a los cuidados paliativos y fin de vida en pacientes con enfermedades no oncológicas; dando apoyo a la familia y brindando calidad de vida y dignidad al paciente hasta sus últimos días⁶.

Desarrollo del tema:

A continuación, se mencionarán las patologías no oncológicas que deben ser consideradas para recibir cuidados paliativos y sus criterios de inclusión. Posteriormente se expondrá un plan de manejo general para los pacientes que requieren de estos cuidados; y finalmente se presentará el enfrentamiento general de la fase de fin de vida:

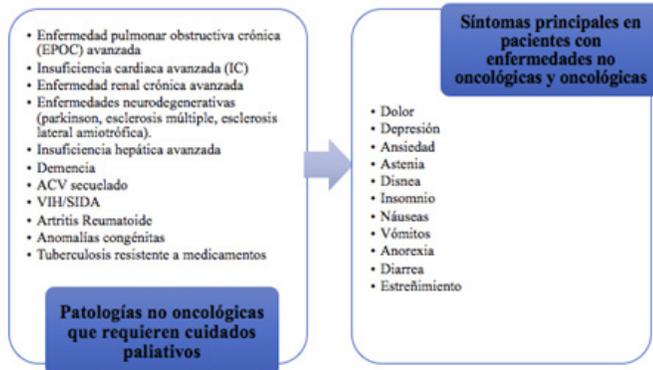
A. Patologías no oncológicas que requieren de cuidados paliativos y sus síntomas principales

Es importante destacar que, aunque los pacientes con

patologías no oncológicas tienen un pronóstico de vida más prolongado, presentan síntomas similares a los pacientes con enfermedades oncológicas. A pesar de esto, como se mencionó anteriormente, el estudio SUPPORT ha evidenciado que los pacientes con enfermedades no oncológicas reciben una peor calidad de atención, que conduce a mal control de síntomas, menor participación en decisiones clínicas y deseos anticipados, mayor riesgo de medidas agresivas que terminan en futilidad terapéutica, y manejo deficiente en el ámbito social; además del subdiagnóstico para la necesidad de este tipo de cuidados².

En la Figura 1 se mencionan las patologías no oncológicas que deben ser consideradas como candidatas a recibir cuidados paliativos cuando se encuentran en sus etapas avanzadas y los síntomas principales que deben ser abordados^{2,7}. Una vez analizados, se explicarán los pasos clave para el tratamiento de estos pacientes.

Figura 1: "Patologías no oncológicas que requieren de cuidados paliativos y síntomas principales a tratar"



B. Pasos clave para el manejo de pacientes que requieren cuidados paliativos

1. Identificar a pacientes con necesidad de cuidados paliativos

La transición desde un tratamiento potencialmente curativo a la necesidad de cuidados paliativos, es más intuitiva de identificar en los pacientes oncológicos, dado que su evolución natural está en general mejor descrita; a diferencia de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas, donde existen casos en los que, debido a sus continuas descompensaciones, el pronóstico de vida puede variar mucho entre las distintas personas y patologías, dificultando la identificación de la necesidad de esta transición⁸.

En este sentido, hay diversos instrumentos estadísticos que permiten la identificación de estos pacientes, entre los cuales destaca el instrumento NECPAL^{9,10,11,12}, que evalúa la necesidad de atención paliativa. Además, hay instrumentos para clasificar el nivel de compromiso funcional, como el índice de Karnofsky, la escala ECOG y el PPS13. Existen también instrumentos para establecer un pronóstico de sobrevida más objetivo, disponibles en: <https://eprognosis.ucsf.edu/> y www.predictsurvival.com, que tienen en cuenta el contexto del paciente (domicilio, residencia de adulto mayor, hospital u hospicio), además de su estado de salud actual.

De igual forma, es importante detectar factores pronósticos individuales, entre ellos se destaca la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, el estado nutricional del paciente, la presencia de deterioro cognitivo, depresión, y la falta de soporte familiar adecuado¹⁴.

Una vez detectados los individuos con enfermedades crónicas avanzadas con necesidad de cuidados paliativos y conocer sus factores pronósticos, se debe elaborar su plan de tratamiento, el cual se explica en el próximo punto.

2. Elaboración de un plan terapéutico

En esta etapa es fundamental que el personal de salud, el paciente y sus familiares reconozcan y comprendan las expectativas del tratamiento, las complicaciones que pueden surgir en el camino, así como los objetivos que se planea cumplir con el tratamiento. En este sentido es esencial poner en el centro de la atención al paciente y la intención de mejorar su calidad de vida y esto se debe realizar mediante intervenciones que no solo aseguren la dignidad de la persona, sino también al ser humano como una unidad bio-psico-social-espiritual. Aún cuando en estas patologías puede ser especialmente difícil predecir el curso de la misma, se deberán reconocer y determinar las creencias y valores del paciente, planificar voluntades anticipadas, indagar las expectativas de tratamiento del paciente y su familia y prever las posibles complicaciones que pueden surgir en el camino con su manejo respectivo (enfermedades intercurrentes, descompensaciones, dolor, consultas a urgencia, etc.).

Por otro lado, es esencial evitar la futilidad terapéutica que puede ser tanto médica como del paciente y su familia. El primer caso consiste en plantear intervenciones en las

que el éxito no ha sido demostrado o que son caras y/o invasivas, el segundo caso se basa en plantear cuidados que son imprudentes, excesivos y/o inadecuados por parte del paciente o su familia¹⁵.

3. Enfoque asistencial

Para esta etapa son de gran utilidad la valoración geriátrica integral (VGI), que permite evaluar las diferentes dimensiones y síndromes geriátricos del paciente mayor¹⁶,¹⁷, y la escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS), que permite realizar una evaluación de los síntomas más frecuentes y su intensidad en los pacientes¹⁸. Otro aspecto importante a considerar es el estado de ánimo del paciente y el estrés del cuidador; en este sentido, una herramienta útil para una detección oportuna es el instrumento ZARIT abreviado, recomendado por las guías nacionales y validadas en Chile¹⁹. El uso de esta herramienta es importante para detectar oportunamente pacientes con sobrecarga e implementar medidas de prevención y/o manejo del estrés del cuidador.

En cuanto a los fármacos, se recomienda considerar la escalera analgésica de la organización mundial de la salud (OMS), en la que se recomienda el tratamiento analgésico según la intensidad del dolor (leve, moderado y severo) y los medicamentos coadyuvantes (amitriptilina, venlafaxina, prednisona, carbamazepina, pregabalina, duloxetina) pueden ser usados de manera transversal³¹. Asimismo, es importante que al momento de elegir el tratamiento farmacológico se considere el estado físico del paciente, en especial el estado de la deglución, para elegir la mejor vía de administración de los medicamentos (ver Fig.2), algunos de los cuales son parte del arsenal disponible en la APS²⁰.

"Medicamentos utilizados en cuidados paliativos según vía de administración".

Vía subcutánea	Vía Transdérmica	Vía sublingual /bucodispersable	Injectable (SAPU)
<ul style="list-style-type: none"> • Clorhidrato de morfina • Tramadol • Haloperidol • Metoclopramida • Midazolam • Buscapina • Dexametasona • Ketorolaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfina • Fentanyl • Lidocaína en parches (descontinuación gradual) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sublingual: <ul style="list-style-type: none"> • Ketorolaco • Lorazepam • Clonazepam • Bucodispersable <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • Tramadol • Ondansetrón 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketorolaco • Ketoprofeno • Diclofenaco sódico • Dipirona

Por otro lado, cuando nos enfrentamos a pacientes en fase final de vida y/o con síntomas refractarios, existe la opción de realizar sedación paliativa. La indicación más común es la presencia de sufrimiento refractario a las alternativas de

uso habitual en cuidados paliativos y el fármaco más usado es el midazolam^{21, 22}.

C. Fase final de vida

Esta etapa se define como el “período final de la vida, de duración variable, en el que se produce un deterioro significativo de la funcionalidad y la muerte se percibe como cercana”²³; donde mejorar la calidad de vida del paciente es el objetivo central. Es importante no confundir la fase final de vida con el concepto de muerte inminente. En esta última, que es cuando la muerte ocurrirá en cuestión de horas o unos pocos días²⁴, se deben tener en cuenta una serie de signos que cuando están presentes, se debe considerar que estamos pronto a una muerte inminente. Dentro de los signos de muerte inminente destacan los estertores audibles, las apneas y respiración de Cheyne Stokes, cianosis y livideces periféricas, oliguria y el delirium terminal^{23,25}

En todo paciente con necesidades de enfoque paliativo, se recomienda realizar una evaluación en búsqueda de necesidades espirituales del paciente. Para realizar una valoración espiritual formal por el profesional de salud, se puede utilizar la herramienta FICA, la cual es una nemotecnia en que cada letra significa en inglés (F: “faith and belief”, I: “importance”, C: “community”, A: “address in care”)²⁶.

Asimismo, para mejorar la calidad de vida del paciente y aliviar su sintomatología durante esta etapa, se mencionarán algunas recomendaciones de cuidados generales y el manejo de los síntomas más frecuentes (ver Fig.3 y Fig.4)²⁴.

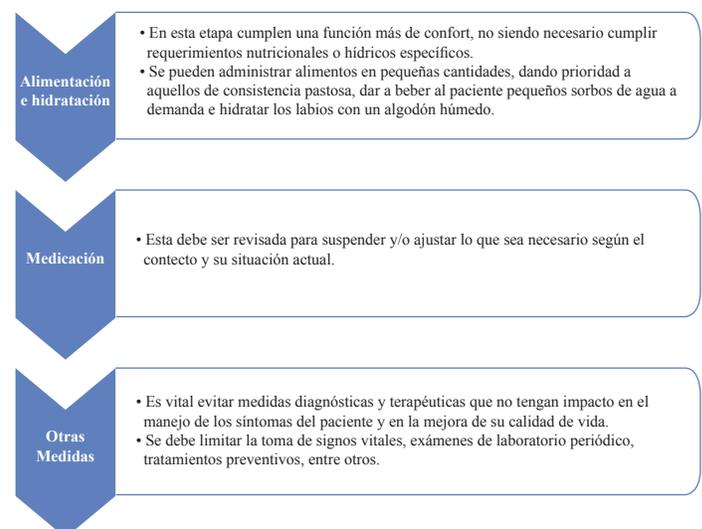


Figura 3. “Manejo general de pacientes en periodo de fin de vida”.

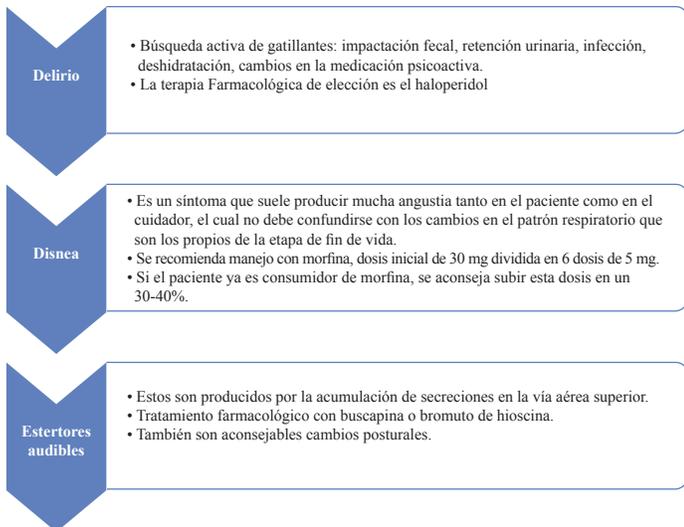


Figura 4. "Síntomas principales de los pacientes en periodo de fin de vida"
Adaptado de: Meléndez A. Situación de últimos días. Cuando llega el final.
AMF. 2014;10(5):288-293.

Conclusiones

Es evidente la necesidad y la importancia de ampliar el acceso de los cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas, siendo esto un gran desafío para nuestro país. Si bien la mayoría de la evidencia disponible hace énfasis en el manejo paliativo de pacientes con patología oncológica, existen también varios estudios que mencionan la necesidad y la importancia de brindar cuidados paliativos a quienes padecen enfermedades crónicas avanzadas, ya que presentan síntomas y necesidades similares a los pacientes con patologías oncológicas.

Para facilitar la evaluación y manejo de estos pacientes existen distintos instrumentos que permiten orientar al médico en la identificación oportuna de la necesidad de cuidados paliativos y, una vez identificadas, asegurar una atención integral, elaborando un plan terapéutico que tenga en consideración las necesidades y preferencias del paciente y su familia. Sin embargo, la mayoría de los centros de salud familiar no cuentan con un equipo destinado, capacitado, ni tampoco con los insumos suficientes para brindar cuidados de calidad a los usuarios con dichos requerimientos, dificultando esta labor no solo durante el proceso mismo de la enfermedad, sino también en la fase final de vida. Por este motivo, los autores recomiendan la creación de un programa de cuidados paliativos que involucre a la APS, garantías de acceso a medicamentos en su canasta, y capacitación para los equipos que faciliten el manejo para estos pacientes.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Norma programa nacional alivio del dolor y cuidados paliativos [Internet]. Quinta edición. Santiago de Chile; Febrero 2009. [citado 9 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.uss.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2016/10/Norma-Programa-Nacional-alivio-del-dolor-por-c%C3%A1ncer-y-cuidados-paliativos-MINSAL.pdf>
2. Babarro AA, Aguilar AG, Cano LR. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. Med Pal (Madrid). 2010; 17(35): 156-160.
3. Monsalve P, Barria M, Castro K, et al. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del modelo de atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. [Internet]. Santiago de Chile: Marzo 2018 [citado 9 Jul 2020]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf
4. Servicio nacional del adulto mayor. Guía de Orientaciones Técnicas Programa Cuidados Domiciliarios. Agosto 2017. [citado 9 Jul 2020]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia_de_Orientaciones_Tecnicas_PCD_VERSION_RESOLUCION_09_08_2017_-_copia.pdf
5. Dois A, Ojeda I, Vargas I, et al. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. [Internet]. 2013. [2013; citado 10 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
6. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [2018; citado 6 Jul 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>
7. Riaño V. Cuidados paliativos en el enfermo no oncológico. ONG Paliativos Sin Fronteras [Internet]. [citado 9 Jul 2020]. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-RIANO-ZALBIDEA.pdf>
8. Jacob G, Sánchez L. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. [Internet]. Primera Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2014. [citado 20 Jul 2020]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>

9. Gomez-Batiste X, Blay C, Roca J, et al. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. *Med Paliat*. 2012; 19(3): 85-6.
10. Maas EAT, Murray SA, Engels Y, et al. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2013; 3(4): 444-451.
11. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0. (2016). Disponible en: http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programa_necpal/.
12. Morales T, Troncoso J. Adaptación y validación en Chile del instrumento de identificación de pacientes con necesidad de atención paliativa: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1. Póster presentado en el 1° Congreso nacional de cuidados paliativos. Octubre 2019. Valdivia, Chile.
13. Pérez-Cruz PE, Acevedo F. Escalas de estado funcional (o performance status) en cáncer. *Gastroenterol. latinoam*[Internet].2014 [citado 17 Jul 2020];25(3):219-226. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014n300007.pdf>
14. Navarro R, López C. Aproximación a los cuidados paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *An Med Interna (Madrid)* [Internet]. 2008 [citado 15 Jul 2020]; 25(4): 187-191. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992008000400009&script=sci_arttext&tlng=en
15. Brown GT. Medical Futility in Concept, Culture, and Practice. *J Clin Ethics*. 2018; 29(2):114-23.
16. Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing*. 2018; 47(1): 149-155. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx166>.
17. Sanjoaquin AC, Fernández E, Mesa M, García-Arilla E, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Valoración geriátrica integral. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Internacional Marketing & Comunicación, 2006. P. 59-68
18. Centeno C, Noguera A, López B, Carvajal A. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en Cuidados Paliativos (I): el cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS). *Med Pal (Madrid)* [Internet]. 2004 [citado 18 Jul 2020];11(4):239-245. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Noguera/publication/285667164_Some_tools_of_assessment_used_in_palliative_care_I_The_Edmonton_System_Assessment_Symptoms_ESAS/links/59eef5ecaca272029ddf97c2/Some-tools-of-assessment-used-in-palliative-care-I-The-Edmonton-System-Assessment-Symptoms-ESAS.pdf
19. Gobierno de Aragón Departamento de salud y consumo. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. [Internet]. [citado 9 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795>.
20. Nómina de arsenal farmacológico comunal. Chile: Secretaria Municipal de huechuraba; 2020.
21. OMC, SECPAL. Guía de sedación paliativa. [Internet]. 2012. [citado en 3 Jul 2020]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa.pdf.
22. Bodnar J. A Review of Agents for Palliative Sedation/Continuous Deep Sedation: Pharmacology and Practical Applications. *J Pain Palliat Care Pharmacotherapy* [Internet]. 2017 [citado en 20 Jul 2020]; 31(1): 16-37. Disponible en <https://doi.org/10.1080/15360288.2017.1279502>
23. Meléndez A. Situación de últimos días. Cuando llega el final. *AMF*. 2014; 10(5): 288-293.
24. Hui D, dos Santos R, Chisholm G, et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. *Oncologist* [Internet]. 2014 [citado en 19 de Jul 2020];19(6):681-687. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24760709/>.
25. Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, Bruera E. Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [citado 6 jul 2020];50(4):488-494. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25242021/>.
26. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*. 2000; 3:129-37.
27. Traue DC, JR Ross. Palliative care in non-malignant diseases. *Soc Med*. 2015; 98: 503-506.
28. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Guía clínica AUGÉ Alivio del Dolor por cáncer avanzado y Cuidados

- Paliativos. [Internet]. Primera Edición. Santiago de Chile: MINSAL; 2011. [Actualizado 2011; citado 6 Jul 2020]. Disponible en: https://www.ingerchile.cl/docs/alivio_dolor_y_cuidados_2011.pdf.
29. Ramos G, Olivares G. Guía para la gestión del uso de medicamentos. [Internet]. Primera Edición. Santiago de Chile: 2010. [citado 16 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/92fb636790a543cce04001011e010193.pdf>
30. Fernandez P, Allegue JM, Marín F, et al. Plan integral de cuidados paliativos en el servicio murciano de salud. [Internet]. Murcia: 2009. [citado en 19 Jul 2020]. Disponible en: https://www.ffis.es/ups/PLAN_CUIDADOS_PALIATIVOS_2009_nueva_edicion_.pdf
31. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* [Internet]. Marzo 2005 [citado 20 Jul 2020]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
32. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. *Med Clin North Am* [Internet]. 2015 [citado 20 Jul 2020]; 99(2): 263-279. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25700583/>.
33. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. *N Engl J Med* [Internet]. 2013 [citado 15 Jul 2020]; 368:1173-1175. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1215620>.
34. Hui D, Mori M, Parsons HA, et al. The lack of standard definitions in the supportive and palliative oncology literature. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2012 [citado 20 Jul 2020]; 43(3): 582-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818788/>.
35. MINSALgobiernodeChile. Manualdelcuidadodepersonas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. 2009. [citado en 20 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>.
36. Oliver D. Improving patient outcomes through palliative care integration in other specialised health services: what we have learned so far and how can we improve?. *Ann Palliat Med*. 2018; 7(3): 219-30.
37. Koper I, Pasman HR, Schweitzer BPM, et al. Variation in the implementation of PaTz: a method to improve palliative care in general practice - a prospective observational study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020 [citado 20 Jul 2020]; 19,10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0514-6>
38. Kehl KA, Kowalkowski. A Systematic Review of the Prevalence of Signs of Impending Death and Symptoms in the Last 2 Weeks of Life. *Am J Hosp Palliat Medicine*. 2012; 30(6): 601-16.
39. Keneddy C, Brooks-Young P, Brunton C, et al. Diagnosing dying: an integrative literature review. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2014; 4: 263-70.