

Integración temprana de cuidados paliativos; implicancias para personas con enfermedades crónicas

Paula Vega Vega^{1a}, Rina González Rodríguez^{1b}, Moyra López Ramírez^{2c},
Claudia Miranda Castillo^{3d*}.

Early integration of palliative care; implications for people with chronic diseases

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial existe un número creciente de población con enfermedades no transmisibles y en proceso de envejecimiento pasibles de cuidados paliativos. **Objetivo:** Analizar cuando deberían ser integrados los cuidados paliativos en personas con enfermedades crónicas no oncológicas y las implicancias de su implementación.

Metodología: Revisión de literatura científica realizada en las bases de datos Web of Science, PubMed y CINAHL, por medio de los descriptores cuidados paliativos, enfermedades crónicas y beneficios.

Resultados: Se seleccionaron 28 artículos científicos, identificando cuatro categorías: Cuidados paliativos para todos; Integración temprana de los cuidados paliativos; Estrategias para la implementación; Beneficios de la integración de cuidados paliativos. **Conclusiones:** Los cuidados paliativos son una estrategia de atención para todas las personas con patologías crónicas complejas, la cual debe ser integrada tempranamente, de forma activa, multidimensional y segura, al alero de un equipo de salud capacitado y coordinado en los distintos niveles de atención.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Enfermedad Crónica; Intervención Temprana.

ABSTRACT

Introduction: Globally, there is a growing number of population with noncommunicable and aging diseases that are eligible for palliative care. **Objective:** To analyze when palliative care should be integrated

¹Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

²Unidad de Alivio del dolor y cuidados paliativos. Instituto Nacional del Cáncer.

³Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

^aEnfermera -Matrona. Magister en Enfermería. Phd © Doctorado en Ciencia en Enfermería. Universidad Andrés Bello, Chile. Becada de Millennium Institute for Care Research (MICARE), Santiago, Chile.

^bEnfermera. Magister en Sociología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^cMédico especialista en Medicina Paliativa. Santiago, Chile.

^dPsicóloga. Doctora en Envejecimiento y Salud Mental por la University College London, Inglaterra. Directora Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (MICARE). Profesora Asociada, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

*Correspondencia: Claudia Miranda Castillo / claudia.miranda@unab.cl

Recibido: 02 de abril de 2023.
Aceptado: 30 de octubre 2023..

*in people with non-oncological chronic diseases and the implications of its implementation. **Methodology:** Review of scientific literature in the Web of Science, PubMed and CINAHL databases, using the descriptors palliative care, chronic diseases, and benefits. **Results:** 28 scientific articles were selected, identifying four categories: palliative care for all; early integration of palliative care; strategies for implementation; benefits of palliative care integration. **Conclusions:** Palliative care is a strategy of care for all people with complex chronic pathologies, which should be integrated early, in an active, multidimensional and safe way, under the wing of a trained and coordinated health team at different levels of care.*

Keywords: Chronic Disease; Early Intervention; Palliative Care.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los cuidados paliativos (CP) como el cuidado total y activo de las personas cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, con el objetivo de controlar el dolor y otros síntomas desagradables, y manejar problemas psicológicos, sociales y espirituales que pudieran presentarse¹. Por lo tanto, plantea un enfoque holístico que considera a la persona desde su multidimensionalidad.

Los CP se han implementado desde tiempos remotos en la humanidad, sin embargo, no fue hasta los años 60' que se profesionalizaron gracias al trabajo realizado por la Dra. Cecily Saunders^{2,3}. En sus inicios estaban enfocados a personas que portaban una patología oncológica que se encontraban cercanas a la muerte, no obstante, con el paso de los años se ha planteado la posibilidad de aplicarlos en personas con enfermedad crónica avanzada^{4,5}.

El enfoque de los cuidados paliativos se centra en las necesidades de las personas con una enfermedad que limita la vida, y de las familias que los cuidan, por lo que su foco es la identificación temprana de estas necesidades, reconociendo a la persona desde su totalidad e integralidad y considerando las necesidades de información, comunicación, planificación y toma de decisiones^{6,7}, con el objeto de prevenir y aliviar cualquier dolor y sufrimiento que altere su bienestar^{2,8}.

A nivel mundial existe un número creciente

de población con enfermedades no transmisibles y en proceso de envejecimiento, estimándose que más de 40 millones de personas requieren anualmente cuidados paliativos⁹, de los cuales solo 1/3 corresponde a pacientes con cáncer⁹, generando así una amplia gama de necesidades de atención tanto física, psicológica, social, cultural y espiritual⁶, que requieren de una pronta atención.

En las últimas décadas se han presentado varias interrogantes entre los especialistas de distintas áreas médicas frente a la necesidad de determinar qué personas son pasibles de recibir cuidados paliativos y desde cuándo. Dado que varios estudios han demostrado que el pronóstico de la muerte no es un buen indicador para iniciar los cuidados paliativos, aplicándose tardíamente o incluso prescindiendo de ellos^{10,11}, algunos expertos sostienen que los cuidados paliativos podrían ser relevantes no solo a fin de vida, sino a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, incluso desde el diagnóstico en adelante⁶, como prestaciones simultáneas¹². Considerando a la vez, que esta modalidad de atención debe tener en cuenta el cuidado compasivo tanto en la atención de la persona enferma como a la familia que enfrenta el sufrimiento por la pérdida del estado de salud¹³.

Actualmente existen barreras en la integración de los cuidados paliativos en pacientes adultos con enfermedades crónicas como es la demen-

cia, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia cardiaca, diabetes, insuficiencia renal, entre otras, y en niños con parálisis cerebral, enfermedades metabólicas, genéticas y otras patologías definidas como raras, dado su grado de imprevisibilidad en la trayectoria de la enfermedad y el bajo uso de indicadores de pronóstico, por lo que, en general, se hace cuando la enfermedad está muy avanzada^{7,8}.

Esto se da principalmente por la falta de un consenso entre los profesionales de salud sobre cuándo comienza la trayectoria paliativa, sin considerar criterios de evaluación como son la posibilidad de curación de la enfermedad, el pronóstico, el tiempo de vida restante que se prevé, las necesidades de atención o una combinación de estos factores. A lo anterior se suma el temor que existe de hablar de cuidados paliativos, dada la errónea asociación con la muerte que se hace socialmente y a las implicancias que ello pueda tener en los pacientes que no tienen claridad de su pronóstico^{9,14}.

Considerando todo lo señalado, el objetivo de la presente revisión es analizar, en base a la literatura científica, quién debe recibir cuidados paliativos, cuándo y cómo deberían ser integrados en personas con enfermedades crónicas no oncológicas y las implicancias de su implementación en la calidad de vida de dichas personas.

Metodología

Se procedió a una revisión narrativa de literatura científica relacionada con la integración de los cuidados paliativos (CP) en personas con enfermedades crónicas limitantes para la vida. Para ello, se realizó una búsqueda que permitió identificar los artículos científicos relevantes relacionados con la temática planteada, entre los años 2016 y 2022, sin restringir según idioma. Se consultaron las bases de datos MEDLINE, Web of Science y CINAHL, utilizando los descriptores ("Palliative Care"[Mesh]) AND "Chronic Disease"[Mesh] AND Benefit, encontrándose 30

artículos de investigaciones primarias y revisiones sistemáticas. Posteriormente, se realizó un análisis de contenido de los principales hallazgos de cada una de las investigaciones respecto a quienes y cuando deben acceder a estos cuidados y los beneficios de una integración temprana.

Resultados

Cuidados paliativos para todos

El 2016, la OMS recalzó que los CP debería estar al alcance de todas las personas afectadas por una enfermedad con limitación de la vida, por lo que deberían ser integradas en fases tempranas y durante la trayectoria de la enfermedad¹⁵. La integración de los CP en personas de distintas edades y condiciones con patologías crónicas limitantes para la vida, busca disminuir la brecha entre las necesidades de los pacientes y las atenciones entregadas, favoreciendo que estas sean integrales, oportunas y seguras¹⁶, lo que trae a su vez una mejora de los resultados sanitarios y la reducción de los costos en salud¹⁷.

Es relevante considerar que al hablar de personas con enfermedades crónicas con limitación de la vida, tanto en niños, niñas y adolescentes como en adultos, esto abarca a una población compleja y heterogénea, caracterizada por tener importantes necesidades de salud, múltiples afecciones crónicas y graves que van cambiando en el transcurso de la enfermedad, con procesos indeterminados, con limitaciones funcionales y un elevado uso de la atención sanitaria^{18,19}, lo que hace difícil entregar de forma satisfactoria las prestaciones y cuidados requeridos, a menos que estas sean brindadas bajo un modelo de atención como son los CP^{20,21}.

Integración temprana de los cuidados paliativos

Durante los últimos años, se ha introducido el concepto de "cuidados paliativos tempranos", que contempla intervenciones paliativas que se entregan en una fase precoz e incluso inicial en la trayectoria de enfermedades que limitan la vida, considerado dentro de las 8 semanas después del diagnóstico^{18,22}, dejando a un lado la creencia que estos debían solo aplicarse en personas con

diagnóstico terminal con una esperanza de vida menor a 6 meses²³.

Se ha planteado la relevancia de la incorporación de los CP en forma temprana, incluso de manera simultánea al tratamiento curativo¹⁷, considerándose al momento del diagnóstico de enfermedades que no tienen una curación definitiva o son limitantes para la vida, aunque esta sea a largo plazo^{20,24}, lo que favorece la gestión de un acompañamiento activo con enfoque integral.

Esta postura se basa en la determinación de varios autores que consideran que los CP pueden integrarse en cualquier momento del curso de la enfermedad, con el objeto de controlar oportunamente síntomas desagradables, prevenir factores de riesgo, favorecer y optimizar el tratamiento farmacológico y complementarios para dichos síntomas^{25,26,27}, y de esa manera mejorar el bienestar y calidad de vida de la persona enferma y sus cuidadores^{28,29}.

Sin embargo, para los clínicos no es fácil considerar los CP en fases tempranas de las enfermedades crónicas, ya que significa enfrentar muchas veces complejos retos de comunicación y asesoría al paciente, que se presentan frente a la incertidumbre diagnóstica en algunas patologías neurodegenerativas o por desconocimiento frente a la real utilidad en la integración temprana de los cuidados paliativos^{20,30,31}, lo que se complejiza por la tardía solicitud de asesoría a los profesionales especializados en CP³¹.

Esto se suma al temor de dar una señal de renuncia o fracaso frente a la esperanza de una curación, y desmoralizar al paciente y a los familiares, generando un quiebre en la relación médico-paciente¹⁷ o no entregando el tratamiento oportuno por miedo a dañar al paciente por desconocimiento. No obstante, esto se subsanaría a través de una comunicación honesta, compasiva y cercana, donde la esperanza no se centra en la curación sino en el bienestar de la persona desde etapas tempranas de la enfermedad.

La integración temprana de los CP conlleva un trabajo conjunto y coordinado en la atención entregada por los especialistas, los médicos de cabecera y los médicos con la especialidad de cuidados paliativos²⁷, en base a una comunica-

ción fluida y eficiente que permite una atención y cuidados más eficaces, oportunos e integrales^{29,32}, la cual se estructura en base a un proceso que considera el afrontamiento y apoyo del paciente y cuidadores, el control de los síntomas, la toma de decisiones y la planificación del futuro³³.

Es relevante señalar que dada la gran cantidad de personas con patologías crónicas en etapa avanzada que son pasibles de recibir CP, muchas veces se hace difícil una derivación oportuna con un adecuado seguimiento por los equipos de las diferentes especialidades, por lo que la atención conjunta en base a la integración temprana desde la Atención Primaria y en los distintos niveles de atención, podría ser una estrategia para entregar cuidados integrales y activos hasta fin de vida³⁴.

Estrategias para la implementación

I. Formación de los equipos de salud

Una de las estrategias más relevantes para la integración temprana de los CP es la formación de los profesionales de salud²³, siendo un aspecto clave no solo para enfrentar la resistencia que hoy existe en los especialistas, sino también para crear conciencia de la relevancia que tienen estos en la calidad de vida de las personas con patologías y condiciones crónicas^{23,29}.

Por ello, esta formación debería incorporarse de forma transversal desde pregrado hasta posgrado, en todas las disciplinas relacionadas con la salud, considerándolo como un contenido teórico práctico obligatorio en los currículos³⁵, ya que sólo el 15% de los médicos en América Latina han capacitados en el área de los CP, siendo aún menor en las otras profesiones de la salud³⁶.

Esta deficiencia también se observa en la especialidad, de hecho, en el estudio de Pastrana et al., se señala que en Latinoamérica solo en el 42% de los países de la región se reconoce formalmente la medicina paliativa como especialidad médica, generando una brecha en el acceso a una atención especializada, segura y oportuna de las personas pasibles de CP. Entre los países donde es reconocido se encuentra Brasil, Colombia, Costa Rica, Venezuela, Argentina, Ecuador, México y Paraguay. Sin embargo, estos programas poseen diferencias en la duración de la formación, en su

coherencia y los estándares de competencia³⁷. Por otra parte, hay países como Chile, con un alto nivel de desarrollo de programas de CP en personas con cáncer, pero que aún no cuenta con el reconocimiento de la especialidad médica por la Superintendencia de Salud, aunque sí por CONACEM (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas)³⁸.

Si bien la capacitación a nivel de pre y post grado es muy relevante, esta debe ser acompañada por la promoción de un desarrollo de la sensibilidad y de virtudes desde la ética del cuidar, donde la compasión, la competencia, la confianza, la confidencialidad y conciencia sean los ejes articuladores de todo profesional de salud, y de esa manera fortalecer la formación de un equipo multidisciplinario especializado, de manera de permitir la entrega de una atención segura, oportuna y de calidad³⁹.

Por lo anterior, se hace necesario que los docentes clínicos mejoren su capacidad para modelar y enseñar el enfoque de los CP en los distintos niveles de atención, desde la Atención Primaria hasta las unidades de alta complejidad²⁹, y de esa manera generar una orientación más integradora e integral en los campos clínicos.

II. Voluntades anticipadas

Varios estudios en países desarrollados han demostrado que la implementación de las voluntades anticipadas o planificación de cuidados avanzados en el marco de los CP, favorece una mejor disposición por parte de la persona enferma frente a su patología y trayectoria de esta, a través de una comunicación más abierta, fluida y honesta de parte de los equipos de salud en torno al pronóstico de la enfermedad³². Esta herramienta de comunicación permite a las personas y cuidadores tomar decisiones informadas y conscientes en base a un proceso reflexivo, de manera de poder participar en su propio cuidado, mejorar la actitud frente a la implementación de los CP, mantener una comunicación eficaz en torno a las preferencias de atención y fortalecer la relación entre las necesidades de atención deseadas y las entregas por los servicios de salud⁴⁰.

El trabajar en base a voluntades anticipadas

permite a su vez, que cualquier cambio en el transcurso de la enfermedad, sea analizado por el equipo de salud de cabecera y especialista en conjunto con el paciente y cuidadores, de manera de tomar decisiones médicas que permitan disminuir la incertidumbre del proceso y a sí mismo, respetar la autonomía de la persona enferma, de manera de ajustarse a sus objetivos de atención²⁰.

Algunos autores recomiendan que se plantee esta temática una vez que el paciente tenga más asumido el diagnóstico y se presenten situaciones “desencadenantes” como son la aparición de nuevos síntomas, hospitalizaciones, deterioro funcional o el requerimiento de algunos dispositivos, de manera que para los pacientes sea más fácil reconocer la progresión de su enfermedad y, con ello estar más preparados para discutir la incorporación a un programa de CP²⁴. Sin embargo, sería importante recalcar a los clínicos que la derivación no debe realizarse de forma tardía, pudiendo dificultar el control de los síntomas o que simplemente sea tan cercano a la muerte, que no alcance a recibirlos³⁴.

III. Reuniones familiares tempranas

Una de las estrategias recomendadas para la integración temprana son las reuniones familiares planificadas por el equipo de salud. Esta es una estrategia de comunicación que permite intercambiar información de forma eficaz entre la persona enferma y familiares, con el equipo de salud de cabecera⁴¹. Es considerada como una práctica que permite una atención centrada en las necesidades y preferencias de la persona y cuidador, donde se generan alianzas estratégicas que permiten reducir la angustia de los cuidadores, atenuar la percepción de necesidades insatisfechas y capacitar a los familiares para el cuidado³⁰.

IV. Uso de la “Pregunta sorpresa”

Frente a la incertidumbre de definir cuando iniciar la atención paliativa, se han creado guías e instrumentos que ayudan a los profesionales de salud a identificar a las personas adultas que probablemente morirían en los próximos 12 meses y que puedan requerir apoyo paliativo adicional. Una de estas guías es la desarrollada por Thomas

et al.(2010), denominada “Prognostic Indicator Guidance” (PIG), herramienta integrada basada en la predicción de la tasa de supervivencia, el deterioro en el curso de la enfermedad y el aumento de las necesidades de soporte^{42,43}. A su vez, también en esta guía se recomienda usar la denominada pregunta sorpresa, donde el médico de cabecera del paciente debe preguntarse: «¿Me sorprendería que mi paciente muriera en los próximos 12 meses?» En el caso que el profesional conteste que “no”, se debe considerar que ha llegado el momento de iniciar los CP.

Thomas et al. plantean que si los médicos siguen presentando dudas, deben utilizar indicadores generales de deterioro según cada patología y considerar el aumento en las atención especializadas, basándose en indicadores funcionales, biológicos, clínicos y terapéuticos, que pueden ser complementados con herramientas de evaluación funcional como es el índice de Barthel, la evaluación de “cribado” PULSE o la Karnofsky Performance Status Score⁴³, considerando la experiencia del médico al momento de utilizar estos instrumentos.

Beneficios de la integración de cuidados paliativos

En la actualidad se pueden encontrar numerosos estudios que han demostrado que la integración de los cuidados paliativos en el transcurso de la enfermedad y no al final, han permitido mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas con patologías complejas, al garantizar que reciban una atención adecuada durante todo el transcurso de la enfermedad^{15,23,29,44,45}. Esta mejora se basa en un mayor control de síntomas complejos propios de la enfermedad, a la reducción del sufrimiento y dolor, un mejoramiento del estado funcional, la aplicación de intervenciones menos agresivas y menor ansiedad por parte de los pacientes^{27,31,46}.

Se ha observado, además, que la implementación de CP en el hogar favorecen una mayor autonomía de los pacientes y sus familiares con una participación más activamente de su cuidado, lo que genera una disminución de las consultas a urgencia y hospitalizaciones^{15,29,47}. Esto fue más notorio en los casos en que la integración de los CP fue realizada tempranamente^{27,44}, y donde se

incorporó terapias de rehabilitación para mejorar la funcionalidad de las personas⁴⁷.

Por otra parte, la integración temprana de los cuidados también beneficia el estado mental, físico y social de los cuidadores, quienes señalan sentir mayor satisfacción frente a su cuidado con una menor carga en la atención²⁷.

Conclusión

Actualmente los cuidados paliativos han tomado cada vez mayor protagonismo como una estrategia de atención en salud, sin embargo, su desarrollo se ha visto enmarcado al alero de la oncología, existido una resistencia en la integración de dichos cuidados en los pacientes con patologías crónicas que limitan la vida, lo cual corresponden a más del 65% de las personas que son pasibles de cuidados paliativos en el mundo⁹. Esta resistencia no solo se presenta desde los especialistas clínicos, sino también desde los propios pacientes y familiares, para quienes la palabra “paliativo” puede ser desalentadora, dado que se vincula directamente con la muerte¹⁸.

En consecuencia, se hace necesario desmitificar los CP en la población general, empezando por capacitar a los profesionales de salud respecto a la esencia de los cuidados paliativos, junto con el desarrollo de políticas pública enfocadas a CP universales tempranos y no solo en personas en estado terminal³⁸, de manera de contar con prestaciones y financiamiento para su implementación.

Por lo mismo, es imprescindible la formación en la especialidad en cuidados paliativos, y el reconocimiento de ésta entre los profesionales médicos, de enfermería, de psicología, entre otros, lo que favorecería una discusión experta para la implementación temprana de las CP en la población a todo nivel de la atención en salud.

La evidencia ha demostrado la efectividad que tiene la integración temprana y oportuna de los CP en las personas con enfermedades oncológicas, en quienes este enfoque ha generado una mejora significativa en el ámbito físico, psicoemocional y espiritual, repercutiendo sustancialmente en su calidad de vida, tanto en el trayecto de la enfermedad como a fin de vida. Por lo tanto, la aplicación de un enfoque de CP tempranos en

personas con patologías crónicas complejas y con limitación de su vida, independiente de la edad, permitiría entregar una atención activa, oportuna, segura e integral, al alero de un equipo de salud interdisciplinar que esté capacitado y coordinado en los distintos niveles de atención en base una red integrada, la cual debe estar liderada por profesionales especializados y empoderados en su quehacer.

“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras” (Cicely Saunders).

Referencias

1. Kwong M, Curtis EE, Mell MW. Underutilization of Palliative Care for Patients with Advanced Peripheral Arterial Disease. *Ann Vasc Surg.* 2021 Oct; 76: 211-217. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S089050962100488X>
2. Saunders C. A personal therapeutic journey. *BMJ.* 1996 Dec 21; 313(7072): 1599-1601. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.313.7072.1599>
3. Clark D, Centeno C. Palliative care in Europe: An emerging approach to comparative analysis. *Clin Med (Northfield Il).* 2006 Mar 1; 6(2): 197-201. Available from: <https://www.rcpjournals.org/lookup/doi/10.7861/clinmedicine.6-2-197>
4. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014 Apr 8; 28(4): 302-311. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313518266>
5. World Health Organization. Definition of palliative care. 2015 [cited 2019 Nov 10]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
6. Beernaert K, Deliens L, De Vleminck A, Devroey D, Pardon K, Block L Van den, et al. Is There a Need for Early Palliative Care in Patients With Life-Limiting Illnesses? Interview Study With Patients About Experienced Care Needs From Diagnosis Onward. *Am J Hosp Palliat Med.* 2016 Jun 7; 33(5): 489-497. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909115577352>
7. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017 Sep; 18(9): e543-e551. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147020451730582X>
8. Dalgaard KM, Bergenholtz H, Nielsen ME, Timm H. Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliat Support Care.* 2014 Dec 13; 12(6): 495-513. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1478951513001338/type/journal_article
9. World Health Organization. Cuidados paliativos. 2020 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
10. Beernaert K, Cohen J, Deliens L, Devroey D, Vanthomme K, Pardon K, et al. Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: A population-based study. *Respir Med.* 2013 Nov; 107(11): 1731-1739. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0954611113002151>
11. Clare P. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ.* 2003 Jul 24; 327(7408): 195-200. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.327.7408.195>
12. Lanini I, Samoni S, Husain-Syed F, Fabbri S, Canzani F, Messeri A, et al. Palliative Care for Patients with Kidney Disease. *J Clin Med.* 2022 Jul 5; 11(13): 3923. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/13/3923>
13. Rodríguez Prada A, Calderon Gómez J, Krikorian Dave-loza A, Zuleta Benjumea A. Comunidades compasivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia. *Psicooncología [Internet].* 2017 Jan 1; 14(2-3): 325-342. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57089>
14. Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, Louis JS, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol.* 2013 Apr; 14(5): 391-436. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204513700482>
15. Quinn KL, Stukel T, Stall NM, Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, et al. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: population based matched cohort study. *BMJ.* 2020 Jul 6; m2257. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m2257>
16. Murali KP, Merriman JD, Yu G, Vorderstrasse A, Kelley A, Brody AA. An Adapted Conceptual Model Integrating Palliative Care in Serious Illness and Multiple Chronic Conditions. *Am J Hosp Palliat Med.* 2020 Dec 8; 37(12): 1086-1095. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909120928353>
17. Gin-Sing W. Palliative care in pulmonary arterial hypertension. *Curr Opin Support Palliat Care [Internet].* 2017 Mar; 11(1): 7-11. Available from: <https://journals.lww.com/01263393-201703000-00003>
18. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2017 Jan 1; 35(1): 96-112. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2016.70.1474>
19. Zuniga-Villanueva G, Ramos-Guerrero JA, Osio-Saldaña M, Casas JA, Marston J, Okhuysen-Cawley R. Quality Indicators in Pediatric Palliative Care: Considerations for

- Latin America. *Children*. 2021 Mar 23; 8(3): 250. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/8/3/250>
20. Weisbrod N. Primary Palliative Care in Dementia. *Neurotherapeutics*. 2022 Jan 26; 19(1): 143-151. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s13311-021-01171-x>
 21. Trachsel M, Hodel MA, Irwin SA, Hoff P, Biller-Andorno N, Riese F. Acceptability of palliative care approaches for patients with severe and persistent mental illness: a survey of psychiatrists in Switzerland. *BMC Psychiatry*. 2019 Dec 11; 19(1): 111. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2091-x>
 22. Byrne A, Sivell S, Moraes FY, Bulbeck H, Torrens-Burton A, Bernstein M, et al. Early palliative interventions for improving outcomes in people with a primary malignant brain tumour and their carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Sep 27; Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013440>
 23. Zapponi S, Ascari M, Feracaku E, Masin S, Paglia P, Petroccione R, et al. The palliative care in dementia context: Health professionals point of view about advantages and resistances. *Acta Biomed Heal Prof*. 2018; 89(4): 45-54.
 24. Palmer R. The Acute Care for Elders Unit Model of Care. *Geriatrics*. 2018 Sep 11; 3(3): 59. Available from: <http://www.mdpi.com/2308-3417/3/3/59>
 25. Kimani KN, Murray SA, Grant L. Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: A serial interview study. *BMC Palliat Care*. 2018 Dec 17; 17(1): 28. Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0284-6>
 26. World Health Organization. WHO definition of palliative care. 2016. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es#gsc.tab=0
 27. Hicks S, Davidson M, Efstathiou N, Guo P. Effectiveness and cost effectiveness of palliative care interventions in people with chronic heart failure and their caregivers: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2022 Nov 23; 21(1): 205. Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-01092-2>
 28. Zou RH, Kass DJ, Gibson KF, Lindell KO. The Role of Palliative Care in Reducing Symptoms and Improving Quality of Life for Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis: A Review. *Pulm Ther*. 2020 Jun 4; 6(1): 35-46. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s41030-019-00108-2>
 29. Senderovich H, McFadyen K. Palliative Care: Too Good to Be True? *Rambam Maimonides Med J*. 2020 Oct 14; 11(4): e0034. Available from: <https://www.rmmj.org.il/issues/47/articles/1040>
 30. Bradshaw S, Bem D, Shaw K, Taylor B, Chiswell C, Salama M, et al. Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity – a scoping review. *BMC Pediatr*. 2019 Dec 30; 19(1): 301. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1648-7>
 31. Siouta N, Clement P, Aertgeerts B, Van Beek K, Menten J. Professionals' perceptions and current practices of integrated palliative care in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study in Belgium. *BMC Palliat Care*. 2018 Dec 24; 17(1): 103. Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0356-7>
 32. Williams MT, Kozachik SL, Karlekar M, Wright R. Advance Care Planning in Chronically Ill Persons Diagnosed with Heart Failure or Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Integrative Review. *Am J Hosp Palliat Med*. 2020 Nov 13; 37(11): 950-956. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909120909518>
 33. Zimmermann C, Ryan S, Hannon B, Saltman A, Rodin G, Mak E, et al. Team-based outpatient early palliative care: A complex cancer intervention. *BMJ Support Palliat Care*. 2019 Aug 12; [bmjspcare-2019-001903](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001903). Available from: <https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2019-001903>
 34. Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, van der Eerden M, Stevenson D, McKendrick K, et al. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. 2016 Mar 24; 30(3): 224-239. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216315606645>
 35. Gallastegui-Braña A, Parra-Giordano D, Pérez-Cruz P. Estado de formación en cuidados paliativos a nivel del pregrado en las carreras de Medicina y Enfermería de Chile. *Rev Med Chil*. 2022 Apr; 150(4): 541-548. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000400541&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 36. Global atlas of palliative care. *Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance*. World Health Organization. 2a edición. 2020.
 37. Pastrana T, De Lima L. Palliative Care in Latin America: Are We Making Any Progress? Assessing Development Over Time Using Macro Indicators. *J Pain Symptom Manage*. 2022 Jan; 63(1): 33-41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392421004747>
 38. Bonilla P. Cuidados paliativos en Latinoamérica. *Rev Nutr Clínica y Metab*. 2021 May 15; 4(2): 4-13. Available from: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/226>
 39. Freitas ED de. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: Estudo dirigido da Carta de Praga. *Rev Bioética*. 2017 Dec; 25(3): 527-535. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300527&lng=pt&tlng=pt
 40. Periyakoil VS, Gunten CF von, Arnold R, Hickman S, Morrison S, Sudore R. Caught in a Loop with Advance Care Planning and Advance Directives: How to Move Forward? *J Palliat Med*. 2022 Mar 1; 25(3): 355-360. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2022.0016>
 41. Glajchen M, Goehring A, Johns H, Portenoy RK. Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Curr Treat Options Oncol*. 2022 May 22; 23(5): 658-667. Available from: <https://link.springer.com/10.1007>

- s11864-022-00957-1
42. O'Callaghan A, Laking C, Frey R, Robinson J, Gott M. Can we predict which hospitalised patients are in their last year of life? A prospective cross-sectional study of the Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance as a screening tool in the acute hospital setting. *Palliat Med.* 2014 Sep 22; 28(8): 1046-1052. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314536089>
 43. Thomas KT. The GSF Prognostic Indicator Guidance. *End Life Care.* 2010; 4(1): 62-64.
 44. Slavin SD, Warraich HJ. El momento óptimo para comenzar los cuidados paliativos en insuficiencia cardiaca: Una revisión narrativa. *Rev Española Cardiol.* 2020 Jan; 73(1): 78-83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030089321930404X>
 45. Rajnoveanu RM, Rajnoveanu AG, Fildan AP, Todea DA, Man MA, Motoc NS, et al. Palliative Care Initiation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prognosis-Based, Symptoms-Based or Needs-Based? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis [Internet].* 2020 Jul; 15: 1591-1600. Available from: <https://www.dovepress.com/palliative-care-initiation-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease-pr-peer-reviewed-article-COPD>
 46. Waller A, Hobden B, Fakes K, Clark K. A Systematic Review of the Development and Implementation of Needs-Based Palliative Care Tools in Heart Failure and Chronic Respiratory Disease. *Front Cardiovasc Med.* 2022 Apr 13; 9. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcvm.2022.878428/full>
 47. Henoeh I, Ekberg-Jansson A, Löfdahl CG, Strang P. Benefits, for patients with late stage chronic obstructive pulmonary disease, of being cared for in specialized palliative care compared to hospital. A nationwide register study. *BMC Palliat Care.* 2021 Dec 24; 20(1): 130. Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00826-y>