

Cuidados paliativos en pacientes con cáncer. Una necesidad actual y vigente

Jhonatan Alfonso Esper-Rueda*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una de las enfermedades que causa mayor mortalidad en el mundo; se estima que entre 2007 y 2030 la mortalidad mundial crecerá un 45% pasando de 7,9 millones a 11.5 millones de personas, debido al crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. Se estima además que el número de casos nuevos crecerá en el mismo tiempo de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en el año 2030¹. Por todo esto, es claro que la salud pública y la investigación no deben alejar su mirada de esta enfermedad que genera tanto impacto.

El 50% de los pacientes con cáncer no se curan de su enfermedad², pero los avances en las terapias actuales permiten que muchos de estos pacientes aumenten su sobrevida, y que el enfoque en algunos casos se base en evitar la progresión de su enfermedad y mejorar su calidad de vida. La medicina del siglo XXI tiene dos objetivos de la misma categoría e importancia, primero luchar contra las enfermedades, evitándolas o curándolas, y segundo el alivio del sufrimiento, permitiendo además que cuando llegue la muerte los pacientes la reciban en paz³. La OMS en una nota en febrero del año en curso, luego del día mundial contra el cáncer, resaltó el impacto que está produciendo esta enfermedad, catalogándolo como la principal causa de mortalidad a escala mundial; además, resaltó lo vital que es continuar trabajando en programas nacionales de control, los cuales abarcan actividades que van desde la promoción de la salud, pasando por la prevención, detección temprana y tratamiento hasta los cuidados paliativos¹, los cuales merecen una especial atención.

Para realizar una ubicación en el enfoque actual de los cuidados paliativos es necesario tener presente algunas consideraciones que se han modificado a través de la historia. Para empezar, la actitud del

hombre frente a la muerte ha sido muy cambiante; durante la edad media existió la llamada “muerte doméstica”, donde la persona consciente de su próximo deceso invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho donde se realizaba el “rito de la habitación”. Luego de esto, se reforzaron las ideas acerca del juicio final, el purgatorio y la salvación, las cuales fueron influenciadas por las obras materiales y espirituales, brindando un enfoque más individual del proceso de muerte, esta etapa fue llamada “muerte de uno mismo”⁴.

En el siglo XIX empieza a transferirse la preocupación de este proceso hacia los seres queridos, este periodo se conoce como “la muerte del otro”, caracterizada por la expresión pública del duelo e inicia el culto en los cementerios. Ya con la primera guerra mundial, empieza el proceso de la “muerte prohibida”, en este se aparta el concepto de muerte de la vida cotidiana y se señala como un fenómeno extraño y vergonzoso. A partir de entonces, la muerte deja de ser esperada, acompañada y aceptada como lo fue en los siglos anteriores⁴. Frente a estos comportamientos ante la muerte siempre se ha centrado en lo que es el cuidado de los enfermos, ya sea por parte de sus familias o los médicos de la época. Durante el siglo IV aparecen instituciones cristianas conocidas como *hospitium*, consideradas como los primeros hospitales, los cuales se esparcieron por el territorio romano y en Europa. En la edad media, fueron lugares de acogida para peregrinos los cuales en ocasiones estaban gravemente enfermos o moribundos⁵. Posteriormente en Francia, en 1842, se utiliza este término por primera vez vinculado al cuidado de los moribundos, cuando Mme Jeanne Garnier fundó estos centros llamados Hospicios o Calvarios dedicados al cuidado de estos pacientes.

El movimiento moderno de Hospicios es atribuido a Cicely Saundres, enfermera y médica, apasionada

* Editor en Jefe Revista Médicas UIS. Estudiante de Medicina IX semestre. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Sr. Esper-Rueda. Carrera 25 N° 30-52 Aurora. Bucaramanga. Santander. Colombia. e-mail: jhonatanesper@gmail.com
Artículo recibido el 17 Enero de 2011 y aceptado para publicación el 6 de Febrero de 2011.

por el cuidado de los enfermos, quien en 1967 inauguró su institución *St. Christopher's Hospice* en Londres; este lugar se convirtió en un centro de cuidado y apoyo a los enfermos terminales y sus familias, donde también se realizó docencia e investigación. Los resultados obtenidos en esta institución fueron de inspiración para otras a nivel nacional e internacional debido a que se demostró que el acompañamiento emocional, social y espiritual logra un impacto muy positivo en la calidad de vida de los enfermos terminales y sus familias.

El origen etimológico de la palabra paliativo, es del latino *pallium* que significa manto o cubierta, haciendo referencia al acto de aliviar los síntomas o el sufrimiento⁶. Debido a que en el francés la palabra *hospice* puede usarse como sinónimo de hospital, Balfour Mount acuñó el término de cuidados paliativos en lugar de *hospice* para utilizarlo en Canadá y de igual forma otros países empezaron a optar por este término⁴.

Es hasta 1980 cuando la OMS incorpora el concepto de cuidados paliativos y promueve este programa como parte importante del control del cáncer. A pesar de que es cierto que el tratamiento paliativo de los síntomas ha estado presente desde la antigüedad, es luego de la influencia de los estudios de Cicel y Saunders y su institución en 1970, que empezaron a extenderse estos conceptos, alcanzando su madurez en los años 90. En 1987 la medicina paliativa fue reconocida como una especialidad médica, siendo definida como “el estudio y gestión de los pacientes con enfermedad activa gradual y ultra avanzada, para la cual es limitado el pronóstico y la aproximación del cuidado, es la calidad de vida”⁷. En un principio este término se incorporó a las prácticas médicas, sin embargo debido a la integralidad en el cuidado de estos pacientes este término ha sido expandido en las demás profesiones de la salud.

En el año 2002 la OMS define los Cuidados Paliativos (CP) de la siguiente forma: “cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos también son aplicables en fases previstas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos”⁸.

A pesar de la gran definición que da la OMS a los CP, es poca su aplicabilidad en la actualidad, debido

principalmente a que la medicina durante el siglo XX, cambió su orientación guiándose hacia un estudio más exhaustivo de las enfermedades en busca de sus causas para plantear posibles soluciones o curaciones de la enfermedad. En la actualidad los avances tecnológicos han permitido llegar a este objetivo en muchas enfermedades o por lo menos estar cada vez más cerca, por lo que muchos esfuerzos en la investigación y la docencia van encaminados a crear conocimiento o generar argumentos con el objetivo de prolongar las expectativas de vida más que a velar por la calidad, llevando a que el manejo sintomático de la enfermedad haya sido trasladado a un segundo plano y en ocasiones este siendo totalmente ignorado.

La visión integral del paciente ha sido en ocasiones opacada por la aplicación sistemática de tratamientos, que algunos autores lo llaman “encarnizamiento terapéutico”, olvidando que es más importante calidad que la cantidad de vida en un paciente²⁷.

Partiendo de este principio, es vital resaltar la importancia de la calidad de vida en pacientes oncológicos, ya que además de tener cáncer, muchas de las medidas terapéuticas afectan la vida física, social y emocional de estos enfermos. Aunque la calidad de vida maneja un concepto amplio y multidimensional, algunos autores lo definen como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la satisfacción, la felicidad, o un sentimiento de bienestar personal, es un juicio subjetivo que está vinculado a indicadores objetivos como lo son biológicos, psicológicos, conductuales y sociales⁹. Y definitivamente la calidad de vida debe ser el objetivo de los cuidados paliativos en cualquier modalidad en que sean brindados estos servicios.

Teniendo en cuenta que la calidad de vida parte de una definición subjetiva basada en indicadores objetivos, es interesante conocer acerca de ellos en pacientes que están en condiciones terminales; parte de esto se puede observar en un estudio realizado por la Facultad de Medicina de Harvard¹⁰, donde buscaban caracterizar la experiencia de la muerte en los pacientes con cáncer en los últimos seis meses de vida, de esta forma realizaron un estudio retrospectivo incluyendo pacientes con cáncer de pulmón de célula pequeña y cáncer de colon metastásico estadio III o IV. Dentro de sus resultados se puede destacar que la severidad de la enfermedad empeora su estado funcional, encontrando que la mayoría de los pacientes tienen cuatro o más deficiencias en los tres días antes de la muerte, el dolor severo es común, ya que una cuarta parte de

los pacientes experimentan dolor grave tres a seis meses antes de la muerte y el 40% aún más severo en los últimos tres días de su vida, además, cerca de dos tercios quieren renunciar a la resucitación a menos de tres días antes de su muerte¹⁰. Este estudio pone en manifiesto el declive funcional y el dolor intenso mal controlado que experimentan estos pacientes.

En el estudio SUPPORT (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments*) se pretendió evaluar la carga de los síntomas de los pacientes hospitalizados, justificando el dolor como el síntoma más evaluado y asociado a pacientes gravemente enfermos. Pero poco se ha tenido en cuenta la presencia de síntomas múltiples y sus combinaciones en estudios anteriores, lo cual es muy necesario para comprender la carga total de estos y desarrollar estrategias a seguir en un tratamiento integral. Dentro de los resultados de este gran estudio, se evidenció que el 49% de los pacientes informaron que había uno o más síntomas entre moderados y severos por lo menos la mitad del tiempo de su estancia, más del 40% refirieron uno o más síntomas severos en cualquier frecuencia. Dentro del grupo de síntomas los que más se presentaron con frecuencia fue el dolor en primer lugar, seguido muy de cerca por la ansiedad, además de la depresión y las náuseas que también fueron referidos con cierta frecuencia. Dentro de los pacientes incluidos en el estudio, los que tenían como diagnóstico cáncer de pulmón y EPOC tuvieron una mayor carga de síntomas. Cabe destacar que en este estudio se incluyeron pacientes con varios diagnósticos, algunos no oncológicos¹¹.

Los estudios anteriores ponen en relieve la importancia de mejorar la calidad de la atención en los pacientes críticos o gravemente enfermos ya que es difícil con estos resultados pensar que está siendo efectivo el abordaje de los CP en estos pacientes cuando es notable la gran carga de síntomas que los acompañan en los últimos meses de su vida. Para analizar el por qué de esta situación es pertinente cuestionar que tanta conciencia existe en la actualidad de la importancia de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer, sin que esto quiera restarle importancia a los pacientes en estado terminal debido a otras condiciones médicas, ya que mejorar calidad de vida es un objetivo crucial que debe estimar esfuerzos desde cualquier especialidad o condición médica.

La Sociedad Europea de Oncología Médica realizó un estudio entre sus miembros con respecto a su participación y actitudes hacia los cuidados paliativos de los pacientes con cáncer avanzado¹².

Este estudio demostró que el 82,5% refirieron que estos pacientes representaban una proporción importante de su práctica, el 22% de los encuestados consideraron que estos pacientes constituían la mayor parte de su práctica; pero solo un 35% ha colaborado a menudo con un especialista en CP. Además, también se les consultó acerca de las tareas clínicas del CP, refiriendo con mayor frecuencia que se trataba de síntomas físicos, tales como dolor, fatiga, náuseas y vómitos, con escasa frecuencia se hizo referencia al manejo de los síntomas psicológicos y problemas en la atención final de la vida, como depresión, ansiedad, angustia o delirio, esto indica que no hay una conciencia clara del abordaje integral de los CP; además, la mayoría apoyó la idea de que los oncólogos médicos debían coordinar el cuidado al final de la vida, pero un 42% consideró que no estaban bien capacitados para esta tarea. Este último hallazgo es muy cuestionable, debido a que es de vital importancia que desde la formación de pregrado en medicina se trabaje en habilidades que permitan fortalecer el CP de estos pacientes, y con mayor razón el personal que está coordinando su manejo, como lo es el especialista clínico.

Es pertinente evaluar las causas del por qué aunque hay relativa conciencia del estado de estos pacientes en algunos profesionales de salud, o especialistas, no se está utilizando con eficiencia los programas de CP, que desde hace dos décadas la OMS incluyó como eje fundamental en el manejo del paciente con cáncer y que además desde 1987 ya existe como especialidad médica.

El Doctor Nada Fadul del Departamento de Cuidado Paliativo y Rehabilitación Médica, en la Universidad de Texas publicó un estudio en el 2009 acerca de las diferencias que podrían presentarse en el personal a cargo de los CP de estos pacientes, al utilizar el término Atención de Apoyo (CA) versus CP. Con este estudio se evidenció que el nombre de CP en algunas ocasiones es percibido como una barrera a la remisión, por la posibilidad de que genere una disminución de la esperanza en los pacientes y sus familias, siendo mayor la probabilidad de remitir con mayor facilidad a los pacientes a CA¹³.

El Instituto Nacional de Salud en los EEUU, define el CA como el cuidado con la posibilidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una amenaza en la vida o enfermedad grave. Su objetivo es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de la enfermedad o los efectos secundarios causados por el tratamiento de la enfermedad, ya sean psicológicas, sociales y espirituales¹⁴.

La Sociedad Europea de Oncología Médica ha reconocido la necesidad de integrar el servicio de CA para los pacientes con cáncer, definiéndolo como la atención que tiene como objetivo optimizar la comodidad, la función y el apoyo social de los pacientes y su familia en todas las etapas de la enfermedad, incluyendo aquellos con cáncer curable¹⁵.

Es de vital importancia que estos cuidados estén al alcance en los pacientes oncológicos, casi desde el inicio de su diagnóstico, si tenemos en cuenta que un tercio de los pacientes con cáncer son potencialmente prevenibles¹⁶, otro tercio es potencialmente curable y el tercio restante que son personas con cánceres incurables, se puede mejorar notablemente la calidad de vida de muchos de estos pacientes, ya sea con los CA durante su enfermedad y los CP en los casos avanzados y de mayor carga.

Actualmente se conoce que del 40 al 75% de los enfermos de cáncer, en las diferentes etapas de la enfermedad sufren dolor. La OMS calcula que al menos siete millones de personas sufren dolor causado por el cáncer y esto en muchas ocasiones se convierte en una razón para el abandono del tratamiento oncológico, por lo cual es importante evaluar el estado funcional de estos pacientes desde su diagnóstico y recolectar esfuerzos para preservar la calidad de vida lo máximo posible. Para esto se puede hacer uso del CA que al igual que los CP, ameritan un manejo integral para preservar la calidad de vida de estos pacientes, logrando además que la estancia en el tratamiento oncológico sea más tolerado, lo que conlleva en muchas ocasiones mayores beneficios para el paciente y su familia; además de una mayor probabilidad en alcanzar el objetivo de las medidas terapéuticas.

Murray y co. reflexionan sobre el significado de la expresión “final de la vida” diferenciándolo del concepto “muerte inminente”. Desde su punto de vista el “final de la vida” es el proceso que habría que cuidar en todas sus dimensiones, tanto en el control de síntomas, en cuestiones de calidad de vida, de buena comunicación, de tratamiento del impacto emocional, etc, sin que sea necesario trabajar en estos cuidados únicamente cuando se está ante la posibilidad de “muerte inminente” que haría referencia al paciente que está en el máximo grado de discapacidad por su enfermedad. En este sentido parece necesario que desde varias instancias se reconozca la discapacidad progresiva y el mal pronóstico de algunas condiciones, lo que haría que este tipo de pacientes puedan beneficiarse de una atención más integral.

Un ejemplo de lo anterior, fue un estudio realizado por el servicio de Oncología Médica, del Hospital Universitario de Valencia, España, donde se incluyeron pacientes con cáncer de pulmón de célula pequeña y se evaluó el efecto de la introducción temprana de CP, en comparación con un segundo grupo con manejo estándar de CP. Los resultados mostraron que quienes tuvieron acceso a estos cuidados de forma temprana, presentaron una mejor calidad de vida, además de una mayor supervivencia, que se prolongó aproximadamente dos meses en comparación con el grupo de manejo estándar¹⁷.

Dentro del llamado manejo integral de los pacientes no hay que olvidar la atención hacia el eje familiar, está demostrado que esta enfermedad los afecta significativamente. En el estudio SUPPORT también se conoció que un tercio de los pacientes requirió considerable asistencia de un miembro de su familia para su cuidado, en el 20% de los casos, un miembro de la familia tuvo que dejar de trabajar o hacer cambios importantes en su estilo de vida y un tercio de los casos además refirieron pérdida de la mayoría o la totalidad de los ahorros de la familia¹⁸. Todo esto indica que estas cargas podrían afectar su funcionamiento, y dentro de la definición de CP y CA son importantes las medidas de apoyo que se dirijan para mantener y mejorar el funcionamiento del eje familiar, el cual en muchas ocasiones es visto con indiferencia, lo que puede afectar el entorno y la red de apoyo con la que cuentan estos pacientes, ignorando la importancia que tienen dentro de la evolución de estos pacientes al igual que en muchas otras condiciones clínicas.

Algunos estudios han identificado que el temor que existe por los CP que constituye una barrera para su fortalecimiento debido en parte a que muchas personas relacionan estos cuidados como un medio para facilitar la muerte, en algunos casos llegando a suponer que estos cuidados pueden acelerarla¹⁹. Cabe hacer énfasis que procesos como el de la eutanasia no son considerados dentro de los CP y aunque el fin de los CP no sea prolongar la vida, ni acelerar la muerte, muchos estudios han demostrado aumento de la supervivencia en estos pacientes²⁰⁻².

En cuanto a la efectividad de los CP, existen varios estudios que demuestran los beneficios de esta práctica. El proyecto ENABLE II, reporta que en los pacientes a quienes se les aplicó un programa de CP tuvieron una mejoría en su calidad de vida y en el estado de ánimo al final de la vida²³. Otro estudio realizado en Hong Kong demostró que los pacientes que recibieron CP tenían menos acceso a las salas de urgencias, siendo menor la duración de la instancia

hospitalaria, además tuvieron menos intervenciones iniciadas, en sus historias clínicas estaban mejor documentadas la carga de sus síntomas siendo más probable recibir analgésicos coadyuvantes y sedantes; en las 72 horas antes de su fallecimiento, este grupo estaba mentalmente más alerta. Por lo tanto, la evidencia actualmente apoya los beneficios de un buen programa de CP; por tal razón es importante que todos los centros encargados de la atención de estos pacientes, estimen algunos de sus esfuerzos en crear estos programas o fortalecer los existentes.

Leo Pessini resalta unos principios de base que deben tener los cuidados paliativos²⁴, a continuación los nombro ya que sintetizan muy de cerca muchos de los puntos aquí discutidos.

- Los cuidados paliativos valorizan alcanzar y mantener un nivel óptimo de control del dolor y la administración de los síntomas.
- Afirman la vida y entienden el morir como un proceso normal, no apresuran ni posponen la muerte, no deben acortar la vida prematuramente.
- Integran aspectos psicológicos y espirituales de los cuidados al paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte.
- Ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad y el duelo.
- Buscan mejorar la calidad de vida.
- Son aplicables en el periodo inicial de la enfermedad y concomitante con sus modificaciones y con las terapias que prolongan la vida.
- Exigen un trabajo en equipo.

Me detengo en este último punto, el trabajo en equipo; los CP deben estar orientados en un manejo integral, que parte de la necesidad de disponer de las competencias de varios profesionales en salud. Trabajo en equipo se entiende como un grupo de profesionales con competencias diferenciadas que intentan alcanzar objetivos comunes; en ellos la interacción no tiene por qué ser ni frecuente ni fundamental. La existencia de este tipo de equipos asistenciales se justifica por la multidimensionalidad del ser humano al que atienden²⁵.

Estas acciones justifican la necesidad sobresaliente que existe en la preparación básica de los médicos y demás profesionales en salud, siendo necesario fortalecer las competencias que permitan ejercer un excelente papel a nivel de los CP, también dirigir un mayor esfuerzo hacia la investigación en esta área.

Debido a que estamos en una sociedad creciente y que cada vez verán en este modelo de atención una opción clara para trabajar sobre su calidad de vida, aún más cuando está en máximo riesgo.

Cicely Saunders afirmó que se requiere “cambio de actitudes y educación de todos los profesionales implicados con los pacientes que tienen una enfermedad crónico-degenerativa. Esto exige un compromiso humano, más allá de medicamentos e intervenciones costosas y debe ser una preocupación de todos los gobiernos”²⁴.

Está claro que en todo momento la autonomía de estos pacientes, prima ante cualquier procedimiento, pero también es nuestra responsabilidad como médicos, atender la necesidades de estos pacientes y explicar con un lenguaje claro los beneficios y el enfoque de estas terapias. La American Society of Clinical Oncology (ASCO) tiene un programa de planificación de los cuidados del enfermo con cáncer en etapa avanzada, que sirve como guía para los pacientes que se encuentran en esta situación²⁶. Sería de gran ayuda que se impulsara por trabajar en programas similares que ayuden a los pacientes y sus familias a asimilar más cada etapa de la enfermedad, potenciando el conocimiento de ellos, hacia los beneficios de sus tratamientos.

Nunca es justificable el descuido al que pueda estar destinado un paciente. Luego que es dado su diagnóstico, este opte por no seguir con su tratamiento con fines curativos, es responsabilidad del médico enfocar sus terapias hacia un manejo paliativo integral, que le permita preservar la máxima calidad de vida posible y la de su familia ante la historia natural de su enfermedad.

Con todo esto es muy visible la gran importancia que ha tenido el cuidado de los pacientes a través de la historia, ya que solo hace dos décadas se consideraron como un pilar objetivo para la OMS en el cuidado y manejo de los pacientes. A pesar de esto, es cierto que aun estamos ante una realidad que deprime el significado de calidad de vida al final de vida de los pacientes, tal vez por los grandes esfuerzos que se han dirigido hacia el estudio terapéutico, lo que no justifica que vivamos una época en donde el final de la vida sea ignorada, o por lo menos no sea abordado con la integralidad necesaria, que permitiría a nuestros pacientes un paso digno hacia la muerte.

Termino con una frase que expone Leo Pessini: “así como nos ayudaron a nacer, también necesitamos ser ayudados en el momento del adiós a la vida”.

Agradezco a los docentes que durante mi pregrado siempre hicieron énfasis en la importancia de atender a cada paciente con un manejo integral y en especial al Dr. Jesús Insuasty quien me permitió tener un acercamiento más cercano al cuidado y la atención de los pacientes oncológicos.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Cáncer. OMS 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
2. Sociedad Americana del Cáncer. Datos estadísticos sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2009-2011. Atlanta, GA: Sociedad Americana del Cáncer. 2011.
3. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Paidós 2001. Barcelona.
4. Del Río I, Palma A. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. Boletín de la escuela de medicina de la Universidad Católica de Chile. 2007;31(2):16-22.
5. Saunders D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press 2004. New York. USA. Tercera Edición.
6. Billings A. "What is Palliative Care". J Palliat Med. 1998;1(1):73-81.
7. Dolyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University 2005 New York. USA. Cuarta Edición.
8. Organización Mundial de la Salud. Consulta de la World Wide Web 2011. Disponible en: <http://www.who.int/en/>
9. Figueredo K. Cuidados paliativos una opción vital para pacientes con cáncer de mama. Rev haban cienc méd La Habana 2008;2(4):1-12.
10. McCarthy E, Phillips R, Zhong Z, Drews R, Lynn J. Dying with cancer: patients' function, symptoms, and care preferences as death approaches. J Am Geriatr Soc 2000;48(5):110-21.
11. Desbiens N, Muller N, Connors A, Wenger Neil, Lynn J. The Symptom Burden of Seriously Ill Hospitalized Patients. Journal of Pain and Symptom Management 1999;17(4):248-55.
12. Nathan I, Cherny M, Catane R. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer. Cancer 2003;98(11):2502-10
13. Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, Del Fabro E, Swint K, Li Z, et al. Supportive versus palliative care: what's in a name?: a survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. Cancer 2009;115(9):2013-21.
14. National Cancer Institute. Dictionary of cancer 2009. Disponible en: [Termshttp://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=46609](http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=46609).
15. Cherny N, Catane R, Kosmidis P. European Society for Medical Oncology (ESMO) Program for the Integration of Oncology and Palliative Care: a 5-year review of the Designated Centers' incentive program. Ann Oncol. 2010;21(2):362-69.
16. Norma programa nacional para el alivio del dolor y cuidados paliativos. Gobierno de Chile, ministerio de salud. Quinta edición. Publicado en 2009.
17. Camps C, Del Pozo N, Blasco A, Sirera R. Importance of Quality of Life in Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer. Clinical Lung Cancer 2009;10(2):83-90.
18. Covinsky K, Goldman L, Cook E, Oye R, Desbiens N, Reding, et al. The impact of serious illness on patients' families. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. JAMA. 1994;272(23):1839-44.
19. Connor Stephen, Bruce Pyenson, Kathryn F, Spence C, Kousuke I. jpainsymman. 2007;33(3):238-46.
20. Christakis N, Iwashyna T, Zhang J. Care after the onset of serious illness: a novel claims-based dataset exploiting substantial cross-set linkages to study end-of-life care. J Palliat Med. 2002;5(2):515-29
21. Christakis N. Predicting patient survival before and after hospice enrollment. Hosp J. 1998;13(1):71-87.
22. Forster L, Lynn J. The use of physiologic measures and demographic variables to predict longevity among inpatient hospice applicants. Am J Hosp Care. 1989;6(1):31-34
23. Bakitas M, Lyons K, Hegel M, Balan S, Browkaw F, Seville J, et al. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer. JAMA. 2009;302(7):741-49.
24. Pessini L, Bertachini. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta Bioethica. 2006;12(2):231-42.
25. Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. Anales Sis San Navarra. 2007;30(3):71-86.
26. Planificación de los cuidados del enfermo con cáncer en etapa avanzada. ASCO 2011
27. Severiche H. Encarnizamiento terapéutico. Persona y Bioética Universidad de la Sabana. 2000;9-10(4):135-44.