

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1024>

Fin de vida del paciente oncológico: percepciones de pacientes, familiares y médicos

End of life of the cancer patient: patient, family and physician perceptions

Lucía Arroyo Castillo^{a,b} , Angélica Arango-Gutiérrez^c , Esther De Vries^{d,e} ^a Programa de Maestría en Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia.^b Departamento de Fonoaudiología, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.^c Programa de Maestría en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.^d Departamento de Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.^e Departamento de Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.**Correspondencia:** Programa de Maestría en Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana, Cl. 18, Cali, Colombia. **Email:** luciarroyo@javerianacali.edu.co**Cómo citar este artículo:** Arroyo Castillo L, Arango-Gutiérrez A, de Vries E. End of life of the cancer patient: patient, family and physician perceptions. Colombian Journal of Anesthesiology. 2022;50:e1024.

Resumen

Las enfermedades crónicas, como el cáncer, han impuesto retos a los sistemas de salud; Colombia ha trabajado en la construcción e implementación de un marco legal de los cuidados paliativos, pero la atención brindada en el fin de vida del paciente oncológico aún carece de un abordaje integral basado en la comprensión de las percepciones de sus diferentes actores, que permita una adecuada toma de decisiones y mejor acompañamiento en esta etapa.

Actualmente, la infraestructura para brindar un adecuado soporte oncológico es insuficiente, los trámites que debe realizar el paciente y su familia en la autorización de tratamientos o medicamentos para el alivio de síntomas se vuelven desgastantes y en muchas ocasiones los costos deben ser asumidos por ellos mismos.

Por otra parte, es importante fortalecer la formación del personal de salud en comunicación hacia el paciente y su familia, la cual debe ser compasiva, fundamentada en el desarrollo personal y la reflexión, mediante espacios en los que el paciente pueda hablar abiertamente de sus deseos, miedos y preocupaciones, incluso si estos acompañan el deseo de acelerar el fin de vida. Además, el personal de salud deberá apoyar e iniciar conversaciones sobre la vida y el fin de vida entre pacientes y sus familiares si esta comunicación es complicada, dada su importancia para la atención en salud, calidad de vida y muerte.

Este artículo busca reflexionar sobre el fin de vida del paciente oncológico desde las percepciones de los actores involucrados: pacientes, cuidadores y el personal de salud.

Palabras clave: Percepciones; Cuidado terminal; Cuidados paliativos; Cáncer; Fin de vida; Anestesiología.

Abstract

Chronic diseases such as cancer have imposed challenges on health systems. Colombia has worked on the construction and implementation of a legal framework for palliative care, but a comprehensive approach to the care provided to cancer patients at the end of their lives is still lacking. Such an approach should be based on understanding of the perceptions of its different actors in order to allow for adequate decision-making and improved support during this stage.

Currently, the infrastructure to provide adequate oncological support is insufficient, the administrative procedures that patients and families have to go through to get authorization for treatments and medications for symptom relief are overwhelming and, many times, costs must be paid out of pocket.

On the other hand, it is important to train healthcare personnel to develop communication skills to approach patients from a place of compassion, personal development and reflection, creating spaces in which patients can speak openly about their wishes, fears and worries, even if they come together with the desire to accelerate the end of life. In addition, healthcare staff should support and initiate conversations about life and the end of life between patients and their families if this communication is complicated, given its importance for healthcare, quality of life and death.

This article seeks to reflect on the end of life of the cancer patient from the perceptions of the actors involved, namely, patients, caregivers and healthcare professionals.

Keywords: Perception; Terminal care; Palliative care; Cancer; End of life; Anesthesiology.Read the English version of this article on the journal website www.revcolanest.com.co

Copyright © 2022 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población junto con la exposición a factores de riesgo han generado un incremento en la incidencia del cáncer: se estima que para el 2040 se presenten casi 30 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo, de los cuales Colombia aportará 191.631 casos nuevos, versus los 113.221 presentados en el 2020 (1).

Los pacientes que mueren con enfermedades crónicas como el cáncer muchas veces tienen un periodo de fin de vida extendido, en algunos casos derivados de la prolongación de la vida por medio de tratamientos fútiles, que en consecuencia hacen más doloroso este proceso para los pacientes y su familia. Los cuidados paliativos surgen como una estrategia de manejo multidisciplinar encaminada al control de síntomas, al apoyo en el afrontamiento del fin de vida, y el mejor manejo del entorno para favorecer la calidad de vida y muerte de un paciente.

A pesar de los esfuerzos realizados para mejorar la calidad de la experiencia de fin de vida y ahondar los conocimientos de la vivencia de esta etapa, en nuestro país los avances y, sobre todo, la oferta en este sentido, son aún limitados. Con el propósito de ampliar el conocimiento en esta área y generar mayor conciencia sobre la atención brindada a pacientes con cáncer, realizamos una búsqueda de estudios que abordaron la temática de interés, partiendo por las percepciones identificadas en estudios realizados en Colombia, las cuales fueron contrastadas con los hallazgos presentados en otros países.

EL FIN DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: PERSPECTIVA DE LOS MÉDICOS

El acompañamiento en esta etapa expone dilemas importantes que debe enfrentar el profesional de la salud, uno de ellos es la toma de decisiones asociadas al inicio o suspensión de tratamientos específicos de la enfermedad (2,3) escenario que va de la

mano con el reto de enfrentarse a conversaciones difíciles con el paciente y sus familiares.

Algunos médicos expresan preocupaciones respecto a disminuir la esperanza de vida del paciente y su familia al abordar conversaciones sobre el pronóstico. Es posible también que estas conversaciones se eviten en las situaciones en las que las opciones de tratamiento con intención curativa se vean limitadas y la muerte sea percibida como un evento negativo (4).

La falta de preparación para el manejo y abordaje de conversaciones difíciles se ha evidenciado en diferentes estudios en el país (2,5) sugiriendo que los problemas de comunicación pueden deberse a la falta de entrenamiento, educación y experiencia para explicar el manejo y los cuidados que requiere este proceso (5,6).

Algunas de estas destrezas pueden no estar desarrolladas, como la capacidad de diálogo, de escucha, de acompañamiento y de apoyo al otro (2,7). Sin embargo, existen herramientas que pueden mejorar la comunicación, como identificar preocupaciones y reconocer señales, realizar preguntas abiertas que permitan identificar qué conoce el paciente de su enfermedad y qué preguntas tiene al respecto, escuchar activamente e informar sobre la etapa del cáncer evaluando el nivel de entendimiento de la información dada, además de ser empático y respetar las emociones (8,9).

En un estudio realizado en 2019-2020 se investigaron las percepciones y opiniones sobre la toma de decisiones al final de la vida de pacientes oncológicos en tres hospitales en Colombia. En una aproximación para conocer la opinión por parte de los profesionales de la salud, se destacó su preocupación general por el sufrimiento, especialmente el dolor del paciente, y el reconocimiento de la empatía y la confianza como atributos de la relación médico-paciente que se favorecen con la comunicación (5). En otros estudios, las situaciones que generan preocupación entre médicos y enfermeras estaban relacionadas con la falta de privacidad para pacientes y familiares en el momento de la muerte, además de la falta de acompañamiento hacia los médicos por

parte de una junta que permita el manejo de casos difíciles (6).

Algunos profesionales de la salud consideran que brindar acompañamiento durante la etapa de fin de vida —a pesar de generar una alta carga emocional—, tiene un sentido de propósito que se ve favorecido por la relación que se establece con la familia y con el paciente, cuando el objetivo del manejo terapéutico se enfoca en el confort (10), a partir de la identificación de las necesidades del paciente asociadas a su entorno, cultura y creencias, para lo cual se requiere tiempo necesario y un genuino interés (11).

EL FIN DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: PERSPECTIVA DE PACIENTES

El enfoque del cuidado al final de la vida debe estar dirigido hacia el paciente y su familia como eje central. Es importante reconocer que el diagnóstico de enfermedad avanzada genera un impacto profundo en la vida del paciente y su familia. Ellos deben prepararse para confrontar cambios en la dinámica familiar, rutina diaria, aspecto físico, pérdida de independencia, incremento de los gastos para su salud (12), en el cambio de sus sueños y planes que ya no podrán ser, el experimentar sentimientos de desolación y pérdida de fe (13), además de lidiar con los trámites propios de un sistema de salud fragmentado, son situaciones que reclaman que ese acompañamiento hacia el paciente se realice desde la compasión.

Un estudio cualitativo realizado en 2019-2020 en Colombia, entrevistó a profundidad a 12 pacientes que se encontraban con cáncer avanzado, en sus testimonios se destaca la importancia del control adecuado de síntomas, la necesidad de independencia, las preocupaciones que se generan frente a aspectos familiares, económicos y las divergencias que se presentan en la comunicación con el personal de salud, que en algunos casos, al ser muy directa sobre el diagnóstico y pronóstico, generan un im-

pacto negativo en el paciente y su familia, escenario que contrasta con la necesidad de algunos de obtener información más precisa respecto a su enfermedad (13).

La comunicación termina siendo un reto importante para el paciente. Se ha demostrado que la calidad de vida y de la muerte de pacientes con enfermedad avanzada mejoran cuando pueden expresar sus preferencias acerca de su tratamiento y cuidados médicos, tanto con el equipo médico como con sus familiares y cuidadores (13,14). Es importante que puedan manifestar preocupaciones o deseos sobre el final de su vida, despedirse de sus seres queridos, resolver temas pendientes o incluso pedir ayuda para acelerar el fin de su vida. Varios pacientes también mencionan la importancia de mantener conversaciones sobre la muerte y fin de vida con las personas de su entorno (15). Sin embargo, con frecuencia el entorno del paciente niega la idea de que la muerte se acerca y, con las mejores intenciones, los familiares rechazan cualquier mención sobre fin de vida bajo la justificación de que hay que seguir luchando (16,17) —situación que no se limita al contexto colombiano—.

Otra razón de no conversar sobre la enfermedad y fin de vida es evitar el dolor y la incomodidad que este tipo de conversaciones puedan ocasionar. Es importante que en las instituciones prestadoras de salud haya un acompañamiento para los pacientes en la comunicación sobre su enfermedad y fin de vida con el equipo profesional de salud y con su familia.

Un tema frecuente entre pacientes colombianos es cómo los trámites administrativos retrasan tratamientos importantes en diagnóstico y manejo de síntomas, lo cual es preocupante en una enfermedad como el cáncer que, en algunos casos, puede tener rápida progresión y empeoramiento del pronóstico a corto plazo (13,18). También preocupa el hecho de no contar con unidades suficientes que permitan brindar soporte oncológico de manera ambulatoria o domiciliaria, con el fin de evitar que estos pacientes tengan ingresos a urgencias por control de síntomas, los cuales se podrían

manejar en unidades de cuidados paliativos que ofrecen mayor confort al paciente y su familia (19) y que promueven la privacidad y dignidad, que se han identificado como principios básicos para una buena muerte (10,13).

Una de las necesidades importantes en el fin de vida está asociada con el cuidado espiritual; la espiritualidad —ya sea formal o informal— obra como un apoyo para muchos pacientes al final de sus días, permitiéndoles encontrar paz y tranquilidad (20); aunque en algunos casos, la espera de un “milagro” puede retrasar procesos importantes de despedida y cierre de situaciones familiares del paciente. Para otros pacientes, la religión fue considerada como algo negativo, sobre todo si percibieron que fueron obligados a participar en ciertos rituales o conversaciones (13).

EL FIN DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES

Desde el momento en que el cuidador es informado de que su familiar tiene cáncer, emergen en él sentimientos de impotencia y angustia debido a que establece una relación de esta enfermedad con la muerte; estas emociones tienden a ocultarse por el temor a desmotivar al mismo paciente y a sus otros familiares, lo cual le genera una carga emocional importante (21).

La vida del paciente y su familia cambian por completo al recibir el diagnóstico de cáncer. Los cuidadores deben ajustarse a una nueva dinámica que permita brindar cuidado al paciente, realizando una inversión de tiempo considerable en las terapias dirigidas al control y tratamiento, situación que puede terminar afectando el bienestar de ambos (22); además del tiempo que requieren para hacer trámites administrativos, que en algunos casos, pueden acarrearles pérdidas, desde la pérdida de su pareja hasta la de su empleo (12). A los pacientes les cuesta perder parte de su autonomía en las actividades diarias y depender de la ayuda de sus cuidadores, no quieren ser una “carga” (13).

Un estudio local midió el impacto económico que puede ocasionar el cáncer en los cuidadores, demostrando que un porcentaje importante de ellos tienen que mudarse, retrasan sus planes de estudios o viajes, y hasta aplazan tratamientos para su propia salud o la de algún otro familiar para poder cubrir los gastos relacionados con el cuidado del familiar con cáncer (12). Con frecuencia, los cuidadores carecen de orientación psicológica, situación que en algunos casos termina afectando su capacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria e incluso su salud física, las largas jornadas de acompañamiento se empiezan a hacer notorias en la salud del cuidador.

Se ha demostrado que cuando existe una alta carga de síntomas depresivos en el cuidador, esto repercute en la calidad de la atención reportada por los pacientes, por tal motivo se resalta la importancia de integrar al cuidador en las intervenciones que permitan detectar la sobrecarga e intervenir de manera oportuna (23).

Estas intervenciones deben abarcar también el periodo de duelo, ya que luego del fallecimiento del paciente oncológico, quien ejercía el papel de cuidador lidia ahora con su dolor, además de tener que adaptarse a un mundo ya sin la presencia de su familiar (24).

CONCLUSIONES

El incremento de enfermedades como el cáncer y, con ello, el de pacientes que se encuentran en fin de vida, ha avivado el debate durante las últimas dos décadas en diferentes países sobre la atención que se brinda a estos pacientes. Se ven reflejadas divergencias entre la voluntad de los pacientes y las oportunidades de conversar sobre esta voluntad, las disposiciones legales (por ejemplo, voluntades anticipadas), éticas y sanitarias (3,25).

Es importante capacitar trabajadores de la salud de todos los niveles en el acompañamiento del paciente y su entorno durante la fase de fin de vida. La falta de comunicación efectiva y compasiva se considera una

de las barreras más relevantes de atención (14). Hay herramientas que pueden ayudar a conversar sobre la enfermedad, el pronóstico y la toma de decisiones sobre la atención médica en el futuro (voluntades anticipadas) (14,26). Sería importante evaluar su uso en el contexto colombiano para facilitar este proceso.

Como sociedad debemos trabajar en la aceptación de la muerte como un proceso natural de la vida, de esta manera se podría limitar el uso de tratamientos con enfoque curativo en la etapa de fin de vida (27-29).

Los profesionales de la salud estamos llamados a reflexionar sobre nuestra propia muerte (2) para, de esta manera, despertar la empatía necesaria para examinar cada caso particular desde la sensibilidad, identificando el momento adecuado y el abordaje correcto para ir transmitiendo la información al paciente y su familia, dando la oportunidad al paciente de hacer las preguntas que él desee que se le respondan en ese momento, y hacerle saber que va a contar con apoyo para ser orientado e informado sobre su enfermedad, medicación y pronóstico (30) en el momento que lo requiera.

Es necesario priorizar también la atención que se debe tener hacia el cuidador, quien debe ser integrado en los cuidados de soporte oncológico que recibe el paciente, además del reconocimiento que merece su amorosa labor, y la necesidad de unión de otros familiares para ayudar a distribuir los cuidados.

El cáncer es un grupo de enfermedades que, además de afectar profundamente el estado físico y la calidad de vida del paciente, le genera grandes impactos en el entorno social y económico, quienes lo padecen conviven con una permanente incertidumbre asociada tanto al diagnóstico como al pronóstico, los costos financieros y el tiempo que conllevan. No obstante, es posible destacar que en Colombia existe mayor interés, preocupación y empatía por parte de los profesionales por el dolor y sufrimiento de los pacientes que atraviesan esta etapa, en la cual, las habilidades de una comunicación eficiente y clara se hacen cada vez más necesarias (5).

La eliminación de barreras en los procesos de atención, el aumento de unidades de cuidados paliativos con horario continuo, la inclusión de subsidios para el alivio de gastos de bolsillo, la creación de instituciones que brinden cuidado al final de la vida con el mayor confort posible en un ambiente de hogar no hospitalario y unidades de cuidado domiciliario, asequibles para el paciente y su familia, son puntos inaplazables en la agenda de una política pública que busque mejorar la calidad de la etapa de fin de vida de quienes fallecen por cáncer.

Para los pacientes, familias y algunos médicos la muerte en muchos casos es un evento negativo. Sentir que la muerte —en principio un fenómeno natural— se acerca, conlleva una gran carga emocional, por lo que una fluida comunicación, buena accesibilidad y oportunidad en la atención, juegan un papel fundamental en mejorar la calidad de muerte para el paciente y del duelo para los familiares. Con esta reflexión expusimos algunas de las preocupaciones presentes en torno al fin de vida de pacientes con cáncer, que esperamos puedan brindar herramientas a los grupos tratantes y a los tomadores de decisiones sobre un abordaje integral y un mejor soporte y acompañamiento.

RECONOCIMIENTOS

Contribuciones de los autores

LA: Concepción, escritura, revisión y aprobación final del documento.

AA y EDV: Concepción, escritura, revisión y aprobación final del documento.

Asistencia para el estudio

Ninguna declarada.

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflictos de interés

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer today/tomorrow. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [internet]. 2020 [citado: 2020 dic. 23]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today;https://gco.iarc.fr/tomorrow>
2. Luna-Meza A, Godoy-Casasbuenas N, Calvache JA, et al. Decision making in the end-of-life care of patients who are terminally ill with cancer – a qualitative descriptive study with a phenomenological approach from the experience of healthcare workers. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):76. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00768-5>
3. Calvache JA, Moreno S, Prue G, Reid J, Ahmedzai SH, Arango-Gutierrez A, et al. Knowledge of end-of-life wishes by physicians and family caregivers in cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2021 Dec 10;20(1):140. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00823-1>
4. Dees MK, Geijteman ECT, Dekkers WJM, et al. Perspectives of patients, close relatives, nurses, and physicians on end-of-life medication management. *Palliat Support Care*. 2018;16(5):580-9. doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951517000761>
5. Arroyo L, Ortega-Lenis D, Calvache J, De Vries E. Percepciones médicas sobre la atención del final de la vida en pacientes oncológicos [Tesis de Maestría]. 2021.
6. Almansour I, Seymour JE, Aubeeluck A. Staff perception of obstacles and facilitators when providing end of life care in critical care units of two teaching hospitals: A survey design. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;53:8-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.04.003>
7. Kouyoumdjian V, Perceau-Chambard E, Si-soix C, Filbet M, Tricou C. Physician's perception leading to the transfer of a dying nursing home resident to an emergency department: A French qualitative study. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(3):249-53. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.13600>
8. Back AL, Anderson WG, Bunch L, et al. Communication about cancer near the end of life.

- Cancer. 2008;113(7 Suppl):1897-910. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.23653>
9. Kaplan M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2010;14(4):514-6. doi: <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>
 10. Pattison N, Carr SM, Turnock C, Dolan S. 'Viewing in slow motion': patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of-life care in critical care. *J Clin Nurs*. 2013;22(9-10):1442-54. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12095>
 11. Bradshaw A, Dunleavy L, Walshe C, et al. Understanding and addressing challenges for advance care planning in the COVID-19 pandemic: An analysis of the UK CovPall survey data from specialist palliative care services. *Palliat Med*. 2021;35(7):1225-37. doi: <https://doi.org/10.1177/02692163211017387>
 12. Vries E De, Vergara-garcía OE, Karduss-preciado S, et al. The financial impact of a terminal cancer on patient's families in Colombia – A survey study. *J Cancer Policy*. 2021;28(40):2-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2021.100272>
 13. Medina Rico MA. Deseos al final de vida en pacientes con cáncer no curable: un abordaje desde la perspectiva del paciente [tesis de maestría]. 2020.
 14. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chil*. 2014;142(10):1306-15. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>
 15. Olsson L, Östlund G, Strang P, Jeppsson Grassman E, Friedrichsen M. Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *Int J Palliat Nurs*. 2010;16(12):607-12. doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.12.607>
 16. Chittam M, Norman P, Harris P. Primary family caregivers' reasons for disclosing versus not disclosing a cancer diagnosis in India. *Cancer Nurs*. 2020;43(2):126-33. doi: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000669>
 17. Ozdogan M, Samur M, Bozcuk HS, et al. "Do not tell": what factors affect relatives' attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? *Support Care Cancer*. 2004;12(7):497-502. doi: <https://doi.org/10.1007/S00520-004-0633-2>
 18. Murcia E, Aguilera J, Wiesner C, Pardo C. Oncology services supply in Colombia. *Colomb Med*. 2018;49(1):89-96. doi: <https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3620>
 19. Hawley P. Barriers to access to palliative care. *Palliat Care Res Treat*. 2017;10:1-6. doi: <https://doi.org/10.1177/1178224216688887>
 20. Ting FIL, Juan MDS. The last request. *J Cancer Educ*. 2021;36:653-4. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01891-2>
 21. Calderón Rocha S, Cardona Chávez J, Echenique Ramos D, Fonseca García A. Percepción de cuidadores informales frente a la experiencia de cuidado de una persona adulta en cuidado paliativo con patología oncológica, asistentes al cjo 1 [tesis de pregrado]. 2016. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21096/CalderonRochaStephany2016.pdf?sequence=1>
 22. Hall ET, Sridhar D, Singhal S, et al. Perceptions of time spent pursuing cancer care among patients, caregivers, and oncology professionals. *Support Care Cancer*. 2021;29(5):2493-500. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05763-9>
 23. Litzelman K, Kent EE, Mollica M, Rowland JH. How does caregiver well-being relate to perceived quality of care in patients with cancer? Exploring associations and pathways. *J Clin Oncol*. 2016;34(29):3554-61. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.67.3434>
 24. Rangel RL, Ramírez OJG. Experience of caregivers of relatives who died of cancer: Pain they must learn to overcome. *Aquichan*. 2018;18(4):395-406. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.2>
 25. Sánchez C de M, Romero AL. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregon y Australia (I). *Med Paliativa*. 2006;13(4):207-2015.
 26. Loucka M. Supporting treatment decision-making in practice. En: Abstracts from the 17th World Congress of the EAPC 2021. *Palliat Med*. 2021:1-243. doi: <https://doi.org/10.1177/02692163211035909>
 27. Biondo CA, da Silva MJP, Secco LMD. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: Percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensivas e implicaciones en la asistencia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(5):613-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000500003>
 28. Villamizar E. El morir y la muerte en la sociedad contemporánea problemas médicos y bioéticos. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2002;2:66-80.
 29. Ahronheim J, Morrison R, Baskin S, Morris J, Meier D. Treatment of the dying in the acute care hospital: Advanced dementia and metastatic cancer. *Arch Intern Med*. 1996;156(18):2094. doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.1996.00440170110012>
 30. Franca O, Fontes N, González ML, et al. Archivo histórico. *ARS Rev Ciencias Médicas*. 2016;34(69):1-18. doi: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v34i2.207>