

## Conversación(es) sobre paliativos

### Talking about palliative care

**Ricardo F. Cuadra Romero.** *Médico de Familia y Comunidad. Equipo de Apoyo de Cuidados Paliativos del Área Sanitaria VII (Asturias) y Pablo Pérez Solís,* *Médico de Familia y Comunidad. Centro de Salud Laviada, Área Sanitaria V (Asturias)*

*Manuscrito recibido: 01/10/18*

*Manuscrito aceptado: 03/10/18*

#### Cómo citar este documento

Cuadra Romero RF, Pérez Solís P. Conversación(es) sobre paliativos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Otoño 2018; Vol. 6 (4): 25-33.

#### Resumen

Los cuidados paliativos son un modelo de acompañamiento de personas con enfermedades en situación avanzada, sin posibilidad de curación, centrado en el respeto a los valores, creencias y preferencias de las personas enfermas y sus familiares. Se basan en el alivio del sufrimiento físico, psicológico, social o espiritual y la persecución de la mejor calidad de vida posible a través de unos cuidados adecuados. Se exploran oportunidades de mejora para su implementación a diferentes niveles. Los cuidados paliativos son responsabilidad de todos los profesionales sanitarios y deberían proporcionarse de manera precoz en los procesos de enfermedad avanzada y no sólo al final de la vida. Se resalta el papel de Atención Primaria en cuanto a la detección de necesidades paliativas, valoración de niveles de complejidad y coordinación de recursos de apoyo disponibles. Se hace hincapié en la formación planificada del personal sanitario como herramienta imprescindible de mejora de la asistencia. Se destaca la función de enfermería, fundamentalmente en cuanto a los cuidados domiciliarios. Se valoran actividades comunitarias encaminadas a normalizar los procesos de enfermedad y muerte en nuestra sociedad. Se detecta la exigencia de impulsar cambios organizativos en el sistema sanitario hacia un modelo con mayor protagonismo de la atención domiciliaria, para adecuar los recursos existentes a las necesidades poblacionales.

#### Palabras clave

*Cuidados Paliativos; Atención Primaria de Salud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Atención Domiciliaria de Salud.*

#### Abstract

Palliative care is a model of accompaniment for people with advanced illnesses, with no possibility of cure, focused on respecting the values, beliefs and preferences of people and their families. It's based on the relief of physical, psychological, social or spiritual suffering and the pursuit of the best possible quality of life through proper care. Improvement opportunities are explored for its implementation at different levels. Palliative care is the responsibility of all health professionals and should be provided early in the process of advanced disease and not only at the end of life. The role of Primary Care in the detection of palliative needs, assessment of levels of complexity and coordination of available support resources is highlighted. Emphasis is placed on the planned training of health personnel as an essential tool for improving care.

The nursing function stands out, mainly in terms of home care. Community activities aimed at normalizing the processes of illness and death in our society are valued. The requirement to promote organizational changes in the health system towards a model with greater prominence of home care is detected, to adapt the existing resources to the population needs.

## Keywords

*Palliative Care; Primary Health Care; Home Care Services; Home Nursing.*

## Introducción

Hay lugares que hacen ciudad por el mecanismo intangible de ensanchar la vida. La Revoltosa es un refugio cerca del mar. Pablo y Ricardo cobijan allí veinte años de amistad, desde los tiempos de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. Ricardo trabaja como médico del equipo de apoyo de cuidados paliativos de Mieres. Pablo es médico de familia en el centro de salud de Laviada. Es una tarde de septiembre en Gijón y esta es parte de su conversación:

**Pablo (P)** - ¿Has leído la noticia (1) en la que la Organización Médica Colegial (OMC) asegura que 60.000 españoles al año mueren con un sufrimiento perfectamente evitable?

*Tras buscarlo en su smartphone, continúa leyendo:* "La OMC asegura que a día de hoy los cuidados paliativos del sistema nacional de salud dan cobertura al 50% del total de 120.000 pacientes complejos al final de su vida. O lo que es lo mismo: 60.000 españoles mueren cada año con un "sufrimiento perfectamente evitable" si hubieran tenido acceso a "un buen servicio de cuidados paliativos".

**Ricardo (R)** - No la conocía, la verdad. Tampoco me sorprende.

**P-** ¿A qué se refiere la OMC con "un buen servicio de cuidados paliativos"? ¿A un equipo específico? Esa es la sensación que da. La noticia parece que asimila recibir cuidados paliativos a tener cobertura por un equipo específico de cuidados paliativos y que, si no te atiende ese equipo, no los estás recibiendo. ¿Tú crees? ¿Los cuidados paliativos son entonces sólo competencia de equipos específicos? ¿Lo que hace un Equipo de Atención Primaria (EAP) no lo son?

**R-** Naturalmente que lo son, sin perjuicio de la calidad de la atención. Muchas personas fallecen en paz, atendidas exclusivamente por su equipo de Atención Primaria. Pero también se hacen cuidados paliativos a otros niveles. Hace poco nos llegó un informe redactado por un oncólogo del HUCA. Incluía un breve análisis del entorno familiar, estaban identificados con sus nombres y teléfonos de contacto los cuidadores principales, especificaba qué información había recibido el paciente, acorde con sus preferencias, y el impacto emocional que ésta había supuesto. Establecía un camino y además dejaba constancia de él, lo registraba (2), lo cual resulta clave. Me parece un buen ejemplo para ilustrar que todos los profesionales, independientemente del nivel de atención, hacemos y debemos hacer cuidados paliativos. Entendidos éstos como una forma de abordar el sufrimiento, venga de donde venga y no sólo al final de la vida, desde el respeto a los valores de la persona, a través de una comunicación adecuada. En el punto donde empieza a pesar más la biografía que la biología, los deseos que los tratamientos. Este enfoque, aunque leemos muchos titulares, no está generalizado. Y en absoluto es anecdótico, representa un cambio profundo y necesario en la relación con las personas que atendemos.

**P-** Yo lo veo así: la atención al final de la vida de mis pacientes puedo asumirla desde el centro de salud, con la mejor calidad posible, pero en el proceso podemos precisar el apoyo de un equipo de soporte, y será necesaria la coordinación con otros niveles asistenciales (3).

**R-** Una cosa: recuerda que la atención paliativa comienza, o debería comenzar, antes del final de la vida. Sobre lo que estamos hablando, pretender que éstos sean privativos de los equipos específicos me parece una equivocación, y es uno de los factores de sobrecarga de los mismos. Cuando además no se cubren las veinticuatro horas del día ni los siete días de la semana. Del mismo modo es aventurado interpretar que una Atención Primaria, con el modelo actual, por más reforzada que estuviera, podría enfrentar cualquier situación independientemente de su complejidad sin necesitar apoyo alguno, en ningún caso. Igual es tiempo de asomar la cabeza y abandonar la trinchera, mirar qué pasa al otro lado, comprender. A veces tengo la impresión de que en el reparto de programas, procesos y enfermedades empleamos a las personas como armas arrojadas de nuestra falta de entendimiento, cuando sería más lógico perseguir un sistema donde el paciente fuera verdaderamente central y los profesionales nos adaptáramos para conseguir sus objetivos. También sería más gratificante.

**P-** Eso que cuentas suena bien, pero tengo la sensación, y no quiero ser demasiado quejica, de que cuando se plantean asuntos como la coordinación entre niveles, la atención centrada en el paciente, o la continuidad de la asistencia, el último de la fila, el que ve ocupado su espacio, es la Atención Primaria. Y creo que eso es lo que refleja la noticia que te leí.

**R-** Nuestro amigo José Garzón, buen médico de familia, cuando hablamos de esto argumenta que él no quiere dejar de atender a sus enfermos con necesidades paliativas. Esta percepción desde Atención Primaria, como que nos van a quitar parte de nuestra responsabilidad si reforzamos o creamos equipos de atención domiciliaria está muy arraigada, y por desgracia no faltan ejemplos históricos para apoyarla. Pero también nos ha fallado y nos falla la comunicación entre profesionales. Dedicamos muchos esfuerzos a juzgar y pocos a entender. Un modelo que se acercara a esto, que recuperara la atención en domicilio de forma programada, debería estar necesariamente coordinado por el equipo de Primaria. No de forma única, no en todos los casos en solitario. Hay herramientas (4) que permiten realizar un análisis de las situaciones, establecer niveles de complejidad (5) y adecuar mejor los recursos disponibles a las necesidades de las personas. Y habría que invertir en recursos de formación en cuidados paliativos de forma planificada. En parte de la situación actual, y eso lo conoces tú mejor que yo, hay una cierta inhibición desde la Atención Primaria (AP), que ha sido aprovechada por algunos directivos sanitarios para promocionar el mantra "Si Primaria funcionara bien, no harían falta equipos de cuidados paliativos", afirmación con la cual estoy radicalmente en contra. Porque lo demuestra nuestro día a día: cuando somos capaces de mantener una atención conjunta fluida entre niveles, los resultados son mejores, la percepción de nuestro trabajo es más satisfactoria. Nos lo dicen las personas que atendemos, nos lo recuerdan sus familias.

**P-** Si, la inhibición de AP es un riesgo y favorece que se venda mucho la necesidad de equipos de cuidados paliativos. Ojo, con eso no quiero decir que no sean adecuados, pero no con el discurso de "como AP lo hace mal o no lo hace, creamos un servicio nuevo", todo debería articularse desde una planificación donde participen todos los actores, se valoren necesidades, y se establezca quién es el responsable principal. Has dicho algo fundamental antes: los cuidados paliativos comienzan antes del final de la vida. Precisamente esa es una de las fortalezas o potencialidades de Atención Primaria: conocemos la biografía del paciente

y de su familia, y tenemos una posición privilegiada para comenzar a intervenir en ese sentido, ayudando al paciente varios peldaños antes en su proceso. Y no hablo de intervenciones farmacológicas, precisamente.

**R-** Es un factor importante, que es tanto cultural como de organización del sistema sanitario. Tradicionalmente, el “paso” a cuidados paliativos se producía una vez agotadas las posibilidades, en algunos casos más allá de lo razonable, de tratamiento curativo. Existe evidencia (6) y experiencia (7) suficientes como para promover un enfoque paliativo de forma mucho más precoz. Si el sufrimiento se inicia con el diagnóstico, será la oportunidad de comenzar a explorar las creencias, valores y preferencias de la persona; será el momento de plantear un escenario no deseado, donde puede que no seamos capaces de alcanzar la curación completa de la enfermedad. Hablar de prioridades si las cosas van mal, y hacerlo de forma anticipada (8).

**P-** Voy a confesarte algo. Una de las situaciones que me resulta más irritante es el alta desde un servicio hospitalario, derivando directamente al paciente a vuestro equipo de soporte, sin contar con su equipo de medicina y enfermería. Es decir: pruebas de la inexistencia de Atención Primaria. Cuando el paciente es derivado a un equipo específico: ¿cuál es el papel del equipo de atención primaria? ¿debe inhibirse y entregar la atención al equipo especializado?

**R-** Para una persona que tiene confianza en sus profesionales de medicina y enfermería del centro de salud, que mantiene con ellas años de relación, de experiencias compartidas... la pregunta se responde por sí sola. La inhibición se vive prácticamente como un desahucio. Es natural que un equipo de Atención Primaria que mantiene un seguimiento regular se sienta puentado cuando se activa un apoyo sin consultar con ellos, por eso hay que insistir en que la información que reciban los pacientes y sus familias desde el hospital sea apropiada. En ocasiones, especialmente cuando la comunicación es difícil, se generan expectativas poco realistas o inadecuadas de seguimiento. Como decía antes, lo que mejor funciona en cuanto a satisfacción expresada por el paciente y su familia es la atención conjunta. La detección de necesidades de cuidados paliativos debería poder hacerla cualquier profesional sanitario, conforme a criterios establecidos. La coordinación de los recursos a emplear, creo que debe pasar inevitablemente por el equipo de Atención Primaria. Ahí el colectivo de enfermería tiene un papel capital. Ya lo está teniendo de hecho, posiblemente porque la formación en una cultura de cuidados lo capacita y lo sitúa en un lugar privilegiado, más cerca de las personas y de la esencia de los cuidados paliativos. Puede que también influya un cierto recambio generacional pero mi percepción es de un personal mucho más atento a estos retos y cada vez mejor preparado.

**P-** Las enfermeras tienen un papel capital, y lo han tenido históricamente. Ya sabes: Cicely Saunders (9), enfermera y trabajadora social que, a mediados del siglo pasado, en Gran Bretaña, inició el movimiento Hospice, definió la experiencia del dolor total y fue fundamental en el desarrollo de los cuidados paliativos modernos. Y sería un fracaso desaprovechar el desarrollo de la enfermería de atención primaria en los últimos años, y su papel esencial en la atención domiciliaria, tanto en lo técnico como en los cuidados de la esfera emocional. En cualquier caso, creo que los cuidados en el domicilio del paciente son una conquista aún pendiente, a pesar de lo que se ha avanzado. Por supuesto, respetando el lugar donde la persona prefiera morir, ya que la percepción es distinta y mejor cuando alguien, por los motivos que sean, no quiere fallecer en casa y somos capaces de acompañar, y de alguna forma facilitar, el traslado al hospital. Pero, de todas formas, hay encuestas que señalan que al menos dos terceras partes de las personas (10) preferiríamos morir en casa en caso de una enfermedad grave como el cáncer, y sin embargo casi la mitad

fallecemos en un hospital (11) (en 2016 fallecieron 410.611 personas, y 181.004 de ellas en hospitales) (12). Es un dato para reflexionar, y posiblemente, la variabilidad entre distintos equipos y profesionales tiene que ver. Desde tu equipo de apoyo supongo que percibirás la variabilidad en otros niveles asistenciales.

R- La variabilidad en las derivaciones es la norma, quizás la misma que existe en otros muchos aspectos. Si nos vamos a los extremos, tenemos desde equipos que previamente no hacían un seguimiento programado y derivan rápidamente porque les supone una sobrecarga o una situación donde encuentran dificultades; hasta otros que no derivan en absoluto, casi por una cuestión de principios, porque no creen necesario un apoyo a la tarea que ya realizan, ni siquiera a un nivel de consultor como contempla la estrategia de paliativos en Asturias. Probablemente la virtud aristotélica la encontremos en el análisis individualizado de cada caso. Porque dudas y necesidad de ayuda creo que tendremos todos.

P- Estoy de acuerdo en lo que dices de la variabilidad. Cada unidad básica asistencial (enfermería y medicina) es variable tanto en proactividad con los paliativos, como en sobrecarga asistencial, que condiciona la atención que puede dar, como en principios o valores a la hora de situarse o no como eje en la atención de ese paciente, con lo que su tendencia a derivar, y la manera de compartir el seguimiento será diferente. Y probablemente esa variabilidad es un problema a abordar para que el modelo de paliativos se consolide. Otro problema devastador para las familias (a veces incluso más que para la persona enferma) es la comunicación de que no hay nada que hacer. ¿Cómo lo abordas tú?

R- Es algo muy extendido, y eso nos ha obligado a hacer una entrevista familiar previa a la visita domiciliaria. En general hay poca información previa acerca de nuestro trabajo, y muchas ideas erróneas. La expresión “no-hay-nada-que-hacer” supone una de las frases más duras que podemos transmitir. Sería más correcto y honesto expresar un “yo-no-sé-cómo-seguir”. Además, una cosa es que no podamos ofrecer un tratamiento curativo y otra muy distinta, y rotundamente falsa, es que no se pueda hacer nada. Casi te diría que suele ser cuando lo más importante queda por hacer, hablar del cuándo, cómo, dónde y los porqués. A veces va de la mano de esa otra frase que encierra muchas facetas: “nos-han-aconsejado-que-es-mejor-no-decirle-nada”. En cuanto a la comunicación profesional-paciente, el camino de mejora por recorrer es amplísimo y el paternalismo en su forma más bienintencionada, aparte de poder ser muy dañino, está muy presente en nuestro día a día. Explorar qué necesita saber la persona en cada momento del proceso, algo que puede ser dinámico y cambiante, trabajar las resistencias, las preocupaciones, la incertidumbre, el miedo... Hablar de cuidados, de acompañamiento. Implica un cambio trascendente en nuestra manera de escuchar y mirar como profesionales. Ahí entramos de lleno en recursos planificados de formación, una necesidad que también queda reflejada en la Ley (2) recientemente aprobada.

*El colectivo de enfermería tiene un papel capital. Ya lo está teniendo de hecho, posiblemente porque la formación en una cultura de cuidados lo capacita y lo sitúa en un lugar privilegiado, más cerca de las personas y de la esencia de los cuidados paliativos.*

P- Ahí nos vamos acercando a los verdaderos cuidados al final de la vida, y en el imaginario de cada paciente y su familia, y de cada profesional, se hace muy presente el tema de la muerte. Pero a menudo no de forma explícita. Philippe Ariès (13), hablaba de la muerte vedada o escamoteada. Es un asunto tabú en nuestra sociedad. Pero entra de lleno cuando se comunica: “ahora le vamos a derivar a paliativos”.

R- La derivación formal a paliativos se vive con brusquedad, se evitan las palabras, se oculta. Incluso en otros países se empieza a cambiar la denominación formal de paliativos por cuidados de soporte, para intentar facilitar el acceso. Y parece que funciona, que al oncólogo o al cirujano le cuesta menos hablarle al paciente de supportive care y deriva más. Desde el siglo pasado hemos generado una entelequia tecnológica donde la muerte, lejos de ser la consecuencia natural e inevitable de estar vivos, se ha convertido en una excepción, un error, un fracaso. Hemos dejado de protagonizar nuestro final, tanto personal como socialmente, y lo hemos puesto en manos de terceros. Hemos medicalizado la vida y también la muerte. Raramente pensamos en ella, no solemos tener conversaciones con nuestros seres queridos acerca de una de las pocas cosas que seguro nos van a pasar. Abunda la negación, los miedos. En general, no estamos preparados. Me estoy muriendo, pero ni el sistema sanitario ni mi entorno me facilita hablar de ello, si es lo que quiero o necesito hacer. Existen experiencias comunitarias interesantes que persiguen facilitar reflexiones acerca de la muerte, Dying matters ([dyingmatters.org](http://dyingmatters.org)), los Death cafés ([deathcafe.com](http://deathcafe.com)), Vivir con voz propia ([vivirconvozpropia.com](http://vivirconvozpropia.com)) en Vitoria. Eliminar tabúes, compartir experiencias, facilitar la labor de los cuidadores en el domicilio. El uso del documento de Voluntades Anticipadas en Asturias[a], el conocido testamento vital, puede ser una herramienta que no solamente ayude a nivel individual, sino también dentro de la familia. Una comunidad que no vive de espaldas a la muerte es más madura, no sé si más libre, pero al menos mucho más consciente. Y provoca cambios.

P- En general, los profesionales tenemos muy escaso entrenamiento en explorar la subjetividad del paciente, estamos poco abiertos a ello por la sencilla razón de estar entrenados para un abordaje diferente de los problemas de salud, centrado en la enfermedad, en su diagnóstico y curación. Sin embargo, la trayectoria de las enfermedades crónicas en fase avanzada pone en cuestión a diario este enfoque. La mayor parte de las personas que van a morir este año en nuestra región lo harán por una enfermedad crónica, tras un proceso más o menos largo e identificable, por insuficiencia de órganos diana, cáncer, enfermedades neurodegenerativas, síndromes geriátricos, etc. Gran parte de ellos se beneficiarían de recibir una atención paliativa, empezando por disminuir la carga de tratamientos farmacológicos y otras intervenciones que ya no le van a aportar ningún beneficio y que, probablemente, le someterán a un riesgo de efectos secundarios. Y, por otro lado, establecer medidas orientadas al control sintomático y mejorar su confort. Por tanto, necesitamos un sistema sanitario que sea capaz de dar respuesta a esta demanda. Resulta imprescindible un plan de formación en cuidados paliativos que permita un nivel básico potente y generalizado. Hay terrenos muy elementales como la evaluación del dolor y el manejo de analgésicos, el control de síntomas complejos o el uso de la vía subcutánea donde podemos mejorar significativamente. Pero no sólo a nivel técnico...

R- Sí, no solo a nivel técnico. Dice Julio Gómez (14), un médico que trabaja en cuidados paliativos, que uno no acompaña a alguien donde tiene miedo de entrar, que es preciso reflexionar acerca de la propia muerte y de la muerte de nuestros seres queridos para poder estar cerca de alguien que muere. Hay un cierto trabajo personal, íntimo, muy importante. Y una buena cantidad de herramientas disponibles para mejorar nuestras habilidades a la hora de explorar emociones, miedos, preocupaciones, problemáticas sociales o espirituales. No sé si a esto se le puede denominar atención especializada, pero tengo claro que formarse es obligatorio.

P- Yo respondería esto: las etapas de la vida no son, en sí mismas, criterios de atención especializada (ni siquiera la edad pediátrica, el embarazo, la menopausia). Es decir, la necesidad de atención especializada o de un equipo de apoyo, la marcaría una situación de complejidad o necesidad de ciertas técnicas o intensidad de seguimiento que sobrepasase al equipo de AP. Es decir: algunas situaciones del final de la vida sí precisan atención especializada. De hecho, una revisión sistemática mostró alguna ventaja de equipos específicos (15).

R- Estoy de acuerdo con este enfoque y en la práctica, sobre todo en cuanto a intensidad de seguimiento, es donde creo que funcionan los equipos de apoyo. Eso y que, a diferencia de otras Comunidades, en Asturias somos equipos dependientes de Primaria. Aunque sea casual y no buscado, la oportunidad de coordinación y continuidad es más factible.

P- ¿Te parece correcto entonces llamarlo atención especializada si sostenemos que los equipos de apoyo deben de tener dependencia orgánica de Atención Primaria?

R- Siempre hay riesgo cuando etiquetamos: cuanto más específicos queremos ser, más excluyentes resultamos. No me detendría demasiado en la denominación: equipos de soporte, apoyo, continuidad de cuidados, paliativos... Lo único que me parece organizativamente indiscutible es que debe ser AP quien coordine el modelo, y que éste debe sostenerse principalmente en la atención domiciliaria. Esto no significa que no debamos crecer en otros recursos, centros sociosanitarios y ayuda a domicilio, que andamos escasos, o servicios de paliativos en hospitales de agudos, que no tenemos. Sin embargo, la base de la atención paliativa, y decir esto después de tantos años, discursos y repeticiones espero que no suene a chiste malo, debe ser Primaria.

P- No sé si suena a chiste malo, pero el discurso acerca de la Atención Primaria como eje del sistema y nivel coordinador de la atención sanitaria resulta vacío cuando la tendencia en recursos y modelo organizativo tiene una orientación contraria. Los servicios de salud tienden, desde hace años, a la fragmentación, a unidades específicas de raíz hospitalaria, incluso para la atención domiciliaria. Algunas son propuestas que invitan a extraer competencias de los profesionales de enfermería y medicina familiar y comunitaria, a veces con nuestra aprobación en situaciones de saturación o desmotivación.

R- Los cuidados paliativos existen desde hace décadas, pero hoy constituyen una obligación ética y una demanda social indiscutible. Son una forma de atención eficiente, avalada por la evidencia científica, con diversas experiencias en distintos contextos, que supone un cambio profundo a distintos niveles, desde lo individual a lo comunitario, desde los pacientes, sus cuidadores y familiares a los profesionales sanitarios, trabajadores sociales y voluntarios. Es buen momento para decidir qué modelo aplicar a nuestro sistema sanitario, pero parece que falta voluntad política y de gestión sanitaria para apostar decididamente, con recursos, no solo con leyes, por este camino. Pero llegará. ¿Tomamos otra y vemos cómo?

*Hemos medicalizado la vida y también la muerte. Raramente pensamos en ella, no solemos tener conversaciones con nuestros seres queridos acerca de una de las pocas cosas que seguro nos van a pasar.*

[a]Información sobre el proyecto Instrucciones Previas (Testamento Vital) en Asturias es accesible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/instrucciones-previas-testamento-vital/>

## Bibliografía

[1] Esteban P. Los médicos: "La gran laguna en España son los cuidados paliativos, no la eutanasia". El Confidencial. 5 de mayo de 2018 [acceso 27 de septiembre de 2018]. Disponible en:

[https://www.elconfidencial.com/espana/2018-05-05/cuidados-paliativos-eutanasia-congreso-debate-muerte-digna\\_1559463/?utm\\_source=facebook&utm\\_medium=social&utm\\_campaign=BotoneraWeb](https://www.elconfidencial.com/espana/2018-05-05/cuidados-paliativos-eutanasia-congreso-debate-muerte-digna_1559463/?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=BotoneraWeb)

[2] Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título 1, artículo 7 (Derecho a la información asistencial). BOPA núm. 154 (04 de Julio de 2018) y BOE núm. 181(27 de Julio de 2018).

[3] Estrategia de Cuidados Paliativos Para Asturias. Edita: Dirección de Servicios Sanitarios. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2009.

[4] Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A, Codorniu Zamora N, Espinosa Rojas J. Criterios de complejidad de enfermos avanzados y terminales e intervención de equipos específicos de Cuidados Paliativos. Edita: Observatorio 'Qualy', Instituto Catalán de Oncología; 2011. Disponible en: <http://www.iconcologia.net>.

[5] Marín-Roselló ML, et al. IDC-PAL: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos: documento de apoyo al PAI cuidados paliativos. Edita: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014 [acceso el 27 de septiembre de 2018]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICH EROS/documentos%20de%20interes/Paliativos/IDC\\_Paliativos\\_Complejidad\\_2014.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICH EROS/documentos%20de%20interes/Paliativos/IDC_Paliativos_Complejidad_2014.pdf)

[6] Land DB. Early palliative care in non-small cell lung cancer improves quality of life and mood, and may result in longer survival. Thorax 2011; 66:395. doi: 10.3747/co.25.3639

[7] Arrieta A, Hernández R, Meléndez A. Cuidados paliativos ARABA. Proceso asistencial integrado. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos Osakidetza. Diciembre 2012 (acceso el 27 de septiembre de 2018). Disponible en:

[https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/proces\\_asistencial\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/proces_asistencial_cuidados_paliativos.pdf).

[8] Gracia DM. Planificación anticipada de los cuidados: un problema presente, un reto futuro. Revista española de geriatría y gerontología: Organo oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2017; 52 (5): 240-241. doi: 10.1016/j.regg.2016.11.006

[9] Richmond C. Dame Cicely Saunders. BMJ. 2005;331(7510):238.

[10] B. Gomes, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol. 2012, 33 (8): 2006-15.

[11] González VJ, Gallego MM. Morir en casa, una alternativa razonable a la hospitalización. Rev Clin Esp. 2018;218(6):296-297.

[12] INE. Estadística de defunciones según causa de muerte. Publicado: 21 de diciembre de 2017 [acceso el 20 de septiembre de 2018]. Disponible en:

[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

[13] Ariès P. El hombre ante la muerte. Ed. Taurus (1992, 2011).

[14] Europa Press. "El primer paso para hablar de la muerte con otro es preguntarse por ella uno mismo". epcantabria.es. 29 Jun 2016 [acceso el 27 de septiembre de 2018]. Disponible en:

<http://www.europapress.es/cantabria/noticia-primer-paso-hablar-muerte-otro-preguntarse-ella-mismo-20160629143122.html>

[15] Abaunza A, et al. Atención a los pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática sobre modelos organizativos en los cuidados paliativos y encuesta a los profesionales sanitarios sobre la situación de los cuidados paliativos en una comarca del País Vasco. Investigación Comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Informe Osteba D-13-10. Vitoria-Gasteiz 2013 (acceso el 27 de septiembre de 2018). Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013\\_osteba\\_publicacion/es\\_de\\_f/adjuntos/Informe%20D-13-10.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013_osteba_publicacion/es_de_f/adjuntos/Informe%20D-13-10.pdf)