



Ineficiente impacto de los cuidados paliativos como disciplina científico médica en la atención primaria de salud.

Alexander Duràn Flores. <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0550-7997>

Lisbán Rodríguez López. <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1965-0500>

Oneidis Duràn Flores. <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8098-8201>

Sandra Rosada Correa<sup>3</sup>

Yuliannis Hernández Romero<sup>1</sup>

1. Policlínico Hermanos Martínez Tamayo.
2. Hospital Octavio de la Concepción y de la Pedraja.
3. Dirección Municipal de Salud Baracoa.

Autor para correspondencia E-mail:[alexliduranflores@gmail.com](mailto:alexliduranflores@gmail.com)

## Resumen

**Introducción:** Los cuidados paliativos son una disciplina científica médica con un enfoque integral que busca mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan una enfermedad grave, avanzada o terminal. Se centran en aliviar el sufrimiento físico, psicológico, social, espiritual de los pacientes y sus familias. **Método:** Se trata de una investigación cualitativa, de enfoque hermenéutico, reflexivo, sociocrítico y analítico. Con el **objetivo general** de valorar la importancia del eficiente impacto de los cuidados paliativos como disciplina científico médica en la atención primaria de salud. **Problema científico:** Durante el estudio se demostró que el insuficiente uso de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud ha generado incremento en las hospitalizaciones prevenibles y evitables, ha aumentado el índice ocupacional y el promedio de estadios hospitalarios. **Conclusiones:** Se propusieron medidas metodológicas dirigidas al especialista en medicina familiar encaminadas a Identificar oportunamente a pacientes con necesidad de cuidados paliativo, Elaboración de un plan terapéutico y un Enfoque asistencial capaz de resolver el problema.

## **Introducción**

El mundo enfrenta una transición demográfica caracterizada por el aumento de la población anciana.<sup>(1)</sup> (prolongamiento de la esperanza de vida); en consecuencia, existe un incremento gradual de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles. En nuestro país el pronóstico para el 2025 será de un 26,1 % de población mayor de 60 años, convirtiéndose Cuba en el país más envejecido de América Latina.<sup>(2)</sup>

En el año 2018, en Cuba se reportaron 86 266 defunciones en personas de 60 años y más de edad, que representa el 81,2 % de todos los fallecidos. Las muertes por enfermedades no transmisibles contribuyeron con el mayor porcentaje a las causas de muerte en este grupo (71 %).<sup>(3)</sup> Lo cual convierte la demanda de cuidados paliativos en un problema de salud pública.

Los cuidados paliativos son una disciplina científica médica con un enfoque integral que busca mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan una enfermedad grave, avanzada o terminal. Se centran en aliviar el sufrimiento físico, psicológico, social, espiritual de los pacientes y sus familias, a través de un cuidado multidisciplinario, personalizado y el acompañamiento de la familia durante el duelo. El objetivo principal de los cuidados paliativos es proporcionar alivio de los síntomas y mejorar la calidad de vida, independientemente del pronóstico de la enfermedad. Esto implica tratar el dolor, controlar

los síntomas difíciles como la dificultad respiratoria, náuseas, vómitos o ansiedad, y abordar las preocupaciones emocionales y espirituales del paciente.

Resulta oportuno destacar que en los servicios sanitarios primarios se realiza gran parte de la atención a pacientes en estado terminal y en fase final de la vida, y el médico de la familia es el encargado de decidir los procedimientos necesarios.<sup>(4,5)</sup>

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud ha impulsado el papel de la Atención Primaria de Salud, ha existido una progresiva tecnificación de la medicina y la falsa promesa de que "todo puede ser curado" en el medio hospitalario o en los entornos especializados, lo cual ha relegado la figura del médico de cabecera y colocado a la atención primaria en un papel secundario.

**En Chile**, en la actualidad, muy pocos centros de salud cuentan con profesionales que tengan algún tipo de formación en esta materia, asociado a la desventaja de que cuenta con muy escasos recursos e insumos para brindar cuidados paliativos de calidad.<sup>(6)</sup>

Existe una heterogeneidad sobre la legislación de los cuidados paliativos en el mundo. Países como Brasil no han establecido una política nacional de salud dirigida a los cuidados paliativos, no existe un sistema de apoyo para las familias ni una definición de las responsabilidades en instancias de cuidados formal e informal.<sup>(7)</sup>

En Cuba a partir del año 2009 se comenzó la introducción de temas de cuidados paliativos en el 5to. año de la carrera y con la reingeniería del programa de formación del médico general básico, en su versión C, se han incluido estos temas de cuidados al final de la vida en el 2do., 5to. y 6to. años de la carrera. Hernández Quintero coincide con el poco conocimiento, donde refiere que existe un bajo dominio general de los conocimientos en temas de Cuidados Paliativos tanto en el pregrado como en el postgrado en la formación del futuro especialista de medicina familiar.<sup>(8)</sup>

Este bajo dominio general de los conocimientos sobre cuidados paliativos por el especialista de Medicina Familiar ha provocado un incremento en las hospitalizaciones evitables e inadecuadas, que a su vez han incrementado los gastos de recursos en el nivel secundario, pudiendo ser atendidos y resueltos en la atención primaria de salud.

Por tal motivo el autor se ha propuesto como **Objetivo general**: Valorar la importancia del eficiente impacto de los cuidados paliativos como disciplina científico médica en la atención primaria de salud.

Se realizó un estudio observacional, analítico, en el área de salud del policlínico Hermanos Martínez Tamayo, Baracoa, Guantánamo, para determinar el impacto de los cuidados

paliativos como disciplina científico médica en la atención primaria de salud. Se elaboró una encuesta para la recogida de datos, se revisaron las historias clínicas de pacientes necesitados de cuidados paliativos y se realizaron entrevistas sobre el tema a los médicos titulares de los consultorios del médico y la enfermera de la familia.

Este estudio pertenece a una línea de investigación con trabajos presentados en varios eventos de diferentes niveles y también forma parte de una tesis doctoral en desarrollo. Se trabaja en la preparación de un curso de superación profesional en cuidados paliativos al final de la vida, para médicos de familia que se realizará de forma virtual.

## Desarrollo

**Definición:** Los cuidados paliativos son una disciplina científico médica con un enfoque integral que busca mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan una enfermedad grave, avanzada o terminal. Se centran en aliviar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes y sus familias, a través de un cuidado multidisciplinario y personalizado.

**Objeto de estudio:** Los cuidados paliativos como disciplina científico médica en el proceso de formación del Especialista de Primer Grado en Medicina Familiar.

### Reseña histórica.

Desde la antigüedad se reconocieron los 'Hospitum' conocidos como sitios donde se generaba un sentimiento cálido experimentado por el huésped y el anfitrión, en la Grecia antigua también conocidos como 'Xenodochium'. En aquel entonces los moribundos no recibían atención médica pues se consideraba que su cuerpo ya se encontraba dominado por la enfermedad y que era un sufrimiento que debía padecer el enfermo pues este era impuesto por los dioses, por lo cual la medicina solo se reducía a atender a aquellos quienes padecían una enfermedad curable para el momento.<sup>(9)</sup>

Aproximadamente en el Siglo IV, en el Imperio Bizantino se popularizan estos lugares, donde nuevamente su objetivo era atender a peregrinos, por lo que se ubicaban principalmente en rutas transitadas. Pero aquí ya observamos un cambio en el enfoque, pues a diferencia de los 'Xenodochium' griegos, en estos, aparte de la labor caritativa con

el viajero, se brindaba atención médica a aquellos viajeros enfermos, y en caso de tratarse de una enfermedad incurable se le realizaba acompañamiento espiritual hasta el momento de su muerte, por lo que ya empezamos aquí a vislumbrar un pequeño elemento de los cuidados paliativos actuales.<sup>(10)</sup>

En Francia el origen de los 'Hospice' tiene dos posibles comienzos. Entre 1581 y 1660, San Vicente de Paul crea los primeros hospicios para habitantes de bajos recursos, pero en 1842 se retoma este concepto por Jeanne Garnier en compañía de la Asociación de Mujeres del Calvario quienes redireccionan su concepto y buscan que ellos tengan el objetivo de tratar personas con enfermedades terminales en la ciudad de Lyon. Un siglo más tarde los protestantes retoman este ejemplo por parte del pastor Fliedner, ellos fundan una sociedad de enfermeras visitadoras llamadas Diaconisas de Kaiserwerth.<sup>(11)</sup>

En 1974, en Estados Unidos se inaugura el primer Hospice en Bradford, Connecticut y en 1980 uno de los principales modelos de atención en este país, el "Médicare", lo incluye dentro de su sistema de atención, lo que ha conllevado a que se fortalezcan servicios de atención domiciliaria pues para poder ser aceptados dentro del programa los Hospices deben asegurar contar con suficientes servicios domiciliarios para atención de sus usuarios, esto por medio de enfermeras o gestoras que derivan cada caso a grupos de atención.<sup>(12)</sup>

### **Nivel actual de desarrollo a nivel mundial.**

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) introduce el concepto de Cuidados Paliativos, pero se limita solo para el control de pacientes con cáncer (Del Rio y Palma, 2007). En 1987 se reconoce la medicina paliativa como subespecialidad médica en el Reino Unido por parte de 'The Royal College of Physicians', para estudio y manejo de pacientes con enfermedades avanzadas, activas y progresivas cuyo pronóstico es limitado y cuyo enfoque es calidad de vida, eso conlleva a brindar una atención con calidad de los pacientes que la requieran y que por medio de una certificación de sus conocimientos se reconozca a quienes trabajen en este campo.<sup>(13)</sup>

En el 2002 la OMS amplía su concepto y manifiesta la importancia de los cuidados paliativos en el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, buscando el alivio de dolor y síntomas acompañantes, generando la máxima calidad de vida para el paciente y su familia, buscando al generar este nuevo paradigma que los cuidados paliativos no sean relegados a las últimas etapas de atención del paciente dado que los síntomas que no sean tratados en su inicio pueden ser más complicados de tratar en la etapa final de vida. A partir de este momento presentan gran crecimiento, desde de la sesión 67 del 2014 de la OMS donde se genera la Resolución 6719 que busca el

fortalecimiento de cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida.<sup>(14)</sup>

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care, EAPC) promovió en el año 2013 la llamada Carta de Praga (EAPC, 2013; Devay de Freitas, 2017) reclamando la consideración de los cuidados paliativos como un derecho humano.

### **Estado actual en Cuba y la localidad.**

**Cuba cuenta con un sistema de salud accesible a la población desde todos los puntos de vista económico, geográfico, político y social, es indudable que la situación socioeconómica del país y la falta de desarrollo en la atención a los pacientes en estado terminal, provocan de forma reiterada que ellos y sus familiares y/o cuidadores no reciban los servicios que requieren para que aquellos puedan llegar al fin de ese doloroso proceso con la atención primaria, por lo que muchos terminan buscando la solución a sus problemas en la atención hospitalaria. Todo ello ha contribuido a que, especialmente en las zonas urbanas, haya dejado de morir en el hogar una cantidad de personas que ha ido incrementándose en las últimas décadas.<sup>(15)</sup>**

**Durante la revisión bibliográfica no se encontraron trabajos publicados que nos informaran sobre la actualidad del comportamiento de los cuidados paliativos en la provincia de Guantánamo, ni en el municipio de Baracoa.**

### **Manifestaciones del problema**

A pesar de que ha habido un incremento en la disponibilidad de los cuidados paliativos, muchos pacientes mueren sin recibir estos cuidados, el acceso a ellos todavía es insuficiente. En el 2018 entre 20 y 40 millones de personas en el mundo requerían cuidados paliativos.<sup>(16)</sup>

El insuficiente uso de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud ha generado incremento en las hospitalizaciones prevenibles y evitables, ha aumentado tanto el índice ocupacional, como el promedio de estadios hospitalarios, ha impedido el mantenimiento del rol social y familiar, provoca disminución en la interacción del paciente con su familia, altera el ritmo familiar, eleva los costos económicos. Los pacientes deben someterse a horarios y regímenes hospitalarios y a la pérdida de la intimidad de su medio conocido (sus pertenencias sus recuerdos sus esperanzas).

Para muchos especialistas en medicina paliativa y para los propios pacientes, lograr una muerte digna en el propio hogar es considerado como el "estándar de oro". Por lo que las

discusiones se centran en cómo mantenerlas en sus domicilios y conocer los apoyos necesarios para conseguirlos.

Durante diferentes encuestas realizadas se ha podido constatar un bajo nivel de conocimiento de los médicos de atención primaria sobre la prestación oportuna y adecuada de los cuidados paliativo. Esto ha influido negativamente en el asesoramiento y apoyo que le debe brindar el médico de familia a estos pacientes que se encuentran al final de la vida. Esta falta de capacitación provoca que muchos profesionales violen inconscientemente algunos principios éticos, como la autonomía de las personas enfermas y su libre elección de decidir su tratamiento terapéutico.

Otro problema que afecta la implementación de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud es la deficiente articulación entre los diferentes niveles de atención, lo cual ocasiona que la persona paliativa no tenga una atención integral y continua.

Cada vez existe más evidencia en la literatura médica de que un gran número de enfermos, en los servicios de salud, tiene un control inadecuado de síntomas, ya sea como parte integral de los cuidados curativos o en el abordaje al final de la vida. También existe evidencia de que las expectativas y necesidades de los familiares de los enfermos no se alcanzan, que la comunicación entre los médicos y los familiares es inadecuada y que la mayoría de los galenos no están preparados para dar un cuidado óptimo que incluya la paliación a los enfermos graves.<sup>(17)</sup>

### **¿Cómo se llega al problema?**

En un estudio europeo, se observó que la oferta de formación paliativa para la graduación médica sigue siendo muy variable: solo nueve de los 51 países europeos tenían docencia de Cuidados Paliativos en todas sus facultades de medicina. En Brasil, un estudio con 58 coordinadores de facultades de medicina concluyó que la enseñanza de la atención al final de la vida en las facultades de medicina es limitada y tiene poca prioridad en la graduación. La enseñanza de Cuidados Paliativos en Brasil sigue siendo tímida en los planes de estudio de la carrera de medicina. Incluso cuando se ofrecen, se dan como parte del contenido de grandes áreas, con carga de trabajo insuficiente, y el tema se enseña de manera no horizontal, lo que dificulta la integración con otros temas de estudio.<sup>(18)</sup>

Los sistemas sanitarios del orbe afrontan la problemática ignorada por mucho tiempo del paciente con necesidad de cuidados paliativos, lo que lleva a reflexionar sobre la preparación de los profesionales de la atención primaria de salud al respecto, especialmente de los que laboran en áreas rurales o alejadas, donde el acceso a la medicina especializada es limitado. Las evidencias actuales señalan la urgencia de crear

programas de educación médica continua para estudiantes y profesionales en ejercicio, dirigidos a optimizar la calidad de vida de los pacientes en estado terminal o en fase final de la vida.

Durante la realización del trabajo se realizaron diferentes encuestas, entrevistas médicas y se recogieron estados de opinión de la mayoría de las áreas de salud que tributan al policlínico Hermanos Martínez Tamayo. Material que también está siendo utilizado en la realización de una tesis doctoral.

### **Consecuencias del Problema.**

**Económicas:** El insuficiente uso de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud ha generado incremento en las hospitalizaciones prevenibles y evitables, ha aumentado el índice ocupacional y el promedio de estadios hospitalarios. Incrementa el costo de recursos humanos, de medicamentos y material gastable, de combustible para el traslado por uso de las ambulancias y el costo de equipamiento de soporte.

**Sociales:** Desde el punto de vista social, ha impedido el mantenimiento del rol social y familiar, provoca disminución en la interacción del paciente con su familia, altera el ritmo familiar, genera angustia, ansiedad en los cuidadores, y muchas veces es imposible no trasladar esos sentimientos al paciente.

**Sico emocionales:** los pacientes y cuidadores que reciben cuidados paliativos de forma inadecuada pueden sufrir un deterioro de su salud mental y social. La evidencia mundial indica una alta incidencia de depresión, ansiedad, angustia psicológica y otros problemas de salud mental.

**Físicas:** Dentro de las consecuencias físicas más frecuentes encontramos mal manejo de síntomas relacionados con su enfermedad de base tales como: dolor, náuseas, fatiga, disnea, estreñimiento, entre otros.

**Científico profesionales:** Existe insuficiente dominio e los cuidados paliativos por parte del médico de atención primaria, dificultad en la identificación de las enfermedades tributarias de cuidados paliativos tanto oncológicas como no oncológicas, deficiencia en el manejo de la escalera analgésica de la OMS para el dolor y en las indicaciones de la morfina para el tratamiento del dolor.

**Éticas:** Lamentablemente, no todos los pacientes están suficientemente preparados para comprender la dimensión de su enfermedad, y aquí nos encontramos con problemas morales y éticos que han sido objeto de investigaciones y debates. Por lo tanto, conviene reflexionar sobre el papel de la educación en salud, ya que depende de la efectivización de

la liberación en las prácticas actuales de asistencia y formación. En ese sentido, la educación centrada en el paciente no solo es deseable, sino obligatoria, para garantizar que los cuidados paliativos, especialmente al final de la vida, contribuyan a una buena muerte, con autonomía y dignidad.

### **¿Cómo puede revertirse esta situación?**

Pasos clave para el manejo de pacientes que requieren cuidados paliativos

#### **1. Identificar a pacientes con necesidad de cuidados paliativos**

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

En este sentido, hay diversos instrumentos estadísticos que permiten la identificación de estos pacientes, entre los cuales destaca el instrumento NECPAL, que evalúa la necesidad de atención paliativa. Además, hay instrumentos para clasificar el nivel de compromiso funcional, como el índice de Karnofsky, la escala ECOG y el PPS. Existen también instrumentos para establecer un pronóstico de sobrevida más objetivo, que tienen en cuenta el contexto del paciente (domicilio, residencia de adulto mayor, hospital u hospicio), además de su estado de salud actual. De igual forma, es importante detectar factores pronósticos individuales, entre ellos se destaca la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, el estado nutricional del paciente, la presencia de deterioro cognitivo, depresión, y la falta de soporte familiar adecuado. Una vez detectados los individuos con enfermedades crónicas avanzadas con necesidad de cuidados paliativos y conocer sus factores pronósticos, se debe elaborar su plan de tratamiento, el cual se explica en el próximo punto.

#### **2. Elaboración de un plan terapéutico.**

En esta etapa es fundamental que el personal de salud, el paciente y sus familiares reconozcan y comprendan las expectativas del tratamiento, las complicaciones que pueden surgir en el camino, así como los objetivos que se planea cumplir con el tratamiento. En este sentido es esencial poner en el centro de la atención al paciente y la intención de mejorar su calidad de vida y esto se debe realizar mediante intervenciones que no solo

aseguren la dignidad de la persona, sino también al ser humano como una unidad bio-psico-social-espiritual. Aún cuando en estas patologías puede ser especialmente difícil predecir el curso de la misma, se deberán reconocer y determinar las creencias y valores del paciente, planificar voluntades anticipadas, indagar las expectativas de tratamiento del paciente y su familia y prever las posibles complicaciones que pueden surgir en el camino con su manejo respectivo (enfermedades intercurrentes, descompensaciones, dolor, consultas a urgencia, etc.)

Por otro lado, es esencial evitar la futilidad terapéutica que puede ser tanto médica como del paciente y su familia. El primer caso consiste en plantear intervenciones en las que el éxito no ha sido demostrado o que son caras y/o invasivas, el segundo caso se basa en plantear cuidados que son imprudentes, excesivos y/o inadecuados por parte del paciente o su familia

### **3. Enfoque asistencial.**

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

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

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

y el fármaco más usado es el midazolam.

### **C. Fase final de vida**

Esta etapa se define como el “período final de la vida, de duración variable, en el que se produce un deterioro significativo de la funcionalidad y la muerte se percibe como cercana”<sup>23</sup>; donde mejorar la calidad de vida del paciente es el objetivo central. Es importante no confundir la fase final de vida con el concepto de muerte inminente. En esta última, que es cuando la muerte ocurrirá en cuestión de horas o unos pocos días<sup>24</sup>, se deben tener en cuenta una serie de signos que cuando están presentes, se debe considerar que estamos pronto a una muerte inminente. Dentro de los signos de muerte inminente destacan los estertores audibles, las apneas y respiración de Cheyne Stokes, cianosis y livideces periféricas, oliguria y el delirium terminal.

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

Para mejorar la calidad de vida del paciente y aliviar su sintomatología durante esta etapa, se mencionarán algunas recomendaciones de cuidados generales y el manejo de los síntomas más frecuentes.

#### **Alimentación e hidratación .**

- En esta etapa cumplen una función más de confort, no siendo necesario cumplir requerimientos nutricionales o hídricos específicos.
- Se pueden administrar alimentos en pequeñas cantidades, dando prioridad a aquellos de consistencia pastosa, dar a beber al paciente pequeños sorbos de agua a demanda e hidratar los labios con un algodón húmedo.

#### **Medicación .**

- Esta debe ser revisada para suspender y/o ajustar lo que sea necesario según el contexto y su situación actual.

#### **Otras Medidas .**

- Es vital evitar medidas diagnósticas y terapéuticas que no tengan impacto en el manejo de los síntomas del paciente y en la mejora de su calidad de vida.
- Se debe limitar la toma de signos vitales, exámenes de laboratorio periódico, tratamientos preventivos, entre otros.

## Conclusiones

El nivel primario de atención médica juega un papel importante en la atención de enfermos que requieren cuidados paliativos, ya que pueden realizar acciones en zonas geográficas donde se encuentra distante la atención secundaria . En Cuba a pesar que existen políticas sobre los cuidados paliativos también se observan necesidades curriculares en la formación del especialista de medicina familiar que imposibilitan el eficiente impacto de los cuidados paliativos como disciplina científico médica en la atención primaria de salud.

## Referencias bibliográficas.

1. Paraizo-Horvath CMS, Fernandes DS, Russo TMDS, Souza AC, Silveira RCCP, Galvão CM, Mendes KDS. Identification of people for palliative care in primary health care: integrative review. Cien Saude Colet. 2022 ENT#091;citado 03/11/2024 ENT#093;;27(9):3547-57. Disponible en:<https://www.scielo.br/j/csc/a/87d6DSLbV73mkvd7LtqDY4r/?lang=en1>. [Links]
2. García Machín E. El envejecimiento poblacional en Cuba y la necesidad de fortalecer la seguridad y salud en el nuevo contexto sociolaboral. rev cuban salud trabajo [Internet]. 2013 [citado 3 Nov 2024]; 14 (2) . Disponible en: <https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/560>
3. Martin AC, Pría Barros Md. Desigualdades en la mortalidad por enfermedades no transmisibles en personas mayores según condiciones de vida en Cuba durante el año 2018. INFODIR [Internet]. 2023 [citado 3 Nov 2024]; 0 (42) . Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1490>
4. Silva TCD, Nietzsche EA, Cogo SB. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2022 ENT#091;citado 23/05/2023ENT#093;;75(1):e20201335. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JbmfPk9FQjBpj9pv5HW3LrL/?lang=en3>. [ Links ]
5. Sheikh M, Sekaran S, Kochhar H, Khan AT, Gupta I, Mago A, et al. Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician. J Family Med Prim Care. 2022 ENT#091;citado 23/05/2023ENT#093;;11(8):4168-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9638637/pdf/JFMPC-11-4168.pdf5>. [ Links ]

6. Glasinovic Peña A. Enfoque de cuidados paliativos no oncológicos y fin de vida para médicos de la atención primaria de salud en Chile. *rmef* [Internet]. 18 de noviembre de 2020 [citado 1 de noviembre de 2024];14(1):7. Disponible en: <http://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/362>
7. MAYA-HERNÁNDEZ, Cynthia; ÁLVAREZ-DÍAZ, Jorge Alberto. Cuidados paliativos en atención primaria de salud. Revisión narrativa en el contexto iberoamericano. *Revista Salud y Cuidado*, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 71-88, sep. 2023. ISSN 2954-4459. Disponible en: <<https://revistasaludycuidado.uaemex.mx/article/view/21803>>. Fecha de acceso: 31 oct. 2024 doi: <https://doi.org/10.36677/saludycuidado.v2i3.21803>.
8. Marileydis, A., José, S., Irene Estefanía, D., & Alejandro, Z. 2021 sep 17. Intervención educativa en enfermeras de la familia sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos. 1er Simposio Virtual de Enfermería Oncológica. [Online]
9. Rodríguez Perilla, F La pérdida de la oportunidad como daño autónomo relacionado con los cuidados paliativos. [Internet]. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2022 [citado: 2025, enero] 129 páginas. Disponible en :<https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/79edec5f-1a56-4623-b2fa-4ae5b857f86d/content>
10. Bermúdez Villarroya K, Bermúdez Bueno W, Miranda Passo J. Cuidados paliativos: un procedimiento médico regulado por el ordenamiento jurídico colombiano. *mare* [Internet]. 29 de diciembre de 2021 [citado 9 de enero de 2025];3(2):43-59. Disponible en: <https://cipres.sanmateo.edu.co/ojs/index.php/mi/article/view/565>
11. Moya, Federico Arnau. "La insuficiente regulación de los cuidados paliativos en España." *Revista Boliviana de Derecho* 34 (2022): 14-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8536408>
12. Díaz Amado E. From inexorable death to chosen death. *Colomb Med (Cali)*. 2022 Dec 30;53(4):e4015619. doi: 10.25100/cm.v53i4.5619. PMID: 37383165; PMCID: PMC10298053
13. Pascual, Lamberto Landete. "Cuidados paliativos en Neurología: repaso histórico y experiencias en otros países." *Manual básico de la SEN sobre el Final de la Vida y la Ley de la Eutanasia* (2021). Disponible en: [https://comcantabria.es/wp-content/uploads/2021/11/Informe\\_SEN\\_Eutanasia\\_2021\\_w.pdf#page=54](https://comcantabria.es/wp-content/uploads/2021/11/Informe_SEN_Eutanasia_2021_w.pdf#page=54)
14. Manrique-Hernandez Eliana Katherine, Sánchez-Duque Jorge Andrés. Cuidados

paliativos en la atención primaria de salud. MEDISAN [Internet]. 2024 Abr [citado 2025 Ene 09] ; 28( 2 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192024000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192024000200013&lng=es). Epub 30-Abr-2024.

**15-Laucirica-Hernández Clara Obdulia, García-Güell Aida, Castro-Junco Iraidelys, Abreu-Alonso Dariel, Herrera-Suárez Anairis, Sangroniz-Viart Teresa. Cuidados paliativos al final de la vida: visión comparativa en dos décadas. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2022 Oct [citado 2024 Oct 31] ; 44( 5 ): 834-849. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242022000500834&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000500834&lng=es). Epub 31-Oct-2022.**

**16.Torres Farreres, Marina. Experiencias de los familiares de un paciente con necesidades de cuidados paliativos en final de vida. Estudio cualitativo. BS thesis. 2023. Disponible en: <https://eugdSPACE.eug.es/handle/20.500.13002/899>**

**17.López Sánchez JR. Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2016 [citado 28/12/2021];14(1):53-61. Disponible en: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=562439310061>. [ Links ]**

**18.Mendes PB, Pereira A de A, Barros I da C. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. Rev Bioét [Internet]. 2021Jul;29(3):534–42. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293489>**