

Plan de cuidado al final de la vida

Por Paulina Banda

Equipo Investigación

Fondecyt Regular 1201721

Contar con directrices que guíen el trabajo de un equipo interdisciplinario de salud que cuida a una persona al final de su vida y brinda apoyo a su familia es crucial para proporcionar intervenciones que sean adecuadas para esta etapa y ayudar a que paciente y familia puedan vivir este proceso de la mejor manera posible. Si bien cada persona, familia y contexto son únicos y se deberá adaptar el cuidado a cada caso; tener directrices que orienten a los profesionales en el abordaje general de la etapa final de la vida y los problemas más frecuentes ayudará a poder entregar un cuidado de fin de vida apropiado y satisfactorio para las personas que lo requieren.

En el presente documento se plantean lineamientos generales para unos cuidados al final de la vida de calidad, entendiendo que existen situaciones más complejas donde esta guía puede no ser suficiente para el adecuado manejo de estas, se sugiere siempre contactar o derivar a algún profesional con mayor experiencia en cuidados paliativos o del final de la vida.

La Coalición Nacional de Hospicios y Cuidados Paliativos de Estados Unidos (NCHPC) desarrollo el año 2018 la cuarta edición de sus Lineamientos para la práctica clínica de cuidados paliativos de calidad, la cual se divide en 8 áreas de desarrollo mayores. Una de estas ocho está dedicada exclusivamente al paciente que se acerca al final de la vida (1).

Generalidades (1)

Los cuidados al final de la vida son una parte de los cuidados paliativos, por lo tanto, todos los principios de la medicina paliativa se mantienen y toman mayor fuerza frente a la persona moribunda. La atención a la persona en situación de últimos días debe ser compasiva y basada en las necesidades y preferencias particulares de cada caso (4), y considerar:

- Un equipo interdisciplinario

Profesionales con entrenamiento en el cuidado al final de la vida y con una estructura de trabajo coordinado que sea apropiado para cada persona y familia. El equipo debe ser capaz de valorar y tratar síntomas, identificar signos y síntomas de la aproximación de la muerte, mantener una comunicación frecuente con el paciente y su familia, hablar de la posibilidad de una pronta muerte, brindar apoyo durante el duelo. (1, 13)

- Valoración exhaustiva y frecuente

La valoración constante de síntomas físicos, psicológicos, sociales y de necesidades espirituales tanto en la persona como en su familia, de las preferencias de cuidado, decisiones de tratamientos y deseos del proceso de muerte (1, 13).

- Tratamiento previo a la muerte

Se debe contar con un plan claro para anticipar, prevenir y tratar los síntomas durante este proceso, el cual debe ser actualizado y modificado de ser necesario acorde a la evolución de cada paciente y familia.

Ofrecer información clara sobre la enfermedad y el pronóstico esperado, ayudará tanto al paciente como a la familia a determinar las prioridades de cuidado y ponerse metas realistas en esta última fase de la vida de la persona (12). En base a esto el trabajo del equipo interdisciplinario se alineará a cada caso.

- Tratamiento durante el proceso de muerte e inmediatamente posterior al fallecimiento

Las necesidades de la persona y su familia deben ser respetadas y apoyadas, entregando cuidados que estén en línea con las creencias culturales y espirituales, valores y prácticas particulares. Educar a la familia y/o cuidadores sobre signos y síntomas de la posible muerte en un lenguaje adecuado a cada caso y reforzar el apoyo disponible durante el proceso de fin de vida. Realizar o apoyar en los cuidados posteriores a la muerte y brindar apoyo a la familia son parte de las tareas del cuidado post mortem.

- Periodo de duelo

El apoyo en el proceso de duelo debe estar presente tanto para la familia como para el equipo que acompañó a la persona hasta el fallecimiento, debe ser entregada de forma directa por el equipo o refiriendo a otros niveles de atención (1, 13). Debe existir un plan preparado anticipadamente, el cual se activa en el momento de la muerte del paciente.

Habilidades esenciales requeridas

- Valoración exhaustiva de síntomas físicos, psicológicos, sociales y necesidades espirituales (1, 13)
- Manejo adecuado de síntomas frecuentes (1)
- Habilidades comunicativas, especialmente para hablar sobre la muerte (1, 13)
- Actitud empática, aceptación incondicional (13)
- Presencia: estar disponible, escuchar y resolver dudas. Acoger la esperanza que pueda albergar la persona y su familia, sin fomentar falsas expectativas (13)

Comunicación (2)

Establecer una comunicación acorde a las necesidades y expectativas de la persona, explorando qué tanto entiende del proceso al cual podría estar entrando y cuánto desea saber, si quisieran que alguien más estuviera presente en las conversaciones difíciles o en la toma de decisiones. Por otra parte, debe siempre valorarse la capacidad mental actual de la persona para participar en la comunicación y en la toma de decisiones.

Identificar que miembro del equipo de salud es el más apropiado para explicar la situación de últimos días o pronóstico a la persona. Debe basarse en las competencias del profesional y la relación que se ha establecido entre ellos/as.

Tan pronto se reconoce la posibilidad de estar comenzando la etapa final de la vida, discutir con la persona (a menos que no desee ser informada) las cosas que sean relevantes para el/ella (2, 4).

Brindar a la persona, familia y/o cuidadores: información clara sobre el pronóstico, una oportunidad para hablar de temores o ansiedades, explicar como se les brindará apoyo y la oportunidad de volver a discutir sobre esto nuevamente (2, 4, 13). Tanto el paciente como la familia deben participar activamente en la discusión del plan de cuidados que se realizarán (12).

Explorar si hay deseos o voluntades anticipadas sobre el cuidado al final de vida por parte de la persona y velar porque ellas sean cumplidas si la persona ha perdido la capacidad de tomar decisiones o comunicarse con el medio (2, 12).

La comunicación entre paciente, familia y equipo debe ser abierta y honesta para lograr un buen cuidado (4, 13), siempre chequeando lo comprendido por parte de la persona, cuidadores o familiares (4).

Toma de decisión compartida (2)

Una comunicación sincera y fluida permitirá que la persona exprese sus deseos y conozca las opciones a las que podría acceder. Tanto el paciente como la familia deben participar activamente en la toma de decisiones sobre el tratamiento o cuidado que desea recibir, siempre que sea posible (4). Esto debe ser considerado desde temáticas como la alimentación que reciba, o los cuidados, hasta sobre la continuación o suspensión de algún tratamiento.

Cuando la toma de decisiones sea realmente compartida se asegurará que las personas reciban el cuidado adecuado para el final de su vida (2). Esto solo podrá ser logrado a través de una adecuada comunicación y relación entre paciente, familia y equipo de salud.

Planificación anticipada

Para las personas que tienen una enfermedad avanzada o grave, la idea de la cercanía con la muerte se hace más palpable. Reconocerlo puede ayudar a paciente y familia a prepararse con antelación a la fase de fin de vida activa. La planificación anticipada de cuidados permite crear un plan de atención que sea acorde a las preferencias de la persona sobre su propio fin de vida (13).

La planificación anticipada puede aumentar las probabilidades de que la persona reciba cuidados consistentes con sus deseos, que disminuyan los costos en salud, mejore la calidad de vida y las vivencias de duelo de los seres queridos (13).

Control de síntomas

Dolor

Es uno de los síntomas más temidos por las personas con cáncer y otras enfermedades avanzadas (5). La valoración del dolor debe ser frecuente, preguntando al paciente si tiene dolor y determinando su intensidad (12).

- Escala EVA
- Indicadores no verbales de dolor: *quejidos, facie de dolor, inquietud, posturas antiálgicas*
- Pacientes con demencia severa escala PAINAD

Para el manejo del dolor leve se debe iniciar su tratamiento con AINES o paracetamol (12). Si esta medida no logra controlar el dolor se puede añadir un opioide a bajas dosis (5, 7).

La escalera analgésica de la Organización mundial de la Salud (OMS) sugiere en su segundo escalón, para el manejo de dolores persistentes o moderados a severos desde el inicio, el uso de AINE más un opioide débil como tramadol y para el manejo del dolor persistente o severo desde el inicio, el uso de AINE más un opioide potente (7, 12).

Los opioides son la primera línea para el tratamiento del dolor moderado a severo (5, 6) y la morfina es el opioide más comúnmente usado.



Por otro lado, se sugiere el uso de fármacos coadyuvantes en todos los peldaños de la escalera analgésica (7, 12). Algunos adyuvantes de uso frecuente para el manejo del dolor son:

- Antidepresivos o anticonvulsivantes para el dolor neuropático: amitriptilina, gabapentina, pregabalina.
- Corticoesteroides: dexametasona.

Disnea

Es un síntoma muy debilitante y suele acompañarse además por ansiedad (5). Siempre debe buscarse una posible causa de base (5, 12) y tratarse siempre que sea concordante con los objetivos de cuidado de cada caso (13). Los opioides son el tratamiento de elección para controlar este síntoma (5, 6, 12), siempre con un uso seguro y controlado para prevenir efectos adversos severos (depresión respiratoria), suelen usarse dosis menores a las comúnmente utilizadas para el manejo del dolor moderado a severo (5).

Por otra parte, cuando la ansiedad es de difícil manejo se puede complementar el tratamiento del síntoma con benzodiazepinas, aun que este no será el tratamiento de elección inicial.

El uso de oxígeno puede brindar cierto alivio a pacientes con EPOC, pero no se ha demostrado su beneficio en pacientes con cáncer o falla cardíaca que no tengan hipoxemia asociada (5, 12).

Otras intervenciones como apoyo psicológico, relajaciones o respiraciones guiadas pueden ayudar a mejorar el síntoma de la disnea, además del aire fresco al abrir una ventana o ventiladores y una posición semifowler (5, 12).

Es fundamental destacar que la presencia de taquipnea o una respiración irregular en un paciente en sopor profundo no debe ser confundido con el síntoma subjetivo de falta de aire (disnea), ya que los pacientes en fin de vida tienen un patrón respiratorio alterado (Cheyne-Stokes) y esto no significa necesariamente que la persona este experimentando este síntoma (5).

Xerostomía

La boca seca o xerostomía es un problema común en las personas al final de la vida. Son múltiples los factores que pueden causarlo; como fármacos, radioterapia, deshidratación, entre otras (5).

Su manejo se centra en:

- Reducción de fármacos que podrían estar contribuyendo al problema y ya no son fundamentales en el manejo sintomático de la persona (5, 12).
- Uso de estimulantes de saliva o sustitutos de saliva.
- Mantener la higiene e hidratación bucal (5, 12). Realizar tan frecuentemente sea necesario para mantener la boca limpia e hidratada (12).
- Se puede hidratar con hisopos humedecidos en agua o agua en spray (5, 12).

Secreciones vía aérea

Producto de la debilidad muscular y el compromiso de conciencia, la incapacidad de movilizar las secreciones orales y de la vía respiratoria alta producen la acumulación de estas y el consecuente sonido de gorgoteo llamados “estertores pre mortem” (5, 6).

Una actividad tan sencilla como el reposicionamiento de la cabeza puede reducir el ruido y contribuir a la tranquilidad familiar.

Los anticolinérgicos, como el butilbromuro de hioscina, son usados de forma frecuente, pero no hay evidencia de calidad que apoye esta medida (6, 13). Solo algunos reportes clínicos recomiendan el uso de agentes antimuscarínicos (atropina o glicopirrolato) para el manejo de secreciones (5).

Es fundamental la educación a cuidadores y familias, de que es poco probable que la persona experimente incomodidad o molestias por las secreciones dado el compromiso de conciencia; y la ausencia de beneficio y potencial daño de algunos tratamientos como la aspiración de secreciones (5, 6, 13).

Náuseas y vómitos

Algunas causas comunes son el uso de opioides u otros medicamentos, obstrucciones intestinales, ascitis y aumento de la presión intracraneana (5, 6, 12). De acuerdo a la causa, si es identificada, se puede tratar el síntoma acorde, pero la mayoría de los episodios de náuseas y vómitos al final de la vida son multifactoriales o por causas inciertas (5).

Fármacos como el haloperidol y la metoclopramida son de elección en la literatura de cuidados paliativos (5, 6). Antagonistas de la serotonina son de la primera línea frente al síntoma causado por quimioterapia (5,6).

Además, se debe tener en consideración las medidas no farmacológicas para el manejo de estos síntomas. Actividades como la higiene frecuente de la cavidad oral, ajustes de las porciones de comidas a lo tolerado por la persona y un abordaje psicológico pueden ser favorables (12).

Constipación

Es el paso de escasas heces de consistencia dura o la dificultad e infrecuencia de las deposiciones, de acuerdo al patrón habitual de cada persona (12). Suele ser multifactorial en pacientes con enfermedad terminal (deshidratación, inmovilidad, fármacos o tumores a nivel de intestino). Su manejo es fundamental porque puede llevar a dolor, vómitos o delirium (6).

El uso de laxantes estimulantes asociados a un laxante ablandador de heces, o el uso de laxantes osmóticos debe ser parte del tratamiento preventivo (5, 6, 12). Medidas más invasivas como enemas deben ser la última opción.

Al final de la vida, dado la baja o nula ingesta de alimentos, es habitual que se reduzca la frecuencia o cantidad de deposiciones. Considerar siempre el manejo activo del síntoma solo cuando este generando molestias en la persona.

Anorexia y caquexia

El síndrome de anorexia-caquexia es un proceso metabólico complejo, que se presenta en diversas enfermedades en etapas avanzadas (12). Impacta en la calidad de vida y puede causar ansiedad y distrés en la persona, pero incluso más en la familia o los cuidadores (12). Se debe explicar que la reducción progresiva de la ingesta es parte natural del proceso de enfermedad (12).

No existen fármacos que traten de forma efectiva este síndrome al final de la vida, a pesar de que los glucocorticoides pueden mejorar el apetito y la energía de forma transitoria (5, 12).

No hay evidencia que apoye el uso de hidratación artificial o nutrición para mejorar los síntomas de la deshidratación, ni que aumenten la supervivencia ni mejoren la calidad de vida en esta etapa (5). Incluso podría producir una sobrecarga de fluidos en la persona, por lo que debe ser manejado de forma cautelosa.

Educar sobre esto a la familia es fundamental para evitar la creencia de que la persona está muriendo por la falta de alimento y líquido, a pesar de esto, se debe tener siempre en consideración las creencias individuales y familiares para la toma de decisión en torno a la suspensión del apoyo con hidratación o alimentación artificial (12).

Fiebre

La presencia de fiebre en los días finales de vida suele ser de causa desconocida, pero puede deberse a infecciones, medicamentos o lesiones neurológicas (5).

El paracetamol o AINES serán la primera línea de tratamiento del síntoma. Corticoides como la dexametasona pueden probarse también, si los primeros fármacos no controlan la temperatura.

El uso de antibióticos debe ser considerado si existe una infección específica que deba ser tratada y esto en línea con los objetivos de cuidado de la persona y su familia (5, 13), pero no hay evidencia que demuestre su efectividad en reducir la fiebre al final de la vida (5).

Delirium

Se presenta con regularidad en pacientes a medida que se aproxima la muerte y sus causas son multifactoriales (5, 6). Siempre que se identifique una causa de base, su manejo se realizará o no considerando los objetivos de cuidado de cada caso (12).

Suele ser subdiagnosticado por los equipos de salud y mal interpretado como dolor o sufrimiento por la familia. Educar a los cuidadores y seres queridos sobre este cuadro y las acciones que pueden ayudar a manejarlo, permitirán reducir la ansiedad tanto de la persona como de la familia.

Siempre se debe considerar el manejo no farmacológico del síndrome confusional agudo, que incluya acompañamiento constante, reorientación, manejo de factores precipitantes del cuadro (privación sensorial o dolor) y manejo ambiental (evitar ruidos excesivos o factores ambientales estimulantes) (5, 6).

Si bien no hay guías bien diseñadas para el manejo del delirium terminal, los antipsicóticos se usan con regularidad como tratamiento. El haloperidol suele ser el fármaco de elección para la agitación o delirium hiperactivo (5).

El uso de benzodiazepinas no se recomienda dado que puede generar una reacción paradójica y empeorar el cuadro, especialmente en adultos mayores (5, 6).

Prescripción anticipada

Cuando nos enfrentamos a un paciente en fin de vida sabemos que múltiples síntomas pueden aparecer o exacerbarse. Es fundamental poder controlar estos síntomas sin retraso, para eso la prescripción anticipada permite tener disponible medicamentos y dosis para manejar cada situación (12).

El manejo de síntomas al final de la vida puede ser desafiante, pero puede ser alcanzado con un número acotado de fármacos (6). En la siguiente tabla se enlistan los medicamentos más comúnmente usados en el final de la vida para el control de síntomas:

Medicamento	Motivo
Haloperidol	Delirium, agitación, náuseas
Midazolam	Ansiedad, estrés, sedación paliativa
Morfina	Dolor, disnea
Hioscamina, N butilbromuro de hioscina	Secreciones respiratorias

(tomada de 6, modificada con 12)

Vías de administración

La vía de elección para el manejo de síntomas en el paciente paliativo es la oral (10), sin embargo, diversas situaciones pueden llevar a la persona a perder la capacidad de usarla, requiriendo el uso de otras vías para la administración de fármacos (10). En pacientes oncológicos entre el 53 al 70% en situación de últimos días necesitará de una vía alternativa (10).

La vía de administración alternativa más eficaz en cuidados paliativos es la subcutánea, además de ser una vía sencilla y segura de usar (9, 10). Permite el uso en el contexto domiciliario y el manejo farmacológico de síntomas sin necesidad de hospitalizar al paciente en esta etapa (9).

La vía subcutánea se encuentra irrigada en su capa más profunda, lo que permite una rápida difusión de medicamentos (9, 10). Además, evita el metabolismo hepático (9, 10). Si bien su efecto es más lento que otras vías parenterales como la endovenosa, su biodisponibilidad es similar (9, 10).

Ventajas	Desventajas
Segura y cómoda, además poco agresiva y dolorosa	Volumen limitado: 2 cc en bolo y 1500 cc en infusión
Acceso y uso fácil	Limitación en fármacos
Pocos efectos secundarios o complicaciones	Con poca frecuencia puede generar: eritema, induración, hematomas o abscesos en el sitio de punción
Permite combinar fármacos en infusores	No es posible usarla en situaciones como shock, eritema, edema.
No requiere hospitalización, se puede usar en el domicilio	
Puede durar de 7 a 12 días	
Económica	

Tabla creación propia (9, 10)

Los lugares de elección para la administración subcutánea son: zona media de la cara externa de brazos y muslos, la zona abdominal, la zona subescapular y zona infraclavicular (8, 9, 10).

Para la técnica de punción es necesario realizar un pliegue de la piel, que reduce el riesgo de puncionar el músculo (8). El ángulo debe ser de 45° a 60° (9, 10), en pacientes caquéticos el ángulo debe ser incluso menor. Existen diversos fármacos de uso frecuente en el manejo de síntomas en el paciente en fin de vida que pueden ser administrados por esta vía (9, 10):

- Opioides: morfina, tramadol, metadona, fentanilo
- Antieméticos: metoclopramida, ondansetrón
- AINES: ketorolaco
- Neurolépticos: Haloperidol, levomepromazina
- Benzodiazepinas: midazolam, clonazepam
- Corticoides: dexametasona
- Antibióticos: ceftriaxona, cefepime, ampicilina, ertapemen
- Otros: N-butilbromuro hioscina o butilescopolamina, ranitidina, furosemida

Como también existen fármacos que están contraindicados por esta vía por los efectos locales que pueden provocar (9). La clorpromazina y el metamizol pueden generar necrosis grasa y el diazepam puede precipitar en el tejido subcutáneo produciendo una reacción dérmica local (9, 10).

Tabla 10: Combinaciones de cuatro y cinco fármacos que parecen ser compatibles por vía subcutánea

Combinaciones de cuatro fármacos compatibles por vía subcutánea			
Morfina	Midazolam	Haloperidol	Metoclopramida
Morfina	Midazolam	Haloperidol	Hioscina
Morfina	Midazolam	Hioscina	Metoclopramida
Morfina	Hioscina	Haloperidol	Metoclopramida

Combinaciones de cinco fármacos compatibles por vía subcutánea				
Morfina	Midazolam	Haloperidol	Hioscina	Metoclopramida

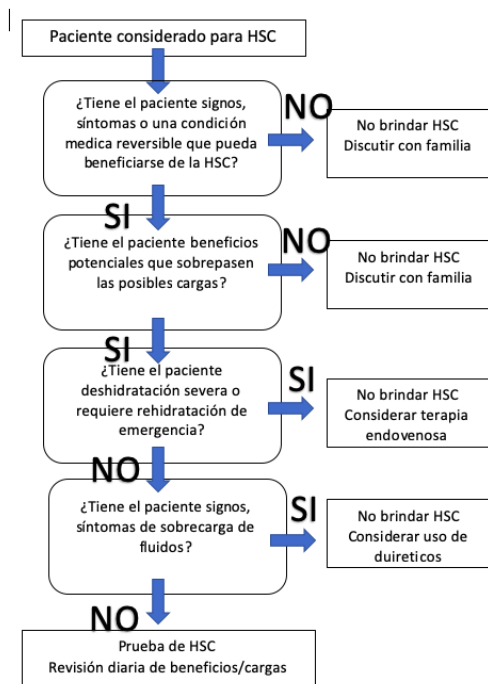
Tomada de Monografía VSC, SECPAL (2013).

Hidratación subcutánea

Además de la administración de fármacos, es posible la administración de líquidos y electrolitos por esta vía (9). Llamada hipodermoclisis, la hidratación por vía subcutánea puede ser de volúmenes hasta 1500 cc en 24 horas (9). Las soluciones deben ser isotónicas, como el suero fisiológico al 0,9% o el suero glucosalino al 33% (10).

No existe evidencia suficiente que apoye el uso de fluidos subcutáneos al final de la vida (12). Por lo tanto, debe ser considerada caso a caso, tomando una decisión en equipo interdisciplinario con el paciente y la familia (12).

La nutrición y alimentación durante la enfermedad y al final de la vida son temáticas importantes y sensibles, especialmente para la familia. Es crucial abordar este tema con empatía y determinando objetivos de cuidado que sean realistas (12). Si bien la familia puede creer que la persona se “morirá de hambre”; existe escasa evidencia de que mejore síntomas como la xerostomía, por otro lado, la deshidratación podría ser un anestésico natural durante el proceso de muerte (13).



(Scottish guideline)

Beneficios potenciales	Complicaciones potenciales
Mejorar la hidratación	Producir disconfort o infección
Podría mejorar síntoma de xerostomía	Edema, ascitis
Podría mejorar función renal	Empeora las secreciones respiratorias
Podría reducir la toxicidad por opioides	Aumentar el sufrimiento por síntomas
Podría reducir la sedación	Distrés en paciente o familia
Podría reducir la ansiedad familiar	Sobrecarga de fluidos

(creación propia, tomado de 12, 13)

Sedación paliativa

La sedación paliativa es la administración de fármacos sedantes en ciertas dosis y combinación requeridos para lograr reducir la conciencia de una persona en fase de fin de vida tanto como sea necesario para el alivio de uno o más síntomas refractarios (11, 13). Esta ampliamente reconocido como un abordaje apropiado al final de la vida, pero desde el punto de vista ético, la sedación paliativa es un tratamiento que se debe usar como último recurso, porque significará el término de la “vida biográfica (social)” de la persona (5, 11).

El objetivo principal es aliviar el sufrimiento refractario, no acelerar la muerte, por lo que no debe ser confundido con el suicidio asistido o la eutanasia (5, 11).

	SEDACIÓN PALIATIVA	EUTANASIA

PRONÓSTICO	Horas o días	Tener una enfermedad progresiva o pronóstico menor a 12 meses
INTENCIÓN	Aliviar el sufrimiento	Terminar la vida
MÉTODO	Reducir la conciencia	Llegar a la muerte de la persona
PROCEDIMIENTO	Infusión continua de sedantes	Dosis letales
CRITERIO DE ÉXITO	Alivio del distrés o sufrimiento	Muerte de la persona
ESCALA DE TIEMPO	Horas a días (no predeterminado)	Muerte inmediata

(creación propia, tomado de 11).

Idealmente, debe ser una intervención discutida con la persona y familia con anticipación, asegurando que se alinea con los deseos del paciente (12), para iniciar una sedación paliativa se debe contar con consentimiento de la persona (5, 11). Sin embargo, en muchos casos la persona ya no tiene la capacidad de entregar un consentimiento (11), por lo que suele pedirse un asentimiento informal a la familia (5, 11).

Los síntomas refractarios por los que más comúnmente se recurre a la sedación paliativa son el delirium, la disnea y el dolor (11). Además, existen algunos pocos casos donde se recurre a la sedación para situaciones de sufrimiento existencial, sin embargo, debe ser un psiquiatra o psicólogo hábil que determine la refractariedad del síntoma (11).

Se debe tener en consideración que el delirium es la causa más frecuente de sedación (11). A pesar de esto, el fármaco más ampliamente usado es el midazolam (11, 13), ya que su uso por vía subcutánea es seguro. En casos de delirium se debe considerar el uso de antipsicóticos como primera línea y en disnea refractaria el uso de morfina junto al midazolam (11). Para dosis iniciales se debe considerar si el paciente ha utilizado o está utilizando benzodiacepinas o no, luego titular de acuerdo al efecto (12).

La dexmedetomidina, usado frecuentemente en unidades intensivas, se ha utilizado para realizar sedación paliativa, especialmente en pacientes en fin de vida con dolor y delirium de difícil manejo con buenos resultados (11).

Referencias

1. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Care of Dying adults in the last days of life*. United Kingdom. 2015.
3. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *End-of-life Care During the Last Days and Hours*. Toronto, ON. 2011.
4. Leadership Alliance for the Care of Dying People (LACDP). *One Chance to get it Right*. United Kingdom. 2014.
5. Blinderman, C., & Billings, J. A. (2015). Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *The New England Journal of Medicine*, 373, 2549–2561.
6. Ross, A. (2017). End-of-Life Care: Managing Common Symptoms. *American Family Physician*, 95.
7. Ministerio de Salud (MINSAL)(2011). *Alivio del Dolor por Cáncer Avanzando y Cuidados Paliativos*. Santiago, Chile.
8. Shepherd, E. (2018). Injection technique 2: administering drugs via the subcutaneous route. *Nursing Times*, 114, 55–57.
9. Aguiluz, G. M., Marroquín, M. N., Martínez, J. S., & López, J. M. (2016). *Guía de uso del catéter subcutáneo en cuidados paliativos* (N.º 1). Universidad Dr. José Matías Delgado.
10. SECPAL. (2013, octubre). *Monografía SECPAL: Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos* (N.º 4). Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
11. Twycross, R. (2018). Reflections on palliative sedation. *Palliative Care: Research and Treatment*, 0, 1–16.
12. NHS Scotland. (2020, 27 abril). *Scottish Palliative Care Guidelines - Care in the Last Days of Life*. Scottish Palliative Care Guidelines. <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/end-of-life-care/Care-in-the-Last-Days-of-Life.aspx>
13. End of Life Nursing Education Consortium Core Curriculum (2019). Final Hours [Clase]. American Association of Colleges of Nursing, Washington DC, USA.