

Preferencias por el lugar para el final de la vida de los pacientes con cáncer y cuidado paliativo en el Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío

Olga Danallara Borrego Gastelum,* María Verónica Valadez Sánchez,‡
María Asela Ahide Ríos Ramírez,§ Jessica Yazmín Ramírez Soriano,|| Hilario Barajas Medina†

RESUMEN

La medicina moderna a pesar de la alta tecnología y su poder para anticiparse a la llegada de la muerte, tiene un fuerte componente de ignorancia a las decisiones de los enfermos crónicos. Una de las determinaciones que el paciente crónico merece tomar con todo el conocimiento de causa es el sitio para llevar su vida al final. La comunidad del cuidado de la salud conoce y acepta que los pacientes crónicos fallezcan en el hogar. Considerando éste como el nicho donde el paciente puede recibir la mejor calidad de atención justo cuando más necesita de los afectos que le dieron vida. Esta es una de las mejores expresiones del respeto por la autonomía del paciente. Este estudio intenta evaluar el cumplimiento al ejercicio de esta decisión en pacientes con cáncer. Se evaluaron los registros de la unidad de cuidados paliativos a un año de su instalación como equipo multidisciplinario. Se identificaron 89 pacientes de bajos recursos y escolaridad, con edad promedio de 50.9 ± 16.8 años y con cáncer en cuidado paliativo. Sin diferencias por sexo y predominancia de cáncer de mama, hepatopancreatobiliares y de colon y recto. De ellos 26 (30%) han muerto en el periodo. 19 (73%) decidieron morir en el hogar, sin diferencia por sexo. La lejanía del hogar respecto del HRAEB no mostró influencia significativa. Aunque hubo una tendencia a morir en el hogar conforme la edad avanzaba. El cáncer es una de las principales causas de muerte en las instituciones de tercer nivel de atención. El riesgo de muerte es inherente a nuestra condición de humanos. La elección del hogar para el final de la vida representa la mejor opción para el ejercicio de la autonomía por el binomio médico - paciente. Lejos de los beneficios económicos que podría significar, esta práctica lleva implícita la atención a los afectos y necesidades humanas esenciales, justo cuando el enfermo demanda su atención como humano.

Palabras clave: Decisiones al final de la vida, sitio para morir, cuidados paliativos, ética hospitalaria.

* Anestesióloga-Algóloga Paliativista.

† Enfermera tanatóloga.

§ Licenciada en Gerencia Social y Paliativista.

|| Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Especialidad en Oncología y Cuidados Paliativos.

† Hematólogo Pediatra.

Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío.

Correspondencia:

Hilario Barajas Medina

Subdirector de Enseñanza e Investigación

Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío

E-mail: hilariobm@gmail.com

ABSTRACT

Modern medicine, despite the high technology and its power to anticipate the arrival of death, has a strong component of ignorance to decisions of the chronically ill. One of the informed decisions that the chronic patient deserves to make is on the place to end his life. The health care community acknowledges and accepts that the chronic patients die at home. Considering this as the niche where the patient receives the best quality care just when he needs it, from the affects which gave him life. This is one of the best expressions of respect for patient autonomy. This study attempts to assess compliance to the exercise of this decision in cancer patients. We evaluated records in the palliative care unit from a year of installation as a multidisciplinary team. 89 patients, low income and education, were identified with age average 50.9 ± 16.8 years with cancer in palliative care. No sex differences and predominance breast cancer, hepatopancreatobiliaries and colon and rectum. Of these 26 (30%) have died in the period. 19 (73%) chose to die at home, no sex differences. The distance of home from the hospital showed no significant influence. Although there was a tendency to die at home as age progressed. Cancer is one of the main causes of death in the institutions of tertiary care. The risk of death is inherent in our human condition. The choice of home for the end of life is the best option for the exercise of autonomy by the binomial doctor – patient. Far from the economic benefits it might mean, this practice implies attention to the affections and essential human needs right when the patient demands his attention as a human.

Key words: Decisions at the end of life, place to die, palliative care, hospital ethics.

INTRODUCCIÓN

En la medicina moderna —una medicina de alta tecnología—, donde el conocimiento médico se desarrolla rápidamente, seguimos observando enfermedades crónicas de difícil progresión y expectativas de curación a la mejoría, pero con mucha incertidumbre en su resultado final.

En México, el cáncer es la segunda causa de muerte y tiene una tasa de mortalidad que aumentó a un 13% en la década pasada. Esto obedeció principalmente al cáncer de pulmón, próstata, mama, hígado y cervicouterino.¹ En Guanajuato se ha mantenido la misma tendencia, y en el 2012 se registraron 27,339 muertes por esta causa.² Si bien es cierto que el conocimiento médico se ha extendido y profundizado —generando a veces una expectativa fuera de lugar respecto de la curación de las enfermedades—, seguimos observando enfermedades en estado avanzado con escasas oportunidades de curación y fracasos terapéuticos que imponen el cuidado paliativo.

La OMS definió el cuidado paliativo como «el abordaje que mejora la calidad de vida en los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con una enfermedad amenazante de la vida, a través de la prevención y mejora del sufrimiento, la identificación temprana, la evaluación impecable, el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales».³ El cuidado paliativo es, sin duda, una parte esencial de la medicina moderna que cobra importancia en la atención al final de la vida, justo cuando al paciente se le ha identificado una enfermedad en estado progresivo e incontrolable.

Aunque se trata de una actividad milenaria, es hasta la década de los ochenta que el cuidado paliativo nace como una especialidad.⁴ El alivio del dolor tiene referentes muy significativos en la historia de la medicina, pero hay ele-

mentos de gran fuerza a considerar en la atención al final de la vida. Más allá de la prestación de servicios y los aspectos sociales, económicos o políticos, existe la necesidad humana: el sufrimiento del enfermo, la automática declaración de incompetencia y el desplazamiento social-familiar del enfermo en condición terminal; el sufrimiento que ocurre en la incontenible necesidad de aceptar la realidad de la extinción. Es aquí donde la esperanza tendrá siempre un espacio de dimensiones irreconocibles. Justo ahí se requiere del cuidado paliativo.

La Organización Mundial de la Salud identificó en 2004 la necesidad de desarrollar políticas de salud a nivel global que atendieran estas necesidades del enfermo. «El cuidado paliativo integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente» y «ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia a enfrentar la enfermedad del paciente en su propio duelo», enfatizando la importancia de comprender el «dolor total» para reconocer la calidad del cuidado al final de la vida como un derecho humano básico.³

En este contexto de calidad, la decisión del lugar de atención al final de la vida y del lugar para morir son partes de ese derecho fundamental. Éstas son decisiones que se han de cumplir en el terreno del máximo ejercicio de la autonomía del paciente. Alderson, ya en 1970, identificaba la responsabilidad de desarrollar medios y servicios domiciliarios para el 54% de los pacientes que fallecieron en el Hospital con «necesidades no mayores a una cama» y si grandes necesidades de cuidado al final de la vida.⁵

Hoy en día, entre los marcadores de una atención centrada en el paciente, figura el considerar los deseos de éste respecto del lugar final de atención (el sitio donde se le cuidará en la etapa terminal de su vida) —que difiere del sitio final de muerte: el lugar que elegirá el paciente para fallecer—. Gerrard y colaboradores llevaron a cabo

revisiones de dos distintos períodos entre 2007 y 2009 de un hospital con programa de cuidados paliativos y encontraron un incremento en la frecuencia del número de pacientes que deseaban morir en el hospital. Esto indica que los deseos del paciente respecto del sitio de atención cambian conforme la enfermedad avanza. Ello enfatiza la importancia de aclarar los dos términos.⁶

La preferencia del sitio para fallecer tiene variaciones. Aunque se ha observado una preferencia general de fallecer en el hospital (44-67%), seguido del hogar (30%) y en hospicios (8-20%), se han advertido variaciones que dependen del diagnóstico de base, de la edad y de la disposición de servicios de salud. En el Reino Unido, un estudio sobre el sitio de preferencia para morir en 2,164 pacientes con cáncer identificó que los de mayor edad, aquéllos con cáncer colorrectal y quienes vivían en áreas de marginación social tenían mayor probabilidad de terminar su vida en el hospital.⁷

Una investigación de seis años del análisis del sitio para morir mostró las tendencias en el Reino Unido, las cuales seguían las reportadas por otros países en la década de los noventa. En general, aun en los países desarrollados, se ha informado una preferencia creciente hacia el hogar como sitio para fallecer, incluso a pesar de que la tasa general de muerte decreció.⁸ Esta predilección parece ser mayor en el paciente con cáncer.

Hasta donde nuestro conocimiento alcanza no tenemos un referente estadístico de la preferencia del sitio de muerte del paciente en cuidado paliativo en la región del Bajío. El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de identificar las preferencias del lugar de fallecimiento entre los pacientes con cáncer que se atienden en la clínica de cuidados paliativos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La unidad de cuidados paliativos inició en 2013. Se analizaron los registros de mortalidad de enero a septiembre de ese año. Los enfermos fueron derivados a la unidad de cuidados paliativos (UCP) de diferentes especialidades (consulta externa, hospitalización o admisión continua). Una vez ubicado cada paciente, se determinó el diagnóstico y la etapa de la enfermedad en que acudió al servicio. En un breve interrogatorio verificamos si la información de su estado había sido comprendida por el sujeto y la familia, así como los síntomas principales por los que fue referido, dando seguimiento periódico por consulta externa y vía telefónica. El equipo interdisciplinario se involucró en la atención del individuo con base en sus diferentes disciplinas; se puso énfasis en hacer conciencia de la enfermedad y en las necesidades explí-

citas de la persona, tomando en cuenta a los cuidadores principales y a la importancia de la organización familiar; esto durante todo el proceso de la enfermedad. En el momento en que las condiciones del paciente se deterioraban, se proporcionó información adicional para dar lugar a las decisiones anticipadas: elaboración de lista de pendientes (legales, espirituales, emocionales, etcétera), lugar deseado para fallecer, preparación de trámites funerarios, etcétera. En caso que el enfermo decidiera fallecer en el hogar, se emplearon estrategias para ubicar redes de apoyo y así continuar con el soporte extendido de cuidados paliativos. Todos los datos de los sujetos se registraron en «sábanas» de uso diario que luego se trasladaron a versiones electrónicas para su cómputo y análisis. En el presente estudio utilizamos para el análisis, estadística descriptiva y tablas de frecuencia. Los pacientes manifestaban su preferencia respecto al sitio de muerte durante la evaluación primaria.

RESULTADOS

En julio del año 2007, se atendió al primer paciente en la especialidad de algología y cuidados paliativos en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB). Aunque no existía el servicio como tal, se reportó la productividad al Servicio de Anestesiología. Poco a poco

Cuadro I. Localización del cáncer por género.

Localización	Género			%
	Femenino	Masculino	Total	
Colon y recto	4	3	7	0.08
Endocrino	1	1	2	0.02
Estómago	1	4	5	0.06
Hígado	1	0	1	0.01
Mama	11	1	12	0.14
Neuro onco.	1	1	2	0.02
Onco-hemato.	2	3	5	0.06
Otro	3	1	4	0.05
Hepato-pancreato-biliar	7	4	11	0.13
Próstata	0	2	2	0.02
Pulmón	3	3	6	0.07
S. reprod. fem.	4	0	4	0.05
Sarcomas	5	2	7	0.08
Testicular	0	4	4	0.05
Tracto dig. sup.	1	5	6	0.07
Urinario	1	5	6	0.07
Vejiga	0	1	1	0.01
Total	45	40	85	1

los médicos de las diferentes especialidades fueron solicitando para sus enfermos este cuidado, que inició sin contar con un área específica de consulta. En el periodo que comprende 2008 a 2012, se integró el servicio con un segundo médico algólogo paliativista, quien continuó la atención de las personas en consulta externa y hospitalización. A inicios de 2013 se integró el equipo interdisciplinario, que actualmente consta de dos médicos algólogos paliativistas, enfermeras y gerentes sociales paliativistas con formación en tanatología. El envío de pacientes a la UCP está condicionado a la sensibilidad del médico por el cuidado paliativo y la gravedad del enfermo.

De enero a noviembre del año 2013, una vez instituida la UCP, se han otorgado 1,639 consultas. El HRAEB registró

también 166 defunciones, de las cuales 89 (53%) fueron por cáncer. En los registros de la UCP se encontraron 85 sujetos con cáncer en el mismo periodo, de los cuales 45 (53%) fueron mujeres y 40 (47%) hombres. Su edad promedio fue de 50.9 ± 16.8 años: 48.1 ± 15.9 años para las mujeres y 54.1 ± 17.38 años para los hombres. El sitio más común de la neoplasia fue la mama (14%), seguido de la neoplasia hepato-pancreato-biliar (13%), colon y recto (8%), y los sarcomas (8%); el resto se muestra en el cuadro I. A la UCP acudieron 57 (66%) personas por dolor debido a cáncer invasivo y 29 (34%) buscaron por otros cuidados paliativos. De ellas han muerto 26 (30%).

La ocurrencia de las neoplasias por edad fue: 39 casos (45%) entre los 41 a 60 años y 25 (29%) entre 61 a

Cuadro II. Localización de la neoplasia por edad.

Localización	Edad (años)					Total	%
	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80	81 a 100		
Colon y recto	0	0	1	6	0	7	0.08
Endocrino	0	0	1	1	0	2	0.02
Estómago	0	2	2	1	0	5	0.06
Hígado	0	0	1	0	0	1	0.01
Mama	0	2	7	1	2	12	0.14
Neuro onco.	2	0	0	0	0	2	0.02
Onco-hemato.	0	2	3	0	0	5	0.06
Otro	1	0	3	0	0	4	0.05
Pancreato-hepato-biliar	0	1	8	2	0	11	0.13
Próstata	0	0	1	1	0	2	0.02
Pulmón	0	1	3	2	0	6	0.07
S. reprod. fem.	0	1	3	0	0	4	0.05
Sarcomas	0	3	2	2	0	7	0.08
Testicular	0	4	0	0	0	4	0.05
Trac. dig. sup.	0	0	3	3	0	6	0.07
Urinario	0	0	1	5	0	6	0.07
Vejiga	0	0	0	1	0	1	0.01
Total	3	16	39	25	2	85	1
%	0.03	0.18	0.45	0.29	0.02	1	

Cuadro III. Sitio para morir por género.

Lugar	Género femenino		Género masculino		Total	%
	n	%	n	%		
Defunción Sí	15	0.34	11	1	26	0.30
Domicilio	11	0.73	8	0.72	19	0.73
HRAEB	4	0.26	3	0.27	7	0.26
Defunción No	29	0.65	29	0.72	58	0.69
Total	44	1	40	1	84	1

Cuadro IV. Preferencia del sitio para morir por edad.												
Deceso	0 a 20		21 a 40		41 a 60		61 a 80		> 80		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	1	0.33	6	0.37	10	0.26	9	0.36	0	0	26	0.31
Domicilio	1	1	3	0.5	7	0.7	8	0.88	0	0	19	0.73
HRAEB	0	0	3	0.5	3	0.3	1	0.11	0	0	7	0.27
No	2	0.67	10	0.62	28	0.74	16	0.64	2	1	58	0.69
Total	3	0.33	16	1	38	1	25	1	2	1	84	1.0

Cuadro V. Preferencia del sitio de muerte y lejanía del sitio de atención (km).														
Lugar	Local	%	0 a 60	%	60 a 120	%	121 a 180	%	181 a 240	%	> 240	%	Total	%
Sí	8	0.44	4	0.29	7	0.28	3	0.17	2	0.5	1	0.5	25	0.31
Domicilio	5	0.63	4	1	5	0.71	2	0.67	2	1	1	1	19	0.76
HRAEB	3	0.38	0	0	2	0.29	1	0.33	0	0	0	0	6	0.24
No	10	0.56	10	0.71	18	0.72	15	0.83	2	0.5	1	0.5	56	0.69
Total	18	1	14	1	25	1	18	1	4	1	2	1	81	1

80 años. La frecuencia de cáncer de mama fue mayor en mujeres de 41 a 60 años. De igual forma la frecuencia de cáncer hígado-pancreato-biliar fue mayor en ese grupo de edad. El resto se muestra en el *cuadro II*.

Durante el periodo se han registrado 26 defunciones; 15 (57%) de ellas en mujeres y 11 (42%) en hombres. Al momento del corte aún vivían 58 pacientes. De los fallecidos, 19 (73%) casos prefirieron terminar su vida en su domicilio. Ambos sexos tuvieron la misma tendencia. Siete (26%) murieron en el hospital (*Cuadro III*). La elección del sitio de muerte no se modificó de acuerdo con la edad. La preferencia por la muerte en el hogar superó a la muerte en hospital en los diferentes grupos de edad, fluctuando de 50 a 88%. La mayor frecuencia de muerte en el hogar ocurrió en las personas mayores de 60 años, en tanto que la muerte en el hospital ocurrió con más frecuencia en el grupo de 21 a 40 años (*Cuadro IV*).

Cuando se evaluó el efecto de la lejanía del hogar respecto del HRAEB como determinante para la elección del sitio de muerte, no se encontró una asociación significativa. Del grupo de pacientes más cercano al hospital, el 73% decidió morir en su hogar, y esa tendencia prevaleció entre

los diferentes grupos de edad, aunque hubo pocos pacientes que vivieran a más de 180 km del hospital (*Cuadro V*).

DISCUSIÓN

Para comprender la importancia del cuidado paliativo es necesario identificar nuestros valores sociales particulares. Nuestra sociedad es una sociedad paternalista que venera la figura de autoridad y la familia, y predominan creencias religiosas que motivan la búsqueda de nichos específicos de reflexión antes de morir.

El cuidado paliativo es una responsabilidad reciente para los servicios de salud. Los pacientes con cáncer son quienes por lo común más demandan estos servicios; por esta razón se inició la UCP. Los cuidados paliativos se han integrado como un esfuerzo para mejorar la calidad de la atención al final de la vida, pero todavía hay dificultades para su funcionamiento óptimo. Recientemente en Alemania el análisis de la propuesta para el paciente ambulatorio ha identificado vacíos legales y financieros que retrasan su implementación, así como necesidades de infraestructura y procedimientos que requieren mejorarse. A pesar de

que los pacientes prefieren la «cálida» atención del personal de salud, el hospital no es el lugar natural para el bien morir.^{9,10} Debemos alentar al enfermo a «vivir» su muerte en el seno de su hogar, con sus seres queridos, en medio de la comunidad adecuada para cumplir sus preferencias y fortaleciendo la funcionalidad familiar. Estos conceptos son importantes para la atención de enfermos que requerirán múltiples asistencias por distintas disciplinas, como es el caso de los pacientes con cáncer. Nuestra casuística de muerte por cáncer no es diferente de la reportada.

La preferencia de fallecer en el hogar es añeja, pero tiene un nivel bajo de concordancia en la realidad.¹¹ Los servicios de salud, fortalecidos con los programas de cuidado paliativo, se han convertido en el estándar para la calidad en el cuidado en el último periodo de la vida. En una evaluación del impacto de la disposición de estos servicios, Alonso-Babarro y colaboradores evidenciaron que el contar con apoyo profesional en cuidados paliativos en los sistemas de salud reduce la frecuencia de muerte en el hospital respecto de los que no disponen del servicio (61% versus 77%). El riesgo de terminar su vida en un hospital parece acompañar más al paciente oncohematológico terminal.¹² La preferencia global (73%) de nuestros sujetos por fallecer en su domicilio está en consonancia con las reportadas a nivel mundial. Vale la pena enfatizar que en su mayoría son pacientes de bajos recursos que se atienden bajo sistemas solidarios de seguridad.

Si bien la literatura menciona una brecha entre los deseos expresados por el enfermo acerca de dónde morir y lo que realmente pasa, nuestros hallazgos hasta el momento evidencian que estamos cumpliendo los deseos de las personas. Desde la edición de *Palliative care: the solid facts* por la OMS, quedó claro que más del 50% de los pacientes querían morir en su casa.³ Esta decisión reclama un contexto que soporte los cambios temporales en la decisión, que parece evolucionar en el tiempo para favorecer la muerte en el hospital. Tal vez influyan el estado de la enfermedad, la economía familiar, los recursos informales, la calidad de vida o las perspectivas existenciales.¹³ El ajustar la disposición de recursos a las necesidades de los individuos y, posiblemente, la atención de profesionales de la paliación pueden estar influyendo en la decisión de morir en casa; al parecer estos resultados nos permiten sumarnos a la iniciativa de calidad del cuidado al final de la vida. Otros países han informado su apoyo al compromiso por la muerte digna, que lejos de sus componentes religiosos, sociales o inclusive políticos, ha redundado en un número creciente de pacientes en cuidado paliativo; de ello se desprende una tasa creciente en la preferencia por morir en el hogar de (60 a 80%).¹⁴ Nuestros datos muestran esta preferencia sin importar el género del enfermo.

En una revisión sistemática acerca de las preferencias del individuo por el sitio de atención, Higginson y colaboradores afirman que la predilección por el lugar de fallecimiento se desplaza hacia el hospital; también sostienen que las preferencias, tanto en el cuidador como en el paciente, cambian conforme se acerca la muerte.¹⁵ En nuestro grupo, el cual en su mayoría estuvo constituido por sujetos en fase avanzada de la enfermedad, esta tendencia no se pudo afirmar.

La preferencia del hogar como sitio de muerte se considera un indicador del cuidado paliativo. Brogaard y colaboradores encontraron que el vivir con alguien y el contacto con un equipo de cuidados paliativos favorece la decisión de morir en el hogar.¹⁶ Siendo nuestra sociedad una que venera la familia y la autoridad de la misma, es factible que esta influencia facilite la decisión. La mayoría de los afectados están en edad productiva, por tanto es posible que exista más de un familiar esperando el regreso de su enfermo al hogar.

Gomes y Higginson ya expusieron que se deben considerar los diferentes factores en el modelo de atención al diseñar las estrategias de concientización y entrenamiento de las familias para mejorar el cuidado paliativo en el hogar.¹⁷ Es factible que nuestro modelo favorezca la decisión de morir en el hogar, dado que nuestro hospital opera como centro de referencia de alta especialidad y formamos parte de una red de atención, lo que favorece la concientización del enfermo y la participación temprana de profesionales en la paliación.

Aunque Johnston, Jayaram y otros han identificado que la muerte en el hospital es preferida por integrantes de grupos minoritarios y desprotegidos, mayores de 65 años y en hospitalización previa, en nuestro grupo la edad parece no tener ese efecto. Los pacientes de edad más avanzada prefirieron morir en su casa.^{18,20}

En nuestro medio tenemos pocas referencias. Cárdenas y colaboradores encontraron que el 54% de las personas morían en el hogar y que los individuos con malignidad hematológica y los que gozaban de buena disposición de cama en el hospital en el preferirían terminar su vida en éste.²¹ Cuando analizamos la preferencia por el lugar para fallecer de acuerdo con la lejanía del hogar de cada enfermo, observamos una preferencia permanente a morir en casa. La frecuencia global superó a la reportada, tal vez porque la población que atienden los hospitales es diferente desde el punto de vista social.

CONCLUSIONES

En nuestra institución el paciente con cáncer es el principal beneficiario de los cuidados paliativos. Una frecuen-

cia satisfactoria de 73%, que representa la elección del hogar como el lugar para terminar la vida, nos permite visualizar que nuestro programa de cuidados paliativos tiene la calidad necesaria para fortalecerlo. Esta tendencia no parece modificarse ni por el tipo de neoplasia, ni por la edad del paciente, ni por la lejanía del sitio de atención.

Evidentemente nuestro estudio es preliminar; nos quedan pendientes otros reportes que comprendan lo referente al perfil psíquico e intelectual del enfermo, lo mismo que los análisis de los cuidadores y el sitio de muerte elegido. También debemos precisar si el sitio de atención al final de la vida es independiente del sitio preferido para morir. El incremento en el registro de nuestros pacientes nos permitirá resolver estas dudas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldaco SF, Pérez PP, Cervantes SG, Torrecillas TL, Erazo VSAA. Mortalidad por cáncer en México de 2000–2010, el recuento de los daños. *Gaceta Médica Oncológica*. 2012; 11: 371- 379.
2. INEGI [Internet]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQuery Datos.asp?#
3. World Health Organization Europe. Edited by: Davies E, Higginson IJ. *Palliative Care. The Solid Facts*. WHO Regional Office for Europe. Denmark, 2004.
4. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. *Oxford handbook fo palliative care. The essential and holistic guide to palliative care*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2009.
5. Alderson MR. Terminal care in malignant disease. *Brit J Prev Soc Med*. 1970; 24: 120-123.
6. Gerrard R, Campbell J, Minton O, Moback B, Skinner C, McGowan C, Stone PC. Achieving the preferred place of care for hospitalized patients at the end of life. *Palliative Medicine*. 2010; 25: 333-336.
7. Davies E, Liklater KM, Jack RH, Clark L, Meller H. How is place of death from cancer changing and what affects it? Analysis of cancer registration and service data. *British J Cancer*. 2006; 95: 593-600.
8. Gomes B, Calanzani N, Higginson IJ. Reversal of the British trends in place of death: time series analysis 2004–2010. *Palliative Medicine*. 2011; 26: 102-107.
9. Jünger S, Pastrana T, Pestinger M, Kern M, Zernikow B, Radbruch L. Barriers and needs in paediatric palliative home care in Germany: a qualitative interview study with professional experts. *BMC Palliative Care*. 2010; 9: 10.
10. Van der Velden LFJ, Francke AL, Hingstman L, Willems DL. Dying from cancer or other chronic diseases in the Nederlands: ten-year trends derived from death certificate data. *BMC Palliative Care*. 2009; 8: 4.
11. Karlsen S, Addington-Hall J. How do cancer patients who die at home differ from those who die elsewhere? *Palliative Medicine*. 1998; 12: 279-286.
12. Alonso BA, Astray MJ, Domínguez BF, Génova MR, Bruera E, Díaz MA, Centeno CC. The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. *Palliative Medicine*. 2013; 27: 68-71.
13. Gomes B, Higginson IJ. Home or hospital? Choices at the end of life. *J Royal Soc Med*. 2004; 97: 413-414.
14. Casadio M, Biasco G, Abernethy A, Bonazzi V, Pannuti R, Pannuti F. The National Tumor Association Foundation (ANT): A 30-year-old model of home palliative care. *BMC Palliative Care*. 2010; 9; 12.
15. Higginson IJ, Sen-Gupta. Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliative Medicine* 2000; 3: 387-300.
16. Brogaard T, Neergaard MA, Sokolowski I, Olesen F, Jensen BA.. Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliative Medicine* 2013; 27: 155-164.
17. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: a systematic review. *British Medical Journal*. 2006; 332:15-18.
18. Johnston TE, Ensor B, Stanley J. Place of death related to demographic factors for hospice patients in Wellington Aotearoa, New Zealand. *Palliative Medicine*. 2011; 26: 342-349.
19. Jayaramn, J, Joseph KS. Determinants of place of death: a population-based retrospective cohort study. *BMC Palliative Care*. 2013; 12: 19.
20. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2013; 12: 7.
21. Cárdenas TM, Carrillo MT, Tovalín AH, Elting L. Factors associated with place of death of cancer patients in the Mexico City Metropolitan area. *Support Care Cancer*. 2007; 15: 243-249.