



Medicina Paliativa

www.elsevier.es/medicinapaliativa



ORIGINAL

¿Son complejos los pacientes atendidos por unidades de cuidados paliativos domiciliarias?



Cristina de Miguel^{a,*}, Susana Ruiz^b, Ana de la Uz^c, Elena Merino^c,
Aránzazu Gutierrez^a, Lara Sanz^a, Eugenia Molinero^d, M. Esther Sanz^d,
Asunción Navarro^d y Ana Riestra^a

^a Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa Espronceda, Dirección Asistencial Centro, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^b Centro de Salud Santa Hortensia, Dirección Asistencial Centro, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^c Centro de Salud Goya, Dirección Asistencial Centro, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^d Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa Alcalá de Henares, Dirección Asistencial Este, Servicio Madrileño de Salud, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 19 de marzo de 2016; aceptado el 8 de junio de 2016

Disponible en Internet el 30 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos;
Atención
domiciliaria;
Política sanitaria

Resumen

Objetivo: Determinar el grado de complejidad de los pacientes atendidos por un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa (ESAPD) urbano y un ESAPD urbano y rural, medida mediante el Instrumento de Complejidad Paliativa (IDC-Pal).

Material y método Diseño: Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Atención domiciliaria de ámbito urbano y rural. Participantes: Se incluyen en el estudio todos los pacientes atendidos por ambos ESAPD durante el mes de febrero de 2015. Mediciones principales: 1. Variable principal: grado de complejidad según el IDC-Pal en todas las visitas. Y 2. Variables secundarias; 2.1. Demográficas: edad y sexo; 2.2. Clínicas: diagnóstico principal, localización del exitus, supervivencia, nuevas situaciones de complejidad que no contempla el IDC-Pal; 2.3. Relacionadas con el proceso de atención: unidad que deriva al paciente, motivo de salida del programa y conformidad del profesional médico con respecto a la derivación; 2.4. Grado de concordancia de la enfermera y del médico residente con respecto al médico en la cumplimentación del IDC-Pal.

Resultados: N = 117 pacientes, 368 registros. Setenta y cinco de ellos captados por ESAPD urbano y 42 por ESAPD urbano y rural. Media de edad $75,05 \pm 13,27$; rango de edad, 42 a 102 años. El 50,4% varones. El 77,8% oncológicos y el 22,2% no oncológicos. Existe asociación estadísticamente significativa entre el origen de la derivación y ESAPD urbano y urbano y rural: Atención primaria el 45,9 y 52,4%; hospital de agudos el 45,9 y 7,1%; y por unidades de cuidados paliativos, el 8,1 y 40,5% respectivamente; $p < 0,000$. El exitus es más frecuente en domicilio cuando el paciente es derivado por atención primaria (88%) y por unidades de cuidados paliativos (66,7%), $p < 0,023$. No existen diferencias en la localización del exitus, ni en el motivo de salida de programa entre ambos municipios. Se detectan 21 pacientes no complejos (NC), 19 complejos (C) y 77 altamente complejos (AC), con diferencias entre ambos municipios, $p < 0,000$. En el 75,2%

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmiguel@salud.madrid.org (C. de Miguel).

de los casos el médico consideró adecuada la derivación a ESAPD. Se detectaron 11 pacientes con situaciones que no detectaba el IDC-Pal de manera explícita. La situación compleja más frecuentes son los síntomas de difícil control: 61 (52,1%). El 83,8% de los pacientes derivados por hospitales de agudos son AC vs. el 30,4% derivado por unidades de cuidados paliativos, $p < 0,001$. No existe asociación entre el grado de complejidad y la localización del exitus, $p < 0,35$, ni con el motivo de salida del programa, $p < 0,69$. Se derivan a médico de atención primaria, 2 NC, 2 C y 4 AC. Mediana de supervivencia de NC $11 \pm 2,23$; C $36 \pm 26,83$ y AC $4 \pm 0,82$ días, sin que existan diferencias en la supervivencia. La complejidad evoluciona aumentando el grado de intensidad. Concordancia médico enfermera para 2 equipos: kappa A = $0,27 \pm 0,12$ y kappa B = $0,39 \pm 0,16$; y para médico y residente kappa = $0,10 \pm 0,02$.

Conclusiones: Los pacientes atendidos en su domicilio por 2 ESAPD en la Comunidad de Madrid son AC en más del 80% de los casos, siendo los síntomas de difícil control la situación compleja más frecuentemente detectada. Más del 87% de los pacientes que fallecen en domicilio son AC. © 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Palliative care;
Home care services;
Health policy

Are the patients attended by home care support teams complex?

Abstract

Objective: Determination of the degree of complexity of the patients treated by a Palliative Homecare Support Team (PHST), (urban and countryside PHST), measured by the Tool of Palliative Complexity (IDC-Pal).

Material and method Design: Cross-sectional study. Site: urban and countryside homecare areas. Participants: all the patients included in the study were treated by both PHST during February 2015. Key measurements: 1. Main variable: IDC-Pal complexity degree. And 2. Secondary variables: 2.1 demographic: age and gender, 2.2. clinical: main diagnosis, unit referring the patient, reasons for quitting the programme, location of exitus, survival, new complex situations not specified in the IDC-Pal, acceptance by medical practitioner regarding the patient referral. 2.3. Degree of agreement between the nurse and resident medical officer in completing the IDC-Pal.

Results: N = 117 patients, 368 patient registries. Seventy-five gathered by urban PHST and 42 by countryside PHST. Average age: 75.05 ± 13.27 age range from 42 to 102 years, 50.4% males. Seventy-seven point eight percent cancer patients, 22.2% non-cancer patients. There is a statistically significant correlation between the origin of the referral and urban and countryside ESAPD: Primary care, 45.9% and 52.4%, critical care hospital 45.9% and 7.1% and palliative care units, 8.1% and 40.5% respectively, $P < .000$. The death of the patient is much more common at home when the patient is referred to PC (88.0%) and to critical care hospital (66.7%), $P < .023$. There is no difference in the location of exitus, nor the reasons for quitting the programme between the two areas. Twenty-one non-complex patients (NC), 19 complex patients (C) and 77 highly complex (HC) patients were identified, with differences between the 2 areas ($P < .000$). Ninety-five point two percent of NC patients were seen by the countryside PHST versus 4.8% by the urban PHST, $P < .000$. In 75.2% of cases the doctor believed it was appropriate to refer the patients to the PHST. Eleven patients were identified as patients with situations that could not be explicitly detected by the IDC-Pal. The most frequent complex situation traced was where the symptoms were difficult to control (52.1%). Eighty-three point eight percent of patients referred by critical care hospital were HC vs 30.4% referred by palliative care units, $P < .001$. There is no association between the degree of complexity and the location of exitus, $P < 0.35$, nor between the reason for quitting the programme, $P < .69$. The patients were referred to primary care, 2 NC, 2 C and 4 HC. Median survival of NC 11 ± 2.23 , C 36 ± 26.83 and HC 4 ± 0.82 days, without any differences in survival rate. The complexity developed rapidly, causing an increased degree of intensity. Agreement between doctor and nurse for two teams: Kappa A = 0.27 ± 0.12 and Kappa B: 0.39 ± 0.16 , and doctor and resident, Kappa = 0.10 ± 0.02 .

Conclusions: The patients treated at home by 2 PHST in Madrid are C or HC in more than 80% of cases. The most frequent complex situation was the difficult-to-control symptoms. Exitus location and the reason for leaving the programme were independent of complexity. More than 87% of the patients who died at home were HC.

© 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Gracias a un reciente estudio realizado en nuestro país cuyo objetivo era conocer la prevalencia de pacientes con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas (PECAYNP) de manera directa en una zona geográfica determinada, en vez de realizar estimaciones indirectas, sabemos que la prevalencia es del 1,5% en la población general, aumentando al 11% en pacientes mayores de 65 años¹. La mayoría de ellos se encuentran viviendo en su domicilio (66%) y en residencias de mayores (19%)¹. Esto supone que un 87% de los PECAYNP están en la actualidad atendidos por los profesionales de atención primaria (AP), teniendo asignados a cada cupo de médico de AP (MAP) durante un año, 18 PECAYNP¹.

Tras comparar los métodos que estiman la población que necesitará cuidados paliativos (CP), desarrollados en Gran Bretaña, Australia^{2,3} y España⁴, todos coinciden en que en los países desarrollados entre un 69 y 82% de los fallecidos necesitarán dichos cuidados⁵. El 90% de los pacientes que fallecen por cáncer necesitarán al menos, una valoración por equipos de CP específicos y un 70% necesitarán seguimiento por dichos equipos. En el caso de pacientes que fallecen por enfermedad crónica avanzada no oncológica, los porcentajes disminuyen al 50 y 30% respectivamente⁶.

Ante esta situación, necesitamos encontrar un equilibrio entre el elevado número de PECAYNP y la disponibilidad de los recursos específicos de CP³; por ello, el modelo ideal será el que permita combinar de una manera compartida unos CP básicos implementados por todos los servicios convencionales, tanto de AP como hospitalaria, con unos CP implementados por equipos específicos, basando la intervención en la complejidad de la demanda^{7,8}. Por lo tanto, es prioritario disponer en la práctica clínica de herramientas que nos permitan definir los niveles de complejidad de cada PECAYNP.

Con este objetivo se han llevado a cabo distintas iniciativas a nivel internacional y también en nuestro país. A nivel internacional, en EE. UU. se ha validado una herramienta que permite no solo realizar el screening de necesidades paliativas en pacientes con cáncer, sino que establece criterios de derivación basados en las guías de práctica clínica en oncología de la National Comprehensive Cancer Network desde servicios de oncología a CP⁹⁻¹¹, también implementada en países como Arabia Saudí¹². Iniciativas como esta también se están llevando a cabo en otros estados de EE. UU. con el NEST13+¹³ y en Japón¹⁴.

En Australia, el Needs Assessment tool: Progressive Disease Cancer se ha elaborado para determinar el tipo de cuidado que necesitan en cada momento los pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores, según niveles de complejidad y severidad de las necesidades físicas, psicosociales, espirituales, legales, económicas, de información del paciente y las habilidades y capacidades del cuidador para el cuidado. Este instrumento que ha sido validado, se ha convertido en una herramienta rápida y eficaz para valorar la necesidad de derivación al profesional sanitario adecuado en cada momento. En función de las necesidades del paciente y del cuidador, los pacientes serán atendidos siempre por servicios convencionales, con la participación puntual o continuada de servicios específicos de CP¹⁵⁻¹⁸.

A nivel nacional, Cataluña, a través de un estudio delphi, ha definido los criterios y niveles de complejidad al final de la vida según un modelo de necesidades de paciente y familia, obteniendo 6 áreas de complejidad: necesidades físicas, psicoemocionales, sociofamiliares, espirituales, relacionadas con la muerte, como la situación de últimos días y el duelo, y aspectos éticos. En cada área se describen conceptos, situaciones habitualmente complejas y criterios de complejidad agrupados en 3 niveles de complejidad: baja, media y alta, indicando la intervención de equipos convencionales asociados o no a equipos específicos de CP de manera puntual o prioritaria. Falta validar esta herramienta antes de recomendar su uso en la práctica clínica¹⁹.

Casi simultáneamente en Andalucía, dentro del Proceso Asistencial Integrado de CP de la Consejería de Salud, se realizó un grupo nominal que elaboró una lista de elementos de complejidad y consensuó agruparlos en 5 categorías, según dependieran del paciente, la familia, los profesionales, las intervenciones terapéuticas y otras no clasificables. Posteriormente se establecieron 4 niveles de complejidad, a los que se les asignó elementos de complejidad de cada una de las 5 categorías²⁰. En el año 2010, a petición del Plan Andaluz de CP, se crea y se valida un Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos: IDC-Pal. Se compone de 36 elementos agrupados en 3 dimensiones, según sean dependientes del paciente, de la familia o de la organización sanitaria. Los 36 elementos se clasifican en complejos (C) o altamente complejos (AC). Si la situación no presenta elementos C, ni AC, se clasifica como situación no compleja (NC), y no está indicada la intervención de servicios específicos de CP. Si hay al menos un elemento C, la situación se etiqueta de C, y puede o no requerir la intervención de servicios específicos de CP, según decida el médico responsable. Si hay al menos un elemento AC, la situación es AC y requiere la intervención de servicios específicos de CP.

Hasta la fecha, el IDC-Pal es el único instrumento validado que permite identificar la complejidad del paciente tanto con enfermedad oncológica, como no oncológica, sin que además exista ningún estudio publicado implementando dicha herramienta.

Este instrumento no es una herramienta de valoración de necesidades, ni un instrumento pronóstico de supervivencia. Debe ser cumplimentado tras realizar una valoración multidimensional del paciente y de su familia, no se cumplimenta a la cabecera del paciente, debe ser cumplimentada por el profesional que lo atiende, sin la participación directa del paciente y existe un glosario que definen los contenidos de cada elemento de complejidad²¹.

Este estudio pretende determinar el grado de complejidad de los pacientes atendidos por el Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) de Espronceda y el ESAPD de Alcalá de Henares, medida mediante el IDC-Pal, y como objetivos secundarios: 1. Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes atendidos por ambos ESAPD, 2. Analizar la asociación entre el nivel de complejidad y el dispositivo que deriva al paciente, 3. Analizar si la localización del exitus se asocia al nivel de complejidad, 4. Conocer si el profesional médico está de acuerdo con la derivación, 5. Describir si hay otros estados de complejidad detectados por los profesionales que no contempla el IDC-Pal, 6. Describir la evolución de la complejidad del paciente

durante el período de estudio y 7. Describir la concordancia entre médico, enfermera y residente en la cumplimentación del IDC-Pal.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes atendidos por el ESAPD de Espronceda y de Alcalá de Henares durante el mes de febrero. El número de veces que se registró el IDC-Pal en un mismo paciente fue igual al número de visitas realizadas a cada paciente durante el período de estudio. El IDC-Pal fue elaborado de manera anónima e independiente, tanto por el médico como por la enfermera y por el médico residente en todas las visitas domiciliarias realizadas por ambos ESAPD, durante el mes de febrero de 2015. El IDC-Pal se cumplimentó en el mismo día, al finalizar la visita después de haber realizado la valoración multidimensional habitual del paciente y de su familia.

El ESAPD de Espronceda atiende una población de 600.000 habitantes, de ámbito urbano, y el ESAPD de Alcalá de Henares atiende una población de 375.000 habitantes, de ámbito urbano y un 11% rural.

Previo al inicio del estudio, se contactó con el investigador principal del IDC-Pal para aclarar algunos contenidos de la herramienta y posteriormente se realizaron 2 sesiones formativas para homogeneizar la cumplimentación del IDC-Pal de todos los investigadores participantes en el estudio.

Los pacientes que atienden ambos ESAPD, son PECAYNP, derivados por AP o por atención especializada, tanto desde plantas de hospitalización como desde consultas externas y en menor medida desde unidades de cuidados paliativos de media y larga estancia (UCP-MLE). Se recogieron las siguientes variables: 1. Variable principal: grado de complejidad según IDC-Pal y 2. Variables secundarias. 2.1. Demográficas: edad y sexo, 2.2. Clínicas: diagnóstico principal, supervivencia, localización del exitus y nuevas situaciones de complejidad que no contempla IDC-Pal. 2.3. Variables relacionadas con el proceso de atención: unidad que deriva al paciente, motivo de salida del programa y conformidad del profesional médico con respecto a la derivación a un equipo específico de CP y 2.4. Grado de concordancia de la enfermera y del médico residente en la cumplimentación del IDC-Pal con respecto al médico. Para el análisis descriptivo se utilizó la determinación de medidas de tendencia central y de distribución de frecuencias y se calcularon los IC para el 95%, la asociación entre variables cualitativas se obtuvo mediante la prueba del chi cuadrado y la concordancia mediante el índice de kappa. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid.

Resultados

Características clínicas y demográficas

Se incluyeron 117 pacientes a los que durante el período estudiado se les realizó 368 registros en visitas sucesivas durante el período de estudio. Setenta y cinco de ellos fueron captados por el ESAPD urbano y 42 por el ESAPD urbano/rural. La media de edad fue de 75,05, con una desviación estándar de 13,27 y un rango de edad, de 42-102

Tabla 1 Diagnóstico principal de la población estudiada

	Total N = 117	%
<i>Enfermedad oncológica</i>	91	77,8
Digestivo	31	26,5
Pulmón	20	17,1
Mama	9	7,7
Urinarios	8	6,8
Ginecológicos	5	4,3
Cabeza y cuello	5	4,3
Piel	4	3,4
SNC	3	2,6
Hematológicos	3	2,6
Otros	3	2,6
<i>Enfermedad no oncológica</i>	26	22,2
IC	3	2,6
EPOC	3	2,6
FPI	3	2,6
Hepatopatía crónica grado C Child	1	0,9
IRC no dializable	4	3,4
Demencia	6	5,1
ELA	2	1,7
Enfermedad de Parkinson	4	3,4

ELA: esclerosis lateral amiotrófica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FPI: fibrosis pulmonar idiopática; IC: insuficiencia cardíaca; IRC: insuficiencia renal crónica; SNC: sistema nervioso central.

años. El 50,4% fueron varones. En la [tabla 1](#), se describen los diagnósticos principales de la población estudiada. No existían diferencias en la edad, sexo y diagnóstico principal en los pacientes de ambos municipios.

En la [tabla 2](#) se puede ver el origen de la derivación del total de pacientes y la distribución por municipios, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre el origen de la derivación y el municipio. Los pacientes derivados al ESAPD urbano eran derivados en un 45,9% por AP y por el hospital de agudos (HA); por el contrario, los pacientes derivados al ESAPD urbano/rural son derivados por AP (52,4%) y por unidades de CP (equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos [ESHCP] y UCP-MLE) (40,5%).

La localización del exitus se asoció de manera significativa al origen de la derivación, siendo más frecuente el exitus en domicilio, cuando el paciente era derivado por AP (88%) y por unidades de CP (66,7%), $p < 0,023$.

En la [tabla 3](#) se puede ver la localización del lugar de fallecimiento de los pacientes y el motivo de salida de programa, sin que existan diferencias entre ambos municipios. No se registraron pérdidas durante el período de estudio, si bien no pudimos conocer la localización del exitus en 8 de los 65 pacientes que fallecieron, ya que estos fallecieron una vez finalizado el estudio.

Complejidad medida mediante el IDC-Pal

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el municipio y el grado de complejidad, $p < 0,000$ ([tabla 4](#)).

No hubo diferencias entre tipo de enfermedad oncológica y no oncológica y grado de complejidad, $p = 0,857$.

Tabla 2 Origen de la derivación según ESADP urbano o urbano/rural

Origen de la derivación	Total n.º pacientes = 117 (%)	ESAPD urbano N = 75 (%)	ESAPD urbano/rural N = 42 (%)	Valor de p
Atención primaria	57 (48,3)	34 (45,9)	22 (52,4)	p < 0,000
Hospital de agudos	37 (31,9)	34 (45,9)	3 (7,1)	
UCPA, ESHCP, UCP-MLE	23 (19,8)	6 (8,10)	17 (40,5)	

ESAPD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa; ESHCP: Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos; UCP-MLE: Unidad de Cuidados Paliativos de Media-Larga Estancia; UCPA: Unidad de Cuidados Paliativos Agudos.

Tabla 3 Localización del lugar de fallecimiento y motivo de salida del programa según ESADP urbano y urbano/rural

	Total n.º pacientes	ESAPD urbano N (%)	ESAPD urbano/rural N (%)	Valor de p
<i>Localización del exitus</i>	57	50	7	0,209
Domicilio	40	35 (70)	5 (71,42)	
UCP-MLE/residencia	7	5 (10)	2 (28,6)	
Hospital de agudos	10	10 (20)	0 (0)	
<i>Motivo salida del programa</i>	92	63	29	0,138
Exitus	65	41 (65)	24 (82,7)	
Ingreso hospital de agudos	10	9 (14,3)	1 (3,4)	
Ingreso UCP-MLE	9	8 (12,7)	1 (3,4)	
MAP	7	5 (7,9)	2 (6,9)	
Cambio de domicilio	1	0 (0)	1 (3,4)	

ESAPD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa; MAP: médico de atención primaria; UCP-MLE: Unidad de Cuidados Paliativos de Media-Larga Estancia.

Tabla 4 Grado de complejidad según ESADP urbano y urbano/rural

	ESAPD urbano N (%)	ESAPD urbano/rural N (%)	Valor de p
Total n.º pacientes	75	42	0,000
No complejo	1 (1,3)	20 (47,6)	
Complejo	12 (16)	7 (16,9)	
Altamente complejo	62 (82,7)	15 (35,7)	

ESAPD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa.

A la pregunta de si el médico consideraba que era adecuada la derivación al ESAPD, en el 75,2% de los casos, la respuesta fue afirmativa. Se detectaron 11 pacientes con situaciones que indicaban complejidad y que no reflejaba el IDC-Pal: 5 por conflicto en la comunicación intrafamiliar, 4 por conflicto en la comunicación familia/equipo y 2 por existir una persona próxima al entorno familiar, que era profesional sanitario y dificultaba la provisión de cuidados.

En la [tabla 5](#) se detallan las frecuencias de las situaciones concretas de complejidad detectadas en la población estudiada y las diferencias entre ambos municipios.

En cuanto al grado de complejidad y el nivel que realizaba la derivación, el 67,9% de los pacientes eran derivados por AP, el 83,8% de los pacientes derivados por HA son AC, mientras que los derivados por unidades de CP son AC, solo en el 30,4% de los casos, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre el origen de la derivación y el grado de complejidad, $p < 0,001$ ([tabla 6](#)).

En cuanto al grado de complejidad y la localización del exitus, el 71,4% de los pacientes AC fallecen en domicilio, el 12,2% en UCP-MLE o residencias y el 16,3% en HA, sin que

existan diferencias entre ellos, $p < 0,35$. Además el 87,5% de los pacientes que fallecieron en domicilio son AC.

No existía tampoco asociación entre el motivo de salida del programa del paciente y fallecimiento, ingreso en HA, ingreso en UCP-MLE o seguimiento por el MAP y el grado de complejidad, $p < 0,69$. Se encontró que de los 7 pacientes que se derivan a MAP para seguimiento, 2 eran NC, 2 C y 4 AC.

La mediana de supervivencia de los pacientes NC era de $11 \pm 2,23$ días, de los pacientes C $36 \pm 26,83$ días y la de los pacientes AC $4 \pm 0,82$ días, sin que existieran diferencias en cuanto a la supervivencia.

En la [tabla 7](#) se especifica la evolución de la complejidad según el resultado final del IDC-Pal en las visitas realizadas a un mismo paciente a lo largo del período de estudio. El número de visitas por paciente oscila entre una y 12 durante el mes de seguimiento. El nivel de complejidad permanece estable o aumenta de intensidad, siendo las secuencias más frecuentes una única visita AC y 3 visitas sucesivas AC.

La concordancia para el equipo A entre médico y enfermera obtuvo un kappa de $0,27 \pm 0,12$. La concordancia para

Tabla 5 Características de la complejidad detectada tras cumplimentación del IDC-Pal y según ESADP urbano y ESADP rural

	IDC-Pal ^a	Total n.º pacientes (%)	ESADP urbano N (%)	ESADP urbano/rural N (%)	Valor de p
1. Dependiente del paciente					
<i>1.1 Antecedentes</i>					
1.1.a. Paciente es niño o adolescente	AC	0 (0)	0	0 (0)	
1.1.b. Paciente es profesional sanitario	C	2 (1,7)	2	0 (0)	0,286
1.1.c. Rol sociofamiliar que desempeña el paciente	C	50 (42,7)	45	5 (10)	0,000
1.1.d. Discapacidad física, psíquica o sensorial previa	C	20 (17)	20	0 (0)	0,000
1.1.e. Problemas de adicción recientes	C	0 (0)	0	0 (0)	
1.1.f. Enfermedad mental previa	C	7 (6)	7	0 (0)	0,041
<i>1.2. Situación clínica</i>					
1.2.a. Síntomas de difícil control	AC	61 (52,1)	50	11 (18)	0,000
1.2.b. Síntomas refractarios	AC	16 (13,7)	14	2 (12,5)	0,036
1.2.c. Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC	4 (3,4)	3	1 (25)	0,644
1.2.d. Situaciones de últimos días de difícil control	AC	10 (8,5)	7	3 (30)	0,684
1.2.e. Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC	18 (15,4)	16	2 (11,1)	0,017
1.2.f. Descompensación aguda en insuficiencia de órgano	C	6 (5,1)	4	2 (33,3)	0,916
1.2.g. Trastorno cognitivo severo	C	25 (21,4)	22	3 (12)	0,005
1.2.h. Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C	26 (22,2)	25	1 (3,8)	0,000
1.2.i. Existencia de comorbilidad de difícil control	C	2 (1,7)	2	0 (0)	0,286
1.2.j. Síndrome constitucional severo	C	19 (16,2)	15	4 (21,1)	0,141
1.2.k. Dificil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C	10 (8,5)	9	1 (10)	0,074
<i>1.3. Situación psicoemocional</i>					
1.3.a. Riesgo de suicidio	AC	0 (0)	0	0 (0)	
1.3.b. Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte	AC	3 (2,6)	3	0 (0)	0,189
1.3.c. Paciente presenta angustia existencial/sufrimiento espiritual	AC	15 (12,8)	12	3 (20)	0,169
1.3.d. Conflicto comunicación paciente familia	C	23 (19,7)	190	4 (17,4)	0,039
1.3.e. Conflicto comunicación paciente equipo terapéutico	C	9 (7,7)	6	3 (33,3)	0,867
1.3.f. Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	C	7 (6)	7	0 (0)	0,041

Tabla 5 (continuación)

	IDC-Pal ^a	Total n.º pacientes (%)	ESAPD urbano N (%)	ESAPD urbano/rural N (%)	Valor de p
2. Dependientes familia y entorno					
2.a. Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidador	AC	7 (6)	7	0 (0)	0,041
2.b. Familia/cuidador no competente para el cuidado	AC	14 (12)	12	2 (14,3)	0,072
2.c. Familia disfuncional	AC	2 (1,7)	2	0 (0)	0,286
2.d. Claudicación familiar	AC	16 (13,7)	13	3 (18,8)	0,124
2.e. Duelos complejos	C	7 (6)	7	0 (0)	0,041
2.f. Limitaciones estructurales del entorno	AC	1 (0,9)	1	0 (0)	0,449
3. Dependientes de la organización sanitaria					
3.1. Profesional/equipo					
3.1.a. Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC	4 (3,4)	2	2 (50)	0,550
3.1.b. Dificultades para la indicación/manejo de fármacos	C	54 (46,2)	43	11 (20,4)	0,001
3.1.c. Dificultades para la indicación/manejo de intervenciones	C	22 (18,8)	19	3 (13,6)	0,016
3.1.d. Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C	29 (24,8)	23	6 (20,7)	0,049
3.2. Recursos					
3.2.a. Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales/material específico en domicilio	C	31 (26,5)	27	4 (12,9)	0,002
3.2.b. Dificultades para gestión/manejo de necesidades de coordinación o logística	C	9 (7,7)	5	4 (44,4)	0,578

AC: altamente complejo; C: complejo; ESAPD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa; IDC-Pal: Instrumento Diagnóstico de Complejidad en Cuidados Paliativos.

^a : Se considera el grado de complejidad asignado a cada ítem por el IDC-Pal.

Tabla 6 Grado de complejidad de los pacientes según origen de la derivación

Origen derivación	Atención primaria N (%)	Hospital de agudos N (%)	UCPA, ESHCP, UCP-MLE (%)	Valor de p
No complejo	11 (19,6)	2 (5,4)	8 (34,8)	0,001
Complejo	7 (12,5)	4 (10,8)	8 (34,8)	
Altamente complejo	38 (67,9)	31 (83,8)	7 (30,4)	

ESHCP: Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos; UCP-MLE: Unidad de Cuidados Paliativos de Media-Larga Estancia; UCPA: Unidad de Cuidados Paliativos Agudos.

el equipo B entre médico y enfermera obtuvo un kappa de $0,39 \pm 0,16$. La concordancia entre el médico y el médico residente fue de $0,10 \pm 0,02$. En ambos casos, para un mismo paciente, tanto la enfermera como el médico residente asignaban al paciente un mayor índice de complejidad con respecto a la complejidad que asignaba el médico del ESAPD. Además, en un mismo paciente, el médico residente asignaba mayor índice de complejidad que el que establecía la enfermera.

Discusión

Durante el mes de estudio un 65,7% de los pacientes que se atendieron fueron AC y próximos al 15% eran C o NC, sin que existieran diferencias entre pacientes con cáncer y no cáncer. El 47,6% de los pacientes NC fueron vistos en el ESAPD urbano/rural, frente al 1,3% en el urbano, mientras que entre los pacientes AC el 82,7% son vistos en el ESAPD urbano frente al 35,7% en el urbano/rural. El hecho de que casi la

Tabla 7 Secuencia de la complejidad

Secuencia de la complejidad IDC-Pal	Total n.º pacientes (%)
1.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0	13 (11,1)
1.1.0.0.0.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
1.1.2.0.0.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
1.1.2.3.0.0.0.0.0.0.0	2 (1,7)
1.2.2.0.0.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
1.2.2.3.0.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
1.2.2.3.3.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
1.2.3.0.0.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
1.3.0.0.0.0.0.0.0.0.0	3 (2,6)
1.3.3.0.0.0.0.0.0.0.0	2 (1,7)
1.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3	1 (0,9)
2.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0	12 (10,3)
2.2.0.0.0.0.0.0.0.0.0	4 (3,4)
2.2.2.0.0.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
2.2.2.3.0.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
2.2.2.3.3.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
2.2.2.3.3.3.0.0.0.0.0	1 (0,9)
2.2.3.0.0.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
2.2.3.3.3.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
2.2.3.3.3.3.0.0.0.0.0	1 (0,9)
2.3.0.0.0.0.0.0.0.0.0	4 (3,4)
2.3.3.0.0.0.0.0.0.0.0	4 (3,4)
2.3.3.3.0.0.0.0.0.0.0	2 (1,7)
2.3.3.3.3.0.0.0.0.0.0	1 (0,9)
2.3.3.3.3.3.0.0.0.0.0	2 (1,7)
3.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0	20 (17,1)
3.3.0.0.0.0.0.0.0.0.0	10 (8,5)
3.3.3.0.0.0.0.0.0.0.0	17 (14,5)
3.3.3.3.0.0.0.0.0.0.0	4 (3,4)
3.3.3.3.3.0.0.0.0.0.0	2 (1,7)
3.3.3.3.3.3.0.0.0.0.0	1 (0,9)
Total	117

IDC-Pal: Instrumento Diagnóstico de Complejidad en Cuidados Paliativos; 1: no complejo; 2: complejo; 3: altamente complejo.

mitad de los pacientes derivados al ESAPD urbano/rural sean derivados por UCP podría explicar el menor nivel de complejidad detectado en estos pacientes cuando son atendidos por el ESAPD, ya que podrían ser pacientes C o AC cuando están ingresados en el hospital, y al ser valorados y tratados por el ESHCP del HA, la situación del paciente y de su familia C o AC se transforma en NC, y es en esa situación cuando son dados de alta y derivados al ESAPD urbano/rural. Por el contrario, al ser la mayoría de los pacientes atendidos por el ESAPD urbano derivados por el HA y por AP, sin ser valorados previamente por ningún equipo de CP, podría explicar la mayor proporción de pacientes AC frente a la proporción de pacientes AC atendidos por el ESAPD urbano/rural.

El hecho de que un gran porcentaje de los pacientes atendidos por el ESAPD urbano/rural sean NC y sin embargo no sean derivados al MAP podría explicarse por el corto pronóstico de supervivencia estimado por los profesionales de este ESAPD en el momento de la valoración del paciente, ya que la mediana de supervivencia para estos pacientes NC oscilaba en un rango de 9 a 13 días.

Como era de esperar, los pacientes que son derivados por AP (88%) y por UCP (66.7%) es más probable que fallezcan en

su propio domicilio, ya que tanto AP como las UCP realizan la atención no solo centrada en el paciente sino también en el cuidador y en su familia, y manejan las necesidades sociales y las necesidades relacionadas con la comunicación de una manera más adecuada que otros servicios convencionales.

Frente a lo que cabría pensar, el 87,5% de los pacientes que fallecían en domicilio eran AC, sin que influyera el grado de complejidad en la localización del exitus. Este estudio tampoco demuestra que los pacientes AC fueran derivados con más frecuencia a HA, ni a UCP-MLE.

En 3 de cada 4 pacientes el profesional médico de ESAPD consideraba adecuada la derivación al ESAPD, medida que se ajusta a que aproximadamente 3 de cada 4 pacientes eran AC, y en cerca de uno de cada 4 pacientes aparecían limitaciones en la competencia profesional, en este caso del MAP, por conocimientos actitudes o creencias inadecuadas para el abordaje de la situación concreta. Además 4 de los 7 pacientes que se devolvieron al MAP para seguimiento eran AC, lo que afirma que la complejidad de los pacientes que indicaban necesidad de derivación a ESAPD dependía de los conocimientos, habilidades y actitudes del profesional del servicio convencional que realizaba la atención. Esta circunstancia permite que la atención paliativa por parte de servicios específicos no solo sea flexible e individualizada para cada paciente que atiende, sino también flexible e individualizada en función del profesional del servicio convencional que atiende a un paciente concreto.

A pesar de que podríamos creer que la complejidad más frecuente del paciente en el ámbito domiciliario fueran los factores relacionados con la dimensión psicológica, social, familiar y/o de vivienda, la complejidad más frecuentemente observada tenía que ver con la dimensión física, y con las dependientes de la organización sanitaria en relación con el profesional de AP. Las 4 situaciones más frecuentemente detectadas, y etiquetadas de C o AC, fueron los síntomas de difícil control –síntomas para cuyo adecuado control se precisa una intervención terapéutica intensiva, tanto desde el punto de vista farmacológico como instrumental y/o psicológico–, seguido de otras situaciones claramente relacionadas con los síntomas de difícil control, como son la dificultad para la indicación y manejo de fármacos, –por ejemplo opioides, por riesgo o presencia de efectos secundarios graves (narcosis, tolerancia rápida, neurotoxicidad), rotación de opioides o la necesidad de usar otros fármacos de uso poco habitual, de manejo difícil o de uso hospitalario–, las dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio –bombas de perfusión, aspirador portátil, ventilación mecánica, fármacos de uso hospitalario–, y las limitaciones en la competencia profesional del MAP para el abordaje de la situación. Esta última mantenía una relación clara con las 3 anteriores.

Dentro de las bajas frecuencias que presentan los ítems relacionados con la situación psicoemocional, la conspiración del silencio, la dificultad en la comunicación y/o información del diagnóstico, del pronóstico y de las opciones de tratamiento entre el paciente y su familia, eran las más frecuentes. No encontramos ningún paciente con riesgo de suicidio y solo 3 pacientes del ámbito urbano solicitaron adelantar el proceso de muerte. Probablemente explicado por el entorno, los 7 casos en los que los familiares y/o cuidadores presentan duelos anticipados, duelos previos no

resueltos y/o riesgo de duelo complicado eran todos de la zona urbana, $p < 0,041$.

A pesar también de las bajas frecuencias que presentaron los factores que hacían referencia a la familia y al entorno, fue la claudicación familiar la más frecuente, tanto en la zona urbana/rural como urbana, existiendo solo en 7 casos del área urbana, y no disponer o ser insuficiente el número de personas encargadas del cuidado. Afortunadamente y ya en el siglo XXI, solo en un paciente del ámbito urbano se detectó que las condiciones de la vivienda no eran las adecuadas, sin que en ningún caso se haya detectado lejanía geográfica del lugar de residencia que dificultara la debida atención del paciente, probablemente por tener los ESAPD cobertura en todo el territorio geográfico de la Comunidad de Madrid, ya sea urbano, periurbano o rural.

Como afirman los autores, el IDC-Pal no es una herramienta pronóstica como también avalan estos resultados. A diferencia de lo que también podríamos esperar, a lo largo del seguimiento el grado de complejidad va en aumento, probablemente explicado por la baja mediana de supervivencia de los pacientes.

Los resultados obtenidos en este estudio ponen en cuestión algunas de las siguientes consideraciones: los pacientes AC no fallecen en domicilio, la complejidad de los pacientes en domicilio debe ser más del ámbito psicosocial que clínico, la claudicación familiar o las limitaciones de la vivienda suele ser una situación frecuente de complejidad en la atención domiciliaria.

En cuanto a la concordancia del IDC-Pal, parece que a menor conocimiento, mayor asignación de complejidad a las mismas situaciones. La enfermera etiqueta de complejas situaciones que el médico le asigna menor nivel de complejidad, el médico residente etiqueta de complejas situaciones que la enfermera le asigna menor nivel de complejidad. A pesar de ello y dada la baja concordancia obtenida, creemos necesario realizar nuevos estudios para ver la concordancia no solo entre médico y enfermera, y entre médico y residente, sino también entre médico y médico, y entre enfermera y enfermera, y mejorar, así como optimizar el glosario de términos con más ejemplos prácticos.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, tras realizar la valoración multidimensional de cada paciente durante el proceso de atención en el domicilio del paciente y cumplimentar posteriormente la presencia o ausencia de los ítems de que consta el IDC-Pal, tras hablar con los autores del mismo, nos aclararon que la complejidad tenía que ser etiquetada como si la estuviera evaluando un profesional de un servicio convencional, en este caso, como si la evaluara un profesional de AP, lo que introduce cierta subjetividad al tener que juzgar la situación desde la perspectiva de otro profesional. Aunque esta dificultad se ve disminuida gracias al glosario desarrollado por los propios autores, en el que se definen todos los ítems de que consta el instrumento.

Otra de las limitaciones de este estudio es que no permite conocer las características de la complejidad de los pacientes en otros recursos de CP, como UCP de HA, ESHCP y en UCP-MLE, ni conocer la evolución de la complejidad del paciente desde fases precoces de la enfermedad, ya que en nuestro estudio la mediana de supervivencia es corta.

Es difícil la comparación con datos procedentes de otros estudios realizados con el IDC-Pal, ya que hasta la fecha no disponemos de datos publicados con esta herramienta. Solo

hay publicados 2 estudios describiendo la complejidad de la población atendida. El primero, describe la complejidad de 53 pacientes atendidos en una consulta externa de CP en un centro terciario en Barcelona. Este estudio evalúa la complejidad según la presencia o no, de factores de mal pronóstico (alcoholismo, fallo cognitivo, Edmonton Staging System (ESS) II, historia de psicopatología) y la severidad de los síntomas tanto físicos como emocionales. La ansiedad, la depresión y el dolor eran los síntomas más frecuentemente encontrados así como los más distresantes. Los factores de mal pronóstico aparecían aproximadamente en un 30% de los pacientes estudiados. No se valoraron factores sociales, ni familiares. En dicha publicación, hace ya 13 años los autores hablan de «la necesidad de disponer de un método de clasificación de pacientes, que de forma prospectiva permita que cada enfermo pueda tener acceso al recurso más adecuado para su situación»²².

El segundo es un estudio retrospectivo de 702 pacientes atendidos por equipos específicos tanto hospitalarios como domiciliarios en Extremadura, donde el criterio utilizado para ser complejo era presentar al menos una característica de las siguientes: 1. Presencia de dolor, disnea o náuseas igual o superior a 7 sobre 10; 2. Dolor de mal pronóstico con estadificación de Edmonton 2 o 3; y 3. Cualquiera de estas 2 circunstancias añadidas a un índice de Karnofsky < 50 , ausencia de cuidador principal o carencia de recursos sociales. También encontraron mayores porcentajes de complejidad en los síntomas físicos que en los psicosociales: 16,38 y 26,2% y 7,7% respectivamente. El 93% de la población estudiada era C frente al 7% NC²³.

Tres son las situaciones de complejidad detectadas que casi contempla, pero no explícitamente, el IDC-Pal, y por ello recomendaríamos ampliar las definiciones del glosario del instrumento, como son el conflicto en la comunicación intrafamiliar (el IDC-Pal contempla solo conflicto en la comunicación entre paciente y familia), conflicto en la comunicación familia y equipo (el IDC-Pal contempla conflicto en la comunicación solo entre paciente y equipo) y persona próxima en el entorno familiar, profesional sanitario que dificulta la provisión de cuidados (el IDC-Pal contempla solo como C, la situación en que el profesional sanitario es el paciente).

Aunque la realidad de nuestro país según un estudio realizado en nuestra comunidad es que la cobertura por ESAPD a los pacientes que fallecen por cáncer llega solo al 18,3% de la población que lo necesita²⁴, hacen falta estudios que reflejen la complejidad de los pacientes que atendemos en los distintos ámbitos de CP, para: 1. Ir concretando de manera más adecuada los criterios de derivación a unidades específicas de CP, ya que el modelo de atención debe basarse en la intervención de equipos específicos de CP según la complejidad de la situación de una manera compartida con los servicios convencionales; 2. Distribuir los recursos de manera racional, donde los exija la complejidad y las necesidades de los pacientes; y 3. Conocer en la práctica clínica, no mediante inferencia de distintos métodos, el número de pacientes reales que necesitan ser atendidos por unidades específicas de CP.

Podemos concluir que los pacientes atendidos en domicilio por 2 ESAPD en la Comunidad de Madrid fueron C o AC en más del 80% de los casos, siendo los síntomas de difícil control la situación compleja más frecuentemente detectada y

más del 87% de los pacientes que fallecen en domicilio son AC.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gómez-Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014;28:302–11.
- Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, Holman CDJ. Estimating the size of a potential palliative care population. *Palliat Med.* 2005;19:556–62.
- McNamara B, Rosenwax LK, Holman DAJ. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage.* 2006;32:5–12.
- Gómez-Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: A community oriented, population based, public health approach. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2012;6:371–8.
- Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population based estimates. *Palliat Med.* 2014;28:49–58.
- Currow DC, Nightingale EM. A planning guide: Developing a consensus document for palliative care service provision. *Med J Aust.* 2003;179 6 Suppl:s23–5.
- Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care. Creating a more sustainable model. *N Engl J Med.* 2013;368:1173–5.
- 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 [consultado 1 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.iconcologia.net/catala/qualy/centre descripcio.htm>.
- Glare PA, Semple D, Stabler SM, Saltz B. Palliative care in the outpatient oncology setting: Evaluation as a practical set of referral criteria. *J Oncol Pract.* 2011;7:366–70.
- Glare P, Plakovic K, Schloms A, Egan B, Epstein AS, Kelsen D, et al. Study using the NCCN guidelines for palliative care to screen patients for palliative care needs and referral to palliative care specialist. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013;11:1087–96.
- Glare P, Chow K. Simple screening tool for identifying unmet palliative care needs in patients with cancer. *J Oncol Pract.* 2014;11:e81–5.
- Al-shahri M, Sroor MY, Alsirafy SA. The impact of implementing referral criteria on the pattern of referrals and admissions to a palliative care program in Saudi Arabia. *J Support Oncol.* 2010;8:78–81.
- Scandrett KG, Reittschuler Cross EB, Nelson L, Sanger JA, Feigon M, Boyd E, et al. Feasibility and effectiveness of the NEST13+ as a screening tool for advanced illness care needs. *J Palliat Med.* 2010;13:161–9.
- Morita T, Fujimoto K, Namba M, Sasaki N, Ito T, Yamada C, et al. Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: An audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer.* 2008;16:101–7.
- Rainbird KJ, Perkins JJ, Sanson-Fisher RW. The needs assessment for advanced cancer patients (NA-ACP): A measure of the perceived needs of patients with advanced, incurable cancer. A study of validity, reliability and acceptability. *Psychooncology.* 2005;14:297–306.
- Waller A, Girgis A, Currow D, Lecathelinais C. Development of the palliative care needs assessment tool (PC-NAT) for use by multidisciplinary health professionals. *Palliat Med.* 2008;22:956–64.
- Waller A, Girgis A, Lecathelinais C, Scott W, Foot L, Sibbritt D, et al. Validity, reliability and clinical feasibility of a needs assessment tool for people with progressive cancer. *Psychooncology.* 2010;19:726–33.
- Waller A, Girgis A, Johnson C. Improving outcomes for people with progressive cancer: Interrupted time series trial of a need assessment intervention. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43:569–81.
- Esteban Pérez M, Concepció Grau I, Castells Trilla G, Bullich Marin I, Busquet Durán X, Aranzana Martínez A, et al. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. *Med Paliat.* 2015;22:69–80.
- Fernández López A, Sanz Amores R, Cia Ramos R, Boceta Osuna J, Martín Roselló, Duque Granado A, et al. Criterios y niveles de complejidad en cuidados paliativos. *Med Pal.* 2008;15:287–92.
- Martín Roselló ML, Fernández López A, Sanz Amores R, Gómez García R, Vidal España F, Cia Ramos R. IDC-PAL (Instrumento Diagnóstico de Complejidad en Cuidados Paliativos)® Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Fundación Cudeca [consultado 1 Mar 2016]. Disponible en: <http://juntadeandalucia.es/salud/IDCPal>.
- Porta Sales J, Martínez García X, Gómez Batiste X, Espinosa Rojas J, Albuquerque Medina E, Madrid Juan F, et al. Descripción de la complejidad de los pacientes en la consulta externa de un servicio de cuidados paliativos en un centro terciario: resultados preliminares. *Med Pal.* 2003;10:23.
- Blanco I, Librada S, Blanco M, Pop B. Complejidad de los pacientes derivados a los equipos de cuidados paliativos de Extremadura. *Med Pal.* 2008;10:211.
- Alonso Babarro A, Astray Mochales J, Domínguez Berjón F, Genova Maleras R, Bruera E, Díaz Mayordomo A, et al. The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. *Palliat Med.* 2012;27:68–75.