



## ORIGINAL

# El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos



María Rosa Salvador Comino<sup>a,b,\*</sup>, Nathalia Garrido Torres<sup>a</sup>,  
Inmaculada Perea Cejudo<sup>a</sup>, María Luisa Martín Roselló<sup>c</sup>,  
Víctor Regife García<sup>a</sup> y Auxiliadora Fernández López<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>b</sup> Universidad de Emory, Atlanta, Estados Unidos

<sup>c</sup> Fundación CUDECA para los cuidados del cáncer, Málaga, España

Recibido el 18 de noviembre de 2015; aceptado el 30 de enero de 2016

Disponible en Internet el 1 de abril de 2016

### PALABRAS CLAVE

Complejidad;  
Cuidados paliativos;  
Valoración integral;  
Cuestionario;  
Coordinación  
entre recursos  
convencionales  
y avanzados;  
Criterios y niveles

### Resumen

**Introducción:** Actualmente no existe una definición unánime en cuidados paliativos (CP) del término complejidad. Su correcta y objetiva valoración ayudaría a clasificar al paciente, permitiendo a los profesionales saber si se requieren recursos avanzados o convencionales de CP.

**Objetivos:** Describir la complejidad de los pacientes tributarios de CP en Sevilla mediante el Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos examinando el servicio sanitario prestado.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal, con reclutamiento prospectivo. La herramienta Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos se aplicó a 74 pacientes tributarios de CP. Los datos se analizaron con el programa estadístico SSPS versión 20 y se analizaron las variables con el test chi-cuadrado.

**Resultados:** Tanto el equipo de recursos convencionales como el avanzado de CP tratan a pacientes independientemente de su complejidad ( $p=0,482$ ). El elemento de complejidad más prevalente fue el cambio brusco del nivel de autonomía funcional ( $n=27$ ), sin que exista correlación con el equipo implicado. El elemento más prevalente para activar el equipo avanzado de CP es la naturaleza oncológica de la enfermedad ( $n=39$ ;  $p=0,018$ ).

**Conclusiones:** La distribución de la complejidad en los pacientes tratados por recursos convencionales y avanzados de CP en el área estudiada es homogénea. Ello puede ser un indicador de la falta de adecuación de los recursos sanitarios con respecto a la complejidad del paciente. La

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [mariarosa.salvador@icloud.com](mailto:mariarosa.salvador@icloud.com) (M.R. Salvador Comino).

implementación del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos podría solventar este problema ya que ayuda a especificar cuándo y por qué se deriva un paciente a CP, evitando el exceso o defecto de dicha derivaciones.

© 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Complexity;  
Palliative care;  
Holistic assessment;  
Questionnaire;  
Conventional and  
advanced resources  
coordination;  
Criteria and levels

## The value of the Diagnostic Tool for Complexity in Palliative Care for the assessment of palliative patients

### Abstract

**Introduction:** There is currently no unanimous definition of the term complexity in palliative care (PC). The correct and objective assessment would help to classify palliative patients to enable health care professionals in their determination whether advanced or conventional PC resources are required.

**Aim:** To describe the palliative patients' complexity, by using the Diagnostic Tool for Complexity in Palliative Care, and to examine the health care service provided.

**Material and methods:** A descriptive, cross-sectional, observational study with prospective recruiting was conducted by applying the Diagnostic Tool for Complexity in Palliative Care to 74 patients requiring PC in Seville, Spain. Data were analyzed using the statistical program SPSS version 20 and variables were analyzed using the chi-squared test.

**Results:** Both conventional and advanced PC teams treat patients regardless their degree of complexity ( $p=0.482$ ). The most prevalent complexity element was sudden change in the level of functional autonomy ( $n=27$ ), but there was no correlation with the team involved. The most prevalent element to drive involvement of the advanced PC team was the oncological nature of the disease ( $n=39$ ,  $p=0.018$ ).

**Conclusions:** The distribution of complexity in PC patients treated by both conventional and advanced PC teams in the study area is homogeneous. This may be an indicator of the lack of appropriate health care resources as regards the complexity of the patient. Implementing the Diagnostic Tool for Complexity in Palliative Care may solve this problem by specifying when and why a PC patient is referred, and thus avoiding the excess or absence of such referrals.

© 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos<sup>2</sup> y la estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud español<sup>3</sup> recomiendan un modelo compartido de prestaciones en cuidados paliativos (CP), promoviendo la integración de los recursos disponibles de acuerdo a las necesidades de los pacientes y a la complejidad de dichas necesidades combinando una atención ambulatoria con la hospitalaria y centros especializados de CP.

Una definición unánime del término complejidad en CP y su clasificación es necesaria a nivel internacional para ayudar a los recursos convencionales, profesionales de atención primaria (AP) y hospitalaria con formación básica en CP, en cuanto a cuándo y por qué los pacientes requieren recursos avanzados de CP. Ello podría aumentar la eficacia de la prestación, ofreciendo a cada paciente una atención individualizada y que dé respuesta a sus necesidades de salud, que deben ser valoradas de modo integral y sistematizado<sup>4</sup> y donde es preferida la calidad a la cantidad de vida<sup>5</sup>. Ayudaría, además, a mejorar el nivel de desajuste mostrado entre

el acceso a los recursos avanzados de CP y el nivel de necesidad, evitando la detección tardía del paciente paliativo, sobre todo en el no oncológico<sup>6,7</sup>.

El Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos, IDC-Pal, fue publicado por el equipo regional de CP en Andalucía<sup>8</sup> (fig. 1) y fue elaborado siguiendo los criterios de clasificación por elementos y niveles de complejidad establecidos en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de Andalucía (2.ª ed, 2007)<sup>9</sup>. IDC-Pal pretende facilitar al profesional clínico la evaluación global de la complejidad de la unidad paciente-familia, así como de su entorno, para ofrecer una atención individualizada según las características de dichos pacientes, permitiendo su uso tanto en atención hospitalaria como domiciliaria. La herramienta IDC-Pal identifica 36 elementos de complejidad agrupados en 3 categorías: 1) paciente, 2) familia y entorno social y 3) organización sanitaria. Tras la evaluación, la situación de complejidad del paciente se divide en 3 niveles de complejidad: 1) altamente compleja, 2) compleja y 3) no compleja. Se propone que una situación no compleja no requeriría la intervención de recursos avanzados, mientras que en una situación altamente compleja

► IDC-Pal: Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos

		Elementos	Nivel de complejidad*	Sí	No	
1. Dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1a	Paciente es niño/a o adolescente	AC		
		1.1b	Paciente es profesional sanitario	C		
		1.1c	Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C		
		1.1d	Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
		1.1e	Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
		1.1f	Enfermedad mental previa	C		
	1.2. Situación clínica	1.2a	Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b	Síntomas refractarios	AC		
		1.2c	Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d	Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e	Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f	Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g	Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h	Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i	Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j	Síndrome constitucional severo	C		
	1.3. Situación psico-emocional	1.3a	Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
		1.3b	Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte	AC		
1.3c		Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual	AC			
1.3d		Conflicto en la comunicación entre paciente y familia	C			
1.3e		Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico	C			
1.3f		Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	C			
2. Dependientes de la familia y el entorno	2.a	Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC			
	2.b	Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC			
	2.c	Familia disfuncional	AC			
	2.d	Claudicación familiar	AC			
	2.e	Duelos complejos	C			
	2.f	Limitaciones estructurales del entorno	AC			
3. Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/ equipo	3.1a	Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		3.1b	Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		3.1c	Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
		3.1d	Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	3.2. Recursos	3.2a	Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b	Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

\*Nivel de complejidad C: Elemento de Complejidad AC: Elemento de Alta Complejidad

Situación: No compleja  Compleja  Altamente Compleja

Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí  No

8 Documento de Apoyo al PAI Cuidados Paliativos

Figura 1 Herramienta IDC-Pal.

sí se deberían activar. Para la situación intermedia, definida como compleja, la decisión quedaría a criterio del médico responsable. Por tanto, IDC-Pal promueve un modelo de atención compartida y un uso equilibrado de recursos.

IDC-Pal puede ser usada tanto al inicio del contacto con el paciente como durante el tratamiento del mismo, permitiendo así analizar la complejidad cambiante, ya que los pacientes experimentan muchas fases en su trayectoria en

las que el nivel de complejidad puede variar, resultando en una mayor o menor demanda sanitaria, y donde esta fluctuación crea dificultad a la hora de definir el recurso ideal y la necesidad de CP<sup>10</sup>.

El objetivo principal de este estudio es describir la complejidad de todos los pacientes registrados como tributarios de CP en centros de salud y equipos de CP del área sanitaria de Sevilla. Para ello utilizamos la herramienta IDC-Pal, examinando la complejidad del paciente y valorando la derivación actual por parte de los recursos convencionales, en nuestro estudio representados por el equipo de AP, al equipo avanzado de CP, en nuestro caso el equipo de soporte domiciliario de CP (ESDCP). Como objetivo secundario se valora la prevalencia de los elementos de complejidad de los pacientes de las zonas sanitarias estudiadas en Sevilla.

## Material y métodos

El diseño del estudio es observacional descriptivo transversal, con reclutamiento prospectivo.

El comité de ética de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla aprobó el estudio.

La valoración integral de la complejidad de los pacientes tributarios de CP y la presencia o no de derivación a ESDCP se realizó a través de la herramienta IDC-Pal. Dos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y un médico adjunto de AP obtuvieron datos mediante visita domiciliaria y/o acceso a la historia clínica de los mismos en la aplicación informática del servicio andaluz de salud DIRAYA, además de la encuesta al médico de familia o al ESDCP responsable así como a la enfermera de zona.

Con respecto a la validación de IDC-Pal, el primer paso fue la definición de los niveles de complejidad para establecer criterios de intervención de los recursos asistenciales mediante el método de grupo nominal de expertos<sup>4</sup>. Un total de 200 profesionales de Andalucía participaron en las 2 primeras fases de la validación<sup>11</sup>. La viabilidad de la herramienta mejoró notablemente en la segunda fase con una utilidad de 8 sobre 10 y una claridad de 7 sobre 10 en la escala Likert de 10 puntos. La validez de contenido se midió mediante el porcentaje de acuerdo entre participantes donde se mantuvieron los elementos con acuerdo mayor a 0,7. La fiabilidad se midió mediante la concordancia entre jueces de la variable elemento de complejidad mediante test-retest y fue baja en la primera fase con mejoría en la segunda fase para la mayoría de los ítems pero ambigua en otros dada la menor participación y cumplimentación de formularios de lo esperado. En la consistencia interna mediante el método alfa de Cronbach destacó un valor global de 0,9, mayor que en la primera fase. Esto permitió la creación de una tercera versión de IDC-Pal donde se continuó el proceso de validación final y cuyos datos aún no están publicados.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años registrados como tributarios de CP, oncológicos y no oncológicos, en el distrito sanitario Sevilla tanto en AP como en el ESDCP.

Los criterios de exclusión fueron pacientes no tributarios de CP, pacientes fallecidos antes de realizar la valoración por AP o por ESDCP y falta de datos necesarios para la valoración integral del paciente.

Se diseñó un documento específico para la recogida de datos de los pacientes donde se incluyeron datos sociodemográficos. Los datos de los pacientes fueron anonimizados durante la obtención y el análisis de datos.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 20. Se calculó la frecuencia, porcentaje de cada una de las 56 variables, se realizaron tablas de contingencia y análisis mediante el test estadístico chi-cuadrado.

## Resultados y análisis

### Muestra

Desde el mes de junio de 2013 hasta el mes de noviembre de 2014 se analizaron todos los pacientes registrados en el proceso asistencial de CP del sistema informático DIRAYA de los centros de salud correspondientes en Sevilla. Un total de 74 pacientes fueron reclutados para el estudio, de los cuales 29 eran varones y 45 mujeres. De estos, 59 pertenecían a los centros de salud San Luís, 13 a Ronda Histórica y 2 a Valdeorras. La edad media era 73 años siendo el más joven de 21 y el de más edad de 104 años. Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y los datos para completar la valoración integral se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica electrónica y visita personal al domicilio del paciente.

Un total de 26 pacientes tenían un diagnóstico no oncológico, siendo el más prevalente el deterioro cognitivo y el ictus. Un total de 48 eran pacientes oncológicos, siendo el carcinoma de mama con metástasis el diagnóstico más prevalente.

### Complejidad resultante

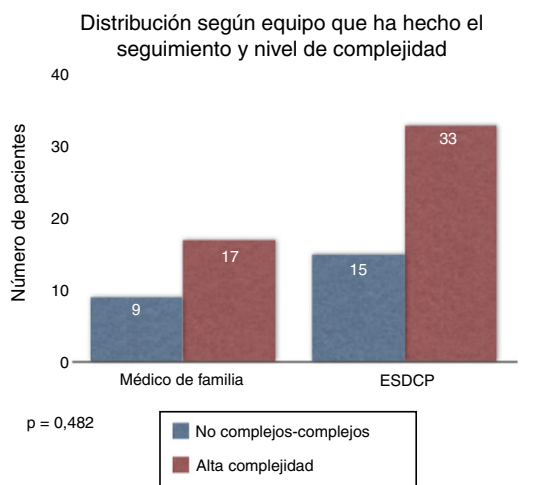
En el equipo de AP se siguieron 26 pacientes y en el ESDCP 48. Del total de 74 pacientes, 24 fueron clasificados como no complejos o complejos, siendo 9 pacientes llevados por AP y 15 por recursos avanzados. Un total de 50 pacientes fueron clasificados como de alta complejidad, donde 17 eran llevados por AP y 33 por ESDCP. Se objetivaron 17 pacientes de alta complejidad llevados únicamente por el equipo de AP y 15 pacientes no complejos llevados por el ESDCP.

El equipo de AP y el ESDCP tratan indistintamente a pacientes con todos los grados de complejidad, sin que exista entre ellos diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,482$ ) (fig. 2).

### Elementos de complejidad

El elemento de complejidad más prevalente en el área estudiada es el cambio brusco del nivel de autonomía funcional ( $n=27$ ), seguido por síntomas de difícil control ( $n=20$ ), sin que exista correlación con que el paciente fuera tratado por el equipo de AP o equipo avanzado de CP (fig. 3).

Los elementos de complejidad dependientes del paciente determinantes para la clasificación del paciente como de alta complejidad fueron: síntomas refractarios ( $p=0,036$ ), situaciones urgentes en paciente terminal ( $p=0,009$ ) y situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral ( $p=0,03$ ), angustia existencial y sufrimiento espiritual ( $p=0,012$ ).



**Figura 2** AP y ESDCP atienden a pacientes de todas las complejidades.

Los elementos de complejidad dependientes de la familia y el entorno determinantes para la clasificación del paciente como de alta complejidad fueron: ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores (n=15; p=0,001), familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado (n=14; p=0,002), familia disfuncional (n=10; p=0,014) y limitaciones estructurales del entorno (n=14; p=0,003).

Ningún paciente fue clasificado como en situación compleja o altamente compleja debido a elementos dependientes de la organización sanitaria.

### Características de los pacientes en seguimiento por ambos equipos

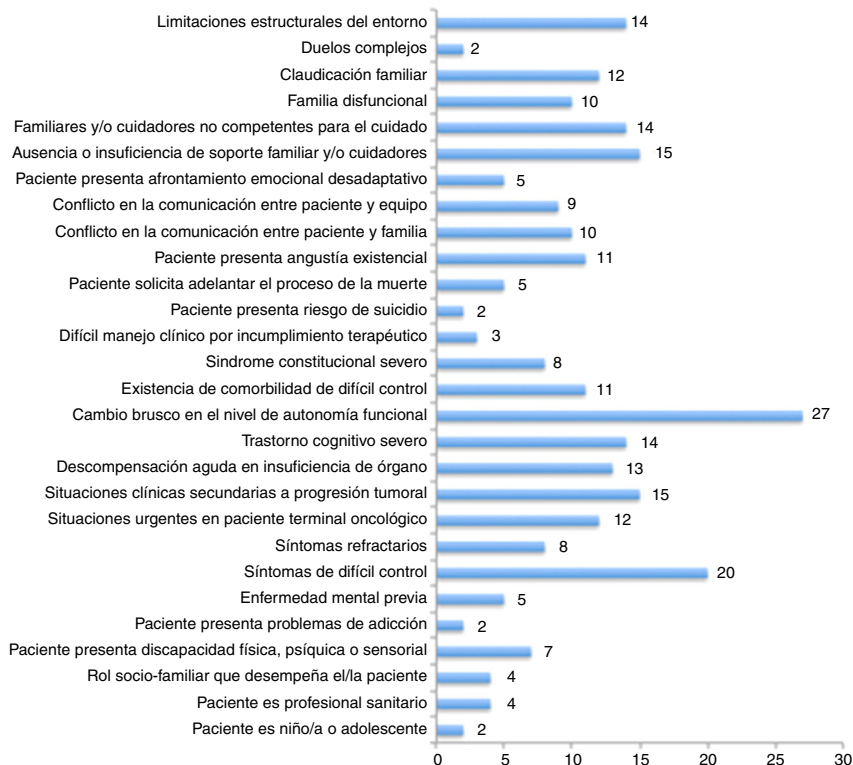
Entre los pacientes oncológicos (n=48), la mayoría se clasificaron en el nivel de alta complejidad (n=37; p<0,001). De estos pacientes de alta complejidad, una gran mayoría (81,25%) fueron valorados y seguidos por el ESDCP. Y del total de oncológicos, la gran mayoría fueron valorados por el ESDCP (n=39; p=0,018) (fig. 4A y 4B). Sin embargo, la mayoría de los no oncológicos (65%) fueron valorados por AP.

El equipo de AP realiza el seguimiento de la mayoría de los pacientes con trastorno cognitivo severo (p=0,003). Por otro lado, el ESDCP lleva a cabo el seguimiento de la mayoría de los pacientes con los siguientes elementos de complejidad: situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral (p=0,010), cambio en el nivel de autonomía funcional (p=0,049), ausencia o insuficiencia de soporte familiar y familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado (p=0,027), claudicación familiar (p=0,017) y limitaciones estructurales (p=0,003) (fig. 5).

### Discusión

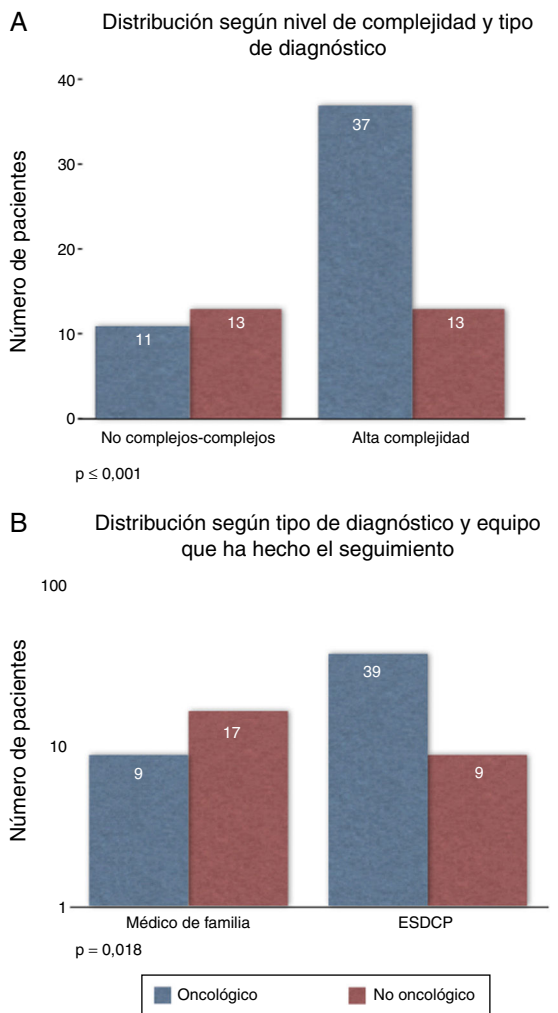
Un soporte de CP ideal debe ser dirigido por un equipo de AP bien entrenado y equipado, reforzado por un equipo de soporte avanzado multidisciplinar y con asistencia ambulatoria, que se pueda consultar o activar en el caso de pacientes complejos<sup>12-14</sup>. Los ESDCP fueron creados para

### Frecuencia de elementos de complejidad

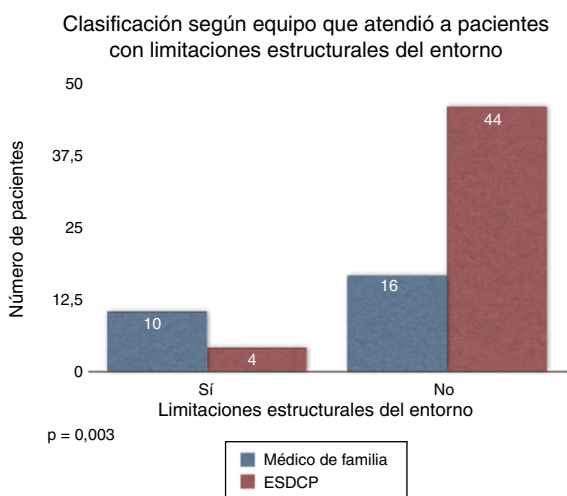


**Figura 3** Frecuencia de elementos de complejidad entre la muestra de pacientes estudiados.





**Figura 4** La mayoría de los pacientes oncológicos son de alta complejidad (A) y seguidos por ESDCP (B).



**Figura 5** Un alto porcentaje de pacientes tiene limitaciones estructurales como elemento de alta complejidad.

ofrecer apoyo a los pacientes con mayor nivel de necesidad y complejidad<sup>15,16</sup> y solo un pequeño porcentaje de los mismos se beneficiarían de estos cuidados. Por tanto, es imperativa una coordinación adecuada entre los diferentes niveles asistenciales, donde los equipos de AP y los equipos avanzados de CP conviven y se apoyan mutuamente<sup>17</sup>. Actualmente la decisión de cuándo y por qué un paciente requiere CP se realiza, en muchas ocasiones, de forma subjetiva, desorganizada y tardía<sup>18,19</sup>.

En Andalucía existe el llamado Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de Andalucía desde el año 2002, donde ya se incluye el término complejidad, como en muchos otros procesos españoles<sup>20-23</sup>, sin embargo no hay un término consensuado y unánime del mismo.

En la literatura científica existen algunas herramientas para clasificar a los pacientes según su complejidad incluyendo elementos no médicos<sup>24-26</sup>, particularmente desarrolladas para enfermedades crónicas<sup>27</sup> y para pacientes oncológicos<sup>28,29</sup>. Solo recientemente se intentan determinar niveles y criterios de complejidad en el campo de los CP<sup>4,30</sup>.

IDC-Pal es novedosa porque pretende evaluar de forma integral, rápida y objetiva la complejidad de los pacientes, sus cuidadores y los profesionales involucrados en ofrecer los CP óptimos. Establece criterios de intervención y pretende discernir entre aquellos pacientes que pueden ser atendidos por recursos convencionales y aquellos que deberían ser atendidos por recursos avanzados de CP. No obstante, hay que tener en cuenta que aunque ya están publicadas las 2 primeras fases de la validación de IDC-Pal, está pendiente publicar la última y tercera fase.

Para simplificar los resultados, en este estudio hemos comparado los pacientes no complejos y complejos como un único grupo frente a los pacientes de alta complejidad.

Según los estudios publicados, entre un 69% y un 82% de los fallecidos requieren equipos avanzados de CP<sup>31</sup>, lo cual concuerda con nuestro estudio, donde al menos un 65% de los pacientes estudiados en nuestra área son de alta complejidad, y por tanto según la valoración integral de IDC-Pal, requieren ESDCP.

En el presente trabajo se objetiva que el equipo de AP y los ESDCP tratan indistintamente a pacientes de todos los grados de complejidad, sin que existan entre ellos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,482$ ). Un 34% de los pacientes de alta complejidad son tratados únicamente por el equipo de AP y un 62,5% de los pacientes no complejos-complejos son tratados por el ESDCP, pudiendo ser un indicador de la falta de adecuación de recursos con respecto a las necesidades del paciente.

Los datos parecen indicar que se sigue teniendo el concepto de paciente oncológico como sinónimo de complejo, ya que con una diferencia significativa ( $p=0,018$ ) el elemento más prevalente para activar el ESDCP es la naturaleza oncológica de la enfermedad, independientemente de la complejidad. Además, creemos que el hecho de que aproximadamente un tercio de los pacientes incluidos en el catálogo de CP de nuestra muestra sean no oncológicos y 2 tercios sean oncológicos representa muy bien el infradiagnóstico actual que sufren los pacientes tributarios de CP, donde los pacientes no oncológicos suelen recibir menos CP al no ser correctamente identificados como tales<sup>32</sup>.

Los elementos de complejidad dependientes de la familia y el entorno son determinantes para la clasificación de

la complejidad del paciente. La existencia de un cuidador principal se asocia, entre otras características, a una alta calidad de vida en el domicilio del enfermo hasta su fallecimiento<sup>33,34</sup>. Acorde con esto, en nuestro estudio se encontraron pacientes cuyo único criterio de alta complejidad era la ausencia o insuficiencia de soporte familiar ( $p=0,001$ ), familiares no competentes para el cuidado ( $p=0,002$ ) o limitaciones estructurales ( $p=0,003$ ). En nuestra opinión, esto matiza la necesidad de valorar al paciente holísticamente ya que elementos no clínicos, como los factores sociofamiliares producen un gran impacto en nuestros pacientes y, por tanto, en el abordaje de su salud.

Como principal novedad, este trabajo es el primero en usar IDC-Pal para valorar los criterios de derivación y complejidad de los pacientes tributarios de CP tanto en atención hospitalaria como domiciliaria.

Algunas de las limitaciones de este estudio son una muestra pequeña y condicionada por pacientes de una sola área sanitaria así como la falta de estudios mostrando que la derivación propuesta según la complejidad es costo-efectiva. Esta hipótesis teórica habrá de ser confirmada en posteriores estudios específicos a nivel económico. La representatividad de la muestra es también una limitación. A pesar de haber incluido a todos los pacientes registrados en el proceso asistencial de CP, somos conscientes de que en muchas ocasiones el médico no incluye a todos sus pacientes en dicho proceso, por tanto, estimamos que la muestra de pacientes tributarios de CP en las áreas estudiadas es mayor que la aquí representada.

## Conclusión

Existe una necesidad internacional de homogeneizar el término complejidad en CP. Ello podría aumentar la eficacia de la prestación, derivando de forma apropiada entre los diferentes niveles asistenciales y ayudando a ofrecer una atención individualizada. La herramienta IDC-Pal pretende otorgar a los CP este elemento clave para ayudar a eliminar la incertidumbre actual sobre cuándo y por qué nuestro paciente requiere recursos avanzados de CP. La distribución de la complejidad en los pacientes tratados por el equipo de AP y el ESDCP en nuestra área es homogénea. Ello puede ser un indicador de la falta de adecuación de los recursos sanitarios con respecto a la complejidad del paciente y donde la implementación de IDC-Pal podría permitir un balance adecuado solventando este exceso o defecto de derivaciones. Además, llaman la atención por su alta frecuencia factores sociales y ambientales como elementos frecuentes de complejidad en nuestros pacientes.

## 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.

## Financiación

Este trabajo no ha sido financiado.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24:91–6.
2. Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people. WHO Europe. 2004; 1-40 [consultado 20 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/better-palliative-care-for-older-people>
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2015; Feb 6:1–72 [consultado 21 Set 2015]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>
4. Fernández-López A, Sanz-Amores R, Cía-Ramos R. Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos. *MEDIPA.* 2008;5:287–92.
5. Daveson BA, Alonso JP, Calanzani N, Ramsenthaler C, Gysels M, Antunes B, et al. Learning from the public: Citizens describe the need to improve end-of-life care access, provision and recognition across Europe. *Eur J Public Health.* 2013;1–7.
6. Gardiner C, Gott M, Barnes S, Payne S, Ruse C. Using a prediction of death in the next 12 months as a prompt for referral to palliative care acts to the detriment of patients with heart failure and COPD. 2010;24:740–1.
7. Beernaert K, Cohen J, Deliens L, Devroey D, Vanthomme K, Pardon K, et al. Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: A population-based study. *Respir Med.* 2013;107:1731–9.
8. Martín Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cía-Ramos R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la complejidad en Cuidados Paliativos) © Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca [consultado 2 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/IDCPal> y <http://goo.gl/dVZh3l>
9. Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. 2.<sup>a</sup> ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007; 1-166 [consultado 21 Sep 2015]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs/contenidos/Informacion.General/p\\_3.p\\_3.procesos.asistenciales\\_integrados/pai/cuidados\\_paliativos.v3?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs/contenidos/Informacion.General/p_3.p_3.procesos.asistenciales_integrados/pai/cuidados_paliativos.v3?perfil=org)
10. Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. Family caregiver quality of life: Differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage.* 1999;17:418–28.
11. Gómez García, R. Validación de la clasificación de complejidad del proceso asistencial integrado de cuidados paliativos andaluz. Tesis doctoral inédita. Universidad de Málaga. Facultad de Medicina, departamento de farmacología y pediatría. Diciembre 2015. Pendiente de publicación.
12. Babarro AA. Does the palliative care teams to count on primary care teams? *Aten Primaria.* 2006;38:316–24.

13. Marshall D, Howell D, Brazil K, Howard M, Taniguchi A. Enhancing family physician capacity to deliver quality palliative home care: An end-of-life, shared-care model. *Can Fam Physician*. 2008;54:1703-7.
14. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, Grajera Paredes ME, Redondo Moralo MJ, Díaz Díez F, et al. [Palliative care support teams and the commitment of primary care teams to terminally ill patients in their homes]. *Aten Primaria*. 2006;38:316-23.
15. Davies E, Higginson IJ. The solid facts: Palliative care. Copenhagen: OMS; 2004. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/palliative-care.-the-solid-facts>
16. Grenze F. Eine Disziplin für den ganzen Menschen. *Sterbehilfe. Deutsches Ärzteblatt*. 2008. Jg. 105.
17. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. *N Engl J Med*. 2013;368:1173-5.
18. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care [Review]. En: Akbari A, editor. *Cochrane Database Syst Rev*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004. CD005471-1.
19. Claessen SJJ, Francke AL, Engels Y, Deliens L. How do GPs identify a need for palliative care in their patients? An interview study. *BMC Fam Pract*. 2013;14:42.
20. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. p. 1-72.
21. Plan estratégico de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. p. 1-119 [consultado 25 Sep 2015]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142610458964&pagename=PortalSalud/Page/PTSA\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142610458964&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal)
22. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2010; n23. 1-132.
23. Guía de recursos de cuidados paliativos en Navarra. Pamplona: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2009. p. 1-146.
24. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. *J Gen Intern Med*. 2007;22 Suppl 3:382-90.
25. Peek CJ, Baird MA, Coleman E. Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health*. 2009;27:287-302.
26. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7:357-63.
27. Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R, et al. A scoping review and thematic classification of patient complexity: Offering a unifying framework. *JOC*. 2012;2:1-9.
28. Waller A, Girgis A, Currow D, Lecathelinais C. Development of the palliative care needs assessment Tool (PC-NAT) for use by multi-disciplinary health professionals. *Palliat Med*. 2008;22:956-64.
29. 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.
30. Esteban-Pérez M, Grau IC, Castells Trilla G, Bullich Marín Í, Busquet Duran 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. *MEDIPAL*. 2015;22:69-80.
31. Murtagh FE, 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;1:49-58.
32. Harrison N, Cavers D, Campbell C, Murray SA. Are UK primary care teams formally identifying patients for palliative care before they die? *Br J Gen Pract*. 2012;62:e344-52.
33. McWhinney IR, Bass MJ, Orr V. Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team. *CMAJ*. 1995;152:361-7.
34. Brazil K, Bedard M, Willison K. Factors associated with home death for individuals who receive home support services: A retrospective cohort study. *BMC Palliative Care*. 2002;1:2.