

Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos

A. FERNÁNDEZ-LÓPEZ, R. SANZ-AMORES¹, R. CÍA-RAMOS², J. BOCETA-OSUNA³, M. MARTÍN-ROSELLÓ⁴,
A. DUQUE-GRANADO, J. M. MELERO-BELLIDO

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. ¹Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud de Andalucía. ²Director del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. ³Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Directora Médica de CUDECA. Málaga

RESUMEN

Introducción: los Cuidados Paliativos (CP) tienen como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal. Este periodo se caracteriza por la frecuente aparición de crisis de necesidades que generan una alta demanda de actuación por parte de los profesionales sanitarios. Esta demanda se incrementa especialmente en las situaciones de mayor complejidad. La atención de los casos más complejos por parte de los recursos específicos de CP, permite ofrecer a cada paciente el tratamiento más adecuado a su situación, y podría considerarse como un indicador de adecuación global de los CP.

Objetivo: el objetivo de este trabajo es definir niveles de complejidad de los pacientes en situación terminal, para establecer los criterios de intervención de los recursos asistenciales, convencionales y específicos, en el Proceso Asistencial Integrado de CP de la Consejería de Salud de Andalucía en su edición de 2007.

Material y método: se creó un grupo nominal*. Sus miembros establecieron una serie de situaciones reconocidas como complejas en la literatura reciente, denominándolas elementos de complejidad. Los organizaron por categorías, los clasificaron según niveles de complejidad, y establecieron la recomendación de intervención de los diferentes tipos de recursos según la complejidad, siguiendo la metodología de grupo nominal.

Resultados: se identificaron 37 elementos de complejidad procedentes de todas las áreas de evaluación y tratamiento en cuidados paliativos: síntomas, situación funcional y cognitiva, situación socioeconómica, nivel de información y comunicación, aspectos éticos, necesidades de tratamiento, conflictos de equipo. Posteriormente se clasificaron en 5 categorías: paciente, familia, profesionales, intervenciones terapéuticas y otras. Se generaron 4 niveles de complejidad a partir de elementos de cada una de las categorías: no complejo, baja complejidad, complejidad media y alta complejidad.

Conclusiones: consideramos que esta clasificación es adecuada tanto para la atención ambulatoria y hospitalaria, como para la domiciliaria. Para comprobar esto último se propone su pilotaje mediante un estudio prospectivo en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Med Pal 2008; Vol. 15, pp. 287-292

PALABRAS CLAVE:

Cuidados paliativos. Complejidad. Situación terminal. Atención Domiciliaria.

ABSTRACT

Background: the aim of Palliative Care (PC) is to alleviate and prevent suffering, as well as to improve quality of life for terminal patients. During this period, crises take place often and result in a high demand for health professionals. This type of demand is proportional to the level of complexity. The intervention of specialized palliative care teams in high complexity situations ensures most appropriate treatment according to the situation for each patient. This could be considered a palliative care indicator of global adequacy.

Objective: the aim of this study was to define terminal patient complexity in order to establish criteria for interventions by conventional and specialized health resources within the "Palliative Care Integrated Caring Process" of the Andalusian Public Health Department.

Material and method: a nominal group was created to establish the different situations considered as complex among the recent literature. This nominal group classified complexity elements in categories, and defined four different levels of complexity. After that the group suggested recommendations for different health interventions according to complexity level.

Results: 37 complexity elements were identified from every area of assessment and PC management (function, symptoms and cognitive situation; socioeconomic situation; level of truth knowing and communication; ethics, treatment needs, team relationship; etc.). They were classified in 5 categories: patient, family, professionals, therapeutic interventions and other. Four levels of complexity were established by elements from every category: no complexity, and low, medium and high complexity.

Conclusion: we think this classification is suitable to outpatient, hospital, and home care. We suggest a prospective study by a home care support team to verify the latter hypothesis.

KEY WORDS:

Palliative Care. Complexity. Terminal care. Home care.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de los pacientes con enfermedades graves y avanzadas, se caracteriza por la presencia de síntomas de difícil control, la existencia de conflicto en la toma

*Miembros del Grupo de Referencia Autonómico de Cuidados Paliativos de Andalucía.

de decisiones respecto a los cuidados del paciente, alteraciones en la salud física y psicológica de sus cuidadores y las pérdidas financieras de la familia (1-6). Esta situación conlleva la aparición de crisis de necesidades, que generan una alta demanda de actuación de la familia hacia los profesionales sanitarios. Esta demanda se incrementa especialmente en las situaciones de mayor complejidad y se asocia a una excesiva utilización de los servicios de hospitalización y urgencias. En estas circunstancias la solución de los problemas requiere, en ocasiones, una intervención terapéutica no convencional (7).

Desde el punto de vista organizativo, las tendencias actuales en Cuidados Paliativos (CP) desarrollan modelos de atención complementarios, basados en niveles de complejidad. Se trata de que cada paciente reciba una atención que dé respuesta a sus necesidades de salud, que deben ser valoradas de modo integral y sistematizado (8,9).

La OMS (10), el Comité Europeo de la Salud (11), el Plan Nacional de Cuidados Paliativos (12), los planes de Cuidados Paliativos de diferentes comunidades autónomas (13-15), y el Plan Integral de Oncología de Andalucía (16), nos invitan a hacer un esfuerzo para mejorar los Cuidados Paliativos, centrándonos en la implantación de medidas basadas en las necesidades del paciente y su familia, y su complejidad.

Consideran que la atención debe ser integrada y continua entre los diferentes dispositivos asistenciales, con especial protagonismo de una Atención Primaria, dotada de recursos y formación para ello. Contemplan también, la necesidad de dispositivos de soporte y coordinación para apoyar la atención de los pacientes con un mayor nivel de complejidad.

La responsabilidad de la atención al paciente terminal en su domicilio es del equipo de atención primaria (17). No obstante, cuando el nivel de complejidad aumenta, la implicación en su atención de un equipo de soporte de cuidados paliativos, capacitado y formado específicamente para ello, puede garantizar el mejor control de los síntomas físicos y emocionales, y la atención a los demás problemas, constituyendo su actuación un apoyo especializado al proceso, y no una separación del profesional de atención primaria.

Los equipos de atención primaria, en colaboración y corresponsabilidad con la atención hospitalaria, actúan como referentes y gestores de los cuidados paliativos de los pacientes en fase terminal, con el soporte de equipos específicos de cuidados paliativos, en situaciones de mayor complejidad (18-22).

Una necesidad importante en CP es establecer criterios que permitan adecuar los recursos y la financiación al grado de severidad de cada situación.

No existe una definición y clasificación unánime de la complejidad en CP. La evaluación de la complejidad depende de muchos factores, y aunque se pueden enumerar según criterios aceptados clínicamente de manera individual, no resulta fácil agruparlos para realizar una clasificación de los enfermos basada en su complejidad (7,8).

En 2002 se publicó el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de Andalucía (23), constituyendo una herramienta de mejora de la calidad en la atención a estos pacientes. En 2006, se inició la revisión de este Proceso Asistencial, incorporando a los pacientes en situación terminal de enfermedades no oncológicas (24). Se analizaron los criterios que definen la complejidad de los pacientes en situación ter-

minal, para establecer la intervención de los distintos recursos asistenciales, convencionales y específicos, en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.

El objetivo de este trabajo es realizar una clasificación de niveles de complejidad en Cuidados Paliativos que ayude a ordenar los flujos de pacientes en dicho proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo de este trabajo se consideró apropiada la metodología cualitativa del grupo nominal. Los criterios a la hora de formar este grupo fueron: que procedieran de diferentes estamentos sanitarios y niveles asistenciales, que tuvieran experiencia de trabajo en Cuidados Paliativos desde sus respectivos ámbitos profesionales (al menos cinco años), y que conocieran la problemática de todas las áreas geográficas de nuestra comunidad. El grupo quedó definitivamente formado por un enfermero, una psicóloga clínica, y doce médicos: cuatro internistas, cuatro médicos de familia, dos geriatras, una oncóloga, y un médico de urgencias. Dichos profesionales trabajan en Atención Primaria (cuatro), Hospitalización Convencional (uno), Urgencias Extrahospitalarias (uno), Equipos de Soporte Domiciliarios (tres), Soporte Hospitalario (uno), Unidades de Cuidados Paliativos (cuatro), y Gestión (dos). Algunos comparten dos ámbitos profesionales. Convocados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, constituyen el Grupo de Referencia Autonómico responsable de la revisión del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, cuya primera edición data de 2002 (23). Como moderadora del grupo contamos con una de sus integrantes, asesora metodológica del Servicio de Calidad y Procesos de la Consejería de Salud, con amplia experiencia en Cuidados Paliativos.

Basándose en la literatura, se elaboró un listado de elementos de complejidad que se entregó a todos los miembros del grupo.

Mediante la técnica de grupo nominal (25) dichos profesionales agruparon los elementos de complejidad en 5 categorías según dependieran del paciente, de la familia, de los profesionales, de las estrategias de intervención, o de otros aspectos.

Estos elementos se clasificaron en niveles de complejidad, con el objetivo de establecer los criterios de intervención de los recursos convencionales (Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Urgencias) y de los específicos, tanto en el domicilio como en el hospital.

En los casos de conflicto, las discrepancias se resolvieron por consenso tras establecer la moderadora turnos de diálogo y réplicas (25).

RESULTADOS

Tras la revisión de la bibliografía, el grupo nominal elaboró una lista de elementos de complejidad que se exponen en la tabla I.

El grupo nominal llegó al consenso de agrupar los elementos de complejidad en 5 categorías, según dependieran de: el paciente, la familia, los profesionales, las intervenciones terapéuticas, u otras no clasificables en los anteriores. En la tabla II, se enumeran todos los elementos que configuran cada una de las categorías.

TABLA I

ELEMENTOS DE COMPLEJIDAD IDENTIFICADOS

- Ausencia o insuficiente soporte familiar/cuidadores
- Claudicación familiar
- Condiciones de vivienda y entorno no adecuados, e idioma y/o cultura diferentes
- Conflicto dentro del mismo equipo o con otros equipos respecto a la toma de decisiones
- Conocimiento y/o motivación insuficientes sobre el enfoque paliativo
- Conspiración de silencio de difícil abordaje
- Demanda reiterada de eutanasia o suicidio asistido por parte del paciente y/o familia
- Dilemas éticos y de valores, actitudes y creencias
- En el domicilio: indicación y manejo de nutrición enteral o parenteral, instauración de tratamiento endovenoso, paracentesis, curas de difícil manejo, transfusiones...
- Enfermedades mentales previas que requieran tratamiento
- Fallo cognitivo y *delirium*
- Falta de aceptación o negación de la realidad por el paciente y/o familia
- Familiares no competentes para el cuidado práctico y emocional y/o familias difíciles
- Familias con duelos patológicos previos no resueltos
- Indicación y aplicación de sedación paliativa o en los últimos días
- Indicación y gestión de tratamientos especiales: radioterapia, endoscopia, cirugía, técnicas analgésicas invasivas, ventilación mecánica
- Necesidad de fármacos de uso hospitalario en el domicilio
- Necesidad de material ortopédico, aspirador portátil, oxigenoterapia, ventilación mecánica en domicilio...
- Necesidades de coordinación y gestión: cita de consulta especializada, traslados, ingresos programados, comunicación entre los profesionales
- Niño o adolescente
- Obstrucción intestinal y/o urológica
- Paciente profesional sanitario
- Pelvis congelada
- Problemas de adicción (alcohol, drogas...)
- Profesionales referentes con duelo propio no resuelto
- Rotación de opioides
- Síndrome de afectación locoregional avanzada de cabeza y cuello
- Síntomas intensos (EVA ≥ 6), de difícil control
- Síntomas refractarios que requieren sedación paliativa, o síntomas difíciles que precisan una intervención terapéutica intensiva, farmacológica, instrumental y/o psicológica
- Situación de últimos días con insuficiente control
- Situación terminal con coexistencia de pluripatología, nivel elevado de dependencia, y síntomas no controlados
- Situaciones de urgencias: hemorragias o riesgo elevado de las mismas, síndrome de vena cava superior, enclavamiento por hipertensión endocraneal, hipercalcemia, disnea aguda, estatus convulsivo, sospecha de compresión medular, fractura en huesos neoplásicos, crisis de pánico o angustia existencial, insuficiencia aguda de órgano de difícil control
- Trastornos del comportamiento secundario a afectación neurológica previa
- Trastornos psicoemocionales severos: ausencia o mala de comunicación con la familia y/o equipo terapéutico, trastornos adaptativos severos, cuadros depresivos mayores con comportamientos psicóticos y riesgo de suicidio
- Úlceras tumorales, fistulas, u otras lesiones de piel y mucosas, que requieren un control frecuente por su tamaño, localización, infección y/o presencia de síntomas
- Uso reiterado de los servicios de urgencias domiciliarios y hospitalarios

TABLA II

CLASIFICACIÓN POR CATEGORÍAS DE LOS ELEMENTOS DE COMPLEJIDAD

- I. *Dependientes del paciente*
 1. Características personales:
 - Niño o adolescente
 - Problemas de adicción (alcohol, drogas...)
 - Enfermedades mentales previas que requieran tratamiento
 - Paciente profesional sanitario
 2. Situaciones clínicas complejas:
 - Síntomas intensos (escala numérica ≥ 6), de difícil control o refractarios
 - Obstrucción intestinal/urológica
 - Pelvis congelada
 - Situación de últimos días con insuficiente control
 - Fallo cognitivo y *delirium*
 - Trastornos del comportamiento secundario a afectación neurológica previa
 3. Situaciones clínicas de deterioro rápido, con crisis de necesidades frecuentes:
 - Úlceras tumorales, fistulas, u otras lesiones de piel y mucosas, que requieren un control frecuente por su tamaño, localización, infección y/o síntomas
 - Síndrome de afectación locoregional avanzada de cabeza y cuello
 - Uso reiterado de los dispositivos y servicios de urgencias domiciliarios y hospitalarios
 4. Situación terminal con coexistencia de pluripatología, nivel de dependencia elevada, y síntomas no controlados
 5. Situaciones de urgencias: hemorragias o signos de riesgo elevado de las mismas, *delirium*, síndrome de cava superior, enclavamiento por hipertensión endocraneal, hipercalcemia, disnea aguda, estatus convulsivo, sospecha de compresión medular, fractura en huesos neoplásicos, crisis de pánico o angustia existencial, insuficiencia aguda de órgano de difícil control
 6. Síntomas refractarios que requieren sedación paliativa, o síntomas difíciles, que precisan una intervención terapéutica intensiva, farmacológica, instrumental y/o psicológica
 7. Trastornos psicoemocionales severos:
 - Ausencia o escasa comunicación con la familia y/o equipo terapéutico
 - Trastornos adaptativos severos
 - Cuadros depresivos mayores con comportamientos psicóticos
 - Riesgo de suicidio
- II. *Dependientes de la familia o cuidadores*
 1. Ausencia o insuficiente soporte familiar/cuidadores
 2. Familiares no competentes para el cuidado práctico y emocional y/o familias difíciles
 3. Claudicación familiar
 4. Familias con duelos patológicos previos no resueltos
 5. Conspiración de silencio de difícil abordaje
 6. Falta de aceptación o negación de la realidad
- III. *Dependientes de los profesionales que lo atienden habitualmente*
 1. Conocimiento y/o motivación insuficientes sobre el enfoque paliativo
 2. Dilemas éticos y de valores, actitudes y creencias
 3. Profesionales referentes con duelo propio no resuelto
 4. Conflicto dentro del mismo equipo o con otros equipos respecto a la toma de decisiones
- IV. *Estrategias de actuación complejas*
 1. Rotación de opioides
 2. Indicación y gestión de tratamientos especiales: radioterapia, endoscopia, cirugía, técnicas analgésicas invasivas, ventilación mecánica...
 3. Demanda reiterada de eutanasia o suicidio asistido por parte del paciente y/o sus familiares
 4. Indicación y aplicación de sedación paliativa
 5. En el domicilio: indicación y manejo de nutrición enteral o parenteral, instauración de tratamiento endovenoso, paracentesis, curas de difícil manejo, transfusiones...
- V. *Otras*
 1. Fármacos de uso hospitalario
 2. Necesidad de material ortopédico, aspirador portátil, oxigenoterapia, ventilación mecánica en domicilio, etc.
 3. Necesidades de coordinación y gestión: cita de consulta especializada, traslados, ingresos programados, comunicación entre los profesionales
 4. Condiciones de vivienda y entorno no adecuados, e idioma y/o cultura diferentes

Posteriormente, se establecieron cuatro niveles de complejidad: ausente, mínima, media y alta a los que se les asignaron elementos de complejidad de cada una de las 5 categorías (Tabla III).

TABLA III

CLASIFICACIÓN EN NIVELES DE COMPLEJIDAD

- *Paciente no complejo: (Nivel 0)*
- *Paciente complejo:*
 1. *Complejidad mínima (Nivel 1)*
 - Necesidad de uso de material y/o fármacos hospitalarios
 - Necesidad de intervenciones hospitalarias puntuales (transfusiones, toracocentesis, pruebas diagnósticas...)
 - Necesidad de coordinación y gestión (admisión, consultas especializadas, pruebas complementarias...)
 2. *Complejidad media (Nivel 2)*
 - Trastornos psicoemocionales severos, excepto riesgo de suicidio
 - Problemas de adicción (alcohol, drogas...) y otras enfermedades mentales previas que requieren tratamiento
 - Existencia de pluripatología con un nivel de dependencia elevado establecido
 - Elementos de complejidad derivados de la situación del profesional/equipo, incluyendo cuando el paciente es el propio profesional sanitario
 - Elementos de complejidad derivados de la situación de la familia
 - Síntomas mal controlados no descritos en los elementos de situación clínica compleja
 3. *Complejidad máxima (Nivel 3)*
 - Niño o adolescente
 - Cualquier situación clínica compleja:
 - Síntomas intensos (escala numérica ≥ 6), de difícil control o refractarios
 - Obstrucción intestinal/uroológica
 - Pelvis congelada
 - Situación de últimos días con insuficiente control
 - Fallo cognitivo y *delirium*
 - Trastornos del comportamiento secundario a afectación neurológica previa
 - Riesgo detectado de suicidio
 - Claudicación familiar que precisa hospitalización del paciente
 - Necesidad de estrategias de actuación compleja
 - Existencia de pluripatología con deterioro agudo del nivel de dependencia y en situación clínica inestable.
 - Existencia de síntomas refractarios que precisen sedación o síntomas difíciles, para cuyo adecuado control se precisa de una intervención terapéutica intensiva, tanto desde el punto de vista farmacológico, como instrumental y/o psicológico
 - Situaciones de urgencias

Se asumió que cualquier nivel de complejidad en el paciente en situación terminal podría ser atendido por los profesionales de los recursos convencionales, tanto de atención primaria como hospitalaria, según su nivel de formación y competencia en Cuidados Paliativos. Se acordó la recomendación de que para solicitar la intervención de los recursos específicos de CP, se requiriese que el caso cumpliera los criterios que se exponen en la tabla IV.

TABLA IV

CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DE LOS RECURSOS ESPECÍFICOS DE CP

- Cualquier situación de complejidad máxima (Nivel 3)
- Al menos dos situaciones de complejidad media (Nivel 2), siendo una de ellas el mal control de síntomas (escala numérica ≥ 6)
- Situación de complejidad mínima (Nivel 1) que pueda requerir en determinados casos la intervención puntual del recurso específico de CP

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Mucho se habla de la complejidad en cuidados paliativos, pero poco queda concretado en una definición de consenso válida para todos los profesionales y todos los sistemas sanitarios (12). Sí parece claro que para establecer la complejidad es necesaria una valoración integral de las necesidades del paciente y su familia (8,19,23). Ello permitirá definir un plan de actuación y una reevaluación periódica adecuados para cada caso (8,25,26). En Cuidados Paliativos, como en el resto de disciplinas médicas, el éxito radica más en la intervención conjunta y transversal, proporcionando las necesidades del paciente, familia y equipo de referencia, que en intervenciones estelares de unos u otros especialistas (11-13,15).

La bibliografía encontrada sobre la definición y clasificación de la complejidad de los pacientes en situación terminal es escasa y no encontramos ninguna revisión sistemática sobre el tema.

El término complejidad se utiliza en muchas ocasiones (7,11,12,19) como un concepto multifactorial, que incluye situaciones tales como la presencia de síntomas refractarios, situaciones sociales de difícil abordaje, necesidad especial de ciertos fármacos, apoyo psicológico en casos de alta intensidad, o necesidad de coordinación y criterios de derivación entre los diferentes recursos (10-15,17-23). No encontramos una definición y clasificación unánime, ni un protocolo de complejidad que establezca dónde y por quién se atiende a un paciente en situación terminal compleja, logrando los objetivos de calidad de un servicio, con el menor coste, mayor dignidad y respeto a los enfermos y familiares (23).

De las series publicadas destacan las de Bruera y cols. (27) y Porta y cols. (28). La primera ofrece datos de pacientes hospitalizados y la segunda de pacientes terminales atendidos en primera visita en una consulta externa de Cuidados Paliativos. Para estos autores los rasgos que definen complejidad en sus series son la presencia e intensidad de síntomas físicos y emocionales, y la existencia de factores pronósticos adversos (antecedentes de consumo adictivo de alcohol con test de CAGE positivo, fallo cognitivo, dolor tipo II según el *Edmonton Staging System*, e historia psicopatológica).

No encontramos series sobre enfermos atendidos en domicilio. Como principal novedad, este trabajo establece criterios y niveles de complejidad adecuados tanto para la atención hospitalaria como para la domiciliaria.

Evidentemente, nuestro trabajo no está exento de limitaciones. La composición del grupo nominal muestra un predominio de médicos frente a otros profesionales, y ausencia de trabajadoras sociales. Las limitaciones que supone la metodología del grupo nominal han motivado que no se haya podido contar con muchas de las aportaciones. No obstante, podemos afirmar que sus integrantes tienen una larga trayectoria de trabajo en equipo con otros profesionales de recursos específicos y convencionales, conocen bien las situaciones habituales y excepcionales que se presentan en Cuidados Paliativos en los distintos niveles y estamentos sanitarios, y los circuitos asistenciales implicados en los CP en Andalucía, ya sean públicos o concertados.

Con los resultados aportados podemos concluir que los elementos de complejidad definidos en nuestro trabajo y su clasificación en 4 niveles de complejidad, permiten establecer criterios de intervención tanto de los recursos convencionales como de los específicos, así como los tiempos de respuesta en la atención a estos pacientes y sus familias. Asumimos que dichos niveles de complejidad conllevan diferentes necesidades asistenciales, frecuentación de visitas y estancias medias. Su inclusión en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de Andalucía puede orientar los flujos de pacientes atendidos en dicho proceso, mejorando en definitiva la calidad de la atención (26).

Para comprobar su adecuación a la atención domiciliar y su correlación con las estancias medias y cargas asistenciales, se propuso su pilotaje mediante un estudio pros-

pectivo en el equipo de soporte domiciliario de la Unidad de H. Domiciliaria de los HH.UU. Virgen del Rocío (Sevilla), que se llevó a cabo durante 16 meses. Sus resultados están pendientes de publicación.

AGRADECIMIENTOS

Por su participación a Tomás Camacho, Justo Cabrera, Miguel Duarte, Ricardo Gómez Huelga, Eladio Gil, Josefina Mateos, Amparo Mogollo Galván, José Luis Pérez Ramírez, Francisco José Vinuesa Acosta, miembros del Grupo de Referencia Autonómico de Cuidados Paliativos de Andalucía.

CORRESPONDENCIA:

Auxiliadora Fernández López
Unidad de Hospitalización a Domicilio
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío
Sevilla
e-mail: mauxiliado.fernandez.sspa@juntadeandalucia.es

Bibliografía

- Davies E, Higginson I. The solid facts. Palliative Care. World Health Organization Europe. Milan; 2004.
- Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM, et al. Doctor's emotional reactions to recent death of a patient: Cross sectional study of hospital doctors. *BMJ* 2003; 327: 185.
- The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591-8 (Erratum, *JAMA* 1996; 275: 1232).
- Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel LL. Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally ill patients. *N Engl J Med* 1999; 341: 956-63.
- Higginson IJ. Evidence based palliative care. *BMJ* 1999; 319: 462-3.
- Pascual L, Pascual A. Atención sanitaria estándar recibida por pacientes con cáncer en fase terminal. *Medicina Paliativa* 1999; 6: 144-50.
- Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjernsward J. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Arán Ediciones; 2005. p. 21-53.
- Nabal M, Pascual A, LLombart A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. *Aten Primaria* 2006; 38 (Supl.): 21-8.
- Bruera E, Kuehn N, Miller Mj, Selmsler P, Mac Millan K. The Edmonton Symptom Assessment System: A simple method for the assessment of palliative care. *J Palliat Care* 1991; 7: 6-9.
- Davies E; Higginson I. Better palliative care for older people. World Health Organization Europe. Milan; 2004.
- Recomendación (2003) 24 del Comité de Ministros sobre la organización de los Cuidados Paliativos. CM (2003)130 Addendum 15 octubre 2003 Documentos CM6.3 Comité Europeo de la Salud (CDSP).
- Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. MSC. Madrid; 2007.
- Cuidados Paliativos. Programa Marco. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Mérida; 2002.
- Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales.
- Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008. Junio, 2005. Edita: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006. Sistema Sanitario Público Andaluz. 2ª ed. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla; 2002.
- Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Asensio Fraile A, Armas J. Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria* 1999; 23: 187-91.
- Conrad L, Rico L, Chung-Chung Y. Access to specialist palliative care for cancer patients. *Eur J Palliat Care* 2006; 13: 63-6.
- Herrera Molina E, Rocafort Gil J, Cuervo Pinna MA, Redondo Moralo MJ. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Aten Primaria* 2006; 38 (Supl. 2): 85-92.
- Alonso Babarro A. ¿Deben contar los cuidados paliativos con equipos de soporte en atención primaria? (comentario editorial). *Aten Primaria* 2006; 38 (6): 316-24.

21. Valentín Maganto V, González Muñoz M. Modelos de Organización de los Cuidados Paliativos y Atención Primaria. En: Cuidados Paliativos y Atención Primaria. Aspectos de organización. Barcelona: Ed: Springer-Verlag-Ibérica; 2000. p. 97-110.
22. Bradley E, Fried T, Kasl SV, Ciccetti DV, Jonson-Hurzeler R, Horwitz SM. Referral of terminally ill patients for Hospice: Frequency and correlatos. *J Pall Care* 2000; 16: 20-6.
23. García Puche, Cabrera J, Camacho T, Cuello JA, Fdez Bautista E, Pérez Ramírez JL, et al. Cuidados Paliativos. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla; 2002.
24. Sánchez Moreno E. La investigación cualitativa en investigación de salud. *Fundamentos y rigor científico. SEMERGEN* 2008; 34 (2): 75-9.
25. Cía Ramos R, Fernández López A, Boceta Osuna J, Duarte Rodríguez M, Camacho Pizarro T, Cabrera Iboleón J, et al. Cuidados Paliativos. Proceso Asistencial Integrado. 2ª ed. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla; 2007. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos.asp?idp=41>
26. Cía Ramos R, Fernández Mota E, Fernández López A, Sanz Amores R, Boceta Osuna J, Camacho Pizarro T, et al. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2008. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf
27. Bruera E, Neumann C, Brenneis C, Quan H. Frequency of symptom distress and poor prognostic indicators in palliative care unit, hospices and acute care hospitals. *J Palliat Care* 2000; 16: 16-21.
28. Porta Sales J, Martínez García M, 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; 1: 20-3.