



ORIGINAL

Evaluación de prevalencia de pacientes con necesidades paliativas en las plantas de hospitalización de agudos de oncología y medicina interna en 2 hospitales de tercer nivel de la Comunidad de Madrid

Agustín Diego Chacón-Moreno^{*1}, Victoria López-Gómez² y Alejandro David Bendala-Estrada³

¹Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara, España. ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz, Madrid, España.

Recibido el 8 de septiembre de 2022

Aceptado el 21 de noviembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Cuidados Paliativos,
instrumento NECPAL.

Resumen

Introducción: Los cuidados paliativos se demuestran útiles y eficientes en los pacientes que presentan dichas necesidades, pero es escasa aún la implementación de estos en el ars médica diaria de los médicos sin formación específica. El instrumento NECPAL (Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales) se ha demostrado útil para identificar a estos pacientes y ayudar a la toma de decisiones. El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de pacientes con necesidades paliativas y si se produjo adecuación de medicina paliativa al alta en los pacientes NECPAL positivos.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes, de pacientes hospitalizados en un periodo de 3 meses en las plantas de Medicina Interna y Oncología de 2 hospitales de tercer nivel, con la recogida de variables demográficas, identificación de necesidades paliativas y complejidad.

Resultados: La prevalencia de pacientes con necesidades paliativas es alta (90 %) y de ellos cumplen criterios de complejidad el 32 % de los pacientes oncológicos y el 20 % de los no oncológicos. Pese a ello, el abordaje de las necesidades paliativas solo se produjo en el 18 % de los pacientes oncológicos y en el 18 % de los no oncológicos. La mortalidad de los pacientes identificados como NECPAL positivos a 12 meses fue del 96 % en los oncológicos y del 57 % en los no oncológicos.

*Autor para correspondencia:

Agustín Diego Chacón Moreno

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Guadalajara. c/Donante de Sangre, s/n. 19002, Guadalajara, España

Correo electrónico: adiego.chacon@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1375/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Conclusión: Pese a la alta prevalencia de pacientes con necesidades de cuidados paliativos en las plantas de hospitalización de Medicina Interna y Oncología y la alta mortalidad en el año siguiente a dicha hospitalización, la planificación de la atención es escasa.

Evaluating the prevalence of patients with palliative needs in acute oncology and internal medicine hospitalization wards at two third-level hospitals in the Community of Madrid

KEYWORDS

Palliative Care, NECPAL tool.

Abstract

Introduction: Palliative care has been shown to be useful and efficient in patients who present these needs, but its implementation in the daily medical practice of doctors without specific training is still scarce. The NECPAL instrument (Instrument for the Identification of People in a Situation of Advanced Chronic Illness and Need for Palliative Care in Health and Social Services) has been shown to be useful in identifying these patients and in helping decision-making. The main objective of this study was to determine the prevalence of patients with palliative needs, and whether there was adequacy of palliative measures at discharge in NECPAL-positive patients.

Material and methods: An observational, retrospective, cohort study of patients hospitalized over a period of 3 months at the Internal Medicine and Oncology wards of two tertiary hospitals, with collection of demographic variables, and identification of palliative needs and complexity.

Results: The prevalence of patients with palliative needs (90 %) and meeting complexity criteria is 32 % of cancer patients and 20 % of non-cancer patients. Despite this, addressing palliative needs only occurred in 18 % of cancer patients and 18 % of non-cancer patients. The mortality rate of patients identified as NECPAL-positive at 12 months was 96 % in cancer patients and 57 % in non-cancer patients.

Conclusion: Despite a high prevalence of patients with palliative care needs in internal medicine and oncology hospitalization wards, and a high mortality rate in the year following said hospitalization, care planning is scarce.

Chacón-Moreno AD, López-Gómez V, Bendala-Estrada AD. Evaluación de prevalencia de pacientes con necesidades paliativas en las plantas de hospitalización de agudos de oncología y medicina interna en 2 hospitales de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. *Med Paliat.* 2023;30:72-79.

INTRODUCCIÓN

Los avances en la ciencia médica han llevado a un aumento de la esperanza de vida en España, que ha pasado de los 76,84 años en los años 90 a los 83,1 en el año 2019¹. Estos cambios llevan consigo la aparición de nuevos escenarios asistenciales, que obligan a replantear el modelo clásico para garantizar la sostenibilidad del sistema público de atención sanitaria.

Los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas consumen el 70 % del gasto sanitario, un 80 % de las consultas de Atención Primaria, y suponen el 60 % de los ingresos hospitalarios². Padecer más de una enfermedad crónica empeora la calidad de vida percibida, lo que implica una sobreutilización de los recursos sanitarios³.

En los pacientes que tienen patologías crónicas avanzadas, la identificación de los que tienen un peor pronóstico

a corto-medio plazo y de aquellos que tienen necesidades de cuidados paliativos nos invitaría a reflexionar sobre la utilidad y futilidad de las intervenciones tanto diagnósticas como terapéuticas empleadas, así como a iniciar una planificación anticipada de cuidados con el paciente, evitando el sobretratamiento y facilitando la toma de decisiones en situaciones de urgencia.

La herramienta NECPAL (Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales)⁴ ha mostrado ser útil para la identificación de pacientes con necesidades de cuidados paliativos dentro de aquellos que presentan enfermedades crónicas avanzadas^{5,6} y permite la adecuación de las medidas diagnósticas y terapéuticas condicionadas al pronóstico⁷.

La identificación de estos pacientes podría mejorar la calidad asistencial percibida tanto por el paciente como

por sus familiares, evitaría derivaciones hospitalarias con expectativas inadecuadas al pronóstico de salud e incluso facilitaría la toma de decisiones respecto a las órdenes de no reanimación y a la adecuación del esfuerzo terapéutico⁸.

El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de pacientes con necesidades de cuidados paliativos utilizando la herramienta NECPAL CCOMS-ICO en una planta de Oncología Médica y otra de Medicina Interna de agudos durante la hospitalización de pacientes con enfermedad crónica oncológica o no oncológica en fase avanzada y analizar si se adecuaron las medidas paliativas en pacientes identificados como NECPAL positivos.

Los objetivos secundarios fueron:

- Definir el grado de complejidad de los pacientes con necesidades paliativas.
- Describir cuáles son las enfermedades crónicas avanzadas más comunes en la población estudiada.
- Analizar diferencias en la atención entre las 2 cohortes estudiadas.
- Evaluar la tasa de reingresos y mortalidad en 6-12 meses.
- Visibilizar la realidad de la atención en pacientes con necesidades paliativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población a estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, de cohortes, en el que se incluyeron los pacientes ingresados en las camas de hospitalización de agudos de Medicina Interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de octubre, de Madrid, de septiembre a noviembre de 2020.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes ingresados en los servicios indicados con diagnóstico de enfermedad crónica avanzada (Anexo 1)⁸ o enfermedad oncológica avanzada (estadio IV)^{9,10}.
- Duración del ingreso superior a 48 h con el objetivo de que el equipo médico tuviera un adecuado conocimiento del paciente para poder responder a la pregunta sorpresa⁷.

El protocolo del estudio fue valorado por el Comité de Ética del Hospital Universitario 12 de Octubre (n.º CEIm 20/660, 25 de mayo de 2021). Dado que gran cantidad de los pacientes se encontraban fallecidos en el momento de la recogida de datos, se nos concedió la exención de la necesidad de cumplimentar el documento de consentimiento informado.

Variables

Las variables analizadas se encuentran en el Anexo 2¹¹⁻¹⁴.

Consideramos “adecuación de las medidas paliativas al alta” la deprescripción de medicamentos prescritos con fines de mejoría pronóstica y no como tratamiento sintomático exclusivo, la unificación del seguimiento por un médico generalista evitando derivaciones innecesarias, la valoración durante el ingreso o derivación al alta a un equipo experto en cuidados paliativos, la limitación de estudios diagnósticos y la planificación anticipada de cuidados.

La pregunta sorpresa se ha evaluado realizándose la al médico responsable del informe de alta una vez que se había resuelto el episodio para no intervenir en su toma de decisiones.

Análisis estadístico

Primeramente se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante proporciones y medidas de tendencia central con su índice de dispersión correspondiente. Las variables cuantitativas fueron descritas con su media y las variables categóricas fueron expresadas mediante valores absolutos y porcentajes. Se determinó la distribución normal de las variables para el posterior análisis estadístico. Se realizó un análisis bivalente empleando la prueba de chi-cuadrado para variables categóricas y la U de Man-Whitney para variables cuantitativas continuas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA v14.2TM.

RESULTADOS

Se incluyeron 145 pacientes; 68 de ellos procedentes de la planta de hospitalización del Servicio de Oncología Médica del Hospital 12 de Octubre (cohorte 1) y 77 procedentes de la planta de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón (cohorte 2). En la Tabla I se detallan los resultados de las variables estudiadas.

Encontramos una prevalencia de pacientes con necesidades paliativas según el instrumento NECPAL del 96 % en oncología y del 84 % en medicina interna; adecuación de las medidas paliativas en el 18 % de pacientes en ambos casos ($p = 0,607$); y órdenes de no reanimación cardiopulmonar en la historia clínica del 54 % de los pacientes oncológicos, frente al 38 % de los pacientes crónicos no oncológicos ($p < 0,001$).

Respecto al grado de complejidad, encontramos que los pacientes se clasifican como más complejos en la planta de Oncología Médica, siendo complejos o muy complejos el 97 % frente al 88 % de Medicina Interna. El 32 % de los pacientes oncológicos reclutados son considerados muy complejos, frente al 20 % de los no oncológicos ($p = 0,048$).

Las enfermedades crónicas avanzadas más comunes en la planta de hospitalización se definen en la Tabla II, siendo los cánceres más frecuentes los torácicos y los digestivos, y las enfermedades no oncológicas más frecuentes las causas neurodegenerativas y la insuficiencia cardiaca crónica.

En cuanto a comorbilidad, si ajustamos el índice de Charlson de los pacientes oncológicos eliminando la puntuación del cáncer, no encontramos diferencias significativas.

En lo relativo al soporte social, el cuidador principal fue un familiar directo más frecuentemente en el paciente oncológico (64 de 68 pacientes) mientras que en Medicina Interna es más prevalente el cuidador no familiar (32 de 77) con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). No tienen ningún soporte social el 16 % de los pacientes de Medicina Interna frente al 2 % de los oncológicos ($p < 0,001$). También el destino al alta muestra diferencias relevantes; mientras que el 36 % de los pacientes oncológicos fue trasladado al alta a una Unidad de Cuidados Paliativos, ningún paciente crónico no oncológico tuvo semejante destino si bien, en coherencia con sus lugares de origen, el 25 % de

Tabla I. Variables demográficas.

	Total N = 145	Oncología N = 68	Medicina Interna N = 77	Valor de p
Edad (años) ^a	79 (27-99)	67 (27-88)	87 (50-99)	< 0,001
< 45	7 (4,8 %)	7 (10,3 %)	0	
45-54	12 (8,3 %)	11 (16,2 %)	1 (1,3 %)	
55-64	10 (6,9 %)	10 (14,7 %)	0	
65-74	26 (17,9 %)	21 (30,9 %)	5 (6,5 %)	< 0,001
75-84	36 (24,8 %)	14 (20,6 %)	22 (28,6 %)	
> 85	54 (37,2 %)	5 (7,4 %)	49 (63,6 %)	
Sexo				
Hombre	65 (44,8 %)	30 (44,1 %)	35 (45,5 %)	
Mujer	80 (55,2 %)	38 (55,9 %)	42 (54,6 %)	0,872
Raza				
Caucásica	127 (87,6 %)	53 (77,9 %)	74 (96,1 %)	
Hispana	11 (7,6 %)	9 (13,2 %)	2 (2,6 %)	
Negra	3 (2,1 %)	3 (4,4 %)	0	0,004
Asiática	4 (2,8 %)	3 (4,4 %)	1 (1,3 %)	

N: número total.

^aEn el paréntesis se especifica edad mínima y máxima.

Tabla II. Clasificación de enfermedad crónica avanzada.

	Oncología Médica N = 68		Medicina Interna N = 77
			Índice PALIAR; N (%)
ECOG al ingreso; N (%)	1 (7)	0-2 puntos	7 (9,1)
	2 (17)	3-6 puntos	24 (31,2)
	3 (39)	7-10 puntos	45 (58,4)
	4 (37)		
	Tipo de cáncer; N (%)		Tipo de ECNOFA; N (%)
Torácicos	15 (22,1)	Cardiaca crónica	16 (20,8)
Urológicos y genitourinarios	8 (11,8)	Pulmonar crónica	12 (15,6)
Aparato digestivo	14 (20,6)	Neurodegenerativa no demencia	18 (23,4)
Mama y ginecológico	12 (17,7)	Neurológica vascular	2 (2,6)
Cabeza y cuello	5 (7,4)	Renal crónica	6 (7,8)
Sistema nervioso central	4 (5,9)	Hepática crónica	1 (1,3)
Melanoma y cutáneos	3 (4,4)	Fragilidad	9 (11,7)
Sarcoma	4 (5,9)	Demencia	9 (11,7)
Origen desconocido	3 (4,4)		

ECNOFA: enfermedad crónica no oncológica en fase avanzada.

estos fueron trasladados al alta a un centro sociosanitario no específico de cuidados paliativos frente a solo el 2 % de los pacientes oncológicos ($p < 0,001$).

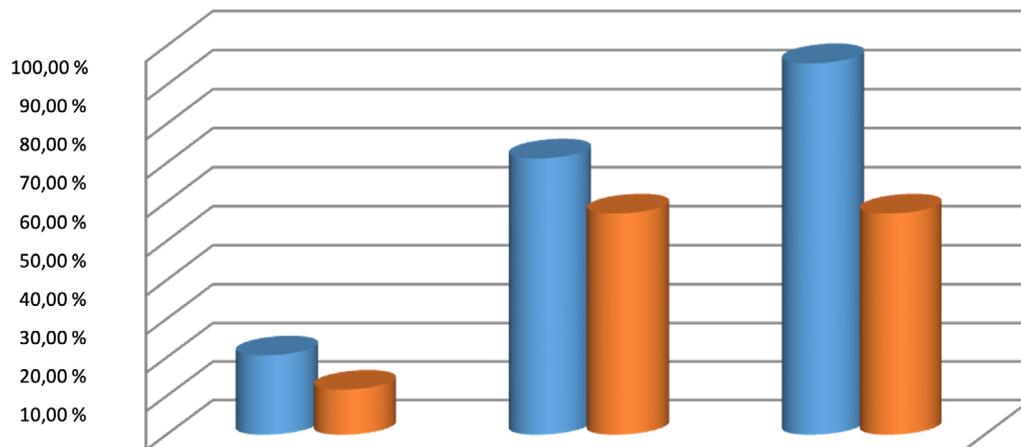
Respecto a las causas que motivaron el ingreso, podemos encontrarlas en la Tabla III, en la cual se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos. En Oncología se define un

grupo mixto de pacientes que ingresan por motivos consistentes en patología de la vía biliar, obstrucción intestinal, hipercalcemia maligna y síndrome de vena cava superior (13 %).

La Figura 1 muestra el análisis de mortalidad a los 6 y 12 meses entre los pacientes que ingresan en planta de Oncología Médica y Medicina Interna.

Tabla III. Causa del ingreso.

	Total N = 145	Oncología N = 68	Medicina Interna N = 77
Síndrome infeccioso; N (%)	44 (30,3)	14 (20,6)	30 (39,0)
Toxicidad medicamentosa; N (%)	11 (7,6)	9 (13,2)	2 (2,6)
Mal control de síntomas crónicos; N (%)	32 (22,1)	22 (32,4)	10 (13,0)
Insuficiencia respiratoria; N (%)	21 (14,5)	11 (16,2)	10 (13,0)
Síndrome confusional; N (%)	4 (2,8)	2 (2,9)	2 (2,6)
Insuficiencia cardiaca; N (%)	24 (16,6)	1 (1,5)	23 (29,9)
Otro; N (%)	9 (6,2)	9 (13,2)	0 (0)



	Durante el ingreso	Mortalidad 6 meses	Mortalidad 12 meses
Oncología Médica	20,60 %	71,20 %	95,60 %
Medicina Interna	11,70 %	57,10 %	57,10 %

Figura 1. Mortalidad de las cohortes.

El porcentaje de reingresos se ha analizado a los 6 y 12 meses, siendo los reingresos en los primeros 6 meses de uno en el 13 % de los pacientes de Oncología Médica frente al 35 % de los pacientes de Medicina Interna y más de uno en el 10 % frente al 16 %. En los 12 meses de seguimiento se mantiene la tendencia con más de un ingreso en 12 pacientes frente a 21 pacientes, encontrando diferencias estadísticamente significativas en ambos periodos.

Por último, destacan las diferencias relativas a la valoración por parte de Psicología y de Trabajo Social. Mientras un 53 % de los pacientes oncológicos recibió valoración por el equipo de Psicología, ningún paciente crónico no oncológico fue beneficiario de dicha atención ($p < 0,001$). En el caso de la valoración por Trabajo Social, también se observa más intervención a favor de los pacientes oncológicos, de los cuales un 41 % recibieron valoración frente a un 10 % en el caso de los pacientes crónicos no oncológicos ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Son diversos los estudios que señalan la importancia de la identificación precoz de las necesidades paliativas en pacientes con enfermedades avanzadas que permita su integración dentro de un enfoque multidisciplinar, mejorando así la calidad asistencial de los pacientes en la etapa final de la vida¹⁵.

En nuestro estudio identificamos que la gran mayoría de los pacientes de ambas cohortes (el 96 % de la cohorte 1 y el 85 % de la cohorte 2) tenían necesidad de cuidados paliativos según la herramienta NECPAL. En el estudio realizado por Xavier Gómez-Batiste y cols.⁴ concluyen que la pregunta sorpresa y NECPAL son valiosos instrumentos de detección para identificar a los pacientes con pronóstico de vida limitado que pueden requerir cuidados paliativos, si bien advierten de la necesidad de más investigación para aumentar su utilidad pronóstica en combinación con otros parámetros. Cada vez es más frecuente el uso de esta herramienta en la

práctica clínica internacional y se está extendiendo su uso en múltiples países, lo que facilita la toma de decisiones y el enfoque del paciente desde el punto de vista de los cuidados paliativos^{16,17}.

Empleando la herramienta IDC-Pal, el 32 % de los pacientes oncológicos reclutados son considerados muy complejos, frente al 20 % de los pacientes crónicos no oncológicos ($p = 0,048$). Este criterio, que, según la bibliografía, sería definitorio de que los pacientes fuesen atendidos por recursos específicos de cuidados paliativos, no está estudiado en publicaciones previas, y su prevalencia es desconocida fuera del ámbito de las publicaciones realizadas por equipos de cuidados paliativos.

En relación con los objetivos secundarios, nuestro estudio determina como enfermedades crónicas avanzadas más comunes en las plantas de hospitalización las enfermedades neurodegenerativas diferentes a la demencia, la insuficiencia cardíaca crónica y las enfermedades pulmonares crónicas, en el caso de Medicina Interna, mientras que entre los pacientes hospitalizados en la planta de Oncología Médica destacan los diagnósticos de tumores torácicos, seguidos primero de los digestivos y después de los de mama/ginecológicos, siendo similar a lo descrito en otros respecto al tipo de enfermedad más prevalente¹⁸. Con relación a la mortalidad del paciente identificado como NECPAL positivo no oncológico, es muy similar a lo publicado en estudios previos como el de López Caja y cols., que presenta una mortalidad a 12 meses del 58 %¹⁹. La publicación de este estudio pretende sensibilizar a los profesionales de Oncología y Medicina Interna para abordar las necesidades paliativas de los pacientes con enfermedad crónica en fase avanzada.

En nuestro estudio, el 90 % de los pacientes incluidos resultaron ser NECPAL positivo sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; sin embargo, se observa adecuación de las medidas paliativas al alta en tan solo el 18 % de los pacientes oncológicos y no oncológicos ($p = 0,607$). Además de lo llamativamente bajos que resultan estos porcentajes en relación con el total de pacientes NECPAL positivo cabe destacar que, si bien en nuestro estudio los pacientes oncológicos son con más frecuencia identificados como muy complejos por medio de la herramienta IDC-Pal y como NECPAL positivo, esto no se traduce en una mayor adecuación al alta de la atención paliativa.

Rica-Escuín y cols.¹⁴ concluyen en su estudio que la adecuación del enfoque paliativo en la atención de la cronicidad genera un impacto positivo sobre la calidad de vida del enfermo y la familia, influye positivamente sobre los sistemas sanitarios y supone un ahorro de costes; por lo que, y a juzgar por los resultados de nuestro trabajo, un esfuerzo adicional en lo relativo a la inversión y redistribución de recursos en el ámbito de los Cuidados Paliativos así como a la organización, planificación y expansión de los mismos, redundaría en beneficio de los pacientes y de la propia salud económica del sistema sanitario.

En la misma línea, llama la atención la diferencia en cuanto a la valoración de ambos grupos de pacientes por parte de los equipos de Psicología y de Trabajo Social, siendo ambas intervenciones más frecuentes de manera estadísticamente significativa en el caso de los pacientes oncológicos a pesar de no hallarse entre ambos grupos diferencias significativas en cuanto a porcentaje de pacientes en requerimiento de atención paliativa de acuerdo a la herramienta NECPAL. En

el caso de la atención psicológica, la diferencia observada se deba probablemente a la ausencia de psicólogo en el equipo de Medicina Interna a diferencia de lo que ocurre en Oncología Médica donde sí se cuenta con un equipo interconsultor de psico-oncólogos.

La *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC) en 2018 define los Cuidados Paliativos como “el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud y debido a una enfermedad grave, y especialmente de aquellos que se acercan al final de la vida. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores”²⁰, apuntando así hacia una atención integral y multidisciplinar de la que la esferapsicológica es un pilar fundamental. Asimismo, son múltiples los estudios que demuestran la aparición o aumento de síntomas psicológicos en pacientes oncológicos y crónicos al final de la vida (ansiedad, depresión, angustia...) ²⁰⁻²³. De este modo, la importancia de la Psicología como parte de la atención multidisciplinar al paciente con necesidades paliativas es avalada por numerosa investigación que destaca su impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes²⁴. Por tanto, y en base a la evidencia disponible, consideramos fundamental la integración de equipos específicos de Psicología en la atención a los pacientes crónicos con necesidades paliativas.

Los trabajadores sociales, por su parte, conforman el nexo entre el medio social y sanitario y participan en la planificación de cuidados y seguimiento del paciente atendiendo a las necesidades psicosociales que surgen en la fase final de la vida. Su actuación profesional contribuye de forma importante al bienestar de los pacientes, facilitando su adaptación y la de su entorno a una situación de gran trascendencia²⁵. Es por ello que su participación, al igual que la de los equipos de Psicología, es un pilar fundamental del manejo holístico requerido por los pacientes con necesidades paliativas por lo que el bajo número de pacientes crónicos no oncológicos receptores de dicha atención en nuestro estudio podría indicar la necesidad de elaborar programas de intervención específicos de Trabajo Social en el ámbito de los Cuidados Paliativos en los pacientes crónicos²⁶.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, encontramos que se trata de un estudio retrospectivo, con la dificultad en la recogida de datos que esto puede suponer y que aborda la atención en hospitales de tercer nivel, por lo que la disponibilidad de recursos o el manejo podrían diferir respecto a hospitales o áreas sanitarias de otras características. Tras revisión de la literatura no hemos encontrado en la bibliografía previa ningún artículo que compare las características de pacientes ingresados en las plantas de Medicina Interna y Oncología Médica, evaluando las necesidades de cuidados paliativos en ambas cohortes, por lo que consideramos la originalidad de este estudio como una fortaleza.

Por todo lo anterior, serían necesarios más estudios en esta línea que ayuden a identificar a pacientes y, secundariamente, llevar a cabo un manejo desde la óptica de los cuidados paliativos, adecuando el esfuerzo diagnóstico-terapéutico y realizando una adecuada planificación anticipada de cuidados.

CONFLICTOS DE INTERESES

No existen conflictos de intereses entre los autores.

Anexo 1. Definición de enfermedad crónica no oncológica en fase avanzada (ECNOFA).

1. Insuficiencia cardíaca crónica con clase funcional \geq III NYHA, FEVI $<$ 20 % o síntomas pese a tratamiento óptimo.
2. Insuficiencia respiratoria crónica con clase funcional \geq 3 de la mMRC, saturación de oxígeno basal $<$ 90 % o ser usuario de oxigenoterapia crónica domiciliaria.
3. Insuficiencia renal crónica estadio 5 de la NFK, filtrado glomerular $<$ 15 ml/min o creatinina basal $>$ 3 mg/dl. No candidato a trasplante renal ni tratamiento renal sustitutivo.
4. Insuficiencia hepática crónica con datos de hipertensión portal, estadio C de Child-Pugh o MELD $>$ 30 no candidato a trasplante hepático.
5. Enfermedad neurodegenerativa que condicione deterioro cognitivo severo (escala GDS-FAST $>$ 7), dependencia total (según test de Katz) o situación avanzada en enfermedad de Parkinson por estadio 5 de Hoen y Yahr.
6. Dependencia progresiva e irreversible por cualquier causa con test de Katz $>$ 6 ítems, Pfeiffer \geq de 8 errores o úlceras por presión persistentes grado III o IV.

Anexo 2. Variables recogidas.

- Demográficas: edad, sexo, raza.
- Relacionadas con su entorno: soporte social (teleasistencia [TAS], asistencia a domicilio [AAD]), tipo de cuidados principal, procedencia, ubicación del paciente al alta hospitalaria.
- Relacionadas con su patología: tipo de enfermedad crónica avanzada, motivo de ingreso, cuidador principal, procedencia, número de reingresos en el año previo, comorbilidad (índice de Charlson)¹¹, pronóstico según el índice PALIAR/NCCN¹², mortalidad durante la hospitalización, complejidad según el índice IDC-PAL¹³, herramienta NECPAL, mortalidad a los 6 y 12 meses desde el ingreso.
- Relacionadas con el equipo sanitario: si la identificación del paciente como NECPAL positivo motivó una adecuación del tratamiento y seguimiento al alta de hospitalización¹⁴, orden de no reanimación cardiopulmonar en caso de parada cardiorrespiratoria, pregunta sorpresa (¿Te sorprendería que tu paciente falleciese en los próximos 12 meses?)⁷, valoración por Psicología y Trabajo Social.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No ha habido financiación en este estudio.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida. [Consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es>
2. Coderch J, Sánchez-Pérez I, Ibern P, Carreras M, Pérez-Berrueto X, Inoriza JM. Predicción del riesgo individual de alto coste sanitario para la identificación de pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit.* 2014 [Citado 29 May 2022];28:292-300.
3. Ministerio de Sanidad y política social. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y política social. 2009 [Consultado 29 May 2022]. Disponible en: www.sanidad.gob.es
4. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO^a. *Med Clin (Barc).* 2013;140:241-5.
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO^o. Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia; 2011.
6. Orzechowski R, Galvão AL, Nunes TS, Campos LS. Palliative care need in patients with advanced heart failure hospitalized in a tertiary hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03413.
7. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO^o tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med.* 2017;31:754-63.
8. Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ramos-Cantos C, et al. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:203-12.
9. Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horiz. Med.* 2020;20: e1279.
10. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3:300-8.
11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40:373-83.
12. Bernabeu-Wittel M, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Escolano-Fernández B, Jarava-Rol G, Oliver M, et al. Development of a six-month prognostic index in patients with advanced chronic medical conditions: The PALIAR score. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47:551-65.
13. Salvador Comino MR, Garrido Torres N, Perea Cejudo I, Martín Roselló ML, Regife García V, Fernández López A. El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. *Med Pal.* 2017;24:196-203.

14. Rica-Escuín ML, García-Barrecheguren A, Monche-Palacín AM. Valoración de la necesidad de atención paliativa de pacientes crónicos avanzados en el momento del alta hospitalaria. *Enferm Clin*. 2019;29:18-26.
15. Meier DE, Brawley OW. "Cuidados paliativos y calidad de vida". *Diario de oncología clínica: diario oficial de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica* 2011;29: 2750-2.
16. Ferraz-Falcao JR, Cadaval-Rodríguez T, Rodríguez-Iglesia RM, del Campo-Pérez VM. Necesidad de cuidados paliativos en la población inmovilizada de un centro de salud de Vigo. *Medicina de Familia. Semergen*. 2015;41:305-14.
17. Gastelurrutia P, Zamora E, Domingo M, Ruiz S, González-Costello J, Gómez-Batiste X. Necesidad de cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario NECPAL. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:870-3.
18. Roca Socarrás AC, Reginald L, Henriette K, Blanco Torres K. Caracterización de pacientes en estado terminal ingresados en Hospital de Seychelles en África. *CCM*. 2016;20:4-18.
19. López Caja Á, Rodríguez González M, del Álamo Martínez de Lagos M, Sánchez Gómez L, Alemán Alemán A, Álvarez Llabrés M, et al. Mortalidad en pacientes con necesidades paliativas tras un año de seguimiento en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. *Rev Clin Esp*. 2020. 220(Espec Congr):152.
20. Pettus K. Normative elements of a right to palliative care for older persons. *International Association for Hospice & Palliative Care*. 2019. Disponible en: www.hospicecare.com
21. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011;12:160-74.
22. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33:118-29.
23. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284:2907-11.
24. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: Prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25:1209-21.
25. Barreto MP, Soler MC. Psicología y fin de vida. *Psicooncología*. 2003;0:135-46.
26. Vancini L. El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de Trabajo Social*. Nº 47. 2010:184-99.