

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**PERFIL DE PERSONAS CON NECESIDADES
PALIATIVAS Y SU DETECCIÓN MEDIANTE EL
INSTRUMENTO NECPAL EN POBLACIÓN
GERIÁTRICA**

(Trabajo de fin de grado)

Alumno/a: Miriam Mainnemare Vallejo

Tutor: Segundo Jiménez García

Alicante, 16 de mayo de 2022

“No quiero que me curen,
quiero que me entiendan.”

Ranthes, en Hombre Mirando al Sudeste.

ÍNDICE

1. - RESUMEN/ ABSTRACT.....	Pág. 4
2. - INTRODUCCIÓN.....	Pág. 5
3. - OBJETIVOS.....	Pág. 9
3.1. OBJETIVOS GENERALES	
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
4. - METODOLOGÍA.....	Pág. 10
5. - RESULTADOS.....	Pág. 12
6. - DISCUSIÓN.....	Pág. 17
7. - CONCLUSIONES.....	Pág. 23
8. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 24
9. - ANEXOS.....	Pág. 29

RESUMEN

La población geriátrica experimenta múltiples problemas y discapacidades, y sufren innecesariamente debido a una infravaloración y tratamiento inadecuado. Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad del final de la vida de las personas mayores y de sus familiares afrontando los problemas asociados con enfermedades crónicas avanzadas o condiciones adversas en salud, con medidas de tratamiento más complejas y un mayor apoyo social, pero se requiere de una pronta identificación y es lo más complicado.

Objetivo: Establecer mediante una Revisión Bibliográfica la prevalencia de necesidad de cuidados paliativos en la población geriátrica utilizando el instrumento NECPAL, y analizar los indicadores con mayor incidencia para determinar un perfil geriátrico con necesidad paliativa.

Metodología: Revisión bibliográfica, que evalúa de manera cualitativa la evidencia científica encontrada en las bases de datos Medline vía PubMed, IBSCO y Web of Science, en el intervalo de tiempo de los años 2012 al 2022. Además, se consultaron e incluyeron en la revisión otros artículos/tablas de interés consultadas en otras fuentes como el Instituto Nacional de Estadística o el Ministerio de Sanidad.

Resultados: La prevalencia de necesidad paliativa en la población geriátrica es elevada, la cual no está identificada, la herramienta NECPAL puede ser clave para poder llevar a cabo una detección rápida de estos pacientes. Se ha podido identificar indicadores prevalentes en estos pacientes, destacando la edad y los relacionados con la fragilidad: un declive nutricional, funcional y la presencia de comorbilidad. Asimismo, las enfermedades más prevalentes son la demencia, la fragilidad y la enfermedad cardíaca crónica, quedando atrás el cáncer.

Conclusiones: La integración de la población geriátrica con necesidad de Cuidados Paliativos es un gran desafío, son necesarios nuevos protocolos para una detección precoz.

Palabras clave: cuidados paliativos, prevalencia, indicadores en salud, necpal, enfermedades crónicas.

ABSTRACT

The geriatric population experiences multiple problems and disabilities, and suffers unnecessarily due to underestimation and inadequate treatment. Palliative care aims to improve the end-of-life quality of older people and their families by addressing the problems associated with advanced chronic diseases or adverse health conditions, with more complex treatment measures and increased social support, but early identification is required and is the most complicated.

Objective: To establish by a literature review the prevalence of the need for palliative care in the geriatric population and the most prevalent indicators in this population in order to determine a geriatric profile with a palliative need.

Methodology: Bibliographic review, which qualitatively evaluates the scientific evidence found in the databases Medline via PubMed, IBSCO and Web of Science, in the time interval from 2012 to 2022. In addition, other articles/tables of interest consulted in other sources such as the National Institute of Statistics or the Ministry of Health were consulted and included in the review.

Results: The prevalence of palliative care needs in the geriatric population is high and unidentified, and the NECPAL tool can be a key tool for the rapid detection of these patients. It has been possible to identify prevalent indicators in these patients, highlighting age and those related to frailty: nutritional and functional decline and the presence of comorbidity. Furthermore, the most prevalent diseases are dementia, frailty, and chronic heart disease, leaving cancer behind.

Conclusions: The integration of the geriatric population in need of palliative care is a major challenge, and new protocols for early detection are needed.

Keywords: palliative care, prevalence, health status indicators, necpal, chronic disease.

2. INTRODUCCIÓN

Conforme pasan las décadas, la esperanza de vida aumenta, actualmente España tiene una de las más altas del mundo con 80,5 años para los hombres y 85,9 años para las mujeres, según las últimas tablas de mortalidad de INE, 2018. Este crecimiento positivo se ha incrementado desde los años 70, resultando en un perfil poblacional caracterizado por el envejecimiento y una disminución de su mortalidad. No obstante, según los últimos datos aportados por “Informes Envejecimiento en red”, de marzo de 2019, en España hay 5.068.440 mujeres y 3.839.711 hombres mayores de 65 años, observándose un claro predominio de las primeras frente a los segundos a mayor edad (1).

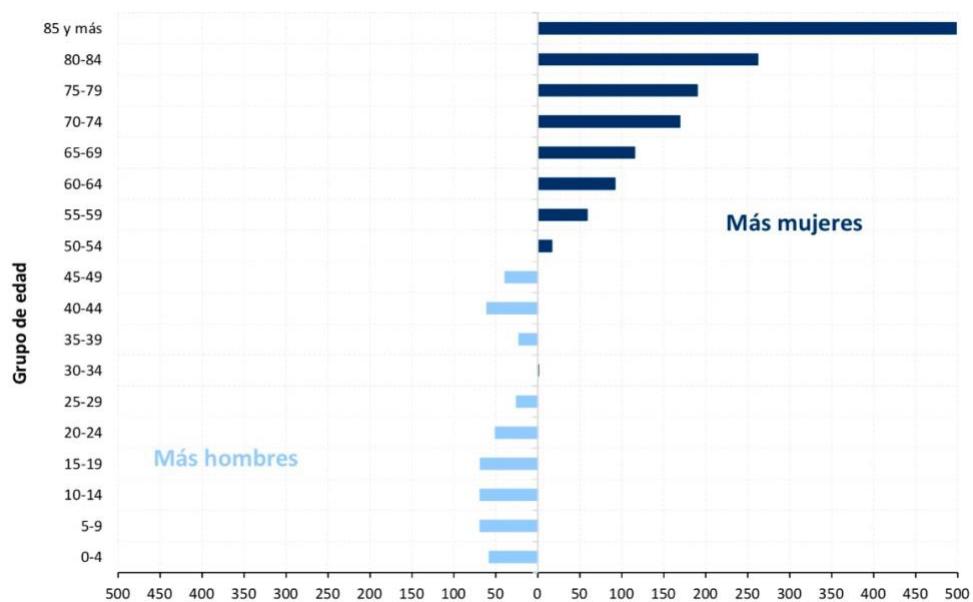


Figura 1. Un perfil de las personas mayores en España.
Diferencia entre la población de hombres y mujeres por franja de edad.
Fuente: INE: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019. (2)

2.1. Enfermedades Crónicas Avanzadas

La población mayor no es homogénea, existen grandes diferencias individuales, pero es cierto que en la vejez hay un aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas, para las que la edad avanzada es un factor de riesgo. La edad de aparición de dichas enfermedades con el aumento de la esperanza de vida no ha variado, se produce lo que se llama una extensión de la morbilidad, es decir que una esperanza de vida mayor no te asegura tener unas mejores condiciones en salud. Según los datos proporcionados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el *European Observatory on Health Systems and Policies* de 2019, aproximadamente un 60% de las personas de edad mayor a 65 años presentan una o más enfermedades crónicas (3).

Las enfermedades crónicas se definen según la OMS como enfermedades de larga duración (más de 6 meses) y de progresión generalmente lenta (4). El abordaje de estos pacientes se debe realizar mediante una valoración multidisciplinar debido a que hay un deterioro clínico que progresa a nivel funcional y cognitivo, pudiendo coexistir además con otras enfermedades (5). En Europa se estima que la mitad de las personas que fallecen tienen enfermedades crónicas avanzadas (ECA) y que han pasado por un difícil proceso de deterioro en el último año de su vida, produciéndose unas repercusiones negativas con importante impacto sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRs) (6).

Las personas mayores sufren innecesariamente debido a la infravaloración y tratamiento indebido ya que se generalizan sus problemas, es notoria la falta de acceso a los cuidados paliativos. Como colectivo tienen muchas necesidades insatisfechas, y precisan de medidas más complejas e individualizadas.

2.2. Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos, según la OMS, se refieren al cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas, su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas asociados, brindando una atención integral individualizada y continua de personas y sus familias, con una enfermedad avanzada progresiva o terminal con múltiples síntomas, con alto impacto emocional, social y espiritual. Tradicionalmente, los cuidados paliativos se han dirigido a las personas con enfermedad oncológica, de hecho, el centro de atención predominante de cuidados paliativos en la mayor parte de los países ha estado dirigido hacia el cáncer, pero es evidente, que existen otras enfermedades crónicas en las que las últimas fases generan un impacto emocional y una elevada necesidad de cuidados. La medicina paliativa actualmente está cambiando, desde una visión específica a una visión más genérica donde las enfermedades crónicas avanzadas están cogiendo su lugar en esta rama de la medicina. Sin embargo, según el estudio de Gore y col, el 30% de los pacientes con cáncer de pulmón en fase avanzada recibía cuidados paliativos mientras que ninguno de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada accedía a estos servicios (4,7,8).

La lucha por implementar un sistema sanitario nacional adaptado a los datos de hoy que aplique estrategias de mejora en la detección y en el desarrollo de los cuidados paliativos se sigue buscando. La última estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud fue la del 2010-2014, y ya se estimó que entre un 20 y un 25% de las personas que fallecen anualmente

precisarán de dichos cuidados. Se prevé que las muertes aumenten un 25,4%, y 160.000 personas más necesitarán cuidados paliativos en 2040 si se mantienen los números de personas diagnosticadas de cuidados paliativos, integrar los cuidados paliativos en los sistemas de salud es un imperativo ético y económico. La evolución de los pacientes con enfermedad crónica se caracteriza por tener episodios de descompensación aguda y mejorar volviendo al estado basal y así sucesivamente, dirigido hacia un deterioro progresivo y un incremento del coste económico en el sistema sanitario por la gran demanda de recursos (9,10).

2.3.1. Recursos para la detección de los Cuidados Paliativos: NECPAL CCOMS-ICO©

La OMS recomienda instaurar la atención paliativa precoz e integral a las personas con todo tipo de enfermedades o condiciones crónicas en todos los servicios de salud, siendo su identificación el primer paso. Para ello, se han desarrollado iniciativas y propuesto instrumentos que permiten identificar a las personas que tienen un pronóstico de vida limitado. El proyecto NECPAL CCOMS-ICO© es una iniciativa del observatorio QUALY/CCOMS-ICO en Cataluña. Este instrumento está basado en un proyecto desarrollado en Reino Unido, llamado el *Gold Standards Framework* que desarrolló un instrumento denominado “Prognostic Indicator Guidance” (PIG) para mejorar la atención paliativa en los recursos de atención primaria del país. El PIG y la *Scottish Palliative Care Indicator Tool* (SPICT) desarrollado en Escocia, se ha utilizado para la identificación de enfermos en situaciones de enfermedad avanzada terminal (SEAT). Estos instrumentos han sido adaptados a nuestro entorno sociocultural, creando el instrumento NECPAL CCOMS-ICO©, que nos permite identificar a personas con necesidades paliativas y pronóstico de vida limitado en todos los servicios de salud y sociales, está revisado y validado por el Comité de Bioética de Cataluña (España) y otros comités asistenciales (11,12).

En servicios con elevadas prevalencias de estas personas, se recomienda realizar screening para determinar su prevalencia, y adoptar medidas sistemáticas de mejora de calidad (formación, protocolización, y cambios en la organización). Además, la revisión de las dimensiones presentes en el NECPAL permite elaborar una aproximación multidimensional de la salud del paciente como “checklist”, nos permite además conocer de forma íntegra las necesidades y las condiciones del paciente.

2.3.2. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO©

El instrumento NECPAL CCOMS-ICO es un cuestionario que se compone de los siguientes 4 bloques (instrumento completo en *Anexo 1*):

- 1) La “Pregunta Sorpresa”. Consiste en una pregunta intuitiva que debe ser respondida por el profesional sanitario que realice el cuestionario. ¿Le sorprendería si este paciente falleciera en los próximos 12 meses? Se considera positivo cuando el profesional responde “No, no me sorprendería”.
- 2) Elección/Demanda o Necesidad. Explora si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa:
 - Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos con finalidad curativa? Sí / No.
 - Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas o tratamientos paliativos? Sí / No
- 3) Indicadores Clínicos Generales de Severidad/Gravedad y Progresión: explora la presencia de criterios de severidad y fragilidad extrema (marcadores nutricionales, funcionales, síndromes geriátricos, distress emocional, uso de recursos, comorbilidad)
- 4) Indicadores Clínicos Específicos de Severidad y Progresión por patologías: explora la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para patologías seleccionadas.

Se considera una identificación positiva a cualquier paciente cuya respuesta a la pregunta sorpresa (pregunta 1) sea negativa y al menos otra pregunta (2,3 o 4) con respuesta positiva, de acuerdo con los criterios establecidos.

La aplicabilidad de esta herramienta puede valorarse durante la valoración geriátrica integral del paciente. La cual es un proceso diagnóstico multidimensional destinado a la evaluación del paciente adulto mayor con el fin de identificar, en las diferentes esferas de este, todos los procesos médicos, psicosociales, cognitivos y nutricionales que puedan incidir en su proceso de enfermedad. Dicha valoración se realiza con el objetivo de elaborar una intervención apropiada según la situación individual, aplicando las técnicas diagnósticas necesarias para un tratamiento oportuno. Durante esta evaluación, los profesionales sanitarios pueden valorar si el

paciente es candidato de necesidad paliativa. Asimismo, en el instrumento NECPAL CCOMS-ICO se aplican los resultados de las diferentes escalas utilizadas por médicos y enfermeros en la valoración integral del paciente, como es la escala Barthel que mide las Actividades Básicas de la vida diaria, el Mini Nutritional Assessment que evalúa el estado nutricional, la Escala Yesavage que valora la existencia de malestar emocional y el Índice Charlson que evalúa la comorbilidad (5).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GENERALES

- ❖ Establecer mediante una revisión bibliográfica la prevalencia de personas geriátricas con necesidades de cuidados paliativos, y definir un perfil de «paciente geriátrico con necesidad paliativa».

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar la prevalencia de personas geriátricas con necesidades paliativas utilizando el instrumento NECPAL en servicios de hospitalización, de atención primaria o domiciliaria.
- ❖ Analizar los indicadores con mayor prevalencia en los pacientes con un resultado positivo en la escala NECPAL para determinar un perfil geriátrico que haga un llamamiento a la atención paliativa.

4. METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se ha fundamentado en varias bases de datos, principalmente Pubmed, así como, Cuiden, y por otra parte fuentes como la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto Nacional de Estadística y otros artículos de interés.

Se realizó la búsqueda en la base de datos de Pubmed utilizando los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) O MESH “palliative care” “prevalence” “health status indicators” “necpal” “chronic disease” combinándolos entre sí, ligándolos con los operadores booleanos [AND] y [OR]. Además, se realizó esta búsqueda añadiendo un intervalo de tiempo, entre 2012 y 2022 para que la búsqueda fuese más precisa.

La estrategia de búsqueda que se ha utilizado es la siguiente:

```
((((PALLIATIVE CARE[Title/Abstract]) AND (HEALTH STATUS INDICATORS)) AND  
(PREVALENCE) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]) AND  
(aged[Filter]))) OR ((PALLIATIVE CARE) AND (NECPAL) AND ((y_10[Filter]) AND  
(english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (aged[Filter])))) OR ((palliative  
care[Title/Abstract]) AND (chronic disease[Title/Abstract]) AND (y_10[Filter])) Filters: in  
the last 10 years, English, Spanish, Aged: 65+ years.
```

Asimismo, se ha realizado otra búsqueda en la base de datos IBECS, se utilizaron los descriptores “palliative care”, “health status indicators” y “necpal” combinándolos entre sí con los operadores booleanos AND y OR. La estrategia de búsqueda fue la siguiente:

```
Palliative care [AND] health status indicators [or] necpal.
```

Se añadió el intervalo de tiempo entre 2012 y 2022. Por último, se ha realizado una búsqueda en la base de datos de Web of Science, utilizando solo los descriptores “palliative care” y “necpal” combinándolos con el operador booleano AND, se filtró con el mismo intervalo de tiempo que en las búsquedas anteriores.

Los artículos han sido seleccionados tras realizar un cribado eliminando los duplicados y los artículos que no pertenecían al tema de interés y según los criterios de elegibilidad que se indican a continuación.

3.1. Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Ensayos clínicos publicados entre 2012 y 2022.
- Estudios en inglés o español.
- Población de estudio con una edad superior a 65 años, ingresados en servicios de hospitalización, de atención primaria o institucionalizados, y que se aplique la escala NECPAL para identificar y evaluar la necesidad de cuidados paliativos.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no cumplen con los criterios de inclusión.

- Artículos que no tuvieran relación con el tema de trabajo.
- Artículos que estudien la prevalencia de la necesidad de cuidados paliativos con otro instrumento de valoración.
- Sujetos que no se encuentren en centros sanitarios.

4.1. DIAGRAMA DE FLUJO

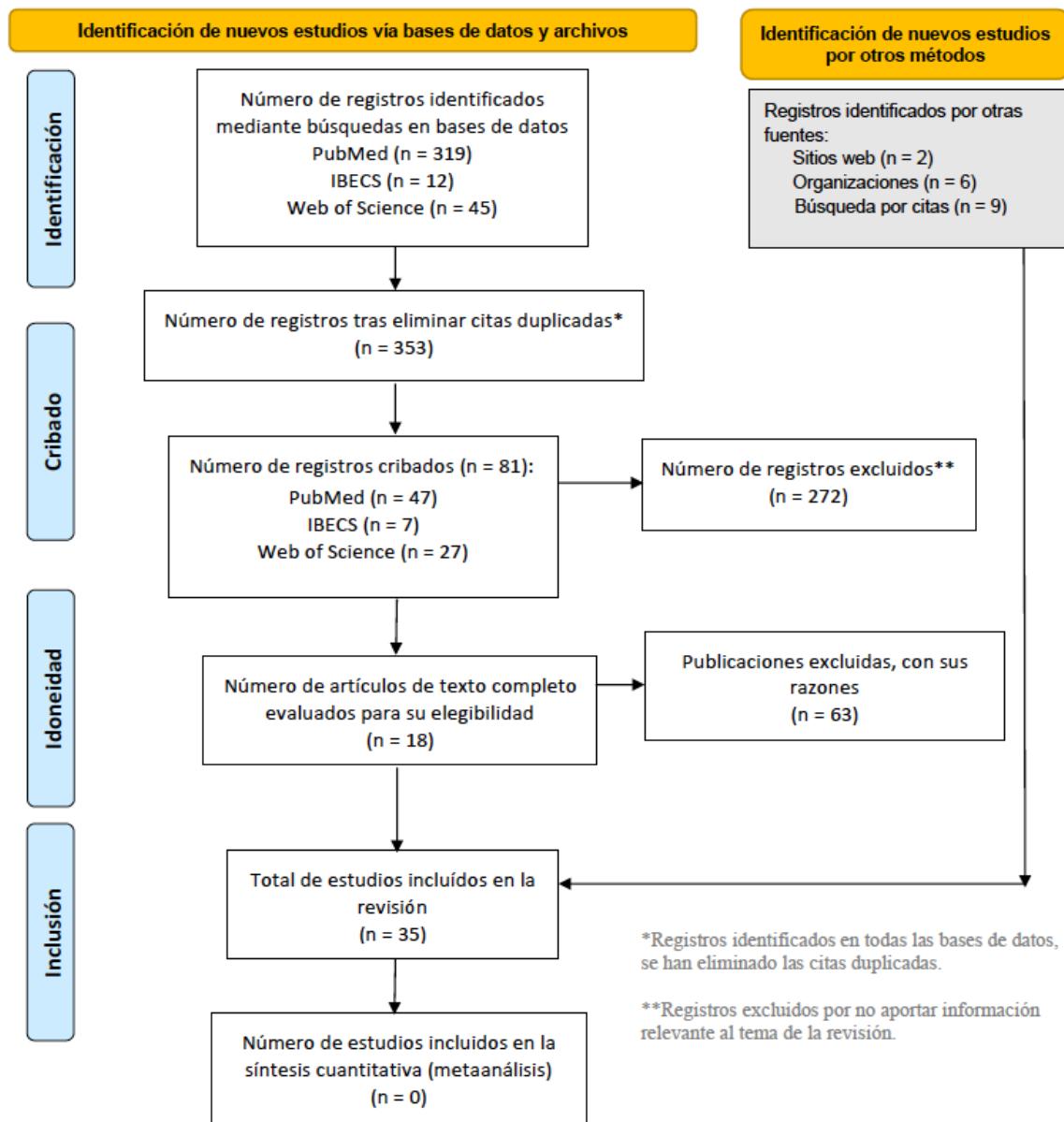


Figura 2. Diagrama de flujo.
Fuente: Elaboración propia basada en *ddiagrama de flujo PRISMA 2020*

5. RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la prevalencia de necesidad paliativa tras pasar la escala NECPAL a la población muestral de los estudios seleccionados en la revisión bibliográfica.

Tabla 1. Prevalencia de personas geriátricas con necesidades paliativas en servicios de salud

AUTORES AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Amblàs-Novellas J, Murray SA, Oller R. (2021)	Estudio prospectivo, observacional	590 personas ingresadas en la Unidad de Agudos Geriátricos del Hospital Universitario de Vic (España) durante 12 meses consecutivos (2014-2015), seguidos hasta 2 años.	Evaluar el grado de fragilidad en personas mayores con diferentes enfermedades avanzadas y su relación con la trayectoria de la enfermedad al final de la vida.	El 44,1 % fueron identificadas con necesidad paliativa (enfermedad al final de la vida).
Gastelurrutia P, Zamora E, Domingo M. (2019)	Estudio multicéntrico.	922 pacientes ambulatorios atendidos de manera consecutiva en las unidades de interconsulta de 3 hospitales durante un período de 4 meses.	Evaluar los teóricos requisitos de la Insuficiencia Cardíaca mediante la escala NECPAL.	El 32,1% de la muestra obtuvo un NECPAL +.
Blay C., Martori JC., Limón E., et al. (2021)	Estudio observacional, analítico y prospectivo.	Su muestra fue la población adulta adscrita a 3 equipos de atención primaria, en total 19.140 personas, de las cuales 356 personas fueron identificadas como candidatos al Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA).	Determinar prevalencias y perfiles de las personas con enfermedades crónicas avanzadas en atención primaria y analizar los elementos relacionados con su mortalidad para orientar estrategias de mejora.	Identificaron como enfermos avanzados a 251 personas, es decir, un 70,5% de las personas con enfermedad avanzada crónica.
da Costa E, Robles MJ. (2018)	Estudio descriptivo y transversal.	87 pacientes ingresados de forma consecutiva durante 12 meses en un centro sociosanitario.	Comparar los resultados obtenidos con los instrumentos NECPAL, CHARLSON y PROFUND.	Un 35,6% de los pacientes ingresados en el centro sociosanitario necesitan atención paliativa.
J.R. Ferraz-Falcao (2015)	Estudio observacional descriptivo, de prevalencia, y transversal.	87 pacientes que reciben atención domiciliaria del Centro de Salud de Matamá de Vigo.	Determinar CP en una población que sólo pueden recibir atención sanitaria domiciliaria.	El 38% de los pacientes obtuvo NECPAL positivo.
Arenas Ochoa (2021)	Estudio transversal.	178 personas atendidas en dos clínicas sanitarias de Colombia.	Evaluar la prevalencia de cuidados paliativos en la muestra según variables clínicas y demográficas.	78 pacientes son necpal positivo (44%), por lo que requieren cuidados paliativos.
Alonso, L. H., Martínez, I. Z., (2020)	Estudio observacional, transversal y retrospectivo.	1032 ingresos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Vega Baja Orihuela (Alicante), de los cuales 120 fallecieron durante el período de estudio.	Analizar la prevalencia de pacientes con necesidad de cuidados paliativos en pacientes fallecidos en un servicio de medicina interna.	82% de los pacientes fallecidos necesitaban cuidados paliativos, de los cuales el 50% de los casos no estaban detectados .
de la Rica Escuín, M. L. (2016)	Estudio descriptivo transversal.	Pacientes institucionalizados con diagnóstico de enfermedades crónicas evolutivas avanzadas en la residencia de mayores «Paseo de la Cuba» de Albacete.	Identificar y describir a los pacientes crónicos avanzados con necesidades paliativas institucionalizados en una residencia de mayores según el instrumento NECPAL.	El criterio de respuesta negativa a la pregunta sorpresa lo cumplió el 64,5% , y todos ellos obtuvieron una valoración NECPAL positiva.
Huguet, E. T., de Urbina Antia (2021)	Estudio trasversal y seguimiento prospectivo	363 pacientes ingresados durante más de 3 días en una planta de Neumología de un hospital terciario.	Conocer la prevalencia de pacientes con necesidades paliativas en un Servicio de Neumología mediante la herramienta NECPAL.	87 pacientes (24,3%) fueron identificados como NECPAL positivos. El 60% de los identificados como NECPAL positivos en nuestra serie fallece en los primeros 12 meses
Torrez, F. L. H. (2021)	Estudio observacional prospectivo y analítico.	369 pacientes incluidos, ingresados en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriatría del Complejo Hospitalario de Segovia.	Explorar la utilidad de la herramienta NECPAL en detectar pacientes con enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa en una unidad de geriatría de agudos.	209 paciente fueron NECPAL positivo, es decir un 56,6% necesitan atención paliativa .

Fuente: Elaboración propia basada en resultados encontrados.

Según la muestra y el servicio en el que nos encontramos, la prevalencia de necesidad de cuidados paliativos varía de forma significativa, no obstante, los resultados muestran una alta prevalencia de necesidad de cuidados paliativos, aunque existan diferencias. Estos no estaban identificados por lo que existe un gran vacío sobre la verdadera necesidad de ellos. Se encuentra una prevalencia superior al 60% de los pacientes institucionalizados en la residencia de mayores del estudio de la *Rica Escuín*. Asimismo, la prevalencia de los pacientes que son atendidos en un centro de atención primaria gira en torno al 40%. Y en cuanto, a los pacientes hospitalizados se observa variabilidad en función del servicio en el que están ingresados, pasando de un 82% de pacientes con necesidad paliativa en un servicio de Medicina Interna, un 56,6% en la Unidad de agudos del servicio de Geriatría del Hospital de Segovia, y un 24,3% en una Unidad de Neumología (*tabla 1*).

5.1. Perfil del paciente necpal positivo analizando las variables sociodemográficas y clínicas.

El análisis de las variables de sexo y edad de las muestras de pacientes necpal positivo (*estudios mencionados en la tabla 1*), permite valorar si existe correlación en el rango de edad o en el género con la necesidad de cuidados paliativos.

Tabla 2. Variables sociodemográficas del paciente necpal positivo.

Indicadores	Sexo		Edad
	Mujeres	Hombres	
Autores de los estudios			
Amblàs-Novellas J.	61,5%	38,5%	La edad media es de 80,89 años. 62% con NECPAL + es mayor a 85 años. 31% entre 71 y 84 años. 7% entre 65 y 70 años.
J.R. Ferraz-Falcao T.	40%	43,8%	La edad media es de 86,6 años . <70 años: 7% 71-84: 31% 85-89: 34% 90-95: 20% >95: 8% .
Blay C., Martori JC.	56,6%	43,4%	La edad media fue de 83,4 años . 71,7% tienen 80 años o más .
de la Rica Escuín, M. L.	49,3%	50,7%	La edad media es de 85,8 años .
Alonso, L. H., Martínez, I. Z.	53%	47%	La edad media es de 83,47 años .
Torrez, F. L. H.	51,2%	48,8%	EL 25,4% <85 años. el 74,6% >85 años .

Fuente: Elaboración propia basada en resultados encontrados.

Para disminuir el error de sesgo que pudiese existir, se han escogido los estudios de la revisión bibliográfica en los que la muestra poblacional inicial es heterogénea, en lo que respecta a este apartado los estudios presentados en la tabla 2 tienen aproximadamente el mismo número de mujeres y de hombres en la muestra. Al analizar la tabla se observa una ligera prevalencia de mujeres identificadas como necpal positivo en comparación a la cantidad de hombres, pero no son diferencias estadísticamente significativas para crear una correlación. Al contrario, si que se observan diferencias en función de la edad, encontrando más personas con necesidad paliativa alrededor de los 85 años, y una menor prevalencia entre los 65 y 80 años (*tabla 2*).

Tabla 3. Variables del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Indicadores clínicos generales de severidad y progresión.

Indicadores Autores de los estudios	Marcadores nutricionales y funcionales		Marcadores de severidad y fragilidad extrema Síndromes geriátricos	Distress emocional	Comorbilidad (Índice de Charlson)	Uso de recursos
	Declive nutricional sostenido	Declive funcional sostenido				
Ambiàs-Novellas J.	30,7	59,6	11,2% caídas y 15,7% delirio, 10,4% disfagia, 4,4% UPP, 5,3% infecciones (del total de los pacientes necpal +)	21,9	Media del índice de Charlson 3,23.	55
de la Rica Escuín, M. L.	63,4	76,1	90,8	85,9	36,9	62
Torrez, F. L. H.	50,7	59,3	68,9	51,7	61,2	53,6
Huguet, E. T.	11,49	24,39	41,37	39	86,2	68,96

Fuente: Elaboración propia basada en resultados encontrados.

Con relación a los marcadores nutricionales y funcionales, se observa una predominancia estadística del declive funcional frente al declive nutricional dentro de la población necpal positiva, el estudio de Huguet muestra una menor prevalencia de estos marcadores, pero aún así la diferencia es notoria entre ambas.

Asimismo, la *tabla 3* muestra otros marcadores de severidad y fragilidad extrema que están presentes de forma significativa: los síndromes geriátricos. El estudio de Ambiàs-Novellas, expone los porcentajes del total de los pacientes necpal positivo, pero también clasifica su prevalencia por patologías de los pacientes, y se encuentran diferencias significativas. El paciente con demencia avanzada o enfermedad neurológica crónica suele presentar disfagia o delirio, respectivamente el 20,8% y 18,7% de ellos, un porcentaje mayor a lo encontrado en la

muestra total. Con respecto, al paciente con enfermedad crónica de órgano suele presentar más probabilidad de sufrir infecciones sistémicas (11,2%) y por consecuente un uso mayor de recursos (13).

Sin embargo, el distress emocional muestra diferencias significativas de un estudio a otro, el estudio de la autora *de la Rica Escuín*, donde los pacientes se encuentran institucionalizados en una residencia, el malestar emocional se incrementa a un 85,9% de sus pacientes lo que corrompe el resto de los resultados (20). El autor *Amblás-Novellas* concluye también que este indicador varía en función del perfil del paciente, existiendo en su caso una mayor prevalencia en los pacientes con cáncer (24,7%) (13).

Por otra parte, el parámetro “uso de recursos” es llamativo en comparación, donde más de la mitad de los pacientes necpal positivo de cada uno de los estudios hacen uso de ellos.

Y en cuanto a la comorbilidad, no es tan relevante en el estudio *de la Rica Escuín*, pero si que es significativa en la población necpal positiva de los estudios de los autores *Huguet y Torrez* con un 86,2% y 61,2% respectivamente.

5.2. Perfil del paciente necpal positivo analizando las variables sociodemográficas y clínicas.

Según el Instituto Nacional de Estadística, las enfermedades isquémicas del corazón son las causas más frecuentes de muerte (datos recogidos en el año 2018), le siguen las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias respiratorias y la demencia (2).

Tabla 4. Número de defunciones según las causas de muerte más frecuentes en España. Año 2018.

	Total	Hombres	Mujeres
Total, enfermedades	427.721	216.442	211.279
Enfermedades isquémicas del corazón	31.152	18.423	12.729
Enfermedades cerebrovasculares	26.420	11.435	14.985
Cáncer de bronquios y pulmón	22.133	17.181	4.952
Demencia	21.629	7.144	14.485
Insuficiencia cardiaca	19.142	7.266	11.876
Enfermedad de Alzheimer	14.929	4.454	10.475
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	14.607	10.594	4.013
Enfermedad hipertensiva	12.496	4.108	8.388
Cáncer de colon	11.265	6.690	4.575
Neumonía	10.415	5.430	4.985
Diabetes mellitus	9.921	4.407	5.514
Cáncer de páncreas	7.132	3.299	3.833
Insuficiencia renal	7.120	3.745	3.375
Cáncer de mama	6.621	87	6.534
Cáncer de próstata	5.841	5.841	0

(1) Causas con peso relativo superior a 1,4%.

Fuente: INE. Notas de prensa, 19 de diciembre de 2019. (2).

A continuación, con los resultados de los estudios trataremos de llegar a conocer cuales son las condiciones o enfermedades crónicas con mayor prevalencia observadas en la población necpal positiva.

En el estudio de *Amblás-Novellas*, el autor concluye que en su población destacan la demencia con un 22% y la fragilidad avanzada con un 48,2% casi la mitad de la muestra, seguido de enfermedades de órgano con un 16,1% ocupando el 8,1% las enfermedades crónicas del corazón, y un 9,7% el cáncer. Asimismo, en el estudio de *de la Rica Escuín*, un 48,6% presenta fragilidad y un 46,4% demencia. Estos resultados se vuelven a encontrar en la población necpal positiva del estudio de *Blay*, tiene como indicadores de severidad más frecuentes la demencia y la fragilidad, con un 27,1% y 22,3% respectivamente, le sigue la enfermedad cardíaca crónica y la oncológica con una prevalencia de 13,5% cada una, la respiratoria 8%, neurológica 9,6% y en menor porcentaje la nefrológica 3,2% y hepatológica 1,2%.

Según el estudio de *Torrez*, la demencia también es la condición avanzada más prevalente con un 34,4%, seguido de la enfermedad cardíaca crónica con un 14,8%, la enfermedad renal crónica grave un 10,5%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica un 9,6% y la enfermedad oncológica un 5,3%.

La enfermedad crónica avanzada más prevalente en el estudio de *Santiago Trapero y Marisa de la Rica Escuín* también fue la enfermedad cardíaca crónica. Los estudios de los autores Tabernero Huguet y de Gastelurrutia, no se incluyen en este apartado porque sus muestras no son heterogéneas, los pacientes tienen como diagnósticos los propios a los servicios de Neumología y Cardiología respectivamente con los estudios por lo que no comparten datos fiables (15, 5, 22, 20, 21,14).

Para terminar, destacar un último estudio que evaluó la asociación del tipo de paciente (susceptible de cuidados paliativos e identificados de esta manera) y el tipo de patología de los pacientes fallecidos en Málaga, en el año 2015. Las patologías más frecuentes fueron cáncer, demencias, EPOC e insuficiencia cardiaca. El cáncer fue la enfermedad más prevalente pero la más identificada en Cuidados Paliativos, mientras que el 80% de los pacientes con demencia fallecieron sin ser identificados como paliativos (23).

Puede ser que exista correlación entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los resultados encontrados en la población con necesidad paliativa, dicho análisis se discutirá a continuación.

6. DISCUSIÓN

6.1. Prevalencia de personas geriátricas con necesidades paliativas en servicios de salud.

La población geriátrica tiene una serie de características y complejidad que la hacen susceptible de una atención sanitaria específica. Los Cuidados Paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad del final de la vida de las personas mayores y de sus familiares, con una mayor complejidad de los cuidados y una mejora en la atención, pero se requiere de una pronta identificación y es lo más complicado.

La herramienta NECPAL ha demostrado que hay una falta de identificación en la necesidad de Cuidados Paliativos en la población geriátrica, encontramos una prevalencia elevada en las muestras poblacionales de los estudios. Sin embargo, existen claras diferencias entre ellas y objetamos que la prevalencia es similar en los estudios de misma procedencia (unidades hospitalarias, centros de atención primaria o institucionalizados). Lo cual abre una futura investigación para averiguar si la procedencia de los pacientes necpal positivo es relevante y pueda convertirse en una señal de necesidad paliativa. Aún así, la prevalencia de necesidad de Cuidados Paliativos en estos estudios manifiesta el claro desconocimiento que hay en esta rama de la medicina y que hay mucha más necesidad de lo que se conoce hoy en día. Moorhouse y Koller realizan un análisis de los datos del registro de defunciones en Inglaterra y objetan que entre el 69 y 82% de los fallecidos necesitaban Cuidados Paliativos. Así como, Gómez-Batiste, autor del estudio que aplicó por primera vez en España la herramienta NECPAL, utilizó datos de porcentaje de muertes debidas a una enfermedad crónica, y estima que el 75% de las muertes necesitaban Cuidados Paliativos. Por tanto, los resultados encontrados en esta revisión son alarmantes y concuerdan con que muchos fallecidos no se les ha proporcionado en vida los cuidados que necesitaban (24,25).

El planteamiento de una nueva estrategia de identificación rápida y precoz se vuelve un imperativo en los sistemas sanitarios, de igual modo, es preciso hacer un cambio en su percepción, extendiéndolos no solo en la población con cáncer sino a la población geriátrica mayor que se enfrenta a condiciones de salud y a enfermedades crónicas que la incapacitan a llevar una calidad de final de vida en óptimas condiciones. Existen diferentes escalas en la valoración del paciente anciano que nos aportan información relevante en cuanto a su situación clínica. Explorar las diferentes áreas que comprenden la valoración geriátrica integral nos

ayudará a realizar una mejor aproximación diagnóstica y consecuentemente elaborar un juicio clínico que permita la toma de decisiones, para valorar la necesidad de aplicar al paciente el instrumento NECPAL. Esta herramienta, además, está diseñada con la “Pregunta Sorpresa”, por lo que el propio profesional sanitario tendrá el primer juicio clínico y si la respuesta es positiva se continuará con los siguientes bloques.

La capacidad de los sistemas de atención sanitaria para reconocer y responder a los problemas de salud de esta población se puede lograr mediante la valoración integral del paciente y la consiguiente capacidad crítica del profesional sanitario que valorará la necesidad de aplicar la herramienta NECPAL. Además, este instrumento puede ser de aplicación rápida para los profesionales sanitarios ya que incluye escalas conocidas y que suelen aplicarse en la valoración de Enfermería como son la Escala Barthel o el Mini Nutritional Assessment, asimismo, se pueden recoger muchos de los parámetros de la historia clínica como es el Índice de Charlson realizado generalmente por el equipo médico.

6.2. Perfil de un paciente con necesidades paliativas

La prevalencia de los indicadores incluídos en la herramienta NECPAL CCOMS-ICO de los pacientes necpal positivo estudiados pueden permitir conocer cuales son los indicadores que deben suscitar la atención en la valoración integral del paciente con el fin de establecer un perfil geriátrico con necesidad paliativa.

Con respecto, a las características sociodemográficas de la población necpal positiva, el sexo femenino ha salido ligeramente prevalente. No obstante, no hay una diferencia significativa entre los dos性os, por lo que la variable sexo no necesariamente predispone a una mayor necesidad de Cuidados Paliativos.

Sería recomendable para otros futuros estudios, trabajar con una muestra de población en el que el número de mujeres y hombres se asemeje más a la realidad. Según la epidemiología actual de nuestro entorno, la esperanza de vida para las mujeres es de 85,9 años y para los hombres de 80,5 años, por lo que existe una diferencia estadística relacionada con el sexo en la población adulta mayor (2). En otras palabras, el número de mujeres es mayor y este se acentúa a medida que progresá la edad.

En cambio, la edad sí que es una variable destacable, siendo más infrecuente tener un resultado positivo en el instrumento NECPAL en menores de 70-75 años, y aumentando la prevalencia

cuando el paciente está cerca de los 85 años. El envejecimiento viene acompañado de enfermedades crónicas y de discapacidades que se van incrementando en el sobrevejecimiento (igual o más de 85 años), donde se encuentra la media de edad de la población neçpal positiva de los estudios. El sobrevejecimiento por tal razón es un factor que incrementa esta prevalencia, y que hace una llamada de atención a unos cuidados más específicos (*tabla 1*). En concordancia, esto se evidencia en la última Encuesta Europea de Salud de España (EESE) realizada en el año 2020, donde el 86,6% de la población con edad entre 65 y 74 años padece por lo menos una enfermedad crónica, elevándose hasta un 92,09% en personas entre 75 a 84 años y hasta el 93,5% en mayores de 85 años. Además, hay que tener en cuenta que la esperanza de vida en España es la más elevada de la Unión Europea según los datos provenientes de la iniciativa *State of Health in the EU*, edición 2019, por lo que nuestra población mayor es muy numerosa (26, 27).

Al mismo tiempo, la valoración de los indicadores clínicos generales de severidad y progresión debe ser otro indispensable. En todos los criterios explorados se observó un claro predominio de deterioro funcional en los pacientes neçpal positivos. El proceso de envejecimiento se acompaña de cambios fisiológicos y psicológicos que alteran la actividad física y nutricional del individuo, en consecuencia, sus hábitos, su relación social y sus conductas alimentarias. Esto trae al frente otro marcador que también se ha mostrado elevado en los resultados “el declive nutricional sostenido”. La desnutrición es un problema prevalente en la población anciana y condiciona la aparición de otros procesos patológicos (28). El deterioro funcional y nutricional son factores de riesgo en el desarrollo de síndromes geriátricos, otro indicador clínico de la escala NECPAL, y su presencia evidencia una severidad y fragilidad aún más importante.

Por otro lado, la comorbilidad, que es cualquier enfermedad o condición de salud adicional que puede desarrollarse durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad guía, está presente en la mayoría de los pacientes. De tal modo, los Cuidados Paliativos deben extenderse no solo a la causa subyacente como es la enfermedad que pueda producir la muerte (enfermedad avanzada) sino también a las contribuyentes (enfermedades o condiciones que colaboran en la muerte) (25).

Paralelamente, el “malestar emocional” es otra variable evaluada en la herramienta NECPAL, los resultados objetan que hay una variabilidad en función del lugar de procedencia de los pacientes, incrementándose su porcentaje si la persona se encuentra institucionalizada, y según la autora Amblas-Novellas, también varía en función de la patología clínica del paciente

viéndose aumentado en los pacientes con cáncer. Este concepto de “malestar emocional” aparece en las guías de Cuidados Paliativos de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network), y lo define como “una experiencia emocional desagradable y multifactorial de naturaleza psicológica, social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento”. Este sufrimiento, evaluado y tenido muy en cuenta en los pacientes con cáncer puede desarrollarse en cualquier persona indistintamente de su patología, por lo que la necesidad de apoyo psicológico debe valorarse y abordarse en todos los pacientes (29).

El último indicador del bloque 3 de la herramienta NECPAL, es el “uso de los recursos”, más de la mitad de los pacientes necpal positivo de todos los estudios frecuenta los recursos sanitarios, entre ellos, un mayor número de consultas de atención primaria, un incremento en el uso de los recursos farmacológicos, un aumento en las hospitalizaciones urgentes o no programadas, teniendo esto como consecuencia directa un mayor coste sanitario pero también una saturación en los servicios de urgencias. Asimismo, en el estudio desarrollado por Vela encontraron que el gasto medio aumenta con el aumento de la edad, se observa un gasto mayor entre las edades comprendidas entre los 80-84 años, seguidos por 85-89, 70-79 y 65-69 años. Estos datos nos recuerdan a la edad más prevalente de necesidad paliativa. El control clínico de estos pacientes podría ser entonces una herramienta de gestión para la mejora del drenaje de las urgencias y disminuir así el coste sanitario (30).

No obstante, estos indicadores, siendo aún así importantes, no son los principales indicadores que deban suscitar la atención de los profesionales a la hora de la valoración ya que el malestar emocional requiere una relación de confianza previa y que se evalúe mediante la Escala Yesavage, y en cuanto al uso de recursos no se suele evaluar en la valoración integral del paciente.

Por último, los Cuidados Paliativos tradicionalmente no han sido el objetivo de las enfermedades no relacionadas con el cáncer, pero los resultados sobre la prevalencia de las enfermedades crónicas avanzadas en la población necpal positiva han mostrado lo contrario. Tras analizar los resultados expuestos anteriormente, la demencia es la condición avanzada más prevalente, seguida de la fragilidad. En cuanto a las enfermedades crónicas avanzadas, la enfermedad cardíaca crónica es la más prevalente en los pacientes con necesidades paliativas, seguida de la enfermedad respiratoria crónica y el cáncer. Estas patologías, concuerdan con las causas más frecuentes de muerte según los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2018, siendo las enfermedades isquémicas del corazón las principales

(tabla 4). Asimismo, el Global Atlas of Palliative Care del año 2020 (2^a edición) confirma los resultados encontrados.

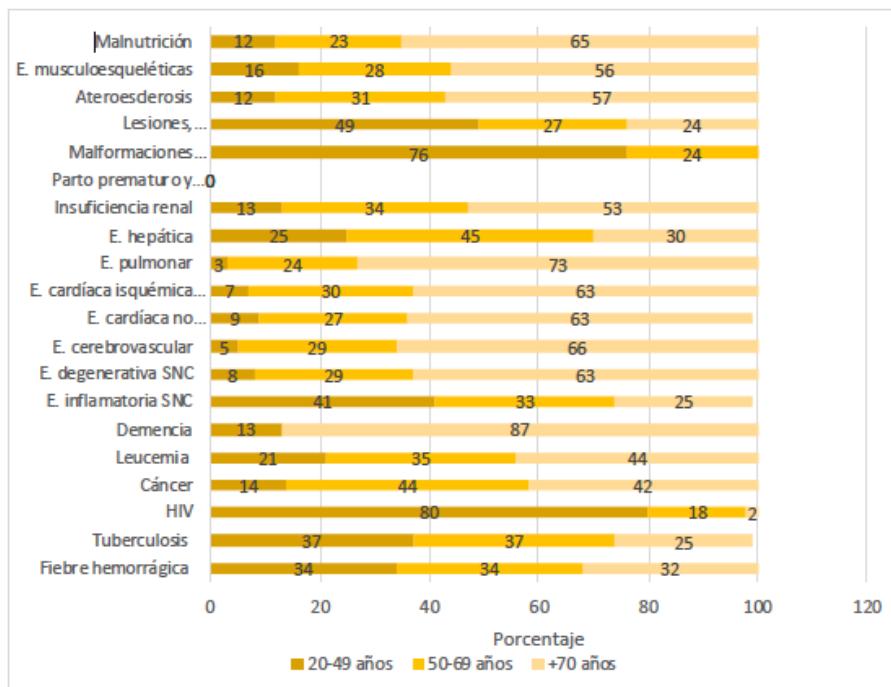


Figura 2. Necesidad mundial de cuidados paliativos por edad y grupo de enfermedades.

Fuente: *Global Atlas of Palliative Care, Second Edition, 2020* (31)

La demencia, seguida de las enfermedades pulmonares, las enfermedades cerebrovasculares, la malnutrición y las enfermedades cardíacas son el grupo de enfermedades y condiciones con más demanda de Cuidados Paliativos en la población mayor de 70 años. No obstante, el cáncer no se encuentra entre los principales grupos de enfermedades (figura 2), y no ha marcado una relevancia importante en los datos recogidos en los estudios ni en las causas más frecuentes de muerte (tabla 4). Los datos proporcionados por esta fuente se correlacionan con los resultados encontrados en esta revisión, y con los datos proporcionados por el INE. Asimismo, según el estudio de Fernando Marcucci, que evalúa los Cuidados Paliativos en otro sistema sanitario, el brasileño, encuentran que el 53% de los pacientes también tienen como afecciones principales las neurológicas no malignas como la demencia y las enfermedades cerebrovasculares (32).

La atención especializada en el final de la vida ha sido principalmente proporcionada a pacientes con cáncer en centros de servicios especializados, esta enfermedad siempre tendrá su lugar en los Cuidados Paliativos, fue la que dio la señal de alarma en la necesidad de crear unos cuidados más específicos. Sin embargo, los resultados de esta revisión exponen la magnitud del problema y el gran abanico de enfermedades al que se tienen que enfrentar los Cuidados Paliativos y que actualmente son dominantes en esta rama de la medicina. Además, no

solamente predominan las enfermedades crónicas avanzadas sino también condiciones adversas en salud como es la fragilidad. La fragilidad es un estado no específico que incrementa el riesgo, el cual refleja cambios fisiológicos y multisistémicos que se encuentran altamente asociados con la edad. Las capacidades se ven reducidas y no son compatibles con la demanda del día a día de la persona. Como hemos visto el anciano frágil es predominante en este colectivo, en la tesis desarrollada por García Nogueras se afirma que la fragilidad es un predictor independiente de gasto sanitario total y que este se ve modulado por la comorbilidad (28, 33). Por ello, la edad, los marcadores de declive nutricional y funcional, así como la presencia de comorbilidad, pueden ser la primera señal de alarma para valorar si el paciente es candidato de Cuidados Paliativos.

El perfil de un paciente con necesidad de Cuidados Paliativos por tanto no debe estar fortuitamente asociado al cáncer, ni incluso a una enfermedad crónica avanzada, si no al conjunto de problemas experimentados por las personas mayores debido a la vejez, así como a los causados por su propia enfermedad.

6.3. El reto para el sistema sanitario y un nuevo enfoque de los Cuidados Paliativos.

Para poder proporcionar unos adecuados Cuidados Paliativos se requieren de unos servicios especializados que brinden de ellos. Según el directorio de recursos de Cuidados Paliativos en España (última fecha de actualización es en 2016), España cuenta con 275 recursos asistenciales (residencias, hospitales, y hospice), pero no están distribuidos de forma equitativa en todas las comunidades autónomas. Canarias, Cataluña y Extremadura son las comunidades autónomas con más recursos de Cuidados Paliativos, quedando por debajo comunidades como Castilla la Mancha, Aragón o Madrid. La Comunidad Valenciana cuenta con 34 de ellos. Los recursos a nivel nacional son escasos, y la cobertura y accesibilidad necesariamente insuficientes (34).

Actualmente, un nuevo enfoque de los Cuidados Paliativos se convierte en un reto para el sistema sanitario nacional, necesitando una mayor inversión en todos los niveles. Es necesario mejorar la calidad y atención de los Cuidados Paliativos concentrándose en la implementación de medidas efectivas basadas en la complejidad y la gravedad de las enfermedades, así como, modificar las políticas de sanidad actuales haciendo que las personas mayores tengan un lugar más reconocido en la sanidad pública y que las personas con necesidades paliativas estén

consideradas y rápidamente identificadas para poder proporcionarles los cuidados que se merecen. De igual importancia, se deben desarrollar más establecimientos especializados “Hospice”, los cuales desarrollan un programa que proporciona Cuidados Paliativos y que presta apoyo emocional y espiritual a pacientes con enfermedades terminales, bien por un servicio de hospitalización en centros especializados o bien por un servicio de atención domiciliaria y atendidos por un equipo sanitario especializado. Por último, se necesita garantizar una formación a los profesionales sanitarios y hacer visible la carencia de cuidados que hay en este grupo de población (35).

7. CONCLUSIONES

En un primer lugar, la revisión bibliográfica realizada nos permite concluir que la prevalencia de necesidad de Cuidados Paliativos es elevada en la población geriátrica. La utilización de la herramienta NECPAL CCOMS-ICO nos ha permitido manifestar que numerosas personas que requieren de estos cuidados no están detectadas en los servicios de hospitalización, de atención primaria o instituciones sanitarias.

En un segundo lugar, se ha podido determinar el tipo de perfil que tiene un paciente con necesidad de Cuidados Paliativos. El perfil del paciente es un paciente de mayor edad, situándose alrededor de los 85 años, con declive funcional y nutricional, y una mayor comorbilidad, dichas causas generan un uso mayor de los recursos sanitarios. Referente a la presencia de malestar emocional es descrita de forma individual a cada caso. Las enfermedades crónicas o condiciones adversas en salud más frecuentes detectadas por el instrumento NECPAL CCOMS-ICO fueron la demencia, la fragilidad y la enfermedad cardíaca crónica.

Por último, esta revisión destaca la importancia de que el paciente geriátrico debe ser valorado de manera integral, observando paulatinamente los marcadores de severidad y fragilidad que se asocian con la comorbilidad y la discapacidad. La necesidad paliativa no debe ser apelativa exclusivamente en pacientes con una enfermedad crónica en sí, si no debe valorarse el cuadro clínico general que se haya podido desarrollar por el envejecimiento y/o la patología de base.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red. ISSN: 2340-566X. Indicadores estadísticos básicos.
- (2) INE. 2022. *INE. Instituto Nacional de Estadística*. [online] Available at: <<https://www.ine.es>> [Accessed 14 May 2022].
- (3) OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), España: Perfil sanitario nacional 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [Internet]. Consultado 22 Ene 2020. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Consulta de la World Wide Web: <http://www.who.int/en/>
- (5) Hünicken Torrez, F. L. (2021). NECPAL CCOMS-ICO como herramienta pronóstica de mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Universidad de Salamanca, 2021.
- (6) LA ESPERANZA, D. V. Y. E., & ENFERMEDADES, I. La esperanza de vida libre de enfermedad no aumenta en España. (2021). *Institute for Social and Economic Research, University of Essex, y Centre d'Estudis Demogràfics*.
- (7) Davies, E., & Higginson, I. J. (2004). Mejores cuidados paliativos para personas mayores. *Dinamarca: World Health Organization*.
- (8) González García, M. T. (2017). Beneficios de los cuidados paliativos. (2017). Universidad de la Laguna.
- (9) Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, editores. Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos. Actualización 2010-2014. Madrid: 2011.
- (10) Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, Murtagh FEM. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med*. 2017 May 18;15(1):102. doi: 10.1186/s12916-017-0860-2. PMID: 28514961; PMCID: PMC5436458
- (11) Gómez Batiste X. et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y

necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d’Oncologia. © 2011 Observatorio “QUALY” / Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Programas Públicos de Cuidados Paliativos Institut Català d’Oncologia.
En:http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_ne_cpal_ccoms-ico_instrumento_doc_generalv1_esp_vf_201203.pdf; consultado el 08/12/2015.

- (12) Cruz-Jentoft, A. J. (2012). Prognosis of death in end of life care: an elusive fact or a flawed paradigm?. *Medicina clinica*, 140(6), 260-262
- (13) Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espaulella J, Martori JC, Oller R, Martinez-Muñoz M, Molist N, Blay C, Gómez-Batiste X. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open*. 2016 Sep 19;6(9):e012340. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012340. PMID: 27645556; PMCID: PMC5030552.
- (14) Gastelurrutia P, Zamora E, Domingo M, Ruiz S, González-Costello J, Gomez-Batiste X. Palliative Care Needs in Heart Failure. A Multicenter Study Using the NECPAL Questionnaire. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2019 Oct;72(10): 870-872. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2019.01.009. Epub 2019 Mar 6. PMID: 30850349.
- (15) Blay C, Martori JC, Limón E, Oller R, Vila L, Gómez-Batiste X. Busca tu 1%: prevalencia y mortalidad de una cohorte comunitaria de personas con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas [Find your 1%: prevalence and mortality of a community cohort of people with advanced chronic disease and palliative needs]. *Aten Primaria*. 2019 Feb;51(2):71-79. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2017.07.004. Epub 2017 Nov 20. PMID: 29157932; PMCID: PMC6837012.
- (16) da Costa E, Robles MJ, Sánchez-Rodríguez MD, Vázquez-Ibar O, Miralles R. Valor pronóstico de los instrumentos de evaluación de enfermedad avanzada y de final de vida en ancianos ingresados en un centro sociosanitario [Prognostic value of assessment tools on elderly patients with chronic advanced disease and end of life, admitted to an intermediate care centre]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018 Mar-

Apr;53(2):77-80. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2017.06.011. Epub 2017 Aug 7. PMID: 28781008.

- (17) 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 [Palliative care needs in the immobilized population of a Primary Care area in Vigo Spain]. *Semergen*. 2015 Sep;41(6):305-14. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2014.06.017. Epub 2014 Oct 18. PMID: 25442465.
- (18) Arenas Ochoa, L. F., González-Jaramillo, V., Saldarriaga, C., Lemos, M., Krikorian, A., Vargas, J. J., ... & Eychmüller, S. (2021). Prevalence and characteristics of patients with heart failure needing palliative care. *BMC palliative care*, 20(1), 1-10.
- (19) Alonso, L. H., Martínez, I. Z., Rodríguez, M. G., Romero, L. G., Zeron, E. M., & Zaragoza, J. M. M. (2020). Análisis de las características de los pacientes con necesidades paliativas en un servicio de medicina interna. *Medicina paliativa*, 27(4), 319-324.
- (20) de-la-Rica-Escuín M, García-Barrecheguren A, Monche-Palacín AM. Assessment of the needs for palliative care in advanced chronic patients on discharge. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019 Jan-Feb;29(1):18-26. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.07.004. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30120007.
- (21) Huguet, E. T., de Urbina Antia, B. O., Quero, B. G., Llorente, E. G., Iturrate, J. A., Fernández, S. P., ... & Pascual, M. I. (2021). Prevalence and mortality of patients with palliative needs in an acute respiratory setting. *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*, 57(5), 345-350.
- (22) Trapero, C. S., Antón, E. A., & Gómez, L. M. (2019). Formación y aplicación del instrumento NECPAL en el ámbito de la Atención Primaria. *Medicina paliativa*, 26(4), 300-308.
- (23) Martínez Ríos I., López Alonso SR., Martín Caravante S., et al. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2018. [Consultado el 27-11-2021]; 41 (3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000300321&lng=es&nrm=iso&tlang=es

- (24) Moorhouse P, Koller K, Mallery L. End of Life Care in Frailty. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr.* 2015;41:151-60. doi: 10.1159/000381232. Epub 2015 Jul 17. PMID: 26301987.
- (25) 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 Jan;28(1):49-58.doi: 10.1177/0269216313489367. Epub 2013 May 21. PMID: 23695827.
- (26) Encuesta Europea de Salud en España (2020). Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf.
- (27) Perfil sanitario nacional 2019. State of Health in the EU. España. Disponible en: <https://www.oecd.org/spain/Espa%C3%ADa-Perfil-sanitario-nacional-2019-Launch-presentation.pdf>
- (28) Montaña-Álvarez, M. (2010). Fragilidad y otros síndromes geriátricos. *El residente*, 5(2), 66-78.
- (29) Bernales, M., Chandía, A., & San Martín, M. J. (2019). Malestar emocional en pacientes de cuidados paliativos: desafíos y oportunidades Emotional malaise in palliative care patients: challenges and opportunities. *Rev Med Chile*, 147, 813-814.
- (30) Feyi K, Klinger S, Pharro G, McNally L, James A, Gretton K, Almond MK. Predicting palliative care needs and mortality in end stage renal disease: use of an at-risk register. *BMJ Support Palliat Care.* 2015 Mar;5(1):19-25. doi: 10.1136/bmjspcare-2011-000165. Epub 2013 Mar 12. Erratum in: *BMJ Support Palliat Care.* 2015 Jun;5(2):206. PMID: 24644161.
- (31) World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2020.
- (32) Marcucci FC, Cabrera MA, Perilla AB, Brun MM, de Barros EM, Martins VM, Rosenberg JP, Yates P. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. *BMC Palliat Care.* 2016 Jun 1;15:51. doi: 10.1186/s12904-016-0125 4. PMID: 27251335; PMCID: PMC4888621.
- (33) García Nogueras, I. C. (2016). Fragilidad y uso de recursos hospitalarios. Facultad de Medicina, Universidad de Castilla La Mancha.

- (34) Directorio de recursos de Cuidados Paliativos en España. Directorio SECPAL 2015. *Sociedad española de Cuidados paliativos.* Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/monografia8_directorio.pdf
- (35) Del Río, M. I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín escuela de medicina uc, Pontificia universidad católica de Chile*, 32(1), 16-22.

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO[©]

(Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

¿Para qué sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO[©]?

- Se trata de una estrategia de identificación de enfermos que requieren medidas paliativas, especialmente en servicios generales (Atención Primaria, servicios hospitalarios convencionales, etc.)
- La intención del instrumento NECPAL CCOMS-ICO[©] es identificar enfermos que requieren medidas paliativas de cualquier tipo
- Una vez identificado el paciente, hay que iniciar un enfoque paliativo consistente en la aplicación de las recomendaciones que se explicitan en los 6 Pasos para una Atención Paliativa (ver más adelante)
- La identificación de esta situación **no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad** si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos
- Las medidas paliativas pueden ser implementadas por cualquier equipo en cualquier servicio de salud

¿Para qué NO sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO[©]?

- Para determinar el pronóstico ni la supervivencia
- Para contraindicar, necesariamente, la adopción de medidas de control de la enfermedad ni el tratamiento de procesos intercurrentes
- Para definir el criterio de intervención de equipos específicos de cuidados paliativos, intervención que, en todo caso, vendrá determinada por la complejidad del caso y de la intervención propuesta
- Para rechazar medidas terapéuticas curativas proporcionadas que puedan mejorar la calidad de vida

¿A quién hay que administrar el instrumento NECPAL CCOMS-ICO[©]?

A personas con **enfermedades crónicas evolutivas avanzadas**, con los diagnósticos y situaciones que a continuación se relacionan:

- Paciente **oncológico** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad pulmonar crónica** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad cardíaca crónica** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad neurológica crónica** (incluyendo AVC, ELA, EM, Parkinson, enfermedad de motoneurona) especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad hepática crónica grave** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad renal crónica grave** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **demencia** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente **geriátrico** que, a pesar de no padecer ninguna de las enfermedades antes citadas, está en situación de **fragilidad particularmente avanzada**
- Paciente que, a pesar de no ser geriátrico ni sufrir ninguna de las enfermedades antes citadas, padece **alguna otra enfermedad crónica, particularmente grave y avanzada**
- Paciente, que sin estar incluido en los grupos anteriores, últimamente ha precisado ser **ingresado o atendido domiciliariamente con más intensidad de la esperable**

¿Qué se considera una identificación positiva?

Cualquier paciente con :

- **Pregunta Sorpresa** (pregunta 1) con respuesta **NEGATIVA**, y
- Al menos **otra pregunta** (2, 3 ó 4) con respuesta **POSITIVA**, de acuerdo con los criterios establecidos

¿Qué son los *6 Pasos para una Atención Paliativa*?

Son las recomendaciones básicas para la atención paliativa de los enfermos identificados, que se resumen en:

1. Identificar Necesidades Multidimensionales
2. Practicar un Modelo de Atención impecable
3. Elaborar un Plan Terapéutico Multidimensional y Sistemático (Cuadro de Cuidados)
4. Identificar valores y preferencias del enfermo: Ética Clínica y Planificación de Decisiones Anticipadas (Advance Care Planning)
5. Involucrar a la familia y al cuidador principal
6. Realizar gestión de caso, seguimiento, atenciones continuada y urgente, coordinación y acciones integradas de servicios

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO[©]

(Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores

¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
--	------------------------------------	------------------------------------

2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa

Eleción / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema

Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comorbilidad : ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¹ En el contexto mediterráneo/latino, donde la autonomía del propio enfermo es menos manifiesta que en el anglosajón/norte-europeo, es frecuente que sea la familia o miembros del equipo los que pueden solicitar limitación del esfuerzo terapéutico o mediadas paliativas, o ambas

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u>)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico		
ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)		
ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyeción severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)		
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u>)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC		
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,		
ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria		
ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u>)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante <input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)		
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u>)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante		
DEMENCIA (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7) <input type="checkbox"/> Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral <input type="checkbox"/> Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)		