

**IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON
NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN
LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN
DOMICILIARIA (UHD) DEL HOSPITAL
GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN
MEDIANTE LA HERRAMIENTA NECPAL
CCOMS-ICO © (3.0)**



**TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN MEDICINA
CURSO 2016 – 2017**

Autor/a: Olga Freixes Sancho

Tutor/a: Mónica Albert Coll

Centro: Hospital General Universitario de Castellón – Unidad de
Hospitalización a Domicilio (UHD)

RESUMEN

Introducción: Hoy en día, dadas las características de la población mundial, hay un gran porcentaje de personas que necesita cuidados paliativos. El gran reto respecto a estos pacientes es identificarlos de manera precoz y de esta forma lograr una mejor calidad de vida. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de pacientes paliativos dentro de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) del Hospital General Universitario de Castellón.

Métodos y resultados: Este estudio cuenta con 130 pacientes que han ingresado en la UHD durante 2 meses, a cuyos médicos se les ha realizado el cuestionario NECPAL CCOMS-ICO© (3.0) para determinar si los pacientes a su cargo son candidatos a recibir atención paliativa. Los resultados muestran un 76,15% de pacientes paliativos con una media de edad de 79,48 años. El 50,51% son mujeres y el 49,49% varones. Aunque la patología crónica avanzada más prevalente ha sido el cáncer (30,3%), la mayoría de pacientes paliativos son no oncológicos.

Conclusiones: La UHD atiende a un gran número de pacientes paliativos y la herramienta NECPAL permite una mejor identificación de ellos. En este caso ha sido especialmente útil para identificar a los pacientes paliativos no oncológicos.

Palabras clave: Cuidados Paliativos (CP), Atención Paliativa (AP), Patología crónica, Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD), Prevalencia

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, according to the characteristics of the world population, there is a large percentage of people in need of palliative care. The great challenge with these patients is their early identification and thus, the achievement of a better quality of life. The aim of this study is to know the prevalence of palliative patients within the Home Hospitalization Unit (HHU) of the *Hospital General Universitario de Castellón*.

Methods and results: This study has 130 patients who have been admitted to the HHU for 2 months, whose doctors have been given the NECPAL CCOMS-ICO © (3.0) questionnaire to determine if patients in their care are candidates for palliative care. The results show 76,15% of palliative patients with a mean age of 79,48 years old. 50,51%

are women and 49,49% are men. Although the most prevalent advanced chronic disease has been cancer (30.3%), the majority of palliative patients are non-cancer patients.

Conclusions: The HHU attends a large number of palliative patients and the NECPAL tool allows a better identification of them. In this case it has been especially useful for identifying non-cancerous palliative patients.

Keywords: Palliative Care (PC), Palliative Attention (PA), Chronic disease, Home Hospitalization Unit (HHU), Prevalence

EXTENDED SUMMARY

OBJECTIVES:

The aim of this study is to determine the prevalence of palliative patients entering the Home Hospitalization Unit (HHU) of the *Hospital General Universitario de Castellón*. As to find out this, we have collected various data from the patients, we have also used them to describe the characteristics of the palliative population in this unit.

Main objective:

To determine the prevalence of patients in need of palliative care (PC) among all admissions in the Home Hospitalization Unit (HHU) of the *Hospital General Universitario de Castellón* for two months.

Secondary objectives:

To describe gender, age, NECPAL score and main diseases of patients in need of palliative care entering the HHU of the *Hospital General Universitario de Castellón*.

METHODS:

This is an observational, descriptive and cross-sectional study in which all the patients who have entered the HHU of the *Hospital General Universitario de Castellón* from December 1, 2016 to January 31, 2017 have been included.

The main variable of our study was the need of palliative care measured by the NECPAL CCOMS-ICO© (3.0) tool (see *Anexo 1* and *2*). As secondary variables, the following data were collected from each patient: gender, age, NECPAL score and main chronic disease that suffers.

For the collection of data, first, the patients were asked if they wanted to participate in the project (this has been done by the collaborating physicians of the HHU). If so, once the informed consent was signed, they were included in the study.

Once a week during the two months of data collection I have reviewed the admissions of the unit and I have spoken with the responsible doctor of each patient to, through the NECPAL tool, find out which patients were candidates for palliative care.

The results have been collected in the sheet of the NECPAL questionnaire, which is anonymous, codifying each patient so that it is not possible to recognize it.

The analysis was performed using the program Microsoft Office Excel 2013. For the collected variables' description we have used measures of central tendency and dispersion measures for the quantitative variables (mean and standard deviation) and frequencies and percentages for the qualitative variables.

RESULTS:

The sample consists of 130 patients, including 66 females and 64 males. We have noticed that of the total number of patients, 99 (76,15%) obtained a positive NECPAL and therefore, are candidates for PC.

Within the group of palliative patients, 50 (50,51%) are female and 49 (49,49%) are male. The mean age of palliative patients is 79,48 (SD 14,73) with the following distribution: 2 (2,02%) are younger than 40 years old; 8 (8,08%) are between 40 and 59 years old; 29 (29,29%) are between 60 and 80 years old; and 60 (60,61%) are over 80 years old.

Patients were also distributed according to their NECPAL score (the higher the score, the greater the complexity of the patient). This score ranges from 1 to 13 and our patients are distributed as follows: 1 (1,01%) patient with 1 point; 4 (4,04%) with 2 points; 5 (5,05%) with 3 points; 7 (7,07%) with 4 points; 7 (7,07%) with 5 points; 13 (13,13%) with 6 points; 20 (20,20%) with 7 points; 9 (9,09%) with 8 points; 9 (9,09%) with 9 points; 12 (12,12%) with 10 points; 8 (8,08%) with 11 points; 4 (4,04%) with 12 points; and there is no one with 13 points.

It has also been determined which are the diseases that affect this group of patients. Palliative patients may have several pathologies, but for the study we have only considered the most symptomatic one in each case, that is, the one that becomes the main cause of their consideration as palliative patients. Results show that 3 (3,03%) patients had a stroke; 30 (30,30%) have cancer; 17 (17,17%) suffer from dementia; 11 (11,11%) have COPD; 4 (4,04%) frailty; 17 (17,17%) have heart failure; 4 (4,04%) renal failure; 4 (4,04%) hepatic insufficiency; 8 (8,08%) have a neurodegenerative disease; and 1 (1,01%) has a psychiatric disorder.

DISCUSSION:

Analyzing the results obtained, we can realize that the candidate population for PC is a population mostly aged since it has a mean age of 79,48 years, highlighting that 60,61% are over 80 years old and 29,29% are between 60 and 80 years old. In addition, these patients have elevated NECPAL scores (75,75% have 6 or more points) reflecting that

they are delicate and highly complex patients. We may wonder if we are identifying palliative patients late, since most of them are elderly and highly complex. And also if we should open the range of detection of palliative patients to a more general population to be able to identify them earlier.

Regarding gender, there are more or less the same men as women in the analyzed population (49,49% men and 50,51% women), similar data to those of the World Health Organization (WHO) - 52% men and 48% women - ^[4]. Finally, when assessing the main disease that justifies the need of palliative care, we have verified that in only 30% of cases the cause is cancer, similar data to that published by the WHO (34,01%) ^[4]. What means that the majority of patients who are candidates for PC suffer from non-cancerous diseases.

Regarding the limitations of this study, it should be said that in choosing the main pathology that each patient suffers, frailty indicators have not been taken into account as the main cause. For this reason, when comparing our results on the pathologies that most affect palliative patients with those of other studies, we observe that frailty is not among our options and, however, it covers a high percentage in other studies^[8].

In the HHU of the *Hospital General Universitario de Castellón*, approximately 50% of palliative patients are identified each year among all the admissions. In my study there is a 25% more. It would be interesting to conduct future studies in order to find out, actually, where the problem is in the identification of patients and the reason for the difference in prevalence.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Los Cuidados Paliativos (CP de ahora en adelante) surgieron en la década de los sesenta del pasado siglo en el Reino Unido como respuesta a las necesidades de pacientes al final de la vida y de sus familiares, que entendían que dichas necesidades no eran cubiertas por la asistencia sanitaria convencional de manera integral. Así surgió el movimiento *Hospice*, liderado por Cecily Saunders, quien estableció el *St. Christopher's Hospice* de Londres en 1967^[1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los CP en el año 2002 como “*el enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la pronta identificación y correcta valoración, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales*”^[1,2]. En definitiva, los CP se consideran cuidados integrales, activos y continuados a los pacientes y sus familias, proporcionados por un equipo multidisciplinar cuando la expectativa médica no es la curación. El objetivo del tratamiento no es prolongar la vida, sino mejorar en lo posible las condiciones presentes del paciente y la familia, cubriendo sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, y si es necesario el apoyo se extiende al período del duelo^[1,3].

En Europa y América la prevalencia de pacientes con necesidad de atención paliativa (AP de ahora en adelante) se calcula en 500/100.000 habitantes^[4]. Se trata de una población envejecida con alta prevalencia de enfermedades crónicas avanzadas, lo que propicia que la demanda de CP haya aumentado y no deje de hacerlo. Se calcula que las enfermedades crónicas evolutivas que son responsables del 70-75% de la mortalidad en nuestro país podrían requerir intervenciones paliativas^[5]. Porque hay que tener en cuenta que no solo los pacientes oncológicos son candidatos a CP^[4,6,7]. De hecho, en nuestro medio más cercano, se ha observado que la fragilidad avanzada y la demencia son las principales causas por las que los pacientes requieren atención paliativa, por delante del cáncer y del fallo de órgano^[8].

Un punto fundamental en cuanto a estos pacientes es su detección lo antes posible^[5,9]. Los CP precoces repercuten de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes, disminuyen el número de visitas a urgencias e ingresos y ofrecen un cuidado integral y continuado^[4,10,11]. Por todo esto los pacientes que acceden cuanto antes a los servicios

que ofrecen la atención paliativa obtienen mejores resultados clínicos con unos gastos sanitarios potencialmente menores^[11].

Identificar a los pacientes que precisan CP no siempre es tarea fácil. Por este motivo se han creado instrumentos como el NECPAL CCOMS-ICO© (3.0), herramienta desarrollada en nuestro país que nos ayuda a detectar precozmente este grupo de población. La herramienta NECPAL CCOMS-ICO© (3.0) nos permite, mediante un sencillo cuestionario a médicos y otros profesionales sanitarios, discriminar qué pacientes son candidatos a recibir atención paliativa^[5,9,10]. Este cuestionario ha sido ya utilizado en diferentes poblaciones^[5,7,12,13] para medir la prevalencia de personas con necesidad de CP y permite que, una vez detectados estos pacientes, puedan codificarse (código relacionado con los CP: V66.7 en la CIE9MC) para que todos los profesionales implicados en su atención apliquen un enfoque paliativo^[1].

Objetivos

- Objetivo principal: Determinar la prevalencia de pacientes con necesidad de atención paliativa de entre todos los ingresos en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) del Hospital General Universitario de Castellón durante dos meses.
- Objetivo secundario: Describir sexo, edad, puntuación NECPAL y enfermedades principales de los pacientes con necesidades de atención paliativa que ingresan en la UHD del Hospital General Universitario de Castellón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo y transversal en el que se han incluido todos los pacientes que han ingresado en la UHD del Hospital General Universitario de Castellón en el periodo comprendido desde el día 1 de diciembre del 2016 hasta el 31 de enero del 2017.

Respecto a los criterios de selección, se han incluido los pacientes que cumplían lo siguiente:

- 1- Ingresar en la UHD del Hospital General Universitario de Castellón durante los dos meses previstos para la recogida de datos.
- 2- La aceptación por parte del paciente a participar con la firma del consentimiento informado.

El criterio de exclusión ha sido negarse a firmar el consentimiento informado.

La variable principal de nuestro estudio ha sido la necesidad de AP medida por el instrumento NECPAL CCOMS-ICO© (3.0) (ver Anexos 1 y 2). Este instrumento propone una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial y no dicotómica de los pacientes a analizar. Consta de un cuestionario en el que se distinguen las siguientes partes:

- Evaluaciones de percepción subjetiva: la pregunta sorpresa (“¿Le sorprendería que este paciente falleciera en los próximos 12 meses?”).
- Demanda y necesidades percibidas.
- Parámetros de severidad, aspectos evolutivos de progresión, dependencia, síndromes geriátricos, síntomas persistentes, aspectos psicosociales, comorbilidad y uso de recursos.
- Indicadores específicos para enfermedades seleccionadas.

Si la pregunta sorpresa es afirmativa (respuesta “sí”), es decir, al profesional sanitario le sorprendería que el paciente falleciera en los próximos 12 meses, la valoración NECPAL se consideraría negativa. En cambio, cualquier persona con pregunta sorpresa negativa (respuesta “no”) y, al menos, otro bloque positivo, de acuerdo con los criterios establecidos, se consideraría una valoración NECPAL positiva y por tanto, candidata a recibir atención paliativa^[5,12].

Como variables secundarias se han recogido los siguientes datos de los pacientes: sexo, edad, puntuación NECPAL y patología crónica principal que padece.

Para la recogida de datos en primer lugar, se ha preguntado a los pacientes que han ingresado durante el periodo de recogida de datos en la UHD del Hospital General Universitario de Castellón si quieren participar en el proyecto (esto lo han llevado a cabo los médicos colaboradores de la UHD). De ser así, una vez firmado el consentimiento informado, han sido incluidos en el estudio.

Una vez a la semana durante los dos meses de recogida de datos he revisado los ingresos de la unidad y he hablado con el médico responsable de cada paciente para, mediante la herramienta NECPAL, averiguar qué pacientes eran candidatos a atención paliativa. Primero de todo, he realizado la pregunta sorpresa (PS) a los profesionales. En caso de respuesta positiva, la valoración NECPAL se ha considerado negativa (el paciente no es candidato a recibir atención paliativa). Y en caso de respuesta negativa, se ha completado el cuestionario NECPAL.

Aparte del cuestionario, si ha sido necesario para obtener algunos datos de cualquier paciente se ha revisado la historia clínica.

Los resultados han sido recogidos en la hoja del cuestionario NECPAL, que es anónima, codificando a cada paciente para que no sea posible reconocerlo. Se ha codificado a cada paciente con un número de 6 cifras, las dos primeras con el día de ingreso, las dos segundas con el mes de ingreso y las dos últimas cifras con un número dependiendo de la hora de ingreso ese día (empezando por el 01 el primer ingreso del día hasta tantos números como ingresos haya habido).

Los datos obtenidos han sido tratados con el programa Microsoft Office Excel 2013. Para la descripción de las variables recogidas se han empleado medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas (media y desviación estándar) y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Este estudio ha contado con la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Castellón que sigue las guías éticas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1975.

RESULTADOS

Todos los pacientes ingresados durante el periodo de estudio cumplieron los criterios de inclusión. La muestra consta de 130 pacientes, entre ellos 66 de sexo femenino y 64 de sexo masculino. Se ha visto que del total de pacientes, 99 (76,15%) obtienen un NECPAL positivo y por tanto, son candidatos a CP.

Dentro del grupo de pacientes paliativos, 50 (50,51%) son de sexo femenino y 49 (49,49%) de sexo masculino. La edad media de los pacientes paliativos es de 79,48 (DE 14,73) con la siguiente distribución: 2 (2,02%) son menores de 40 años; 8 (8,08%) tienen entre 40 y 59 años; 29 (29,29%) tienen entre 60 y 80 años; y 60 (60,61%) tienen más de 80 años.

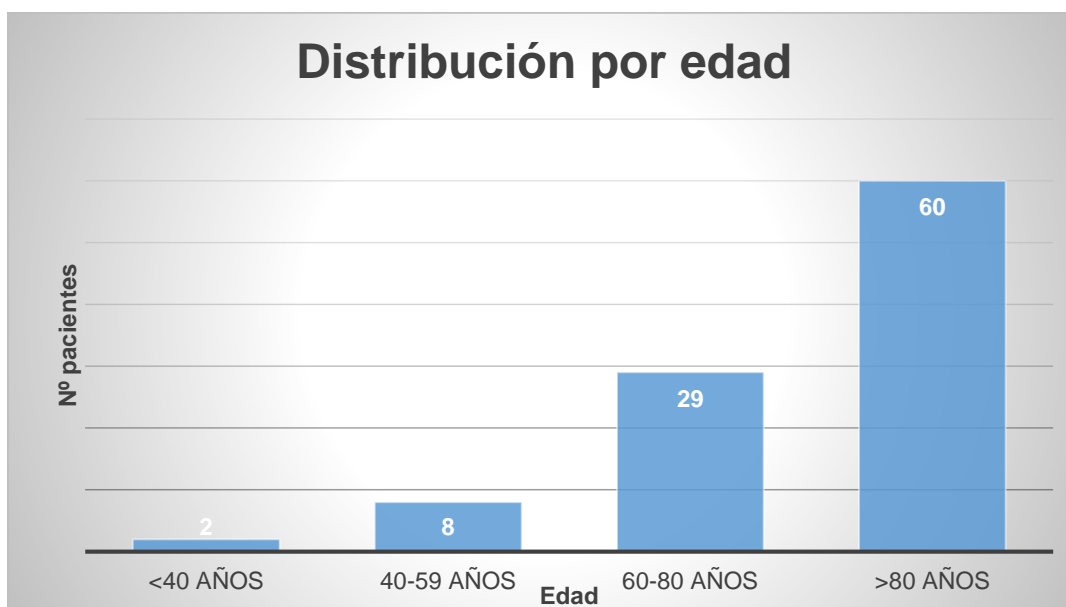


Figura 1. Distribución de pacientes NECPAL+ por edad.

También se han distribuido los pacientes según su puntuación NECPAL (a mayor puntuación, mayor complejidad del paciente). Dicha puntuación se extiende desde el 1 hasta el 13 y nuestros pacientes se distribuyen de la siguiente manera: 1 (1,01%) paciente con 1 punto; 4 (4,04%) con 2 puntos; 5 (5,05%) con 3 puntos; 7 (7,07%) con 4 puntos; 7 (7,07%) con 5 puntos; 13 (13,13%) con 6 puntos; 20 (20,20%) con 7 puntos; 9 (9,09%) con 8 puntos; 9 (9,09%) con 9 puntos; 12 (12,12%) con 10 puntos; 8 (8,08%) con 11 puntos; 4 (4,04%) con 12 puntos; y no hay nadie con 13 puntos.

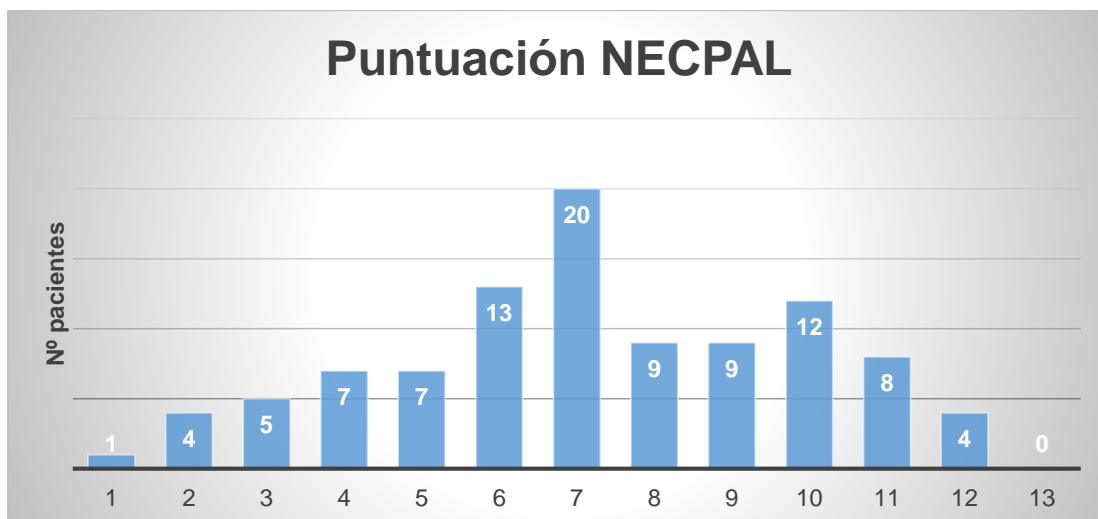


Figura 2. Distribución de pacientes NECPAL+ según número de parámetros positivos.

Se han determinado, además, cuales son las enfermedades que afectan a este grupo de pacientes. Los pacientes paliativos pueden tener varias patologías, pero para el estudio sólo hemos considerado la más sintomática en cada caso, es decir, la que supone la causa principal de su consideración como pacientes paliativos. Se ha visto que 3 (3,03%) pacientes han tenido un AVC; 30 (30,30%) tienen cáncer; 17 (17,17%) sufren demencia; 11 (11,11%) tienen EPOC; 4 (4,04%) fragilidad; 17 (17,17%) tienen ICC; 4 (4,04%) insuficiencia renal; 4 (4,04%) insuficiencia hepática; 8 (8,08%) una enfermedad neurodegenerativa; y 1 (1,01%) padece un trastorno psiquiátrico.

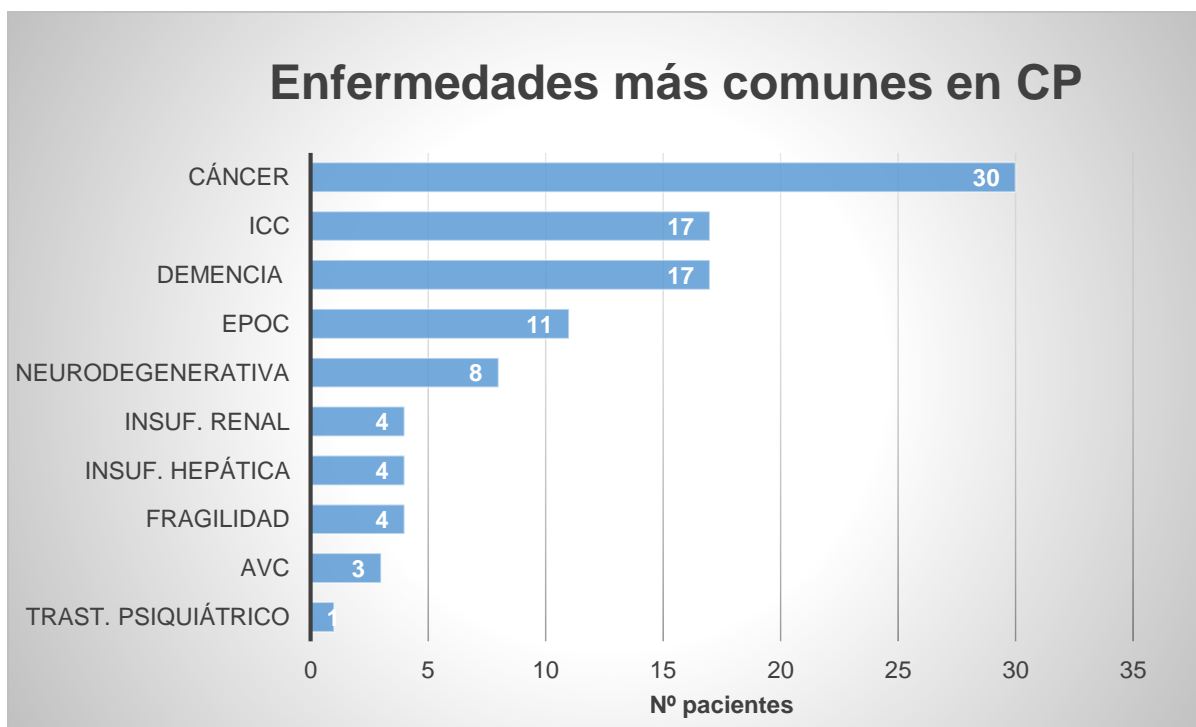


Figura 3. Enfermedades que afectan más comúnmente a los pacientes paliativos.

DISCUSIÓN

El objetivo que perseguía este trabajo era, mediante la herramienta NECPAL CCOMS-ICO© (3.0), determinar la prevalencia de pacientes paliativos que ingresan en la UHD del Hospital General Universitario de Castellón durante 2 meses. Nos planteamos este objetivo por la dificultad que ha caracterizado siempre la identificación de estos pacientes.

Análisis de los resultados

La prevalencia de pacientes paliativos dentro de la UHD durante los 2 meses analizados ha sido de un 76,15%. Si extrapolamos este resultado al número de ingresos anuales (1.247 ingresos en 2016), resultaría que la UHD atiende cada año a unos 950 pacientes con necesidades de AP.

Analizando los resultados obtenidos, podemos darnos cuenta que la población candidata a CP es una población mayoritariamente envejecida ya que presenta una edad media de 79,48 años, resaltando que el 60,61% son mayores de 80 años y un 29,29% tienen entre 60 y 80 años. Además, estos pacientes presentan puntuaciones NECPAL elevadas (el 75,75% tienen 6 o más puntos) lo que refleja que son pacientes delicados y de alta complejidad.

Según los resultados de la OMS, el 69% de pacientes paliativos están por encima de los 60 años^[4]. En nuestra población identificamos que casi un 90% de pacientes tiene más de 60 años. Probablemente esta diferencia se debe a que algunos de los pacientes más jóvenes con necesidades paliativas reciben asistencia por recursos asistenciales alternativos a la UHD. No obstante, podríamos plantearnos si estamos identificando tarde a los pacientes paliativos ya que la mayoría son de edad avanzada y de alta complejidad. Y si tendríamos que abrir el abanico de detección de pacientes paliativos a una población más general para poder identificarlos de manera más precoz.

Respecto al sexo, en la población analizada hay más o menos los mismos hombres que mujeres (49,49% hombres y 50,51% mujeres), con una ligera dominancia de mujeres. Los resultados de la OMS muestran algo parecido (52% hombres y 48% mujeres), pero esta vez con una ligera dominancia de los hombres^[4].

Por último, al valorar cuál es la enfermedad principal que justifica la necesidad de AP a los pacientes, hemos comprobado que solo en un 30% de los casos la causa es el cáncer, dato similar al publicado por la OMS (34,01%)^[4] y que supone que la mayoría de los pacientes candidatos a recibir CP padecen enfermedades no oncológicas.

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones de este estudio, cabe nombrar que al elegir la patología principal que presenta cada paciente no se han valorado los indicadores de fragilidad (caídas, úlceras por presión, disfagia, delirium, infecciones de repetición, debilidad, anorexia, dolor, disnea...) como causa principal. Por este motivo, al comparar nuestros resultados sobre las patologías que más afectan a los pacientes paliativos con los de otros estudios, observamos que la fragilidad no está entre nuestras opciones y que en cambio ocupa un porcentaje muy alto en otros estudios^[8].

Se podrían haber analizado más variables, como de qué servicio proceden los ingresos en la UHD o dentro de cada patología describir las características de sexo y edad de los pacientes... Pero para todo esto se necesitaría mucho más tiempo (no es posible con una asignatura anual que cuenta con 6 créditos).

Futuro

En la UHD del Hospital General Universitario de Castellón se identifican al año aproximadamente un 50% de pacientes paliativos de entre todos los ingresos. En mi estudio (aunque hayan sido 2 meses, podemos extrapolar los resultados) hay un 25% más de pacientes con necesidad de CP.

Hablando con la unidad se cree que el problema está en la identificación de pacientes paliativos no oncológicos. Esto, a su vez, abre la puerta a futuros estudios para que puedan averiguar dónde está realmente el problema en la identificación de los pacientes y a qué se debe la diferencia de prevalencias.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Mónica por estar siempre disponible y por guiarme desde el principio hasta el final del trabajo, dándome ánimos en todo momento.

A mi padre, mi madre y mis hermanas por apoyarme en los momentos más difíciles y animarme a seguir trabajando duro.

A Pablo por haber entendido siempre lo que significa esta carrera para mí y creer en mí incondicionalmente.

A mis amigas y compañeras de clase por haberme ayudado compartiendo experiencias y aconsejándome en los momentos de dudas.

REFERENCIAS

1. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat, 2010.
2. Fernández JA. Cuidados paliativos: una visión general. Rev Med Hondur 2007; 75:144-146.
3. Guía de cuidados paliativos. Sociedad española de cuidados paliativos. Accesible en: www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1 (Accedido el 23/03/2017).
4. Organización Mundial de la Salud. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Enero de 2014. Accesible en: <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> (Accedido el 17/10/2016).
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL CCOMS-ICO© 3.0. (2016).
6. Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals MD. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. Med Paliat. 2012; 19(3):85-86.
7. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, et al, por el Grupo RECENT. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Gac Sanit. 2011;25(3):205–210.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study'. Pall Med 2014; 28 (4): 302-311.
9. Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010; 363:733-42.
10. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en

servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. Med Clin. 2013;140(6):241-245.

11. Ravi B. Parikh, A.B., Rebecca A. Kirch, J.D., Thomas J. Smith, M.D., and Jennifer S. Temel, M.D. Early Specialty Palliative Care – Translating Data in Oncology into Practice. N Engl J Med 2013. 369;24.
12. de la Rica Escuín ML. Necesidad de atención paliativa a residentes institucionalizados con enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado. MEDIPAL 2016;23:183-91.
13. Tripodoro VA. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO© para la identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. 2016. Accesible en:
http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/4582/tesdoc_a2016_tripodoro_vilma_proyecto_necpal.pdf?sequence=1 (Accedido el 11/10/2016).

CÓDIGO PACIENTE:

SEXO:

FECHA:

EDAD:

MÉDICO RESPONSABLE:

Pregunta sorpresa (a/ entre profesionales)	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	<input type="checkbox"/> Si (-) <input checked="" type="checkbox"/> No (+)
"Demanda" o "Necesidad"	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Indicadores clínicos generales: en los últimos 6 meses - Severos, sostenidos, progresivos, no relacionados proceso intercurrente reciente - Combinar severidad CON progresión	- Declive nutricional	• Pérdida Peso > 10% <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Declive funcional	• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de > 2 ABVDs <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Declive cognitivo	• Pérdida ≥ 5 minimal o ≥ 3 Pfeiffer <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Dependencia severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Síndromes geriátricos	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	• Datos clínicos anamnesis ≥ 2 recurrentes o persistentes <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	• ≥ 2 síntomas (ESAS) persistentes o refractarios <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Aspectos psicosociales	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo	• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9 <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
	Vulnerabilidad social severa	• Valoración social y familiar <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Multi-morbilidad	> 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones	• > 2 ingresos urgentes o no planificados 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones enfermería, etc) <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Indicadores específicos	Cáncer, MPOC, ICC, i Hepática, i Renal, AVC, Demència, Neurodegeneratives, SIDA, d'altres malalties avançades	• Per a desenvolupar com annexos • Criterios de severidad y progresión <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

Clasificación:			Codificación y registro
Pregunta Sorpresa (PS)	PS + (No me Sorprendería)	✓	Proponer codificación como Paciente con Cronicidad Avanzada (PCA)
	PS - (Me Sorprendería)		
Parámetros NECPAL	NECPAL + (de 1+ a 13+)		
	NECPAL - (Ningún parámetro)	✓	

CRITERIOS NECPAL SEVERIDAD / PROGRESIÓN / ENFERMEDAD AVANZADA (1)(2)(3)(4)	
Enfermedad oncológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cáncer metastásico o locoregional avanzado ▪ En progresión (en tumores sólidos) ▪ Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dísnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones ▪ Confinado a domicilio con limitación marcha ▪ Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40% / DLCO <40%) ▪ Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria. ▪ Necesidad corticoterapia continuada ▪ Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
Enfermedad cardíaca crónica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dísnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones ▪ Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable ▪ Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (PAPs > 60) ▪ Insuficiencia renal asociada (FG <30 l / min) ▪ Asociación con insuficiencia renal e hiponatremia persistente.
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GDS ≥ 6c ▪ Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional
Fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Índice Fragilidad ≥ 0.5 (Rockwood K et al, 2005) ▪ Evaluación geriátrica integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días ▪ Durante la fase crónica (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deterioro progresivo de la función física y / o cognitivas ▪ Síntomas complejos y difíciles de controlar ▪ Disfagia / trastorno del habla persistente ▪ Dificultades crecientes de comunicación ▪ Neumonía por aspiración recurrente, dísnea o insuficiencia respiratoria
Enfermedad hepática crónica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirrosis avanzada estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na > 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento. ▪ Carcinoma hepatocelular en estadio C o D
Insuficiencia renal crónica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiencia renal severa(FG <15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y / o trasplante ▪ Finalización diálisis o fallo trasplante

(1) Usar instrumentos validados de severidad y/o pronóstico en función experiencia y evidencia

(2) En todos los casos, valorar también distress emocional o impacto funcional severos en paciente (y/o impacto familia) como criterio de necesidades paliativas

(3) En todos los casos, valorar dilemas éticos en toma decisiones

(4) Valorar siempre combinación con multi-morbilidad