

Incidencia de enfermedad crónica avanzada, necesidad de cuidados paliativos y mortalidad intrahospitalaria

Incidence of advanced chronic disease, need for palliative care and in-hospital mortality

José Luis Canizal-Oñate^{1a}, Drusila Tovar-Rodríguez^{2b}, Norma León-Armas^{3c}, Gabriela Martínez-Díaz^{4d}, Berenice López-Zamora^{5e}, María del Pilar Cruz-Domínguez^{6f}, Michelle Arrucha-Cozaya^{4g}, Olga Lidia Vera-Lastra^{7h}, Gabriela Medina-García⁸ⁱ

Resumen

Introducción: existe un continuo aumento en la prevalencia de personas afectadas con enfermedades crónicas progresivas. Los cuidados paliativos constituyen otra forma de atención y organización de problemas de salud que mejoran la calidad de vida.

Objetivo: determinar la incidencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de cuidados paliativos (ECAP) y la mortalidad intrahospitalaria en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: estudio observacional prospectivo en pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el servicio de Medicina Interna cumpliendo al menos un criterio de la herramienta NECPAL CCOMS-ICO, siguiéndose hasta su fallecimiento o egreso para determinar mortalidad intrahospitalaria. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: se estudiaron 370 ingresos de abril a agosto 2021, de ellos se incluyeron 110 pacientes, 59 mujeres (55.3%) y 51 hombres (44.7%), edad 65.5 ± 15.85 años. Se determinó una incidencia de ECAP de 29.7%. La comorbilidad más frecuente fue la oncológica en 39 pacientes (35.5%); seguida de enfermedad cardíaca crónica en 17 pacientes (15.5%), 38 pacientes se catalogaron grado NECPAL I (34.5%), 44 NECPAL II (40%) y 28 NECPAL III (25.5%). Fallecieron 25 pacientes durante su estancia intrahospitalaria, con una mortalidad del 22.7%.

Conclusiones: la incidencia de pacientes hospitalizados con necesidad de cuidados paliativos es considerable, siendo en más de la mitad de ellos por patología no oncológica. Se requiere contar con estrategias de atención más eficaces para referencia externa y cuidados intrahospitalarios multidisciplinares.

Abstract

Background: There is a continuing increase in the prevalence of people affected with progressive chronic diseases. Palliative care is another form of care and organization of health problems that improve quality.

Objective: To determine the incidence of patients with advanced chronic illness and need of palliative care (NPC) and intrahospital mortality in a reference hospital.

Material and methods: Prospective observational study in hospitalized patients over 18 years of age in the internal medicine department who met at least one criterion of the NECPAL CCOMS-ICO tool. They were followed until death or discharge to determine intrahospital mortality. We used descriptive and inferential statistics.

Results: We studied 370 admissions from April to August 2021, including 110 patients, 59 women (55.3%) and 51 men (44.7%), age 65.5 ± 15.85 years. The incidence of NPC was 29.7%. The most frequent comorbidity was oncologic in 39 patients (35.5%), followed by chronic heart disease in 17 patients (15.5%); 38 patients were classified as NECPAL grade I (34.5%), 44 NECPAL II (40%) and 28 NECPAL III (25.5%). Twenty-five patients died during their in-hospital stay, with a mortality of 22.7%.

Conclusions: The incidence of hospitalized patients in need of palliative care is considerable, more than half of them for non-oncologic pathology. More effective care strategies are required for external referral and multidisciplinary in-hospital care.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Servicio de Medicina Interna. Ciudad de México, México

²Universidad Veracruzana, Campus Veracruz, Facultad de Medicina. Veracruz, Veracruz, México

³Universidad Autónoma de Tlaxcala, Facultad de Medicina. Tlaxcala, Tlaxcala, México

⁴Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Campus Puebla, Facultad de Medicina. Puebla, Puebla, México

De la adscripción 5 en adelante continúan al final del artículo ▲

ORCID: 0009-0007-9967-0870^a, 0000-0001-9471-6082^b, 0000-0002-9575-4854^c, 0009-0001-3274-8107^d, 0000-0003-1917-1240^e, 0000-0002-7118-9395^f, 0009-0006-1980-4537^g, 0000-0002-8729-9775^h, 0000-0002-5891-8653ⁱ

Palabras clave
Cuidados Paliativos
Enfermedad Crónica
Pronóstico
Mortalidad

Keywords
Palliative Care
Chronic Disease
Prognosis
Mortality

Fecha de recibido: 10/07/2023

Fecha de aceptado: 06/12/2023

Comunicación con:

Gabriela Medina García

✉ dragabymedina@yahoo.com.mx

☎ 55 5724 5900, extensión 23015

Cómo citar este artículo: Canizal-Oñate JL, Tovar-Rodríguez D, León-Armas N *et al.* Incidencia de enfermedad crónica avanzada, necesidad de cuidados paliativos y mortalidad intrahospitalaria. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2024;62(2):e5508. doi: 10.5281/zenodo.10711920

Introducción

Las enfermedades crónicas son altamente prevalentes, más de 40 millones de personas mueren anualmente, lo que resulta en prolongación del proceso de muerte, acompañado de un substancial costo emocional y financiero.¹ El envejecimiento de la población, así como los avances en la medicina y la salud pública, han incrementado la prevalencia de personas afectadas por enfermedades progresivas, crónicas y limitantes, lo que representa un gran reto para los sistemas de salud.² Por lo tanto, se requiere del desarrollo de nuevas formas de atención y organización para la atención de problemas de salud.³ Una propuesta a esta disyuntiva son los *cuidados paliativos* (CP), definidos por la OMS como: “*un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que afrontan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la correcta evaluación, tratamiento del dolor y de otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.*”⁴ Durante sus inicios se enfocaban principalmente en la atención de enfermos oncológicos, sin embargo, en los últimos años se ha extendido también a condiciones crónicas, en las que se promueve una intervención paliativa temprana para fallas orgánicas en etapa terminal.⁵

La identificación temprana de pacientes que requieren CP es crucial para garantizar una atención adecuada. La falta o retraso en la identificación de pacientes con necesidades de CP puede tener un impacto perjudicial en su atención, como la pérdida de la continuidad de su cuidado, apoyo insuficiente y aumento en los costos de salud.⁴ Esta necesidad ha sido evaluada por diversas herramientas clínicas,^{6,7} de entre las que destaca la herramienta NECPAL (*Necesidades Paliativas*) CCOMS-ICO desarrollada en Cataluña, España. Dicha herramienta se ha adaptado y validado para identificar a personas con necesidades paliativas y pronóstico de vida limitado, que resulta útil por su simplicidad, factibilidad, disponibilidad y aplicabilidad en todos los contextos.^{8,9} Anteriormente, los CP se centraban en gran medida en los pacientes con cáncer, mientras que ahora se deben integrar en el tratamiento de todas las condiciones de salud que ponen en peligro la vida.¹⁰

Gómez Batiste *et al.*¹¹ utilizaron la herramienta NECPAL CCOMS-ICO para tratar de predecir la mortalidad y supervivencia, y encontraron una mortalidad significativamente correlacionada con la presencia de NECPAL III a 24 meses, y una alta sensibilidad para dicha herramienta, con un alto valor predictivo negativo, aunque con baja especificidad y valor predictivo positivo, concluyendo que puede utilizarse con un grado razonable de precisión para detectar precozmente a las personas que necesitan CP.¹²

Estas herramientas se han empleado para valorar diferentes desenlaces clínicos en pacientes con CP. La precisión y la utilidad clínica de estas herramientas varían ampliamente dependiendo del marco temporal, el entorno, la enfermedad y los parámetros utilizados; se requiere la combinación de índices pronósticos y el juicio del clínico para no sobreestimar la supervivencia.¹¹

Con base en lo expuesto, se puede concluir que la admisión intrahospitalaria de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o cáncer representa una oportunidad para comenzar y/o consolidar los CP de forma apropiada, siendo su identificación el primer paso. Lo anterior mejora la calidad de vida, con reducción de costos generales y de la mortalidad intrahospitalaria e, incluso, aumenta la longevidad. Debido a lo anterior, se propuso el siguiente estudio para investigar la incidencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de CP en un servicio de medicina interna y conocer su mortalidad intrahospitalaria.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y prospectivo en pacientes hospitalizados en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron 110 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, admitidos al servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel del IMSS, durante el periodo de abril a agosto 2021, con enfermedad crónica avanzada o terminal y que cumplieran con al menos un criterio de NECPAL CCOMS-ICO.^{8,9} No se incluyeron pacientes con ventilación mecánica o que estuvieran recibiendo alguna forma de CP. Para la recolección de datos se aplicó la herramienta NECPAL CCOMS-ICO que consta de 4 secciones. En la primera parte se realizaba la pregunta sorpresa dirigida al médico tratante (¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?), la cual servía como herramienta de cribado, si la respuesta era negativa (no me sorprendería) se consideraba NECPAL positivo y se procedía a evaluar sobre las siguientes partes de la herramienta de CP. En la segunda parte, se cuestionaba sobre la elección/demanda o necesidad de CP. En la tercera parte se evaluaron marcadores nutricionales, marcadores funcionales y de severidad, fragilidad extrema, distrés emocional, uso de recursos y comorbilidad. Finalmente, en la cuarta parte se evaluó si se trataba de: enfermedad oncológica, cardíaca, pulmonar, neurológica 1 (evento vascular cerebral), neurológica 2 (esclerosis lateral amiotrófica y motoneurona), hepática grave, renal grave y demencia; cada una con criterios de evaluación específicos para determinar enfermedad terminal según la patología, empleando la codificación de *paciente crónico avanzado complejo* desglosada en la herramienta NECPAL.⁹ Se evaluó, entonces, la cantidad de criterios positivos presentados para determi-

narse el grado NECPAL: grado I (un criterio positivo más la pregunta sorpresa), grado II (dos criterios positivos más la pregunta sorpresa), grado III (≥ 3 criterios positivos). Además de los rubros considerados por la herramienta NECPAL, también se evaluaron las comorbilidades presentes en cada paciente y se consideró la presencia, o no, de enfermedad geriátrica, a fin de tener en cuenta esta variable de confusión. Se indagó si falleció el paciente durante el internamiento, la causa y el tiempo de supervivencia intrahospitalaria. Posterior a la evaluación, se definieron como casos positivos a los pacientes que cumplieran con la pregunta sorpresa positiva y al menos un rubro de NECPAL CCOMS-ICO divididos entre el total de ingresos del periodo de estudio para determinar casos incidentes. El estudio fue llevado de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud, y fue registrado y aprobado por los comités locales de ética y de investigación en salud, con número de registro R-2021-3501-051.

Análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva, como medidas de tendencia central y dispersión, para las variables cuantitativas y la prueba de Kolmogorov-Smirnoff para verificar la normalidad de los datos. Las variables cualitativas se resumieron en frecuencias. Se estimó la incidencia o necesidad de CP en relación con la cantidad total de pacientes que fueron hospitalizados en el servicio durante el periodo de estudio. Se valoró el tiempo de supervivencia y la cantidad de días que transcurrieron desde la admisión hasta la muerte. Las funciones de supervivencia se estimaron usando el método de Kaplan-Meier. La prueba de *Log-Rank* fue utilizada para comparar las curvas de supervivencia entre los pacientes que tuvieron grado NECPAL I, II y III y entre la cantidad de criterios NECPAL presentados. Se tomó como estadísticamente significativo un nivel de $p < 0.05$. Los datos registrados se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 25.0.

Resultados

Durante el periodo de estudio (30 de abril a 30 de agosto del 2021) hubo 370 ingresos al servicio de Medicina Interna del hospital estudiado, de los cuales 110 pacientes fueron identificados con enfermedad crónica avanzada y necesidad de cuidados paliativos, encontrándose una incidencia del 29.7%.

Las características de los 110 pacientes con necesidad de CP, según su evaluación por medio de la herramienta NECPAL CCOMS-ICO, fueron las siguientes: fueron 59 mujeres (53.6%) y 51 hombres (46.4%). El promedio de edad

fue de 65.5 ± 15.85 años y se determinó edad geriátrica (> 65 años) en 61 pacientes (55.5%). De las 8 comorbilidades enlistadas por la herramienta, la que más frecuentemente se presentó fue la oncológica, en 39 pacientes (35.5%), seguida de la enfermedad cardiaca crónica en 17 pacientes (15.5%) y la enfermedad neurológica crónica del grupo 1 en 12 pacientes (10.9%).

Después de que la PS resultó negativa se continuó la evaluación del segundo rubro de NECPAL, identificando que 74 pacientes (67.3%) fueron considerados con necesidad de CP por su médico tratante, mientras que 36 pacientes (32.7%) no lo fueron, solo 3 (2.7%) pacientes solicitaron explícitamente la atención de CP (cuadro I).

En el tercer rubro se cuestiona la presencia de indicadores clínicos generales de severidad o progresión. Se encontró que 88 pacientes (80%) cumplían con uno o más de los criterios enlistados, siendo el más frecuente de ellos el relacionado a marcadores nutricionales en 44 (40%) pacientes, marcadores funcionales en 39 pacientes (35.5%) y factores adicionales de uso de recursos en 32 pacientes (29.1%), marcadores de fragilidad extrema en 5 (4.5%), distress emocional en 3 (3.6%) y comorbilidades en 6 (5.5%). En el cuarto y último rubro se encontró que 48 pacientes (43.6%) presentaban alguna patología específica que cumplía con criterio de enfermedad terminal. De estas, la más frecuente fue la enfermedad oncológica en 24 (21.8%) pacientes, seguida de la enfermedad cardiaca crónica en 11 (10%), enfermedad hepática en 6 (5.5%), EPOC en 5 (4.5%), enfermedad neurológica 2 en 3 (2.7%), demencia en 2 (1.8%), y enfermedad neurológica 1 y ERC solo en 1 paciente (0.9%).

De los pacientes estudiados con necesidad de CP, 38 calificaron con grado NECPAL I (34.5%), 44 con grado NECPAL II (40%) y 28 grado NECPAL III (25.5%). Se evaluó también la cantidad de criterios NECPAL presentados, encontrándose una mediana de 2 (IQ 1-3) criterios por paciente; 32 (29.1%) pacientes presentaron solo 1 criterio y 2 (1.8%) pacientes presentaron hasta 6 criterios.

Un total de 25 pacientes fallecieron durante su estancia intrahospitalaria, determinándose una mortalidad del 22.7%, 2 tuvieron grado NECPAL I (8%), 14 con grado II (56%) y 9 con grado III (36%), con un tiempo de supervivencia global promedio de 13 días. La principal causa de muerte fue el choque séptico en 12 (9.1%) y choque cardiogénico en 2 (1.8%), así como infarto cerebral en 4 (3.6%), entre otras causas. El análisis de Kaplan-Meier en los pacientes que presentaron el evento (mortalidad) se encontró con tendencia significativa entre los grados NECPAL. (*Log Rank* = 5.920, $p = 0.52$) (figura 1). A menor grado NECPAL, menor estancia intrahospitalaria (EIH) y a mayor grado NECPAL, mayor EIH. A medida que aumentó el grado NECPAL y

Cuadro I Características generales de los pacientes incluidos de acuerdo con el grado NECPAL

	NECPAL I	NECPAL II	NECPAL III	p
Total (n = 110)	38 (34.5%)	44 (40%)	28 (25.5%)	
Edad				
> 65 años	24 (39.3%)	25 (41%)	12 (19.7%)	0.254 ^X
< 65 años	14 (28.6%)	19 (38.8%)	16 (32.7%)	
Sexo				
Mujer	22 (37.3%)	23 (39%)	14 (23.7%)	0.795 ^X
Hombre	16 (31.4%)	21 (41.2%)	14 (27.5%)	
Comorbilidades				
Oncológicas	1 (4.2%)	3 (12.5%)	20 (83.3%)	< 0.001 ^X
EPOC*	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0.688 ^X
Cardíacas	2 (18.2%)	7 (63.6%)	2 (18.2%)	0.237 ^X
Neurológicas 1*	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0.469 ^X
Neurológicas 2*	0	1 (33.3%)	2 (66.7%)	0.168 ^X
Hepáticas	1 (16.7%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)	0.090 ^X
ERC grave	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0.401 ^X
Demencia	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	0.156 ^X
Muerte	2 (5.3%)	14 (31.8%)	9 (32.1%)	

*Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Enfermedades Neurológicas 1: evento cerebrovascular; Enfermedades Neurológicas 2: esclerosis lateral amiotrófica y motoneurona

^XPrueba de Chi cuadrada, p < 0.05 estadísticamente significativo

dada la EIH más prolongada se observaron más muertes en comparación con el grado NECPAL I.

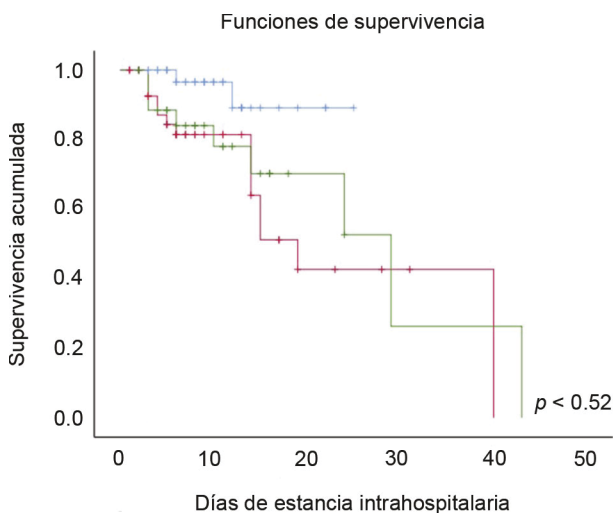
Se describen también los días de estancia intrahospitalaria en los pacientes con necesidad de CP con una mediana de 8 (5-14). Se buscó identificar diferencias entre los días de estancia intrahospitalaria para cada uno de los grados (NECPAL I, II y III), realizando una comparación de grupos. Las medianas de estancia según grado

NECPAL fue de 9 días para grado I, 7 días para grado II y 9.5 días para grado III, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (prueba de Kruskal-Wallis, p = 0.610).

Discusión

El principal hallazgo del presente estudio es la incidencia de pacientes con necesidad de CP en casi la tercera parte de la población estudiada. La comorbilidad más encontrada fue la oncológica, seguida de otras enfermedades crónicas. En cuanto a los criterios de enfermedad terminal, el criterio nutricional fue el más frecuente, seguido del criterio funcional. Asimismo, fue relevante la mortalidad identificada, de casi una cuarta parte de los pacientes estudiados.

Figura 1 Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier según el grado NECPAL



Grado NECPAL	Basal	5	10	16	20	26	30	36	40	43
1	38	38	37	36	36	36	-	-	-	-
2	44	38	37	32	31	31	31	31	30	-
3	28	25	23	22	22	21	20	20	20	19

Grado NECPAL

- ▭ Grado 1
- ▭ Grado 2
- ▭ Grado 3
- + Grado 1-censurado
- + Grado 2-censurado
- + Grado 3-censurado

El valor encontrado de incidencia es similar a otros estudios que han empleado la herramienta NECPAL, como el de Gómez Batiste *et al.*¹² quienes implementaron la herramienta en población española y reportaron una prevalencia de pacientes con ECAP del 26-40% en hospitales de pacientes con enfermedad aguda. Calsina Berna *et al.*¹³ también utilizaron dicha herramienta para identificar a pacientes ECAP hospitalizados y obtuvieron una incidencia del 39.2%. Los resultados tienden a ser menores en otros estudios que han utilizado distintas herramientas y métodos de identificación. Por ejemplo, en el estudio multicéntrico de Szekendi *et al.*¹⁴ determinó una prevalencia general del 19%, aunque en dicho estudio se limitaron a incluir a pacientes con enfermedad oncológica, cardíaca o pulmonar avanzada. De igual manera Köstenberger *et al.*¹⁵ encontraron una prevalencia del 13.2% de pacientes ECAP, utilizando como herramienta de cribado la presencia de cualquier enfermedad que limite la vida y más de dos criterios de necesidades paliativas. Una razón evidente para la variabilidad de los resultados obtenidos en los diferentes estudios es la falta de homogeneidad en la caracterización de pacientes paliativos, ya que aún no existe una herramienta internacionalmente aceptada para su identificación.¹⁶ La mayoría de las herramientas disponibles utilizan la predicción de muerte, deterioro o ambos como aproximaciones para identificar pacientes que probablemente tengan necesidades no satisfechas de atención paliativa. Los pacientes con enfermedades avanzadas progresivas tienen diferentes trayectorias de declive y necesidades en distintas etapas. Por tanto, la identificación de estos pacientes no debería estar basada solo en la predicción de mortalidad o supervivencia, sino en anticipar sus necesidades cuando ocurran, prediciendo la tasa y curso del deterioro funcional para activar un plan de evaluación holística proactivo de cuidados paliativos.¹⁷

Para lograr esto, el estudio actual promueve y demuestra la aplicabilidad de la herramienta NECPAL en una población intrahospitalaria mexicana para identificar necesidades particulares de atención paliativa. Sin embargo, como destaca la revisión de EIMokhallati *et al.*¹⁸ la falta de consenso actual en la definición de paciente ECAP hace que no exista un estándar de referencia en contra del cual se pueda evaluar la exactitud de una herramienta u otra. El diseño de estudios subsecuentes en este rubro debería aplicar adecuados estándares de referencia, como podrían ser entrevistas de cuidados paliativos para evaluar la exactitud con la que las herramientas identifican necesidades paliativas potenciales.

Respecto a la presencia de comorbilidades, estas se clasificaron en los pacientes estudiados con base en las 8 enfermedades evaluadas por la herramienta NECPAL en dos diferentes planos: primero la presencia, o no, de alguna de estas en el paciente y segundo, si su presencia

cumplía, o no, con el criterio de enfermedad terminal para cada patología evaluada. Esto, con el fin de reflejar la variedad de enfermedades y necesidades de tratamiento de los pacientes que ingresan al servicio, encontrándose que la enfermedad oncológica representa la mayoría de los pacientes ECAP, tal como se ha vislumbrado en los diferentes estudios.^{12,13,14} De los pacientes estudiados, menos de la mitad cumplía con criterio de enfermedad terminal específico por enfermedad, aunque en muchos de los casos sí cumplieron con necesidad paliativa en otros rubros, la enfermedad que más cumplió con dicho criterio específico fue, nuevamente, la oncológica. Similar a lo referido en otros estudios, se encontró hasta en el 65% de los pacientes estudiados una enfermedad no oncológica. Si se considerara esto como reflejo de la población general, se estaría perdiendo un gran porcentaje de los pacientes ECAP de la atención paliativa en México, ya que, hasta el momento, en nuestro país esta atención se enfoca principalmente en padecimientos oncológicos.¹⁹

De los indicadores clínicos generales de severidad o progresión estudiados, el indicador que más frecuentemente se presentó fue el nutricional, esto puede estar en relación con la frecuencia con la que la pérdida de peso ocurre como dato pivote para iniciar protocolo de estudio de enfermedad, que a menudo ya cumple con criterio de enfermedad terminal.¹⁹ Por otra parte, constituye un motivo frecuente de ingreso hospitalario. Se encontró con gran frecuencia la presencia de marcador funcional, que ocurre como parte de la trayectoria al final de la vida.¹⁹ Los indicadores clínicos generales de severidad o progresión reflejan una de las necesidades que con más frecuencia requieren de atención paliativa, ya que su ocurrencia no solo puede estar relacionada con mal manejo del dolor, sino también asociarse con estrés emocional al final de la vida.^{20,21} Ambas causas representan puntos clave en la atención y CP que pudieran no estar siendo atendidos adecuadamente en el entorno intrahospitalario.

Respecto a la mortalidad intrahospitalaria en los pacientes identificados con ECAP, casi una cuarta parte de la población estudiada falleció, aunque el análisis de supervivencia no mostró una diferencia estadísticamente significativa entre la supervivencia de los diferentes grados NECPAL; esto, debido a que la herramienta NECPAL no fue diseñada para pronóstico o supervivencia, sino para determinar la necesidad de CP. A pesar de ello, se han realizado estudios buscando valor pronóstico en dicha herramienta. Calsina Berna *et al.*¹³ han sido los primeros en proponer la estratificación de severidad según la cantidad de criterios NECPAL. Respecto a la mortalidad, sus cifras fueron similares a las nuestras, encontrando también a mayor severidad en el grado NECPAL, mayor mortalidad. Esta discrepancia en los resultados obtenidos entre dicho estudio y el nuestro puede estar relacionada con la cantidad de pacientes y el

tiempo en que se recabaron, siendo el nuestro de 4 meses frente a 1 año en dicho estudio. Asimismo, difiere en la cantidad de pacientes incluidos en el estudio y la cantidad de hospitales estudiados, ya que el de Calsina se realizó en dos unidades diferentes.

Los resultados en cifras de mortalidad intrahospitalaria variaron en otros estudios por los diferentes contextos en los que se realizaron. Moretti *et al.*²² reportaron un 17% en pacientes pluripatológicos (evaluados con el índice PROFUND), Cortes Sierra *et al.*²³ reportaron 8.3% en pacientes hospitalizados en Medicina Interna en general, mientras que Milnes *et al.*²⁴ reportaron 9.9% con uso de la herramienta PIG-GSF y Tuca Rodríguez *et al.*²⁵ reportaron un 34% en pacientes referidos a equipos especializados de cuidados paliativos.

Las principales limitaciones del estudio son el tamaño de la muestra y el diseño del estudio, ya que no hubo un seguimiento posterior a la hospitalización. Los resultados obtenidos demuestran una necesidad creciente de CP en la población mexicana y abre la posibilidad de varias líneas de investigación para estudios subsecuentes sobre formas efectivas de abordar las necesidades paliativas crecientes de los enfermos. En los próximos años, debido al incremento en la esperanza de vida y a las enfermedades

crónicas degenerativas, habrá una mayor demanda de CP. Se sabe que hasta tres cuartas partes de las defunciones tienen lugar en un centro hospitalario, y parece que esta cantidad se incrementará durante los próximos años, y si los hospitales han de asumir esta función, se debe adaptar a esta creciente necesidad, ya que no se dispone de derivación de pacientes terminales ni de un equipo de cuidados paliativos en la mayoría de los hospitales.

Conclusiones

Existe una incidencia considerable de pacientes con necesidad de cuidados paliativos que ingresan a Medicina Interna. La herramienta NECPAL es útil para identificar a estos pacientes en el medio intrahospitalario, por patología oncológica y en más de la mitad por patología no oncológica, con una importante proporción de fallecimientos durante su estancia. Se requiere de contar con sistemas de atención paliativa eficaces tanto para referencia externa como para los cuidados intrahospitalarios de estos pacientes.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Serra-Valdés M, Serra-Ruiz M, Viera-García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*. 2018;8(2):140-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008&lng=es.
2. Milazzo S, Hansen E, Carozza D, et al. How Effective Is Palliative Care in Improving Patient Outcomes? *Curr Treat Options Oncol*. 2020;21(2):12. doi: 10.1007/s11864-020-0702-x
3. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(3):371-8. doi: 10.1097/SPC.0b013e328356aaed.
4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care#:~:text=Datos%20y%20cifras%201%20Los%20cuidados%20paliativos%20mejoran,de%20ingreso%20bajo%20e%20ingreso%20mediano.%20M%C3%A1s%20elementos>
5. Cotogni P, Saini A, De Luca A. In-Hospital Palliative Care: Should We Need to Reconsider What Role Hospitals Should Have in Patients with End-Stage Disease or Advanced Cancer? *J Clin Med*. 2018;7(2):18. doi: 10.3390/jcm7020018.
6. Highet G, Crawford D, Murray SA, et al. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICt): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(3):285-90. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000488.
7. Calsina-Berna A, Amblàs Novellas J, González-Barboteo J, et al. Prevalence and clinical characteristics of patients with Advanced Chronic Illness and Palliative Care needs, identified with the NECPAL CCOMS-ICO® Tool at a Tertiary Care Hospital. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):210. doi: 10.1186/s12904-022-01101-4.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(3):300-8. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000211.
9. Gómez-Batiste X, Amblàs J, Costa X, 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® 3.1. [Internet] (Actualizado 2017, citado 2023 Mayo 10). Disponible en: <http://mon.uvic.cat/catedra-atencion-cuidados-paliativos/>
10. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(4):754-764. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
11. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO® tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med*. 2017;31(8):754-763. doi: 10.1177/0269216316676647.

12. 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 (Barc)*. 2013;140(6):241-245. doi: 10.1016/j.medcli.2012.06.027
13. Calsina-Berna A, Martínez-Muñoz M, Bardés Robles I, et al. Intrahospital Mortality and Survival of Patients with Advanced Chronic Illnesses in a Tertiary Hospital Identified with the NECPAL CCOMS-ICO© Tool. *J Palliat Med*. 2018;21(5):665-673. doi: 10.1089/jpm.2017.0339.
14. Szekendi MK, Vaughn J, Lal A, et al. The Prevalence of Inpatients at 33 U.S. Hospitals Appropriate for and Receiving Referral to Palliative Care. *J Palliat Med*. 2016;19(4):360-372. doi: 10.1089/jpm.2015.0236.
15. Köstenberger M, Neuwersch S, Weixler D, et al. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131(17-18):404-409. doi: 10.1007/s00508-019-1530-5.
16. Maas EAT, Murray SA, Engels Y, et al. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(4):444-51. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000527.
17. Cohen-Mansfield J, Skornick-Bouchbinder M, Brill S. Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 2018;73(4):564-72.
18. ElMokhallalati Y, Bradley SH, Chapman E, et al. Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care. *Palliat Med*. 2020; 34(8):989-1005. doi: 10.1177/0269216320929552
19. Trujillo-De Los Santos Z, Paz-Rodríguez F, Corona T, et al. Research on Palliative Care in Mexico. Scoping review. *Rev Mex Neuroci*. 2018;19(2):74-85..
20. Zuckerman RB, Stearns SC, Sheingold SH. Hospice Use, Hospitalization, and Medicare Spending at the End of Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(3):569-80. doi: 10.1093/geronb/gbv109.
21. Zamora-Mur A, Nabal-Vicuña M, Zamora-Catevilla A, et al. Declive funcional y presencia de síntomas en cuidados paliativos: ¿causa o consecuencia? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(3):142-145. doi: 10.1016/j.regg.2016.10.004..
22. Moretti D, Buncuga MG, Laudanno CD, et al. Índice PROFUND y mortalidad intrahospitalaria. Índice PROFUND y mortalidad intrahospitalaria en pacientes pluripatológicos. Análisis post-hoc. *Medicina*. 2021;81(3):329-336. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025768020210003_0329&lng=es.
23. Cortés-Sierra D, Forero-Durán NJ, Sarmiento-Reyes ÉM, et al. Mortalidad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital universitario. *Acta Medica Colomb*. 2019;44(1):11-16.
24. Milnes S, Orford NR, Berkeley L, et al. A prospective observational study of prevalence and outcomes of patients with Gold Standard Framework criteria in a tertiary regional Australian Hospital. *BMJ Support Palliat Care* 2019;9(1):92-9. doi: 10.1136/bmjspcare-2015-000864.
25. Tuca-Rodríguez A, Gómez-Batiste X, Espinosa-Rojas J, et al. Structure, organisation and clinical outcomes in cancer patients of hospital support teams in Spain. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):356-62. doi: 10.1136/bmjspcare-2011-000083

▲Continuación de adscripciones de los autores

⁵Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina, Campus Casco de Santo Tomás, Sección de Estudios de Posgrado e Investigación. Ciudad de México, México

⁶Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Dirección de Educación e Investigación en Salud. Ciudad de México, México

⁷Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Departamento de Medicina Interna, Ciudad de México, México

⁸Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Unidad de Investigación en Medicina Traslacional en Enfermedades Hemato-oncológicas. Ciudad de México, México