



# Medicina Paliativa

Publicación Oficial Sociedad Española de Cuidados Paliativos

## Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

### Título / Title:

Análisis de las características de los pacientes con necesidades paliativas en un servicio en un servicio de medicina interna / Analysis of the characteristics of patients with palliative needs in an internal medicine service

### Autores / Authors:

Leonor Hernández Alonso<sup>1</sup>, Irene Zamora Martínez<sup>2</sup>, Macarena García Rodríguez<sup>3</sup>, Laura García Romero<sup>4</sup>, Elena Martínez Zeron<sup>3</sup>, Jose Murcia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela, Murcia. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela, Murcia. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela, Orihuela. <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela, Molina de Segura

DOI: [10.20986/medpal.2020.1117/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1117/2019)

### Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Hernández Alonso Leonor, Zamora Martínez Irene, García Rodríguez Macarena, García Romero Laura, Martínez Zeron Elena, Murcia Jose. Análisis de las características de los pacientes con necesidades paliativas en un servicio en un servicio de medicina interna / Analysis of the characteristics of patients with palliative needs in an internal medicine service. *j.medipa* 2020. doi: 10.20986/medpal.2020.1117/2019.



Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en *Medicina Paliativa*. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de prepublicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores, lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a *Medicina Paliativa*.

# ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

## ANALYSIS OF THE CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PALLIATIVE NEEDS IN AN INTERNAL MEDICINE SERVICE

Leonor Hernández Alonso<sup>1</sup>, Irene Zamora Martínez<sup>1</sup>, Macarena García Rodríguez<sup>2</sup>, Laura García Romero<sup>1</sup>, Elena Martínez Zeron<sup>1</sup> y Jose Murcia Zaragoza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Vega Baja, Orihuela, España. <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio, Hospital Vega Baja, Orihuela, España

### CORRESPONDENCIA:

Jose Murcia Zaragoza

Calle Tajo, n.º 8, 4.º M, 03300 Orihuela (Alicante), España

Correo electrónico: [jomurza2@gmail.com](mailto:jomurza2@gmail.com)

Recibido: 16-09-2019

Aceptado: 27-11-2019

### RESUMEN

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de pacientes con necesidad de cuidados paliativos (NCP) en pacientes fallecidos en un Servicio de Medicina Interna (MI), así como las diferencias en la asistencia médica recibida en las últimas 48 h de vida en función de la identificación de situación de “asistencia paliativa” en la historia clínica.

**Material y métodos:** Para el primer objetivo se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes que fallecieron en MI del Hospital Vega Baja entre enero y junio 2017. Se consideró que los pacientes tenían NCP si presentaban un NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup> positivo y una puntuación en índice PALIAR  $\geq 7,5$  al ingreso. Entre los pacientes con NCP se realizó un estudio de casos-controles en función de su identificación o no en la historia clínica mediante el código

diagnóstico “asistencia paliativa”. Se analizaron diferencias relacionadas con la asistencia clínica en las últimas 48 h entre ambos grupos.

**Resultados:** Hubo 120 fallecimientos durante el periodo de estudio, lo que supuso un 12% de los ingresos en MI. De estos, 98 (82%) presentaban NCP al ingreso. Predominó la trayectoria de “fragilidad” al final de la vida (43,8%). Los pacientes del grupo de “asistencia paliativa” fueron expuestos en menor proporción a administración de fluidoterapia intensiva (un 36% frente a un 93,6%;  $p < 0,01$ ), antibioticoterapia intravenosa (un 32% frente a un 93,6%;  $p < 0,01$ ), utilización de ventilación mecánica no invasiva (un 2% frente a un 17%,  $p < 0,01$ ), extracciones analíticas (un 24% frente a un 100%,  $p < 0,01$ ). En este grupo de pacientes se administró en una mayor proporción sedación paliativa en las últimas 48 horas (un 90% frente a un 29,7%;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Una elevada proporción de los pacientes que fallecen en los servicios de MI cumplen criterios de NCP desde el ingreso. La no identificación en la historia clínica se ha asociado a mayor número de maniobras diagnóstico-terapéuticas invasivas y menos utilización de sedación paliativa.

**Palabras clave:** Cuidados al final de la vida, muerte en el hospital, Medicina Interna.

## ABSTRACT

**Objectives:** To analyse the prevalence of patients in need of palliative care (NPC) among people deceased in an Internal Medicine (IM) service as well as the differences in medical care received in the last 48 hours depending on whether the need of palliative care is identified in the medical history or not.

**Material and methods:** An observational, cross-sectional and retrospective study was conducted for the first objective, including all deceased patients in the hospital Vega Baja IM service between January and June 2017. A NECPAL CCOMS-ICO affirmative response and a score in PALIAR Index greater than 7.5 were considered as need of palliative care. A case-control study was subsequently conducted among the patients in NPC, based on the identification or not of the need of palliative care diagnosis in the

medical history. Differences related to the clinical assistance in the last 48 hours between both groups were analysed.

**Results:** There were 120 deceasements during the study period, which represented a 12% of IM service admissions. 98 of them (82%) presented NPC the day of admission. The end of life trajectory “frailty” was predominant (43.8%). The group of patients identified as NPC were exposed to a lesser extent to intensive fluid therapy (36% vs 93%;  $P < .01$ ), endovenous antibiotic therapy (32% vs 93.6%;  $P < .01$ ), use of noninvasive mechanical ventilation (2% vs 17%,  $P < .01$ ) and blood tests (24% vs 100%,  $P < .01$ ). Moreover, this group was offered palliative sedation in a greater proportion (90% vs 29.7%;  $P < .01$ ).

**Conclusions:** A high proportion of deceased patients in IM services meets NPC criteria since the admission. The fact of not identifying it in the medical history is associated with a greater number of invasive diagnostic and therapeutic maneuvers and less use of palliative sedation.

**Keywords:** End-of-life-care, in-hospital dying, Internal Medicine.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años, como consecuencia del envejecimiento de la población y mayores tasas de supervivencia en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, la edad de los pacientes hospitalizados en servicios de Medicina Interna (MI) ha aumentado entre 8 y 19 años, y esto, junto con los cambios en las estructuras familiares, ha condicionado que en la actualidad la mayor parte de los fallecimientos no violentos se produzcan en los hospitales en general y en los servicios de MI en particular<sup>1</sup>. Por otro lado, nuestra sociedad está tomando cada vez más conciencia de que el morir y la muerte se han incluido en los estándares de cuidados de salud, y se han identificado principios para una buena muerte<sup>2,3</sup>.

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud considera una prioridad el desarrollo y la mejora de la asistencia al final de la vida no solo en pacientes con patología oncológica, sino también en los enfermos geriátricos, las personas con insuficiencia orgánica crónica avanzada, las afectadas por enfermedades

neurodegenerativas y los enfermos de sida<sup>4</sup>. Este hecho puede contrastar con la elevada prevalencia de fallecimientos de pacientes terminales en hospitales de agudos, donde se llevan a cabo intervenciones diagnóstico-terapéuticas incluso cuando el paciente se encuentra en situación avanzada de vida.

Existe una gran cantidad de información disponible sobre pacientes hospitalizados en MI, sin embargo, respecto al proceso de morir, poco se sabe sobre la atención que reciben los pacientes al final de la vida, y ningún sistema de salud recopila sistemáticamente información sobre la calidad de la atención al final de la vida de sus cuidados, centrándose la mayoría de los estudios desarrollados hasta el momento en pacientes con cáncer, y solo unos pocos describen las circunstancias de muerte en hospitales de agudos<sup>5,6</sup>. Este hecho se puede ver agravado por la dificultad en la identificación de pacientes no oncológicos en situación final de vida o necesidad de recibir cuidados paliativos al presentar trayectorias finales de vida (TFV) diferentes a los pacientes oncológicos.

La falta de información sobre cómo fallecen los pacientes terminales en servicios de MI nos ha llevado a plantearnos el siguiente trabajo cuyos objetivos son analizar la prevalencia de pacientes con necesidad de cuidados paliativos (NCP) en pacientes fallecidos en un servicio de MI, así como las diferencias en la asistencia médica recibida en las últimas 48h de vida en función de la identificación de situación de “asistencia paliativa” (AP) en la historia clínica.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de MI del Hospital Vega Baja Orihuela (Alicante) en el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

Para el primer objetivo se planteó un estudio observacional, transversal y retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes que fallecieron en el servicio de MI durante el periodo de estudio. Se consideró que el paciente presentaba NCP si cumplía las 2 condiciones siguientes: en primer lugar, cumplía criterios de NCP según la herramienta NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup> (instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales)<sup>7</sup>. Consta de una primera pregunta (“pregunta sorpresa”)

referida a si al médico responsable le sorprendería que el paciente en cuestión muriese en los próximos 6-12 meses y de otras 3 secciones referidas a la demanda o NCP por parte del paciente o familiares y a la presencia de indicadores clínicos de severidad y progresión generales y por patologías (enfermedad oncológica, cardíaca, pulmonar, hepática, neurológica y demencia). Se considera positivo ante la presencia de una respuesta negativa a la *primera pregunta sorpresa* y una respuesta afirmativa a la segunda pregunta, referente a las necesidades o demanda de elección de AP por parte del paciente, o a las preguntas 3 y 4, sobre indicadores clínicos generales y específicos de fallo de órgano, severidad y progresión. Al realizar la herramienta NECPAL de manera retrospectiva en pacientes ya fallecidos, la respuesta de las 2 primeras preguntas (pregunta sorpresa y pregunta sobre la demanda de elección de AP) se realizó según la interpretación de los investigadores de los datos de la historia clínica. La segunda condición para considerar la NCP fue la presencia de una puntuación en el índice PALIAR  $\geq 7,5$ , lo cual supone un riesgo de mortalidad mayor al 50% en los próximos 6 meses<sup>8</sup>. Se trata de una herramienta pronóstica en pacientes con enfermedad crónica en estadio avanzado que nos permite predecir el riesgo de mortalidad a 6 meses. Consta de 6 dimensiones valoradas de forma dicotómica (presencia/ausencia) correspondiendo una puntuación diferente a cada dimensión. En función de la puntuación, el índice estratifica 4 grupos de riesgo de fallecer en los próximos 6 meses, desde un riesgo bajo (0 puntos), con un riesgo de fallecimiento alrededor del 20%, a un riesgo alto ( $> 7,5$  puntos), con un riesgo de fallecimiento por encima del 60%. En caso del que en el paciente se interpretara una NECPAL positivo, pero el índice PALIAR fuera  $< 7,5$  no se consideró NCP.

Para el segundo objetivo se llevó a cabo un estudio de casos-controles en el que se incluyeron todos los pacientes fallecidos en MI en los que se identificaron NCP, diferenciando 2 grupos: aquellos pacientes con NCP en los que se identificó el código diagnóstico "asistencia paliativa" en la historia clínica frente al resto de los pacientes. Esta identificación en la historia clínica electrónica era realizada por el facultativo responsable del proceso asistencial mediante el código electrónico CIE V66.7.

En todos los pacientes se identificó la TFV en función de la patología principal que determinaba las NCP en el paciente, diferenciando entre: 1) oncológica (TFV-O): cuando se trata de enfermedad neoplásica avanzada, 2) fragilidad (TFV-F): cuando se

trata de enfermedad neurodegenerativa y/o senectud, y 3) fallo de órgano (TFV-FO): situación de insuficiencia de órgano avanzada (insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal o hepática). Se analizaron variables explicativas generales (edad, sexo, funcionalidad basal medida por el índice de Barthel, presencia de pluripatología según definición vigente<sup>9</sup>, número de fármacos de uso crónico, días de hospitalización, puntuación en el índice Charlson y puntuación en el índice PALIAR). Se recogieron las variables asistenciales en las últimas 48 h de vida en ambas cohortes de pacientes (administración de fluidoterapia intensiva [volumen > 1500 ml de fluidoterapia al día], tratamiento antibiótico intravenoso, transfusión de hemoderivados [concentrados de hematíes, plaquetas y/o plasma fresco], realización de extracciones analíticas, realización de pruebas radiológicas, soporte ventilatorio mediante ventilación mecánica no invasiva y sedación paliativa).

Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar o la mediana y los percentiles 25 y 75, según siguieran una distribución paramétrica o no, respectivamente. Para la verificación del tipo de distribución de las variables se usó el test de Kolmogorov-Smirnov.

Para la comparación entre 2 grupos de las variables cuantitativas se empleó la T-Student o la U de Mann-Whitney según el tipo de distribución de las variables paramétricas o no paramétricas. En todos los contrastes de hipótesis referidos anteriormente se utilizó un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Bioética del Hospital Vega Baja de Orihuela y se realizó respetando la Ley de Protección de datos.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio fallecieron en el servicio de MI 120 pacientes de un total de 1032 ingresos, lo que supone una tasa de mortalidad hospitalaria del 12%. De los 120 pacientes que fallecieron, en 98 pacientes (82%) se detectaron en la historia clínica NCP según la definición utilizada (Figura 1). Entre los pacientes con NCP la TFV más prevalente fue la TFV-F en 53 (54,1%) pacientes, seguida de TFV-FO en 26 (26,5%) y TFV-O en 19 (19,3%) pacientes (Figura 2).

En la Tabla I se muestran las variables explicativas generales de los pacientes con NCP y sus diferencias en función de la identificación o no de AP en la historia clínica. Se trata de una población añosa, con una edad avanzada, de elevada complejidad clínica, ya que casi la totalidad de los pacientes cumple criterios de paciente pluripatológico con un número elevado de categorías, deterioro funcional basal, sometidos a una importante carga farmacológica y mal pronóstico vital a corto-medio plazo; no se detectaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes en los que se identificó la situación de AP frente al resto, excepto mayor estancia hospitalaria en el grupo de pacientes donde no se identificó la situación de AP.

En la Tabla II se analizan las diferencias asistenciales en las últimas 48 h de vida de los pacientes fallecidos con NCP en función de su identificación en la historia clínica con el código “asistencia paliativa” (grupo AP). Los pacientes del grupo AP fueron expuestos en menor proporción a administración de fluidoterapia intensiva, menor uso de antibioticoterapia intravenosa, utilización de ventilación mecánica no invasiva y extracciones analíticas. En este grupo de pacientes se administró en una mayor proporción sedación con intención paliativa en las últimas 48 h.

## DISCUSIÓN

La mortalidad en los servicios de MI es variable, fluctuando entre un 7 y un 20% dependiendo del perfil de paciente que se seleccione<sup>1</sup>. En nuestro estudio hemos encontrado una tasa de mortalidad en el servicio de MI del 12%. Según datos del Ministerio de Sanidad, durante el año 2010, de las 594.431 altas que se dieron en los servicios de MI, se produjeron un total de 58.777 fallecimientos, lo que supone una mortalidad del 9,9%<sup>10</sup>. Este mayor incremento de la mortalidad encontrado probablemente esté en relación con el aumento creciente de ingresos hospitalarios de pacientes de mayor edad.

Actualmente disponemos de mucha información sobre las causas de fallecimiento de estos pacientes, sin embargo, resulta más difícil encontrar información acerca de las características pronósticas de estos pacientes durante el último ingreso y cuántos de ellos se encuentran en situación de recibir AP, siendo la mayoría de los estudios referidos al paciente oncológico<sup>11-14</sup>. Nosotros hemos encontrado una prevalencia de

paciente con NCP de un 82%, lo que significa que en 4 de cada 5 fallecimientos en MI se detectan NCP al ingreso; sin embargo, esta circunstancia solo se reflejó en la historia clínica mediante el código diagnóstico “asistencia paliativa” en el 50% de los casos. No disponemos de ninguna justificación que explique este hecho pese a que se trata de poblaciones homogéneas. Este registro insuficiente en la historia clínica de la situación de AP de pacientes en los últimos días de vida de los pacientes ingresados en los servicios de MI ha sido puesto de manifiesto en otros estudios. Díez-Manglano y cols.<sup>15</sup> analizaron a 1447 pacientes fallecidos en servicios de MI en diferentes hospitales de ámbito nacional, más de la mitad de los cuales fueron considerados en situación terminal al ingreso, pero solo estaba recogido en la historia clínica en el 61% de los casos. La identificación de esta situación en la historia clínica de manera correcta nos parece un hecho fundamental a la hora de que los pacientes se beneficien de cuidados paliativos, ya que hace visible esta información al resto de los profesionales que tiene acceso a la historia clínica, mejorando la prescripción de medidas de bienestar y mitigando las maniobras de obstinación diagnóstico-terapéuticas a las que se puede ver sometido el paciente. En nuestro estudio la no identificación en la historia clínica se asoció a mayor utilización de fluidoterapia intensiva, antibioticoterapia intravenosa, utilización de ventilación mecánica no invasiva y extracciones analíticas en las últimas 48h de vida. Es interesante recordar que la limitación del esfuerzo terapéutico y el abandono o no inicio de tratamientos fútiles están reconocidos en la deontología y leyes<sup>16-18</sup>. Además, la no identificación de la situación de AP se asoció a menor probabilidad de recibir sedación paliativa en los últimos días de vida. En nuestro estudio la sedación se pautó en el 60% de los pacientes con NCP, siendo del 90% en los que se identificó la situación de AP en la historia clínica frente al 30% en los que no se identificó. En otros estudios llevados a cabo en España la indicación de sedación paliativa fue parecida<sup>15</sup> o inferior<sup>19,20</sup>. En un estudio previo ya se observó que establecer la situación de estado terminal del paciente en la historia clínica condiciona la toma posterior de decisiones, entre ellas la prescripción de sedación paliativa, la retirada de medicación y la orden de no resucitar<sup>21</sup>. Además, aunque en nuestro trabajo nos hemos centrado en la identificación de NCP en pacientes que fallecieron, sabemos que hasta en un tercio de los ingresos en hospitales de agudos se identifican NCP<sup>22</sup>, por lo que la hospitalización

puede ser un buen momento para la búsqueda de NCP y establecer planes de cuidados paliativos independientemente de que el paciente fallezca o no durante la hospitalización.

Entre los pacientes fallecidos, la TFV más frecuente fue la TFV-F en más del 50%, seguida por la TFV-FO y la TFV-O; una distribución similar se ha visto en otros trabajos<sup>23</sup> en el ámbito tanto de hospitales de agudos como comunitario.

Por lo tanto, podemos establecer que la atención a los pacientes en sus últimos días de vida y en el momento de la muerte es un proceso frecuente en los servicios de MI y debemos establecer escalas para ayudar a identificar a los pacientes con riesgo de muerte o con NCP a su ingreso en el hospital. En nuestra experiencia, tanto el índice NECPAL como el PALIAR son herramientas útiles para la identificación de necesidades paliativas en esta población y deberían de formar parte de la valoración inicial al ingreso de un paciente en MI<sup>24</sup>. Consideramos que, junto a la valoración integral que se realiza en los pacientes de edad avanzada y con pluripatología en los servicios de MI, habría que añadir herramientas pronósticas y de detección de necesidades paliativas. Con estas herramientas podríamos mejorar la identificación de pacientes con necesidades paliativas, y de esta forma poder ofertarles las ventajas de los cuidados paliativos, por un lado, y por otro, evitar que caigan en una cascada de encarnizamiento diagnóstico y terapéutico que podrían recibir en un ámbito tan intervencionista como es el entorno hospitalario.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, fue un estudio retrospectivo. Sin embargo, en los estudios de cuidados al final de la vida este tipo de estudios tiene ventajas ya que identifica fácilmente la cohorte de estudio y permite incluir a todos los pacientes. En segundo lugar, la herramienta NECPAL se aplicó de manera retrospectiva al tratarse de pacientes que ya habían fallecido, lo que desvirtúa su utilización en lo referente a las 2 primeras preguntas (pregunta sorpresa y pregunta sobre la demanda de elección de AP) y se respondieron según la interpretación de los investigadores; para evitar una posible sobreestimación de pacientes con NCP decidimos añadir una segunda condición para detectar NCP como fue un índice PALIAR  $\geq 7,5$  lo que nos indica que los pacientes tienen un riesgo de mortalidad superior al 50% a los 6 meses. Por último, es posible que algunos aspectos

relacionados con los cuidados paliativos se hayan realizado, pero no se hayan registrado en la historia clínica.

En conclusión: en 4 de cada 5 fallecimientos en MI se detectaron NCP al ingreso, pero solo se reflejó el código “asistencia paliativa” en el 50%. La no identificación se asoció a mayor utilización de fluidoterapia intensiva, antibioticoterapia intravenosa, ventilación mecánica no invasiva y extracciones analíticas en las últimas 48 h de vida. La sedación paliativa se pautó en el 60% de los pacientes con NCP, siendo del 90% en los que se identificó inicialmente la necesidad de AP, frente al 30% en los que no se identificó.

La atención en los últimos días de vida es un proceso frecuente en los servicios de MI y debemos establecer escalas para ayudar a identificar a los pacientes con NCP a su ingreso.

#### **CONFLICTOS DE INTERESES**

Los autores no declaran conflictos de intereses.

#### **FUENTES DE FINANCIACIÓN**

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial, o sin ánimo de lucro.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Zapatero-Gaviria A, Gomez-Huelgas R, Diez-Manglano J, Barba-Martín R, Carretero-Gomez J, Maestre-Peiró A, et al. RECALMIN. Four years of growth of the internal medicine units of the Spanish National Health System (2013-2016). *Rev Clin Esp.* 2019;219:171-6.
2. Colvin L, Forbes K, Fallon M, Colvin L, Forbes K, Fall M. A good death. An important aim for health services and for us all. *Br Med J.* 2018;332:1081-3.
3. Debate of the Age Health and Care Study Group. The future of health and care of older people: the best is yet to come. London: Age Concern; 1999.

4. Estregia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. [Consultado Feb 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
5. Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: Análisis de la toma de decisiones. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:95-7.
6. Walling AM, Asch SM, Lorenz KA, Roth CP, Barry T, Kahn KL, et al. The quality of care provided to hospitalized patients at the end of life. *Arch Intern Med*. 2010;170:1057-63.
7. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup>. Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup>. Versión 1.0 [Internet]. Disponible en: [http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc\\_necpal\\_ccoms-ico\\_instrumento.pdf](http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf)
8. Bernabeu-Wittel M, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Escolano-Fernández B, Jarava-Rol G, Oliver M, et al. Development of a six month prognostic index in patients with advanced chronic medical conditions: The PALIAR score. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47:551-65.
9. Proceso asistencial integrado atención a pacientes pluripatológicos, 3.<sup>a</sup> edición. [Consultado Feb 2019]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-pluripatologicos.html>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Hospital Discharge records in the National Health System. CMBD. [Consultado Abr 2019]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
11. Gomes B, Higginson IJ. Where people die (1974-2030): Past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med*. 2008;22:33-41.
12. Martínez-Litago E, Martínez-Velasco MC, Muniesa-Zaragozano MP. Cuidados paliativos y atención al final de la vida en los pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp*. 2017;217:543-52.

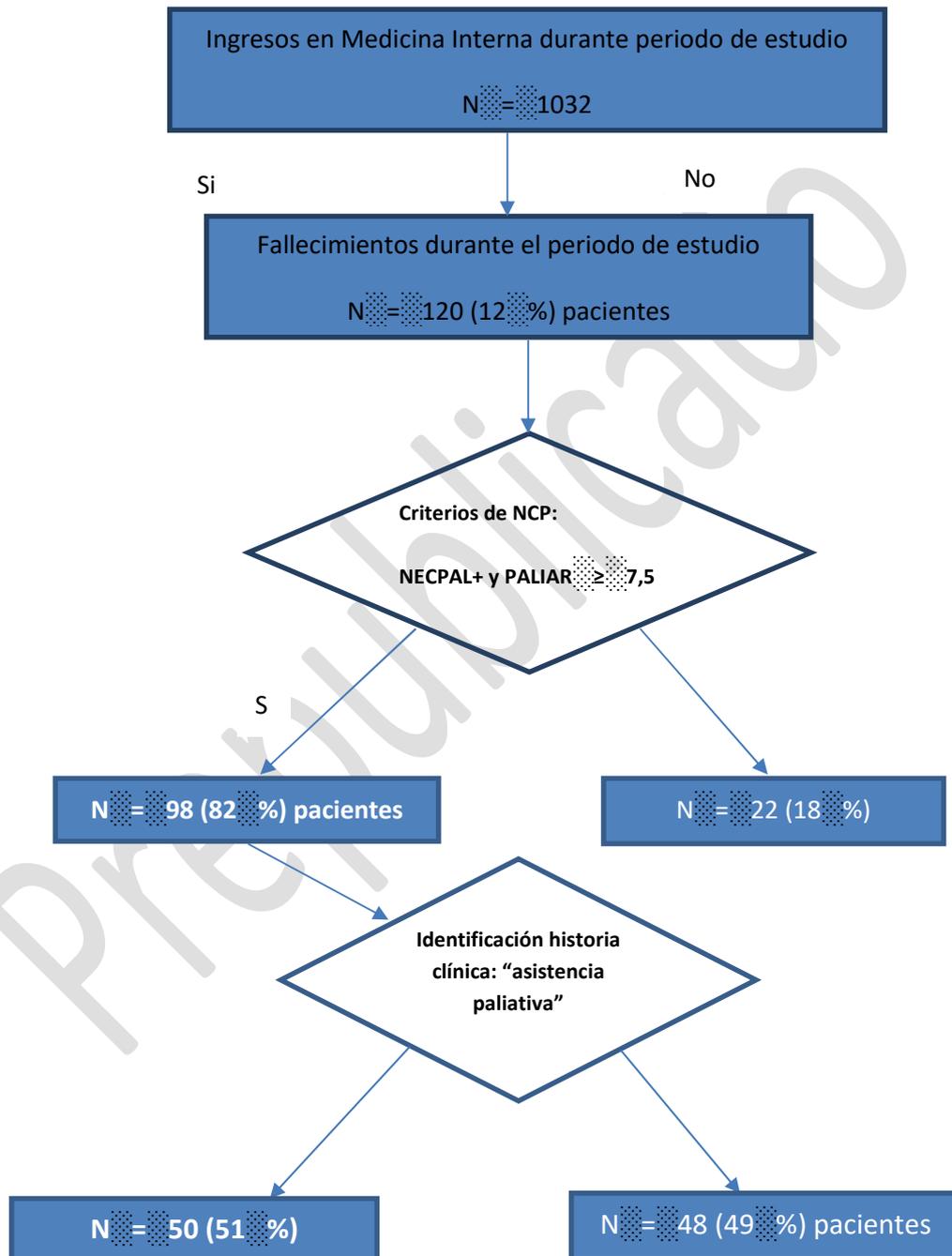
13. Bernabeu-Wittel M, Barón-Franco B, Nieto-Martín D, Moreno-Gaviño L, Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M. Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp.* 2017;217:410-9.
14. Ameneiros-Lago E, Carballada-Rico C, Garrido-Sanjuán JA. Mortalidad esperable en Medicina Interna: ¿cómo son los últimos días de vida en los pacientes en los que la muerte es previsible? *Med Paliativa.* 2017;24:63-71.
15. Díez-Manglano J, Isasi de Isasmendi Pérez S, Rubio Gómez M, Formiga F, Sánchez Muñoz LÁ, Castiella Herrero J, et al. End-of-life care for patients hospitalised in internal medicine departments. *Rev Clin Esp.* 2019;219:107-15.
16. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 07/05/2010* [consultado Abr 2019]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88>
17. Asociación Médica Mundial. Declaración de Venecia sobre la enfermedad terminal [consultado Mar 2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-venecia-de-la-amm-sobre-la-enfermedad-terminal/>
18. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica [consultado 15 Mar 2019]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo deontologiamedica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo%20deontologiamedica.pdf)
19. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Gámez S, Vega G, García Olmos L. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp.* 2018;218:1-6.
20. Carmona-Espinazo F, Sánchez-Prieto F, López-Sáez JB. Nuestra experiencia en sedación paliativa como opción terapéutica en pacientes en situación clínica de últimos días. *Rev Esp Med Legal.* 2016;42:93-7.
21. Campos-Calderón C, Montoya-Juárez R, Hueso-Montoro C, Hernández-López E, Ojeda-Vitro F, García-Caro MP. Interventions and decision-making at the end of life: the effect of establishing the terminal illness situation. *BMC Palliat Care.* 2016;15:91.
22. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in

need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014;28:302-11.

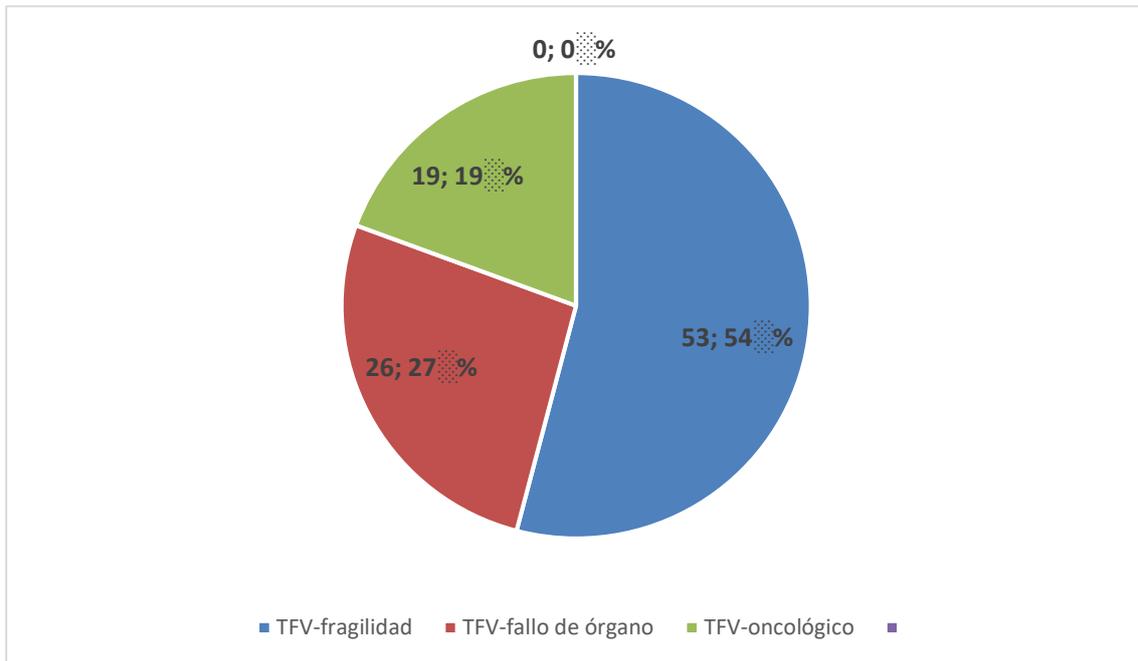
23. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, Martori JC, Oller R, Martínez-Muñoz M, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open.* 2016;6:e012340.
24. Díez-Manglano J, Gómez-Aguirre N, Velilla-Marco J, Lambán Aranda MP, de Escalante Yangüela B, Fuertes Ruiz D, et al. Comparison between PROFUND and PALIAR indexes in polypathological patients with advanced non-oncologic chronic diseases. *Med Clin (Barc).* 2019;153:196-201.

Prepublicado

Figura 1. Organigrama del estudio. Prevalencia de pacientes con necesidades de cuidados paliativos (NCP) e identificación en la historia clínica mediante el código “asistencia paliativa”.



**Figura 2. Trayectoria final de vida (TFV) entre los pacientes con necesidades paliativas fallecidos en un servicio de Medicina Interna.**



Prepublicación

Tabla I. Características de pacientes fallecidos en Medicina Interna con necesidad de cuidados paliativos y diferencias en función de la identificación en la historia clínica con el código diagnóstico “asistencia paliativa”.

VARIABLES	Total pacientes con NCP (n = 98)	Pacientes en AP (n = 50)	Pacientes no identificados (n = 48)	p
Edad (años)	83,47 ± 8,76	82,89 ± 9,48	83,10 ± 12,35	0,547
Sexo femenino	52 (53)	25 (50)	27 (56,2)	0,479
Índice de Barthel (< 60)	70 (71,4)	38 (76)	32 (66,6)	0,784
Pluripatología	96 (97,9)	48 (96)	48 (100)	0,985
N.º categorías de pluripatológico	3,2 ± 0,7	3,2 ± 1,3	3,1 ± 1,8	0,145
Índice Charlson	4,2 ± 2,2	4,1 ± 2,1	4,3 ± 1,8	0,214
Índice PALIAR	12,4 ± 4,4	13,4 ± 4,4	12 ± 5,7	0,878
N.º fármacos	11,3 ± 4,8	11,8 ± 5,4	10,9 ± 4,8	0,445
Estancia hospitalaria (días)	10,2 ± 4,5	8 ± 2,3	12 ± 6,4	< 0,01

Tabla II. Diferencias asistenciales en las últimas 48 h de vida en función de la identificación de asistencia paliativa en la historia clínica electrónica.

Variables	Total pacientes con NCP (n = 98)	Pacientes en AP (n = 50)	Pacientes no identificados (n = 48)	p
Fluidoterapia intensiva	62 (63,2)	18 (36)	44 (93,6)	< 0,01
Antibioticoterapia iv	60 (61,2)	16 (32)	44 (93,6)	< 0,01
VMNI	9 (9,1)	1 (2)	8 (17)	< 0,01
Transfusión hemoderivados	4 (4)	1 (2)	3 (6,2)	0,475
Extracciones analíticas	60 (61,2)	12 (24)	48 (100)	< 0,01
Pruebas radiológicas	4 (4)	0 (0)	4 (8,3)	0,699
Sedación paliativa	59 (60,2)	45 (90)	14 (29,7)	< 0,01

iv: intravenosa. VMNI: ventilación mecánica no invasiva.