



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SUBSISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TEMA:

**Identificación de necesidades paliativas con el instrumento
NECPAL 4.0 en pacientes de un Hospital Oncológico**

AUTOR:

Md. Gallego Ramírez Oriana Marcela

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TUTOR:

Dra. García Matamoros Katherine

Guayaquil, Ecuador

29 de Junio del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS
CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Oriana Marcela Gallego Ramírez**, como requerimiento para la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**.

TUTOR (A)

f. _____
DRA. GARCIA MATAMOROS KATHERINE

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
DRA. VALLEJO MARTÍNEZ MARIANA CONCEPCIÓN

Guayaquil, 29 de Junio del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Oriana Marcela Gallego Ramírez**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Identificación de Necesidades Paliativas con el Instrumento NECPAL 4.0 en pacientes de un Hospital Oncológico** previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 29 días del mes de Junio del año 2026

EL AUTOR (A)

f. _____

MD. ORIANA MARCELA GALLEGO RAMIREZ



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS
AUTORIZACIÓN

Yo, **Oriana Marcela Gallego Ramírez**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Identificación de Necesidades Paliativas con el Instrumento NECPAL 4.0 en pacientes de un Hospital Oncológico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 días del mes de Junio del año 2026

LA AUTORA:

f. _____

MD. ORIANA MARCELA GALLEGO RAMIREZ



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

POSGRADO_CUIDADOS_PALIATIVOS_TESIS_ORIANA_GALLEGO_(1)_(1)_signed_signed_signed-signed
(2)-signed

ID : 38093b6c7f37ede2a2bc80cb755d3af4d53491b0



24%
Textos
sospechosos

Nombre del fichero : POSGRADO_CUIDADOS_PALIATIVOS_TESIS_ORIANA_GALLEGO_(1)_(1)_signed_signed_signed (2)-signed.txt Tamaño del archivo original : 1,99 MB Número de palabras : 21.429	Depositante : Mariana Concepción Vallejo Martínez Fecha de depósito : 16 de julio de 2026 Tipo de carga : interface fecha de fin de análisis : 16 de julio de 2026
--	---



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

AGRADECIMIENTO

Agradezco a **Dios** por su amor infinito y por darme la fortaleza para recorrer cada etapa de este camino.

A mi padre, **Ángel Gallego**, por su amor incondicional, sus enseñanzas y los valores que sembró en mí. Aunque hoy no pueda compartir este logro físicamente, su ejemplo sigue siendo mi mayor inspiración.

A mi familia, por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

Al **Dr. Jhon Cuenca**, mi padre hospitalario, por su sabiduría, humildad, confianza y guía constante. Su apoyo fue fundamental para alcanzar este logro.

A la **Dra. Diana Gomez** y **Dr. Luis Delgado**, gracias por acompañarme con comprensión, apoyo y fortaleza en cada momento. Sin ustedes, este camino no habría posible.

A mis compañeros de posgrado, por compartir los desafíos, aprendizajes y alegrías que hicieron de esta etapa una experiencia inolvidable.

A mis pacientes y sus familias, por permitirme acompañarlos en momentos trascendentales de sus vidas y por las valiosas lecciones de humanidad que dejaron en mí.

A mi directora de posgrado, **Dra. Mariana Vallejo**, y a mis docentes y tutores, por compartir sus conocimientos y contribuir a mi formación profesional.

Finalmente, a mi tutora de tesis, **Dra. Katherine García**, por su dedicación, paciencia, orientación y apoyo durante el desarrollo de esta investigación.

A todos ustedes, mi más sincera y profunda gratitud.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

DEDICATORIA

A mi padre, Ángel Gallego, quien, con su amor incondicional, su sabiduría y su ejemplo de lucha me enseñó el valor de la perseverancia, la fortaleza y la entrega. Hubiera deseado profundamente compartir este logro a tu lado, pero sé que me acompañas desde el cielo y que tu legado vive en cada uno de mis pasos. Este trabajo también es tuyo, porque gran parte de lo que soy te lo debo a ti.

A mi madre, Herlinda Ramírez, a mi hermana Paola Gallego y a mi sobrino Juan Sebastián Saltarén, quienes han sido mi apoyo constante. Gracias por su amor, comprensión y compañía. A pesar de las dificultades que la vida pueda presentar, siempre han sido mi lugar seguro, el refugio donde encuentro fuerza para continuar.

A Pipo y Charlotte, mis compañeros fieles durante catorce años, quienes llenaron mis días de amor incondicional, alegría y ternura. Aunque hoy ya no están físicamente, viven para siempre en mi corazón y se han convertido en mis pequeños ángeles en el cielo. A Kirara y kikyo quienes siguen siendo mis ángeles terrenales.

Esta dedicatoria es para quienes, con palabras, abrazos, compañía silenciosa, lealtad y amor incondicional, han dejado una huella imborrable en mi corazón y me han acompañado en el camino hasta este logro

Con amor, gratitud y eterno recuerdo

ÍNDICE GENERAL

1	EL PROBLEMA	4
1.1	IDENTIFICACION, VALIDACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2	FORMULACION DEL PROBLEMA	6
2	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	6
2.1	OBJETIVO GENERAL	6
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3	MARCO TEORICO	7
3.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	7
3.2	ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
3.3	ANTECEDENTES NACIONALES	9
3.4	BASES TEORICAS	11
3.4.1	Cuidados paliativos: concepto y evolución	11
3.4.2	Cuidados paliativos en el paciente oncológico	13
3.4.3	Necesidades paliativas	15
3.4.4	Identificación de necesidades paliativas en la práctica clínica	18
3.4.5	Instrumentos para la identificación de necesidades paliativas	21
3.4.6	Instrumento NECPAL 4.0	24
3.4.7	Estado funcional y variables clínicas en pacientes oncológicos	28
3.4.8	Derivación a cuidados paliativos	32
3.4.9	Brechas en el acceso a cuidados paliativos	35
3.4.10	Importancia de la identificación temprana de necesidades paliativas	38
4	FORMULACION DE LA HIPOTESIS.	40
5	METODOLOGIA	40
5.1	JUSTIFICACION DEL METODO UTILIZADO	40
5.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	42

5.2.1	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	42
5.3	VARIABLES	44
6	<i>PRESENTACION DE RESULTADOS</i>	48
6.1	Frecuencia de pacientes con resultado positivo según el instrumento NECPAL 4.0	48
6.2	Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes evaluados	49
6.3	Asociación entre variables clínicas y funcionales con la identificación de necesidades paliativas	53
6.4	Relación entre identificación de necesidades paliativas y derivación efectiva a cuidados paliativos	56
6.5	DISCUSION DE RESULTADOS	57
7	<i>CONCLUSIONES</i>	60
8	<i>RECOMENDACIONES</i>	61
9	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	63

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro de variables del estudio _____	44
Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada _____	52
Tabla 3. Resumen descriptivo de variables cuantitativas de los participantes _____	53
Tabla 4. Resumen analítico entre Resultado NECPAL y Estadío, grupo de cáncer y género de los participantes del estudio _____	55

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Necesidades paliativas según resultado del Test Necpal 4.0 (Negativo / Positivo) _____	48
Gráfico 2. Género de los participantes del estudio _____	49
Gráfico 3. Grupos de Cáncer de participantes del estudio _____	50
Gráfico 4. Estadío de cáncer de los participantes del estudio _____	51
Gráfico 5. Pacientes con NECPAL positivo según el grupo de cáncer ____	53
Gráfico 6. Pacientes con NECPAL positivo según Estadío de cáncer ____	54
Gráfico 7. Relación entre resultado NECPAL y la Derivación a cuidados paliativos _____	57

RESUMEN

La presente investigación abordó la problemática de la identificación tardía de necesidades paliativas en el ámbito oncológico, un factor que limita la calidad de vida y el acceso oportuno a cuidados integrales. El objetivo principal fue identificar dichas necesidades mediante el instrumento NECPAL 4.0 en pacientes del Hospital SOLCA-Guayaquil durante el periodo de agosto y septiembre de 2025. Se empleó una metodología con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y alcance analítico. La población de estudio estuvo conformada por 470 pacientes adultos atendidos en consulta externa de oncología, quienes fueron evaluados mediante la aplicación del instrumento NECPAL 4.0 al médico tratante durante la atención clínica. De manera complementaria, se obtuvo información sociodemográfica, clínica y funcional a partir de los registros institucionales para el análisis de las variables de estudio. Los resultados revelaron que el 27,02% de la población (127 pacientes) presentó un resultado positivo para NECPAL 4.0, evidenciando una carga paliativa significativa incluso en pacientes con funcionalidad conservada (Karnofsky promedio de 80,38). Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la positividad del instrumento y el estadio IV de la enfermedad (50,68%), así como con tumores de origen digestivo (47,62%). Asimismo, los pacientes NECPAL positivos mostraron una probabilidad 4,3 veces mayor de acceder a servicios especializados. Se concluye que el NECPAL 4.0 constituye una herramienta válida y sensible para la identificación de necesidades paliativas en pacientes oncológicos. No obstante, persiste una brecha asistencial del 30,71% en pacientes con resultado positivo que no fueron derivados a cuidados paliativos, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los protocolos institucionales de referencia para favorecer una atención más oportuna, integral y centrada en el paciente.

Palabras Claves: *Cuidados Paliativos; NECPAL 4.0; Oncología; Identificación Temprana, neoplasias, evaluación de necesidades, atención ambulatoria, Calidad de vida*

ABSTRACT

This study addressed the challenge of the late identification of palliative care needs in oncology, a situation that limits patients' quality of life and timely access to comprehensive care. The main objective was to identify palliative care needs using the NECPAL 4.0 instrument in patients treated at SOLCA Hospital–Guayaquil between August and September 2025. A quantitative approach was adopted using a non-experimental, cross-sectional design with an analytical scope. The study included 470 adult oncology patients who were assessed using the NECPAL 4.0 instrument, which was completed by the treating physician during routine outpatient consultations. Sociodemographic, clinical, and functional information was additionally obtained from institutional clinical records to support the analysis of the study variables. The results showed that 27.02% of the patients (127 individuals) were identified as NECPAL positive, indicating a substantial burden of palliative care needs even among patients with relatively preserved functional status (mean Karnofsky Performance Status: 80.38). A statistically significant association was found between a positive NECPAL result and stage IV disease (50.68%), as well as with digestive tract malignancies (47.62%). Furthermore, NECPAL-positive patients were 4.3 times more likely to be referred to specialized palliative care services. It is concluded that NECPAL 4.0 is a valid and sensitive tool for identifying palliative care needs in oncology patients. Nevertheless, a care gap remains, as 30.71% of NECPAL-positive patients were not referred to specialized palliative care services. These findings highlight the need to strengthen institutional referral pathways in order to ensure timely, comprehensive, and patient-centered oncological care..

Keywords: *Palliative Care; NECPAL 4.0; Oncology; Early Identification, neoplasms, Needs Assessment, Ambulatory care, Quality of Life*

INTRODUCCIÓN

El abordaje del paciente oncológico ha experimentado una transformación paradigmática en las últimas décadas. Tradicionalmente, la atención se centraba de manera exclusiva en la erradicación de la neoplasia, postergando el soporte paliativo a los estadios de terminalidad. Sin embargo, la realidad clínica actual, marcada por un aumento en la supervivencia y la cronicidad del cáncer, exige una visión más dinámica (1). El sufrimiento asociado a esta patología es reconocido hoy como un fenómeno multidimensional, lo que convierte a los cuidados paliativos en un derecho humano esencial que, no obstante, presenta una cobertura deficiente en el contexto latinoamericano (2).

En el sistema de salud ecuatoriano, la transición hacia un modelo de cuidados continuos enfrenta retos estructurales significativos. Se observa una marcada tendencia a la derivación tardía de pacientes hacia los servicios de cuidados paliativos, lo cual impide que se beneficien de un control sintomático oportuno y de un adecuado soporte psicosocial. Esta situación se relaciona no solo con la ausencia de protocolos estandarizados para la identificación y referencia temprana de pacientes con necesidades paliativas, sino también con la limitada disponibilidad de profesionales especializados frente a la creciente demanda asistencial. Como consecuencia, muchos pacientes acceden a estos servicios en etapas avanzadas de la enfermedad, reduciendo las oportunidades de intervención temprana, planificación anticipada de la atención y acompañamiento integral (3). Esta demora no solo afecta la calidad de vida, sino que genera una saturación en los servicios hospitalarios con intervenciones que, en diversos casos, no responden a los objetivos terapéuticos reales del enfermo. Por consiguiente, el desafío actual radica en optimizar los criterios para determinar el momento idóneo de inicio de la atención paliativa (4).

Bajo esta premisa, la presente investigación surge de la necesidad de perfeccionar los procesos de identificación de pacientes con necesidades paliativas en el entorno de alta complejidad del Hospital SOLCA-Guayaquil. La utilización de herramientas estandarizadas, específicamente el

instrumento NECPAL 4.0, permite superar la subjetividad inherente a la "pregunta sorpresa" mediante la integración de indicadores clínicos de severidad y progresión. Al emplear este instrumento, es posible establecer un diagnóstico situacional que diferencie la fragilidad de la terminalidad, facilitando así una planificación anticipada de la atención (5).

El objetivo central de este trabajo es determinar la prevalencia de dichas necesidades y analizar el perfil clínico de los pacientes identificados. Se busca establecer la posible correlación entre el estadio de la enfermedad y el grado de necesidad paliativa detectado, aportando datos locales que sustenten la relevancia de la detección precoz (6). La pertinencia de este estudio se fundamenta en su capacidad para ofrecer evidencia tangible que impulse políticas internas de derivación más ágiles y técnicamente fundamentadas.

Finalmente, el documento se estructura de manera que se comprenda inicialmente el contexto global del problema, para luego profundizar en la metodología empleada y los hallazgos obtenidos. Se espera que los resultados expuestos no solo cumplan con el rigor académico requerido, sino que sirvan como un insumo para fortalecer la práctica asistencial, garantizando que el alivio del sufrimiento y el acompañamiento integral se consoliden como pilares inamovibles en la atención oncológica regional.

1 EL PROBLEMA

1.1 IDENTIFICACION, VALIDACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer representa una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, con un impacto significativo no solo en la supervivencia, sino también en la calidad de vida de los pacientes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 40 millones de personas requieren cuidados paliativos cada año, de las cuales cerca del 78% viven en países de ingresos bajos y medios. Esta cifra refleja no solo la magnitud del problema, sino también la creciente necesidad de modelos de atención que trasciendan el enfoque curativo y prioricen el alivio del sufrimiento (7).

En este contexto, los cuidados paliativos se han consolidado como una estrategia fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas, particularmente en oncología. Sin embargo, a pesar de la evidencia que respalda su efectividad, su implementación sigue siendo limitada y desigual (8). A nivel global, únicamente alrededor del 14% de las personas que necesitan cuidados paliativos los reciben, mientras que en América Latina esta cifra es aún más crítica, con menos del 10% de cobertura y aproximadamente un 7% de acceso real en la región. Estos datos evidencian una brecha estructural importante entre la necesidad existente y la atención efectivamente brindada (9).

En la práctica clínica diaria, especialmente en hospitales oncológicos, esta brecha se traduce en una realidad frecuente: pacientes con enfermedad avanzada que presentan dolor no controlado, deterioro funcional progresivo y sufrimiento emocional significativo, sin ser identificados oportunamente como candidatos a cuidados paliativos. Esta situación pone en evidencia una contradicción central. Por un lado, tenemos la realidad del sistema de salud en el que las necesidades paliativas existen, pero no son detectadas ni abordadas de manera sistemática. Por otro lado, un sistema deseado en el que exista atención integral, oportuna y centrada en la persona, donde cada

paciente con enfermedad avanzada reciba intervenciones orientadas al alivio del sufrimiento desde etapas tempranas (10).

Esta contradicción se sustenta en múltiples estudios que han identificado barreras estructurales en la integración de cuidados paliativos, tales como la falta de capacitación del personal de salud, la ausencia de protocolos estandarizados y la limitada disponibilidad de servicios especializados. En muchos casos, la identificación de pacientes con necesidades paliativas depende exclusivamente del juicio clínico individual, lo que introduce variabilidad y retrasa la intervención. Esto no solo afecta la calidad de vida del paciente, sino que también genera un uso ineficiente de los recursos sanitarios, con hospitalizaciones repetidas y tratamientos desproporcionados (11).

Ante esta problemática de derivación tardía a los servicios de cuidados paliativos, surge la necesidad de herramientas que permitan identificar de manera objetiva y sistemática a los pacientes con necesidades paliativas. El instrumento NECPAL 4.0 ha sido desarrollado con este propósito, integrando criterios clínicos, funcionales y pronósticos que facilitan la detección temprana de estas necesidades. No obstante, su aplicación en contextos específicos, como hospitales oncológicos en países en desarrollo, aún no ha sido suficientemente explorada, lo que genera una brecha de conocimiento relevante en la práctica clínica (12).

Las consecuencias de no abordar este problema son profundas. Los pacientes pueden experimentar mayor sufrimiento físico y emocional, pérdida de dignidad en el proceso de enfermedad y una atención fragmentada que no responde a sus verdaderas necesidades. A nivel familiar, esto se traduce en sobrecarga emocional y económica, mientras que, a nivel del sistema de salud, implica un incremento en los costos y una menor eficiencia en la atención.

En este sentido, el problema de investigación se centra en determinar si las necesidades paliativas en pacientes oncológicos están siendo adecuadamente identificadas mediante el uso del instrumento NECPAL 4.0, y si dicha identificación se traduce en una derivación efectiva a servicios de

cuidados paliativos. Asimismo, se busca analizar las características clínicas y funcionales asociadas a esta identificación, con el fin de reducir la brecha entre la práctica actual y el modelo de atención ideal.

Abordar esta problemática no solo contribuiría al fortalecimiento del conocimiento en cuidados paliativos, sino que también permitiría transformar la atención oncológica hacia un enfoque más humano, donde aliviar el sufrimiento deje de ser una consecuencia tardía y se convierta en un objetivo central desde el inicio del cuidado.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de pacientes con necesidades paliativas identificadas mediante el instrumento NECPAL 4.0 y su relación con la derivación a servicios de cuidados paliativos en pacientes oncológicos atendidos en un hospital especializado?

2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la presencia de necesidades paliativas mediante el instrumento NECPAL 4.0 en pacientes oncológicos atendidos en un hospital especializado

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de pacientes con resultado positivo según el instrumento NECPAL 4.0 en la población estudiada
- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes evaluados, incluyendo tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, tratamiento recibido y estado funcional.
- Analizar la asociación entre variables clínicas y funcionales con la identificación de necesidades paliativas según NECPAL 4.0.

- Evaluar la relación entre la identificación de necesidades paliativas mediante NECPAL 4.0 y la derivación efectiva a servicios de cuidados paliativos.

3 MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

El estudio de las necesidades paliativas ha evolucionado hacia un modelo de identificación sistemática que busca anticiparse al deterioro terminal del paciente. Esta transición se sustenta en la evidencia de que el alivio del sufrimiento debe ser un objetivo paralelo al tratamiento oncológico activo.

A nivel internacional, destaca el estudio de Xie et al. (2024), titulado "Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis". Esta investigación analizó siete instrumentos globales, concluyendo que el uso de herramientas estructuradas mejora significativamente la detección oportuna en comparación con el solo juicio clínico. El metanálisis resalta que la estandarización mediante escalas permite una sensibilidad de hasta el 73.8% en la identificación de pacientes que se beneficiarían de soporte paliativo temprano (13).

La problemática de la identificación de necesidades paliativas en el Ecuador también se extiende al ámbito de la formación y la gestión de competencias en el personal de salud. El estudio de Ávila et al. (2024), titulado "Necesidades formativas de los programas de enfermería sobre cuidados paliativos en la Universidad Iberoamericana del Ecuador", identifica que el currículo académico actual presenta vacíos significativos en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas no terminales. Esta investigación subraya que los profesionales en formación carecen de capacitación específica en el uso de herramientas de cribado, lo que perpetúa un modelo de atención reactivo en lugar de uno preventivo y centrado en la persona.

Los autores concluyen que existe una demanda social y clínica urgente para implementar programas que enseñen a identificar indicadores de progresión

de enfermedad y fragilidad desde las etapas iniciales del diagnóstico oncológico. Este antecedente es fundamental para la presente tesis, ya que justifica la necesidad de estandarizar procesos de identificación en instituciones como SOLCA, demostrando que la falta de protocolos de derivación no es solo un problema administrativo, sino una consecuencia de la brecha en la formación técnica sobre la medicina paliativa moderna. Al integrar criterios objetivos como los que propone el NECPAL 4.0, se podría mitigar la variabilidad en el juicio clínico y mejorar la equidad en el acceso a cuidados integrales dentro del sistema de salud nacional (14)

3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La comunidad científica internacional ha priorizado el desarrollo de herramientas que permitan una transición fluida entre el tratamiento curativo y el soporte paliativo. Un estudio determinante en la evolución de estos instrumentos es el de Bustamante-Fermosel et al. (2025), titulado "External Validation of the NECPAL CCOMS-ICO Prognostic Tool for Early Palliative Care and Mortality Prediction in Patients with Advanced Chronic Conditions". Esta investigación es fundamental para tu tesis, ya que representa la primera validación prospectiva de la versión NECPAL 4.0. Los autores demuestran que la incorporación de un sistema de estimación de supervivencia dentro de la herramienta no solo mejora la predicción de mortalidad, sino que actúa como un facilitador crítico para que los clínicos identifiquen el momento exacto para iniciar la planificación de cuidados anticipados, reduciendo la incertidumbre pronóstica (15).

Complementando esta visión, el estudio de Kabelka y Dušek (2022), "NECPAL Tool Aids Early Identification of Palliative Care Needs", analiza la implementación de la herramienta en hospitales regionales de la República Checa. Los resultados de este trabajo son de especial interés para entornos hospitalarios especializados, ya que revelan que el uso sistemático del NECPAL permitió detectar necesidades paliativas no cubiertas en un tiempo récord de 10 meses. Los autores enfatizan que el éxito del instrumento no reside solo en su estructura técnica, sino en su capacidad para generar

cambios estadísticamente visibles en la gestión de recursos de salud pública, optimizando la derivación hacia servicios especializados (16).

Por otro lado, la investigación de Fisher et al. (2024), titulada "Identifying patients in need of palliative care: Adaptation of the Necesidades Paliativas CCOMS-ICO (NECPAL) screening tool for use in Israel", aporta una perspectiva necesaria sobre la sensibilidad del instrumento. En este estudio, la versión adaptada (I-NECPAL) mostró una sensibilidad del 0.93 para identificar pacientes con necesidades complejas. Un hallazgo clave de esta investigación es que la efectividad del cribado se potencia cuando la "pregunta sorpresa" se analiza de forma integrada con los indicadores de severidad y progresión, lo que otorga una base científica sólida para el uso del NECPAL como estándar de oro en la detección temprana (17).

Finalmente, en el contexto regional latinoamericano, López-Alba et al. (2022) desarrollaron el estudio "Content validity of the NECPAL CCOMS-ICO in Spanish to identify palliative needs in children and adolescents with Cancer". Aunque centrado en población pediátrica en Colombia, este trabajo es vital porque valida la pertinencia de los indicadores de progresión de enfermedad oncológica (síntomas refractarios y limitación del esfuerzo terapéutico) en el idioma español. Los autores concluyen que el NECPAL es una herramienta transculturalmente válida y robusta, capaz de superar las barreras del juicio clínico subjetivo y unificar los criterios de atención en instituciones oncológicas de alta complejidad en la región (18).

3.3 ANTECEDENTES NACIONALES

La estructuración de los cuidados paliativos en el Ecuador enfrenta un escenario complejo donde la teoría normativa se choca con las barreras de la práctica clínica diaria. Un estudio fundamental para entender el estado funcional en el país es el realizado por Torres y Sotomayor (2023) titulado "Cuidados paliativos, envejecimiento y calidad de vida del adulto mayor del Cantón Santa Rosa". En esta investigación, los autores determinaron que el 76.7% de los pacientes crónicos evaluados presentaba una dependencia leve según la escala de Barthel. Este dato es alarmante para el contexto oncológico, ya que sugiere que una gran parte de la población vulnerable en

Ecuador transita por su enfermedad con necesidades de soporte que no son identificadas a tiempo, afectando su calidad de vida y aumentando la prevalencia de síntomas depresivos, presentes en más del 70% de su muestra (19).

En la misma línea de la identificación de necesidades, Suárez Vélez (2025), en su revisión sistemática "Calidad de vida en pacientes oncológicos", analiza la utilidad de las escalas ECOG y Karnofsky en el entorno nacional. El autor concluye que la progresión agresiva del cáncer en pacientes ecuatorianos tiene un impacto directo y acelerado en el estado funcional, lo que refuerza la tesis de que instrumentos como el NECPAL 4.0 son vitales para una intervención que no sea únicamente reactiva ante el deterioro evidente (20).

Por otro lado, la detección de necesidades no solo depende de escalas, sino de la capacidad del sistema para integrarlas. El artículo de Ávila et al. (2024), "Necesidades formativas de los programas de enfermería sobre cuidados paliativos en la Universidad Iberoamericana del Ecuador", identifica una brecha crítica en la formación del personal de salud. Los autores señalan que existe una necesidad urgente de implementar sílabos específicos que enseñen a identificar pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos desde etapas tempranas, ya que la formación actual se centra casi exclusivamente en el cuidado del paciente agudo, ignorando las herramientas de cribado paliativo (21).

Finalmente, el estudio de Paccha Tamay et al. (2025), titulado "Barreras en el acceso a los cuidados paliativos: Perspectivas de pacientes y familias", ofrece una visión cualitativa y cuantitativa de por qué la identificación falla en el Ecuador. La investigación destaca que la falta de protocolos estandarizados de derivación genera un uso ineficiente de los recursos sanitarios, resultando en hospitalizaciones repetidas y tratamientos desproporcionados que no responden a las necesidades reales del enfermo. Los autores concluyen que la percepción de los cuidados paliativos como "atención de muerte" sigue siendo el principal obstáculo para que

herramientas de identificación temprana sean aceptadas por los equipos médicos tratantes en hospitales de alta complejidad (22).

3.4 BASES TEORICAS

3.4.1 Cuidados paliativos: concepto y evolución

Hablar de cuidados paliativos es, en esencia, hablar de una transformación profunda en la forma de entender la medicina. Durante décadas, el ejercicio médico se centró casi exclusivamente en la curación de la enfermedad, relegando a un segundo plano el sufrimiento del paciente cuando la recuperación ya no era posible (23). Sin embargo, el avance de las ciencias médicas y la reflexión ética sobre el cuidado han permitido reconocer que la atención sanitaria no debe limitarse a prolongar la vida, sino también a garantizar su calidad, especialmente en contextos de enfermedad avanzada (24).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento (25). Este alivio se logra a través de la identificación temprana, la evaluación adecuada y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Por lo tanto, esta definición refleja un cambio conceptual importante: el paciente deja de ser visto únicamente desde su enfermedad y pasa a ser entendido en su totalidad, como una persona con necesidades múltiples que trascienden lo biológico (26).

La evolución histórica de los cuidados paliativos ha sido progresiva y responde a esta necesidad de humanizar la atención médica. Sus raíces modernas se remontan al “movimiento hospice” impulsado por Cicely Saunders en la década de 1960, quien introdujo el concepto de “dolor total”, reconociendo que el sufrimiento no es solo físico, sino también emocional, social y espiritual (27). Este enfoque marcó un punto de inflexión en la medicina, al proponer que incluso cuando la enfermedad no puede ser curada, siempre es posible cuidar. Con el tiempo, este modelo se expandió y

se integró en los sistemas de salud, evolucionando desde una atención exclusiva al final de la vida hacia una intervención más temprana y complementaria al tratamiento curativo (28).

Actualmente, los cuidados paliativos no se limitan a la fase terminal de la enfermedad, sino que se consideran una parte integral del tratamiento desde etapas iniciales en enfermedades crónicas y oncológicas. Este cambio responde a la evidencia que demuestra que una intervención precoz no solo mejora la calidad de vida, sino que también optimiza la toma de decisiones clínicas y reduce intervenciones innecesarias. Así, el cuidado paliativo deja de ser un recurso tardío para convertirse en un componente esencial de la atención centrada en el paciente (29).

Entre los principios fundamentales que sustentan los cuidados paliativos, destaca el alivio del sufrimiento como eje central. Este principio implica no solo el control del dolor físico, sino también la atención de síntomas como la ansiedad, la depresión o el miedo, que frecuentemente acompañan a las enfermedades graves. En la práctica clínica, esto se traduce en un abordaje activo y continuo de los síntomas, evitando que el paciente atraviese su proceso con sufrimiento evitable (30).

Otro principio clave es la integralidad del cuidado. Los cuidados paliativos reconocen que la enfermedad impacta múltiples dimensiones de la vida del paciente, por lo que requieren un enfoque interdisciplinario que incluya médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y, en algunos casos, acompañamiento espiritual. Esta visión permite comprender al paciente en su contexto, considerando sus valores, creencias y entorno familiar, lo que facilita una atención más personalizada y significativa (31).

La dignidad, por su parte, constituye un principio transversal en el cuidado paliativo. Respetar la dignidad del paciente implica reconocer su autonomía, escuchar sus deseos y acompañarlo en la toma de decisiones, incluso en situaciones complejas. Esto cobra especial relevancia en etapas avanzadas de la enfermedad, donde el objetivo del cuidado no es prolongar la vida a cualquier costo, sino asegurar que esta se viva con sentido y respeto (32).

En este punto, es importante diferenciar los cuidados paliativos de los cuidados terminales, ya que ambos conceptos suelen confundirse en la práctica clínica. Los cuidados terminales se refieren específicamente a la atención brindada en las últimas etapas de la vida, cuando la muerte es inminente. En cambio, los cuidados paliativos abarcan un espectro más amplio, iniciándose desde el diagnóstico de una enfermedad grave y coexistiendo con tratamientos curativos o modificadores de la enfermedad. Esta distinción no es solo semántica, sino que tiene implicaciones directas en la oportunidad de la atención: limitar los cuidados paliativos al final de la vida implica perder la posibilidad de intervenir de manera temprana y efectiva (33).

En la realidad clínica, esta confusión puede traducirse en derivaciones tardías, donde los pacientes acceden a cuidados paliativos únicamente en fases avanzadas, cuando muchas de sus necesidades ya han evolucionado sin un abordaje adecuado. Por ejemplo, un paciente oncológico con dolor persistente y deterioro funcional podría beneficiarse de un enfoque paliativo desde etapas intermedias de su enfermedad, evitando así complicaciones y mejorando su calidad de vida. Sin embargo, si este enfoque se retrasa hasta la fase terminal, el impacto de la intervención será limitado (33).

3.4.2 Cuidados paliativos en el paciente oncológico

El paciente oncológico enfrenta una experiencia de enfermedad que va más allá del diagnóstico y el tratamiento médico. El cáncer no solo compromete órganos y sistemas, sino que transforma la vida cotidiana, las relaciones personales y la percepción del futuro. En este contexto, los cuidados paliativos adquieren un papel fundamental, al ofrecer una respuesta integral a las múltiples necesidades que surgen a lo largo del curso de la enfermedad, especialmente en sus fases avanzadas (34).

Las necesidades paliativas en el cáncer son complejas y dinámicas. No se limitan al control de síntomas físicos, sino que incluyen dimensiones psicológicas, sociales y, en muchos casos, espirituales. Un paciente puede requerir alivio del dolor, pero también acompañamiento ante el miedo a la progresión de la enfermedad, apoyo para enfrentar cambios en su

autonomía o ayuda para comunicar su situación a la familia. Estas necesidades no siempre son evidentes en una consulta médica convencional, lo que explica por qué con frecuencia permanecen subestimadas o no identificadas de manera oportuna (35).

Entre los síntomas más frecuentes en pacientes oncológicos, el dolor ocupa un lugar central. Se estima que una proporción significativa de estos pacientes experimenta dolor en algún momento de la enfermedad, ya sea por la progresión tumoral o como consecuencia de los tratamientos. Sin embargo, el dolor no suele presentarse de forma aislada. La fatiga persistente, la disnea, las náuseas, la pérdida de apetito y el insomnio son manifestaciones comunes que afectan de manera simultánea y contribuyen a un deterioro progresivo del estado general. A esto se suman síntomas emocionales como la ansiedad y la depresión, que pueden intensificar la percepción del sufrimiento físico (36).

Lo que resulta particularmente relevante es que estos síntomas tienden a interactuar entre sí. Por ejemplo, un paciente con dolor no controlado puede desarrollar insomnio, lo que a su vez incrementa la fatiga y agrava la sensación de desesperanza. Este efecto acumulativo genera una carga sintomática que impacta profundamente en la calidad de vida. Desde esta perspectiva, el abordaje paliativo no debe centrarse en síntomas aislados, sino en comprender la experiencia global del paciente (37).

El impacto del cáncer en la calidad de vida es, por tanto, multidimensional. No solo se ve afectada la capacidad física, sino también la autonomía, la interacción social y el bienestar emocional. Muchos pacientes experimentan una pérdida progresiva de independencia, lo que puede generar sentimientos de inutilidad o carga para sus familiares. En otros casos, el temor a la muerte o a la evolución de la enfermedad se convierte en una fuente constante de angustia. Estos aspectos, aunque no siempre visibles en los exámenes clínicos, son determinantes en la experiencia de la enfermedad (37).

Un ejemplo frecuente en la práctica clínica es el del paciente que, a pesar de recibir tratamiento oncológico activo, presenta una marcada limitación

funcional y múltiples síntomas mal controlados. En estos casos, la atención centrada exclusivamente en la enfermedad puede dejar de lado aspectos esenciales del bienestar del paciente. Aquí es donde los cuidados paliativos permiten reorientar el enfoque, priorizando no solo la prolongación de la vida, sino también su calidad (38).

La importancia del abordaje temprano en cuidados paliativos radica precisamente en la posibilidad de intervenir antes de que el sufrimiento se intensifique. Diversos estudios han demostrado que la integración precoz de cuidados paliativos en pacientes oncológicos mejora el control de síntomas, reduce la ansiedad y favorece una mejor adaptación a la enfermedad. Además, permite establecer una comunicación más clara entre el equipo de salud, el paciente y su familia, facilitando la toma de decisiones informadas (39).

Sin embargo, en la práctica, el acceso a cuidados paliativos suele ocurrir de manera tardía. Persisten barreras conceptuales que asocian este tipo de atención exclusivamente con la fase final de la vida, lo que retrasa su implementación. Esta percepción limita las oportunidades de intervención y reduce el impacto potencial de los cuidados paliativos. Reconocer que estos cuidados pueden y deben iniciarse desde etapas más tempranas implica un cambio en la cultura médica y en la forma de entender el proceso de enfermedad (40).

En este sentido, los cuidados paliativos en el paciente oncológico no deben considerarse como una alternativa cuando ya no hay opciones terapéuticas, sino como un complemento necesario que acompaña todo el proceso de atención. Su integración permite anticipar necesidades, aliviar el sufrimiento y promover una atención más humana y centrada en la persona (39).

3.4.3 Necesidades paliativas

Comprender las necesidades paliativas implica ir más allá de la identificación de síntomas aislados, pues supone reconocer que el sufrimiento humano, especialmente en el contexto de enfermedades crónicas o potencialmente mortales, es una experiencia compleja que no puede reducirse únicamente a

lo físico. En este sentido, el concepto de “necesidades paliativas” surge como una categoría integradora que permite abordar de manera más completa las demandas del paciente (41).

Desde una perspectiva conceptual, las necesidades paliativas pueden definirse como el conjunto de requerimientos físicos, emocionales, sociales y espirituales que presenta una persona a lo largo del curso de una enfermedad grave, y que requieren una intervención orientada al alivio del sufrimiento y a la mejora de la calidad de vida. Esta definición implica un cambio de enfoque: el objetivo ya no es únicamente tratar la enfermedad, sino identificar y responder a aquello que el paciente necesita para vivir su proceso con mayor bienestar y dignidad (42).

En la práctica clínica, este concepto adquiere especial relevancia porque permite visibilizar aspectos que tradicionalmente han sido subestimados, como ocurre en pacientes con cáncer avanzado que pueden no presentar dolor intenso, pero sí experimentar ansiedad persistente, aislamiento social o una profunda preocupación por su familia. Estas situaciones constituyen necesidades paliativas, aunque no siempre sean reconocidas como tales en un modelo biomédico convencional (43).

Uno de los aportes más importantes del enfoque paliativo es la comprensión de que estas necesidades se distribuyen en distintas dimensiones que interactúan entre sí. La dimensión física es, probablemente, la más evidente. Incluye síntomas como dolor, fatiga, disnea, náuseas o insomnio, los cuales pueden afectar de manera directa la funcionalidad del paciente. Sin embargo, incluso dentro de esta dimensión, la experiencia del síntoma no es puramente biológica. El dolor, por ejemplo, puede intensificarse en presencia de ansiedad o miedo, lo que evidencia la conexión con otras dimensiones del sufrimiento (44).

3.4.3.1 Dimensiones de las necesidades paliativas

La dimensión psicológica aborda aspectos relacionados con las emociones, los pensamientos y la capacidad de adaptación del paciente frente a la enfermedad. La ansiedad, la depresión, el miedo a la muerte o la

incertidumbre sobre el futuro son manifestaciones frecuentes que pueden afectar de manera significativa la calidad de vida. En muchos casos, estos síntomas no son expresados abiertamente, lo que dificulta su identificación. Esto plantea un desafío importante para el equipo de salud, que debe desarrollar habilidades de comunicación y escucha activa para reconocer estas necesidades (45).

Por su parte, la dimensión social se refiere al impacto de la enfermedad en las relaciones interpersonales, el entorno familiar y la situación económica del paciente. La pérdida de autonomía, la dependencia de cuidadores o la dificultad para mantener actividades laborales pueden generar una sensación de carga o inutilidad. Además, en contextos donde el acceso a servicios de salud es limitado, estas dificultades pueden intensificarse, afectando no solo al paciente, sino también a su entorno cercano (46).

La dimensión espiritual, aunque menos tangible, es igualmente relevante. No se limita a creencias religiosas, sino que incluye la búsqueda de sentido, la reconciliación con la propia historia y la forma en que el paciente enfrenta la posibilidad de la muerte. En situaciones de enfermedad avanzada, es común que surjan preguntas existenciales que no pueden ser abordadas desde una perspectiva exclusivamente médica. Ignorar esta dimensión puede dejar aspectos fundamentales del sufrimiento sin atender (47).

Lo importante es entender que estas dimensiones no funcionan de manera independiente. Por el contrario, se interrelacionan constantemente. Un problema físico no resuelto puede generar ansiedad, lo que a su vez afecta la interacción social y el bienestar espiritual. Esta interconexión refuerza la necesidad de un abordaje integral, que no fragmente la experiencia del paciente, sino que la comprenda en su totalidad.

3.4.3.2 Identificación Clínica versus percepción subjetiva

En este contexto, surge una cuestión clave: ¿cómo identificar estas necesidades en la práctica clínica? Tradicionalmente, la evaluación médica se ha basado en signos y síntomas observables, lo que favorece la identificación de necesidades físicas, pero limita la detección de aquellas

que son más subjetivas. Esto genera una diferencia importante entre la identificación clínica y la percepción del paciente (48).

La identificación clínica se basa en criterios objetivos, como la presencia de síntomas, el estado funcional o la evolución de la enfermedad. Este enfoque es fundamental para estandarizar la atención y facilitar la toma de decisiones. Sin embargo, puede resultar insuficiente si no se complementa con la percepción del paciente, que incluye su experiencia personal del sufrimiento, sus expectativas y sus valores (49).

Por ejemplo, dos pacientes con el mismo diagnóstico y estadio de enfermedad pueden tener experiencias completamente distintas. Uno puede sentirse tranquilo y adaptado, mientras que otro puede experimentar un alto nivel de angustia. Si la evaluación se limita a parámetros clínicos, estas diferencias pueden pasar desapercibidas, lo que afecta la calidad del cuidado.

Al integrar ambas perspectivas tanto la clínica como la subjetiva, esto representa uno de los principales desafíos en cuidados paliativos, se requiere no solo herramientas estructuradas de evaluación, sino también una actitud abierta por parte del equipo de salud. Escuchar al paciente, validar su experiencia y comprender su contexto son elementos esenciales para una identificación adecuada de sus necesidades (49).

Por tal motivo, el concepto de necesidades paliativas adquiere un valor práctico, ya que orienta la atención hacia lo que realmente importa para el paciente. No se trata únicamente de tratar síntomas, sino de comprender el significado que estos tienen en su vida. Esta perspectiva permite ofrecer un cuidado más humano, donde la intervención médica se alinea con las expectativas y valores del paciente.

3.4.4 Identificación de necesidades paliativas en la práctica clínica

La identificación de necesidades paliativas constituye uno de los desafíos más relevantes en la práctica clínica contemporánea, especialmente en el ámbito oncológico. Aunque el concepto de cuidado paliativo ha evolucionado hacia un enfoque integral y temprano, su aplicación real continúa

enfrentando limitaciones importantes. En muchos contextos, reconocer cuándo un paciente requiere este tipo de atención no es un proceso sistemático, sino que depende en gran medida del criterio individual del profesional de salud (50).

Uno de los principales problemas en la identificación actual radica en la persistencia de un modelo biomédico centrado en la enfermedad. Este enfoque prioriza el diagnóstico, el tratamiento y la evolución clínica, pero no siempre contempla de manera adecuada el sufrimiento del paciente en sus distintas dimensiones. Como resultado, aspectos como la carga emocional, las dificultades sociales o las preocupaciones existenciales suelen quedar fuera del análisis clínico. Esta limitación no implica una falta de interés por parte del profesional, sino una estructura de atención que no siempre facilita una evaluación integral (51).

A esta situación se suma la percepción errónea de que los cuidados paliativos deben iniciarse únicamente en etapas terminales. Esta idea, aún presente en muchos entornos clínicos, condiciona la forma en que se identifican las necesidades paliativas. En lugar de considerarlas como parte del proceso desde etapas tempranas, se asocian a un punto final en la evolución de la enfermedad. Como consecuencia, la identificación ocurre de manera tardía, cuando el paciente ya presenta un deterioro significativo (52).

El subregistro de necesidades paliativas es una consecuencia directa de estas limitaciones. Muchas necesidades permanecen invisibles porque no se documentan de forma sistemática o porque no forman parte de los indicadores tradicionales de evaluación clínica. Por ejemplo, un paciente puede experimentar ansiedad constante o dificultades económicas relacionadas con su tratamiento, pero si estos aspectos no son explorados activamente, es probable que no queden reflejados en su historia clínica. Esta ausencia de registro no solo limita la comprensión del caso, sino que también reduce la posibilidad de intervención (53).

El retraso en la derivación a servicios de cuidados paliativos es otro problema estrechamente relacionado. Cuando las necesidades no son identificadas a tiempo, la referencia a estos servicios ocurre en fases

avanzadas de la enfermedad. Esto implica que el paciente pierde la oportunidad de beneficiarse de intervenciones tempranas que podrían mejorar su calidad de vida. En la práctica, esto se traduce en un manejo reactivo, donde las acciones se toman cuando el problema ya es evidente, en lugar de anticiparse a su aparición (53).

Ante este escenario, la incorporación de herramientas objetivas para la identificación de necesidades paliativas se vuelve fundamental. Estas herramientas permiten estandarizar la evaluación, reduciendo la variabilidad asociada al juicio clínico individual. A través de criterios definidos, facilitan la detección de pacientes que podrían beneficiarse de un enfoque paliativo, incluso en etapas en las que no es evidente desde una perspectiva convencional (54).

El uso de instrumentos estructurados no pretende reemplazar la experiencia clínica, sino complementarla. Al integrar variables clínicas, funcionales y, en algunos casos, pronósticas, estas herramientas ofrecen una visión más completa del paciente. Además, contribuyen a visibilizar necesidades que podrían pasar desapercibidas en una evaluación no sistemática. En este sentido, su implementación representa un avance hacia una práctica más consistente y centrada en la persona (55).

Un ejemplo ilustrativo es el paciente oncológico que continúa en tratamiento activo, pero presenta una disminución progresiva de su estado funcional, acompañado de síntomas persistentes y dificultades emocionales. En ausencia de una herramienta estructurada, este paciente podría no ser identificado como candidato a cuidados paliativos. Sin embargo, mediante una evaluación sistemática, es posible reconocer estas señales y actuar de manera oportuna (55).

Las consecuencias de la no identificación de necesidades paliativas son significativas y afectan múltiples niveles. En el paciente, se traduce en un mayor sufrimiento físico y emocional, así como en una menor calidad de vida. La falta de control de síntomas puede generar hospitalizaciones frecuentes, complicaciones evitables y una experiencia de enfermedad marcada por el malestar (55).

En el entorno familiar, la ausencia de un abordaje paliativo adecuado incrementa la carga emocional y física de los cuidadores. La incertidumbre, la falta de orientación y el desgaste asociado al cuidado continuo pueden afectar de manera importante el bienestar de la familia. Desde el punto de vista del sistema de salud, esta situación implica un uso ineficiente de los recursos, con intervenciones que no siempre aportan beneficios significativos en etapas avanzadas de la enfermedad (56).

3.4.5 Instrumentos para la identificación de necesidades paliativas

La identificación de necesidades paliativas ha evolucionado desde una práctica basada casi exclusivamente en la intuición clínica hacia un proceso cada vez más estructurado y respaldado por herramientas específicas. Este cambio responde a una necesidad concreta: reconocer de manera oportuna a los pacientes que requieren cuidados paliativos antes de que el sufrimiento se intensifique o las oportunidades de intervención disminuyan. En un contexto donde las enfermedades crónicas avanzadas, especialmente las oncológicas, generan trayectorias clínicas complejas, depender únicamente de la percepción subjetiva del profesional resulta insuficiente (57).

Durante mucho tiempo, la identificación de pacientes con necesidades paliativas se apoyó principalmente en la experiencia del médico tratante. En teoría, este juicio clínico podía ser suficiente cuando el deterioro era evidente. Sin embargo, en la práctica, muchas necesidades paliativas emergen antes de que los signos sean claramente visibles. Un paciente puede continuar recibiendo tratamiento oncológico activo y, al mismo tiempo, presentar una carga sintomática importante, deterioro funcional progresivo o sufrimiento emocional significativo. Sin herramientas objetivas, estas señales pueden pasar desapercibidas o ser interpretadas como parte inevitable del curso de la enfermedad (58).

Frente a esta realidad, se han desarrollado diversos instrumentos diseñados para facilitar la identificación sistemática de necesidades paliativas. Estas herramientas no buscan reemplazar el criterio clínico, sino complementarlo y hacerlo más consistente. Entre las más utilizadas se encuentran el Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance (GSF-PIG), el

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT), el Palliative Performance Scale (PPS) y el NECPAL, cada uno con características particulares según el contexto asistencial y la población objetivo (59).

El GSF-PIG fue uno de los primeros marcos ampliamente difundidos y se centra en indicadores pronósticos que ayudan a identificar pacientes con enfermedades avanzadas susceptibles de beneficiarse de cuidados paliativos. SPICT, por su parte, incorpora criterios clínicos generales y específicos para múltiples enfermedades, permitiendo una evaluación más amplia en contextos hospitalarios y comunitarios. El PPS se enfoca en medir el estado funcional del paciente, lo que resulta útil para valorar progresión y pronóstico. En contraste, herramientas como NECPAL integran no solo indicadores clínicos y funcionales, sino también la conocida “pregunta sorpresa”, que invita al profesional a reflexionar si se sorprendería si el paciente falleciera en el próximo año. Esta combinación de criterios ha demostrado ser especialmente útil en la práctica clínica (59).

La existencia de múltiples instrumentos refleja que las necesidades paliativas no pueden reducirse a una única variable. Cada paciente presenta una combinación particular de síntomas, limitaciones funcionales, carga emocional y contexto social. Por ello, estas herramientas intentan capturar la complejidad del proceso mediante parámetros estructurados que permitan una valoración más objetiva y reproducible (60).

La estandarización constituye uno de los mayores aportes de estos instrumentos. En medicina, estandarizar significa reducir la variabilidad no deseada en la toma de decisiones clínicas. Cuando la identificación de necesidades paliativas depende exclusivamente de la experiencia individual, pueden existir diferencias significativas entre profesionales, incluso frente a casos similares. Dos médicos pueden interpretar de manera distinta el mismo cuadro clínico: uno puede considerar que el paciente requiere cuidados paliativos, mientras otro puede retrasar esa decisión. Esta variabilidad genera inequidad en el acceso a la atención (61).

Mediante la estandarización, las herramientas permiten establecer criterios comunes que orientan la evaluación. Esto no solo mejora la consistencia

diagnóstica, sino que también favorece la comunicación entre equipos multidisciplinares. Cuando un instrumento define parámetros claros, el lenguaje clínico se vuelve compartido, facilitando decisiones coordinadas y reduciendo ambigüedades (61).

Además, la estandarización permite comparar resultados entre instituciones y poblaciones, lo que resulta fundamental en investigación y planificación sanitaria. Si un hospital utiliza criterios homogéneos para identificar necesidades paliativas, puede estimar con mayor precisión la magnitud del problema, organizar recursos y diseñar estrategias de intervención más eficaces. En este sentido, los instrumentos no solo tienen valor clínico individual, sino también impacto en la gestión de salud pública.

Una de las ventajas más relevantes frente al juicio clínico subjetivo es la capacidad de detectar pacientes en etapas más tempranas. El juicio subjetivo suele activarse cuando el deterioro es evidente, mientras que los instrumentos estructurados pueden identificar patrones menos visibles, como una combinación de pérdida funcional, síntomas persistentes y progresión de enfermedad. Esto favorece intervenciones precoces, que han demostrado mejorar calidad de vida y reducir hospitalizaciones innecesarias (62).

Otra ventaja importante es la reducción de sesgos. El juicio clínico está influido por múltiples factores, entre ellos la experiencia, la carga laboral, las creencias personales e incluso el vínculo emocional con el paciente. En entornos de alta demanda asistencial, estos factores pueden condicionar decisiones apresuradas o incompletas. Las herramientas objetivas ayudan a disminuir esa influencia al ofrecer un marco sistemático que guía la evaluación de manera más neutral (62).

Sin embargo, reconocer las ventajas de estas herramientas no implica ignorar sus limitaciones. Ningún instrumento puede capturar por completo la singularidad de la experiencia humana. Existe el riesgo de que su uso mecánico transforme una evaluación compleja en una lista de verificación desprovista de contexto. Por ello, su valor real depende de cómo se integren al razonamiento clínico y no de su aplicación aislada. El mejor escenario

ocurre cuando la herramienta sirve como apoyo al juicio profesional, no como sustituto (62).

Un ejemplo práctico ilustra esta relación. Un paciente con cáncer metastásico puede mantener estabilidad clínica aparente, pero presentar fatiga intensa, pérdida progresiva de peso y deterioro funcional moderado. A simple vista, podría no parecer un candidato inmediato para cuidados paliativos. Sin embargo, una herramienta estructurada puede revelar que cumple varios criterios de identificación, permitiendo una intervención más temprana. En este caso, el instrumento no reemplaza al médico; amplía su capacidad de observación.

3.4.6 Instrumento NECPAL 4.0

3.4.6.1 Origen y desarrollo del NECPAL

La identificación oportuna de pacientes con necesidades paliativas ha sido, durante años, uno de los mayores desafíos en la atención clínica, especialmente en enfermedades crónicas avanzadas como el cáncer. En respuesta a esta problemática surgió el instrumento NECPAL, una herramienta diseñada para facilitar el reconocimiento precoz de pacientes que podrían beneficiarse de cuidados paliativos. Su desarrollo fue impulsado por el Institut Català d'Oncologia (ICO), en colaboración con el Observatorio Qualy, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para programas públicos de cuidados paliativos, en España (63).

El origen del NECPAL se fundamentó en una necesidad concreta: muchos pacientes eran derivados a cuidados paliativos en etapas demasiado avanzadas, cuando el deterioro funcional y la carga sintomática ya eran severos. Esta situación evidenciaba que el problema no era únicamente la falta de recursos, sino también la ausencia de criterios homogéneos para reconocer a tiempo a quienes necesitaban este tipo de atención. Así, el NECPAL fue concebido como una herramienta práctica, accesible y adaptable a distintos niveles asistenciales (64).

Con el paso del tiempo, el instrumento ha evolucionado a través de varias versiones, incorporando mejoras derivadas de la experiencia clínica y la

investigación. La versión 4.0 representa una actualización más refinada, orientada a aumentar la precisión diagnóstica y la aplicabilidad en contextos clínicos complejos. Esta evolución ha permitido consolidar al NECPAL como una de las herramientas más reconocidas en el ámbito internacional para la detección de necesidades paliativas (64).

3.4.6.2 *Objetivo del instrumento*

El objetivo principal del NECPAL 4.0 es identificar de forma temprana a pacientes con enfermedades avanzadas, crónicas o progresivas que presentan necesidades paliativas, independientemente de su diagnóstico específico. A diferencia de otras herramientas centradas únicamente en estimar pronóstico, el NECPAL busca reconocer necesidades reales de cuidado integral (65).

Esto implica una diferencia conceptual importante. El instrumento no está diseñado exclusivamente para predecir mortalidad, sino para señalar cuándo un paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad clínica que requiere un enfoque paliativo. En este sentido, su propósito no es anticipar la muerte, sino mejorar la calidad de vida a través de una identificación oportuna (65).

3.4.6.3 *Componentes del instrumento NECPAL 4.0*

a) Pregunta sorpresa

Uno de los elementos más distintivos del NECPAL es la llamada “pregunta sorpresa”:

¿Me sorprendería que este paciente falleciera en los próximos doce meses?

Aunque parece una pregunta simple, tiene un profundo valor clínico. Obliga al profesional a integrar, de manera intuitiva, múltiples dimensiones del estado del paciente: progresión de enfermedad, fragilidad, deterioro funcional y respuesta a tratamientos. No busca exactitud pronóstica, sino activar una alerta clínica (65).

La fortaleza de esta pregunta radica en su capacidad para transformar la intuición médica en una señal estructurada de sospecha. En pacientes oncológicos, donde la evolución puede ser variable, esta reflexión permite identificar situaciones que podrían pasar desapercibidas en evaluaciones convencionales (65).

b) Indicadores clínicos

El NECPAL incorpora indicadores clínicos objetivos que complementan la valoración inicial (65). Entre ellos destacan:

- Progresión avanzada de enfermedad.
- Síntomas persistentes o refractarios.
- Múltiples ingresos hospitalarios.
- Pérdida involuntaria de peso.
- Comorbilidades complejas.

Estos indicadores aportan evidencia concreta de deterioro progresivo. Su presencia ayuda a reducir la subjetividad del proceso de identificación, favoreciendo decisiones más consistentes y comparables entre profesionales (65).

c) Indicadores funcionales

El deterioro funcional constituye otra dimensión clave del instrumento. Se valoran aspectos como:

- Reducción de autonomía.
- Dependencia para actividades básicas.
- Disminución de movilidad.
- Declive progresivo del estado general.

En muchos casos, la pérdida funcional precede al agravamiento clínico visible. Por ello, estos indicadores permiten detectar pacientes que aún no

presentan síntomas extremos, pero cuya trayectoria sugiere necesidad de cuidados paliativos (65).

3.4.6.4 Criterios de positividad

La positividad del NECPAL se establece cuando concurren dos condiciones:

- Respuesta negativa a la pregunta sorpresa (el profesional no se sorprendería si el paciente falleciera en un año).
- Presencia de al menos un indicador clínico o funcional relevante.

Este criterio mixto es una de las fortalezas metodológicas del instrumento, ya que combina percepción clínica con evidencia objetiva. Gracias a ello, se evita depender únicamente de la intuición médica o, en el extremo opuesto, de parámetros rígidos descontextualizados (66).

3.4.6.5 Validación en estudios previos

Diversos estudios internacionales han demostrado la validez del NECPAL en contextos hospitalarios, comunitarios y de atención primaria. Investigaciones desarrolladas en Europa y América Latina han evidenciado que el instrumento posee adecuada sensibilidad para detectar pacientes con necesidades paliativas no identificadas previamente (66).

Uno de sus aportes más relevantes ha sido mostrar que muchos pacientes NECPAL positivos no habían sido derivados aún a cuidados paliativos, lo que confirma su utilidad como herramienta de detección temprana. Además, su aplicación ha permitido mejorar la planificación asistencial y optimizar recursos en instituciones con alta carga de pacientes complejos (66).

La validación multicéntrica ha reforzado su confiabilidad, demostrando que puede aplicarse en distintos sistemas de salud sin perder consistencia clínica.

3.4.6.6 Aplicación en pacientes oncológicos

En oncología, el NECPAL 4.0 adquiere una importancia especial debido a la naturaleza cambiante del cáncer. Muchos pacientes atraviesan períodos

prolongados de tratamiento activo, pero simultáneamente experimentan deterioro funcional, síntomas persistentes y sufrimiento emocional (67).

Un paciente con cáncer metastásico, por ejemplo, puede seguir recibiendo quimioterapia y al mismo tiempo presentar dolor mal controlado, pérdida de peso y dependencia creciente. Sin una herramienta estructurada, estas señales podrían interpretarse como parte “esperable” de la enfermedad. El NECPAL permite reconocerlas como indicadores de necesidad paliativa (67).

Su uso en pacientes oncológicos facilita:

- Identificación temprana.
- Derivación oportuna.
- Mejor planificación del cuidado.
- Reducción de intervenciones tardías o desproporcionadas.

Además, permite integrar cuidados paliativos sin interrumpir tratamientos activos, favoreciendo un modelo complementario y no excluyente.

El NECPAL 4.0 representa mucho más que un instrumento técnico. Su verdadero valor reside en cambiar la lógica de atención: pasar de reaccionar ante el deterioro evidente a anticiparse a él. Esto transforma la práctica clínica en un proceso más humano, sensible y preventivo.

No sustituye el juicio médico, pero lo fortalece. No reemplaza la experiencia, pero la organiza. En última instancia, su mayor aporte consiste en recordar que identificar necesidades paliativas no significa reconocer el final, sino abrir una oportunidad para cuidar mejor (67).

3.4.7 Estado funcional y variables clínicas en pacientes oncológicos

En el contexto oncológico, el estado funcional constituye uno de los indicadores más importantes para comprender la situación real del paciente. Más allá del diagnóstico o del estadio tumoral, el estado funcional refleja cómo la enfermedad afecta la capacidad de una persona para desenvolverse en su vida cotidiana. En términos prácticos, expresa cuánto ha alterado el

cáncer la autonomía, la movilidad, la independencia y la capacidad para realizar actividades básicas (68).

A diferencia de otros parámetros clínicos que describen la enfermedad desde una perspectiva biológica, el estado funcional traduce el impacto de la patología en la experiencia concreta del paciente. Un tumor puede tener características histológicas similares en dos personas distintas, pero sus efectos sobre la funcionalidad pueden ser profundamente diferentes. Por ello, valorar el estado funcional permite aproximarse no solo al curso de la enfermedad, sino también a la forma en que esta condiciona la calidad de vida (68).

3.4.7.1 Escalas de evaluación: ECOG y Karnofsky

Para medir el estado funcional se han desarrollado herramientas estandarizadas que permiten objetivar el grado de deterioro. Entre las más utilizadas en oncología se encuentran la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y el índice de Karnofsky (69).

La escala ECOG clasifica al paciente en niveles que van desde 0, cuando conserva plena actividad, hasta 5, que corresponde al fallecimiento. Su principal fortaleza radica en su simplicidad y facilidad de aplicación clínica. Permite valorar rápidamente si el paciente mantiene independencia, requiere ayuda parcial o permanece postrado (69).

Por su parte, la escala de Karnofsky ofrece una medición más detallada, expresada en porcentajes que oscilan entre 100 y 0. Un puntaje alto indica autonomía conservada, mientras que cifras bajas reflejan dependencia progresiva. Esta escala resulta especialmente útil para evaluar cambios graduales en el tiempo, permitiendo detectar deterioros que podrían pasar inadvertidos en valoraciones menos sensibles (69).

Ambas herramientas cumplen una función clave: transformar la observación clínica en un lenguaje común y comparable. Gracias a ellas, distintos profesionales pueden interpretar de manera homogénea la situación funcional del paciente, favoreciendo decisiones terapéuticas más coherentes (69).

3.4.7.2 Relación entre estado funcional y pronóstico

El estado funcional tiene una relación directa con el pronóstico en pacientes oncológicos. Numerosos estudios han demostrado que el deterioro progresivo de la funcionalidad se asocia con menor supervivencia, mayor riesgo de complicaciones y menor tolerancia a tratamientos agresivos (70).

Esta relación se explica porque el estado funcional sintetiza múltiples dimensiones del estado de salud. Un paciente con deterioro funcional avanzado suele presentar mayor carga sintomática, menor reserva fisiológica y menor capacidad de recuperación. En este sentido, la pérdida de funcionalidad no solo es una consecuencia de la enfermedad, sino también un marcador de vulnerabilidad clínica (70).

Por ejemplo, un paciente con ECOG 3 o Karnofsky inferior al 50 % difícilmente tolerará quimioterapia intensiva del mismo modo que alguien con autonomía preservada. Así, el estado funcional orienta no solo expectativas pronósticas, sino también decisiones terapéuticas realistas y centradas en el beneficio del paciente (70).

3.4.7.3 Influencia del estado funcional en las necesidades paliativas

El deterioro funcional constituye uno de los indicadores más relevantes para identificar necesidades paliativas. A medida que disminuye la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas, aumentan las demandas de apoyo físico, emocional y social (71).

La pérdida de autonomía implica cambios profundos en la vida diaria. Actividades antes simples, como caminar, alimentarse o vestirse, pueden requerir ayuda externa. Esto genera no solo dependencia práctica, sino también impacto emocional. Muchos pacientes experimentan sentimientos de frustración, pérdida de control o temor a convertirse en una carga para sus familias (72).

Desde la perspectiva paliativa, el estado funcional actúa como una señal de alerta. No solo indica gravedad clínica, sino que orienta sobre el momento en que el paciente necesita intervenciones integrales. Cuando la funcionalidad

disminuye, las necesidades paliativas suelen intensificarse, ya que aumentan la carga sintomática, la fragilidad y la vulnerabilidad emocional (72).

3.4.7.4 Variables clínicas relevantes en pacientes oncológicos

Además del estado funcional, existen variables clínicas que influyen de manera decisiva en la evolución del paciente y en la aparición de necesidades paliativas. Entre las más relevantes destacan el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y el tratamiento recibido (73).

a) Tipo de cáncer

El comportamiento clínico del cáncer varía según su origen histológico y localización. Algunos tumores presentan progresión lenta, mientras otros evolucionan rápidamente y generan síntomas intensos desde fases tempranas. Por ejemplo, neoplasias pancreáticas o pulmonares suelen asociarse con deterioro acelerado, mientras ciertos tumores hematológicos pueden tener trayectorias más prolongadas (73).

El tipo de cáncer también determina la naturaleza de los síntomas predominantes. Un paciente con cáncer óseo metastásico puede sufrir dolor severo, mientras que otro con cáncer pulmonar avanzado puede presentar disnea como síntoma principal. Estas diferencias condicionan necesidades paliativas específicas (73).

b) Estadio de la enfermedad

El estadio tumoral constituye un factor central en la valoración clínica. En estadios avanzados, la carga tumoral suele ser mayor y con frecuencia aparecen metástasis, complicaciones sistémicas y deterioro progresivo (74).

Sin embargo, el estadio no siempre predice por sí solo la magnitud del sufrimiento. Existen pacientes con enfermedad metastásica relativamente estables y otros con estadios menos avanzados, pero con alta carga sintomática. Por ello, el estadio debe interpretarse junto al estado funcional y no de manera aislada (74).

c) Tratamiento recibido

El tratamiento oncológico también influye en la experiencia clínica del paciente. Quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia o cirugía pueden prolongar supervivencia, pero también generar efectos adversos significativos como fatiga, náuseas, neuropatías o inmunosupresión (75).

En algunos casos, el tratamiento mismo puede deteriorar temporalmente el estado funcional. Esto plantea un equilibrio delicado entre beneficio terapéutico y calidad de vida. Desde una perspectiva paliativa, valorar este impacto es esencial para evitar intervenciones desproporcionadas que aumenten sufrimiento sin aportar beneficios reales (76).

3.4.8 Derivación a cuidados paliativos

La derivación a cuidados paliativos constituye un proceso clínico y organizacional mediante el cual un paciente es remitido, de forma formal y oportuna, a un equipo especializado para recibir atención integral orientada al alivio del sufrimiento. Este acto, aparentemente administrativo, tiene una profunda dimensión humana: representa el reconocimiento de que el paciente necesita un abordaje que trasciende el tratamiento curativo y que prioriza su bienestar físico, emocional, social y espiritual (77).

En el ámbito oncológico, derivar no significa renunciar al tratamiento de la enfermedad. Esta confusión ha persistido durante años y ha contribuido a retrasar decisiones clínicas fundamentales. En realidad, la referencia a cuidados paliativos debe entenderse como una ampliación del cuidado, no como una señal de fracaso terapéutico. Un paciente puede continuar recibiendo quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia y, al mismo tiempo, beneficiarse de apoyo paliativo especializado. Esta coexistencia es precisamente uno de los pilares de la medicina centrada en la persona (78).

La derivación adecuada implica identificar el momento en que las necesidades paliativas superan lo que puede resolverse dentro del manejo convencional. No se trata únicamente de una decisión médica basada en el pronóstico, sino también en la presencia de síntomas complejos, deterioro funcional, sufrimiento emocional o necesidades familiares no cubiertas (79).

3.4.8.1 Modelos de integración paliativa

La forma en que los cuidados paliativos se integran al sistema de salud varía según el contexto institucional y los recursos disponibles. Existen distintos modelos de integración, cada uno con implicaciones prácticas en el acceso del paciente a este tipo de atención (80).

Uno de los modelos más tradicionales es el modelo secuencial, en el cual los cuidados paliativos se incorporan únicamente cuando el tratamiento curativo deja de ser efectivo. Este enfoque ha sido ampliamente cuestionado, ya que suele conducir a derivaciones tardías, cuando el deterioro del paciente es avanzado y las oportunidades de intervención son limitadas (80).

En contraste, el modelo simultáneo o integrado propone que los cuidados paliativos se incorporen desde etapas tempranas de la enfermedad, coexistiendo con tratamientos activos. Este modelo ha demostrado mejores resultados en control sintomático, calidad de vida y satisfacción del paciente. Su fortaleza radica en que reconoce que las necesidades paliativas pueden surgir mucho antes de la fase terminal (81).

También existe el modelo consultivo, donde el equipo paliativo interviene como apoyo especializado dentro del manejo general del paciente, sin reemplazar al equipo tratante principal. Este modelo es particularmente útil en hospitales oncológicos, donde múltiples especialidades participan en el cuidado del paciente (82).

La elección del modelo depende de factores institucionales, disponibilidad de equipos especializados y cultura médica. Sin embargo, independientemente del modelo adoptado, el objetivo común debe ser garantizar acceso temprano, oportuno y continuo (83).

3.4.8.2 Barreras en la derivación

A pesar de la evidencia que respalda la integración temprana, persisten numerosas barreras que dificultan la derivación oportuna a cuidados paliativos. Una de las más frecuentes es la percepción errónea de que estos cuidados equivalen exclusivamente al final de la vida. Esta idea genera

resistencia tanto en profesionales como en pacientes y familias, quienes pueden interpretar la derivación como una señal de abandono terapéutico (84).

Otra barrera importante radica en la falta de criterios uniformes para identificar cuándo derivar. En muchos casos, la decisión depende de la experiencia individual del médico tratante, lo que introduce variabilidad y retrasa intervenciones necesarias. Sin herramientas objetivas, la derivación puede depender más de percepciones subjetivas que de necesidades reales del paciente (84).

También existen obstáculos estructurales. La escasez de equipos especializados, la limitada cobertura de servicios paliativos y la sobrecarga asistencial dificultan que todos los pacientes que lo necesitan accedan a estos cuidados. En sistemas de salud con recursos restringidos, estas limitaciones se traducen en inequidad (85).

A ello se suman barreras emocionales. Para muchos profesionales, hablar de cuidados paliativos implica enfrentar conversaciones difíciles sobre pronóstico, límites terapéuticos y expectativas de vida. Estas conversaciones, aunque necesarias, suelen postergarse por incomodidad o temor a generar angustia en el paciente (86).

3.4.8.3 Relación entre identificación y acceso a cuidados paliativos

La derivación efectiva depende, en gran medida, de una identificación adecuada de las necesidades paliativas. No puede derivarse lo que no ha sido reconocido. Esta relación convierte a la identificación en el punto de partida indispensable para garantizar acceso real a cuidados paliativos (87).

Cuando las necesidades paliativas son detectadas tempranamente mediante herramientas estructuradas, aumenta la probabilidad de una referencia oportuna. En cambio, si la identificación ocurre tarde o de forma incompleta, el acceso también se retrasa. Esta situación genera una cadena de consecuencias: síntomas no controlados, deterioro evitable, hospitalizaciones repetidas y sufrimiento acumulado (87).

Por ejemplo, un paciente oncológico con dolor persistente, pérdida funcional progresiva y ansiedad intensa puede seguir recibiendo tratamiento activo sin ser derivado si nadie reconoce formalmente sus necesidades paliativas. En cambio, si estas son identificadas mediante criterios objetivos, el acceso al equipo paliativo puede ocurrir antes, permitiendo intervenciones que mejoran significativamente su experiencia de enfermedad (87).

La relación entre identificación y acceso no es solo técnica; también es ética. Reconocer necesidades paliativas implica aceptar que el sufrimiento merece atención inmediata, independientemente de la etapa de la enfermedad. Derivar a tiempo significa ofrecer al paciente una oportunidad de vivir su proceso con mayor alivio, dignidad y acompañamiento (88).

3.4.9 Brechas en el acceso a cuidados paliativos

En las últimas décadas, los cuidados paliativos han sido reconocidos internacionalmente como un componente esencial de los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) los considera un derecho humano vinculado al acceso a una atención digna, integral y centrada en la persona. Sin embargo, esta declaración contrasta con una realidad persistente: millones de personas que requieren cuidados paliativos en el mundo no llegan a recibirlos (89).

La OMS estima que cada año más de 56 millones de personas necesitan cuidados paliativos, y una proporción considerable corresponde a pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas. No obstante, menos del 15 % de quienes los requieren acceden efectivamente a ellos. Esta cifra refleja una paradoja sanitaria: existe consenso sobre la importancia del cuidado paliativo, pero su implementación continúa siendo limitada y desigual (90).

El problema no radica únicamente en la falta de servicios, sino en una distribución profundamente inequitativa. Mientras algunos países han integrado los cuidados paliativos en políticas públicas, formación médica y redes hospitalarias, otros apenas cuentan con estructuras básicas. Así, el acceso depende con frecuencia más del lugar donde vive el paciente que de sus necesidades reales.

3.4.9.1 *La realidad latinoamericana: avances parciales y desigualdad persistente*

En América Latina, las brechas en el acceso a cuidados paliativos son aún más evidentes. Aunque la región ha mostrado avances en la última década, estos progresos han sido heterogéneos y desiguales. Algunos países han desarrollado programas nacionales y unidades especializadas, mientras otros mantienen una cobertura fragmentada, limitada a centros urbanos o instituciones de referencia (90).

Uno de los problemas centrales en Latinoamérica es la concentración de servicios en grandes ciudades, lo que deja amplias zonas rurales o periféricas sin cobertura. Esto obliga a muchos pacientes a recorrer largas distancias para acceder a atención especializada, una barrera especialmente difícil para quienes presentan deterioro funcional avanzado (91).

Además, persisten dificultades en el acceso a medicamentos esenciales para el control del dolor, particularmente opioides. En varios países, las restricciones regulatorias, el temor al abuso y las trabas administrativas limitan la disponibilidad de analgésicos, afectando directamente la calidad de vida de pacientes con dolor severo. Esta situación refleja una contradicción ética: existen recursos terapéuticos eficaces, pero no siempre están disponibles para quienes más los necesitan (92).

3.4.9.2 *Problemas estructurales en los sistemas de salud*

Las brechas de acceso también están profundamente relacionadas con limitaciones propias de los sistemas de salud. En muchos contextos, los cuidados paliativos siguen ocupando un lugar periférico dentro de la planificación sanitaria. La prioridad suele centrarse en tratamientos curativos, alta tecnología diagnóstica o intervenciones hospitalarias agudas, mientras el cuidado paliativo permanece subfinanciado o poco integrado (93).

La escasez de profesionales capacitados constituye otro obstáculo importante. Muchos médicos y enfermeras reciben formación limitada en cuidados paliativos durante su etapa académica, lo que reduce su capacidad para identificar necesidades y derivar oportunamente. Esta carencia

formativa perpetúa un modelo de atención donde el sufrimiento complejo se reconoce tarde o se interpreta de manera incompleta (94).

A ello se suma la fragmentación entre niveles asistenciales. En numerosos hospitales, la comunicación entre oncología, medicina interna, atención primaria y equipos paliativos no está suficientemente articulada. Como resultado, el paciente transita por distintos servicios sin una coordinación clara, lo que retrasa decisiones esenciales para su bienestar (95).

3.4.9.3 La falta de protocolos estandarizados como barrera silenciosa

Uno de los factores menos visibles, pero más determinantes, es la ausencia de protocolos estandarizados para identificar y derivar pacientes con necesidades paliativas. Cuando no existen criterios uniformes, la decisión de derivar depende casi exclusivamente del juicio individual del profesional tratante (96).

Esta situación genera variabilidad clínica e inequidad. Dos pacientes con condiciones similares pueden recibir respuestas distintas según el médico que los atienda. Mientras uno puede ser referido tempranamente, otro puede permanecer sin acceso a cuidados paliativos hasta etapas muy avanzadas de la enfermedad (96).

La falta de protocolos también dificulta la planificación institucional. Sin herramientas estructuradas, resulta complejo estimar cuántos pacientes necesitan cuidados paliativos, organizar recursos humanos o diseñar rutas asistenciales eficaces. En este contexto, instrumentos como NECPAL adquieren relevancia, al ofrecer criterios objetivos que reducen subjetividad y mejoran la identificación (97).

3.4.9.4 Relación entre identificación y acceso a cuidados paliativos

La identificación adecuada de necesidades paliativas es el punto de partida para garantizar acceso real a estos servicios. No puede existir derivación oportuna si previamente no se ha reconocido que el paciente requiere este tipo de atención. Esta relación convierte la identificación en un elemento estratégico dentro del sistema sanitario (98).

Cuando las necesidades paliativas no son detectadas, el paciente permanece invisible para la red asistencial especializada. Esto significa que puede continuar recibiendo tratamientos intensivos, hospitalizaciones repetidas o intervenciones desproporcionadas sin que se atiendan adecuadamente síntomas, sufrimiento emocional o necesidades familiares (98).

Por el contrario, una identificación temprana facilita una transición más ordenada hacia modelos integrales de atención. Permite planificar cuidados, anticipar complicaciones y reducir intervenciones tardías que muchas veces aumentan sufrimiento sin aportar beneficio real. En este sentido, mejorar acceso no depende únicamente de crear más servicios, sino también de reconocer a tiempo quiénes los necesitan (99).

3.4.10 Importancia de la identificación temprana de necesidades paliativas

La identificación temprana de necesidades paliativas representa uno de los avances más significativos en la transformación contemporánea del cuidado en salud. Durante mucho tiempo, los cuidados paliativos fueron asociados casi exclusivamente con las etapas finales de la vida, lo que limitó su aplicación a momentos en los que el deterioro físico y emocional del paciente ya era profundo. Sin embargo, la evidencia clínica ha demostrado que reconocer estas necesidades de manera anticipada permite intervenir antes de que el sufrimiento se intensifique, modificando de forma sustancial la experiencia de la enfermedad tanto para el paciente como para su familia (100).

Uno de los principales beneficios clínicos de esta identificación precoz radica en la posibilidad de actuar antes de que los síntomas se vuelvan complejos o refractarios. Cuando el dolor, la disnea, la fatiga o la ansiedad son detectados tempranamente, es posible implementar estrategias terapéuticas más eficaces, evitando crisis que con frecuencia terminan en hospitalizaciones evitables. En oncología, por ejemplo, un paciente que inicia apoyo paliativo desde fases tempranas puede recibir control sintomático progresivo, acompañamiento emocional y ajustes terapéuticos oportunos, en

lugar de esperar a que el deterioro obligue a intervenciones urgentes y más invasivas (101).

Este abordaje tiene un impacto directo sobre la calidad de vida. La calidad de vida no depende únicamente de prolongar la supervivencia, sino de cómo se vive el tiempo restante. Un paciente cuya carga sintomática es controlada a tiempo conserva mayor autonomía, puede mantener vínculos familiares más significativos y participar con mayor claridad en decisiones sobre su tratamiento. La identificación temprana permite que la atención se centre no solo en la enfermedad, sino en la experiencia humana que la acompaña. Esto transforma el cuidado en un proceso más respetuoso con los valores, deseos y prioridades individuales (102).

Otro aspecto fundamental es la reducción de intervenciones innecesarias o desproporcionadas. Cuando las necesidades paliativas no son reconocidas oportunamente, muchos pacientes continúan sometiéndose a procedimientos diagnósticos, tratamientos agresivos o ingresos hospitalarios que aportan poco beneficio real y, en ocasiones, incrementan el sufrimiento. La identificación precoz favorece decisiones clínicas más racionales, ajustadas al estado funcional y al pronóstico, evitando medidas que prolongan el malestar sin mejorar la calidad de vida. En este sentido, el cuidado paliativo temprano no significa limitar opciones terapéuticas, sino orientar mejor las decisiones hacia aquello que verdaderamente beneficia al paciente (103).

Más allá de sus efectos clínicos, la identificación temprana de necesidades paliativas constituye una forma concreta de humanizar la atención médica. Humanizar no implica únicamente ser empático, sino reconocer que detrás de cada diagnóstico existe una persona con temores, expectativas, vínculos y una historia propia. Cuando el sistema sanitario identifica a tiempo las necesidades paliativas, envía un mensaje implícito pero poderoso: el sufrimiento del paciente importa y merece atención antes de volverse insoportable. Esta perspectiva devuelve a la medicina una dimensión profundamente ética, donde cuidar no es solo tratar, sino acompañar (104).

En definitiva, identificar tempranamente las necesidades paliativas significa anticiparse al sufrimiento y no esperar a que este se vuelva irreversible. Es una práctica que mejora resultados clínicos, preserva calidad de vida, evita intervenciones innecesarias y fortalece una atención más digna. En un contexto donde la medicina tiende a centrarse en la tecnología y la curación, esta mirada recuerda que uno de sus propósitos más esenciales sigue siendo aliviar, acompañar y cuidar con humanidad (105).

4 FORMULACION DE LA HIPOTESIS.

Hipótesis nula (H_0): No existe asociación entre las variables clínicas y funcionales de los pacientes oncológicos y la identificación de necesidades paliativas según el instrumento NECPAL 4.0.

Hipótesis alternativa (H_1): Existe asociación entre las variables clínicas y funcionales de los pacientes oncológicos y la identificación de necesidades paliativas según el instrumento NECPAL 4.0.

5 METODOLOGIA

5.1 JUSTIFICACION DEL METODO UTILIZADO

La selección del enfoque metodológico respondió tanto a las características del problema de investigación como a la necesidad de obtener información objetiva sobre las necesidades paliativas en pacientes oncológicos. En este sentido, el estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal y alcance analítico, debido a que permitió describir una realidad clínica existente y explorar la relación entre diferentes variables asociadas con la identificación de necesidades paliativas mediante el instrumento NECPAL 4.0.

El enfoque cuantitativo fue apropiado porque facilitó la medición de la frecuencia de pacientes con resultado positivo según el instrumento NECPAL 4.0, así como la caracterización de variables sociodemográficas y clínicas relevantes, entre ellas el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad, el tratamiento recibido y el estado funcional. De esta manera, fue posible

transformar una problemática que con frecuencia se percibe desde una perspectiva subjetiva en información cuantificable, comparable y susceptible de análisis estadístico, fortaleciendo la objetividad de los resultados obtenidos.

Por otra parte, el diseño no experimental se justificó debido a que no era ética ni prácticamente posible intervenir sobre las condiciones clínicas de los pacientes para modificar o influir en la presencia de necesidades paliativas. Por ello, se optó por observar y registrar estas condiciones tal como se presentaban en la práctica clínica habitual. Este enfoque permitió estudiar el fenómeno en su contexto real, preservando la integridad de los participantes y garantizando el respeto de los principios éticos de la investigación.

El carácter transversal del estudio respondió a la necesidad de evaluar las necesidades paliativas de los pacientes en un único momento de observación. Esta aproximación permitió obtener una fotografía clínica de la población estudiada, identificando la magnitud del problema y su distribución de acuerdo con diferentes características clínicas y sociodemográficas. Aunque este tipo de diseño no permite establecer relaciones causales, sí facilita la identificación de asociaciones y patrones de comportamiento entre las variables analizadas.

Asimismo, el alcance analítico aportó un valor adicional a la investigación, ya que no se limitó únicamente a describir la frecuencia de las necesidades paliativas, sino que permitió explorar la relación existente entre variables clínicas y funcionales con la identificación de dichas necesidades, así como su asociación con la derivación a servicios especializados de cuidados paliativos. Esto permitió comprender el fenómeno desde una perspectiva más amplia y enriquecedora.

Un aspecto fundamental del método utilizado fue la aplicación del instrumento NECPAL 4.0, herramienta que permitió identificar de manera estructurada a los pacientes con necesidades paliativas mediante la integración de criterios clínicos, funcionales y pronósticos. Su utilización favoreció la estandarización del proceso de evaluación, disminuyendo la

variabilidad asociada al juicio clínico individual y aportando mayor consistencia metodológica a la investigación.

En conjunto, la estrategia metodológica seleccionada permitió abordar el problema de investigación de forma integral, combinando la descripción de la situación observada con el análisis de factores asociados. Esto generó evidencia útil para comprender mejor la identificación de necesidades paliativas en pacientes oncológicos y aportó información relevante para fortalecer la toma de decisiones clínicas y promover una atención más oportuna, equitativa y centrada en las necesidades reales de los pacientes.

5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

- Según la intervención del investigador: Observacional
- Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo
- Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal
- Según la intención estadística: Analítica, inferencial

5.2.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

La población objetivo de este estudio estuvo constituida por los pacientes oncológicos atendidos en el área de Consulta externa de oncología en el Hospital SOLCA–Guayaquil durante el período comprendido entre agosto y septiembre del año 2025, cuyas historias clínicas formaron parte de los registros institucionales disponibles. La base de datos inicial incluyó un total de 497 pacientes, constituyendo la fuente primaria para la identificación de los posibles participantes del estudio.

La información complementaria del estudio se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica institucional de los pacientes, con el propósito de recopilar variables sociodemográficas, clínicas y funcionales necesarias para el análisis. Estos registros permitieron obtener datos como edad, sexo, tipo y estadio del cáncer, tratamiento recibido y estado funcional, mientras que la

identificación de las necesidades paliativas mediante el instrumento NECPAL 4.0 fue realizada de manera prospectiva por el médico tratante durante la atención clínica habitual.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos (≥ 18 años) con diagnóstico confirmado de enfermedad oncológica.
- Pacientes atendidos en consulta externa de oncología del Hospital SOLCA–Guayaquil durante agosto y septiembre de 2025.
- Pacientes evaluados mediante el instrumento NECPAL 4.0 por el médico tratante durante la consulta.
- Pacientes con registro completo de las variables requeridas para el estudio.

Criterios de exclusión

- Rechazo de Médico tratante a participar en el estudio
- Registros con información incompleta en las variables principales del estudio.
- Registros duplicados.

Procedimiento de selección de participantes:

La identificación de los participantes se realizó en el área de consulta externa de oncología del Hospital SOLCA–Guayaquil durante el período comprendido entre agosto y septiembre de 2025. Se incluyeron de manera consecutiva los pacientes que acudieron a consulta médica durante dicho período y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

Posterior a la atención clínica habitual, se aplicó el instrumento NECPAL 4.0 al médico tratante, quien respondió la pregunta sorpresa y los demás componentes del instrumento con base en la valoración integral realizada durante la consulta. Adicionalmente, se recopiló información

sociodemográfica, clínica y funcional relevante a partir de la historia clínica institucional, incluyendo variables como edad, sexo, diagnóstico oncológico, estadio de la enfermedad, tratamiento recibido y estado funcional.

Para garantizar la uniformidad en la recolección de la información, se empleó una ficha estructurada diseñada por la investigadora, mediante la cual se registraron de forma sistemática los resultados obtenidos del instrumento NECPAL 4.0 y las variables de interés del estudio. Este procedimiento permitió estandarizar la obtención de los datos y mejorar la calidad de la información recopilada.

Inicialmente se evaluaron 497 pacientes. Durante el proceso de depuración de la base de datos se excluyeron 27 casos debido a información incompleta que impedía el análisis adecuado de las variables requeridas para el estudio. Finalmente, la muestra quedó conformada por 470 pacientes que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, debido a que se incluyeron los pacientes que acudieron a consulta externa de oncología durante el período de estudio y que cumplieron los criterios de elegibilidad definidos por la investigación.

5.3 VARIABLES

Tabla 1. Cuadro de variables del estudio

<i>Variable</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Definición operativa</i>	<i>Categorías / Rangos</i>	<i>Escala de medición</i>
Resultado NECPAL 4.0	Cualitativa dicotómica	Resultado obtenido tras la aplicación del	Negativo / Positivo	Nominal dicotómica

		instrumento NECPAL 4.0 para identificar necesidades paliativas en pacientes oncológicos.		
Sexo	Cualitativa dicotómica	Condición biológica registrada en la historia clínica del paciente.	Femenino / Masculino	Nominal dicotómica
Edad	Cuantitativa continua	Edad cronológica del paciente expresada en años cumplidos al momento de la evaluación.	19 – 90 años	Razón
Grupo de cáncer	Cualitativa politómica	Clasificación del tipo de cáncer según localización anatómica o grupo oncológico consignado en la historia clínica.	Ginecológico, mama, digestivo, urológico, cabeza y cuello, torácico, sarcomas, endocrino, SNC, piel, hematológico,	Nominal politómica

			otros, no especificado	
Estadio de la enfermedad	Cualitativa ordinal	Nivel de progresión clínica del cáncer según clasificación registrada en la historia clínica.	I, II, III, IV	Ordinal
Karnofsky	Cuantitativa discreta	Puntaje obtenido en la escala Karnofsky que evalúa el grado de funcionalidad del paciente.	0 – 100 puntos	Intervalo
ECOG	Cualitativa ordinal	Escala utilizada para valorar el estado funcional del paciente según limitación física.	0, 1, 2, 3	Ordinal
Índice de Barthel	Cuantitativa discreta	Puntaje que mide el grado de independencia	0 – 100 puntos	Intervalo

		en actividades básicas de la vida diaria.		
Criterios NECPAL positivos	Cuantitativa discreta	Número de criterios positivos identificados en la aplicación del NECPAL 4.0.	0 – 5	Razón
Criterios evaluados	Cuantitativa discreta	Total de criterios del instrumento NECPAL 4.0 valorados por paciente.	0 – 6	Razón
Acceso a cuidados paliativos	Cualitativa dicotómica	Registro de derivación o atención efectiva por el servicio de cuidados paliativos.	Sí / No	Nominal dicotómica

6 PRESENTACION DE RESULTADOS

6.1 Frecuencia de pacientes con resultado positivo según el instrumento NECPAL 4.0

En la población total analizada, conformada por 470 pacientes oncológicos atendidos en un hospital especializado, se identificó que 127 pacientes presentaron resultado positivo según el instrumento NECPAL 4.0, lo que representa el 27,02% del total estudiado, mientras que 343 pacientes (72,98%) fueron clasificados como NECPAL negativos. Estos hallazgos evidencian que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes evaluados presentó necesidades paliativas identificables mediante el instrumento, lo que confirma una proporción clínicamente relevante de pacientes que requieren atención paliativa especializada.

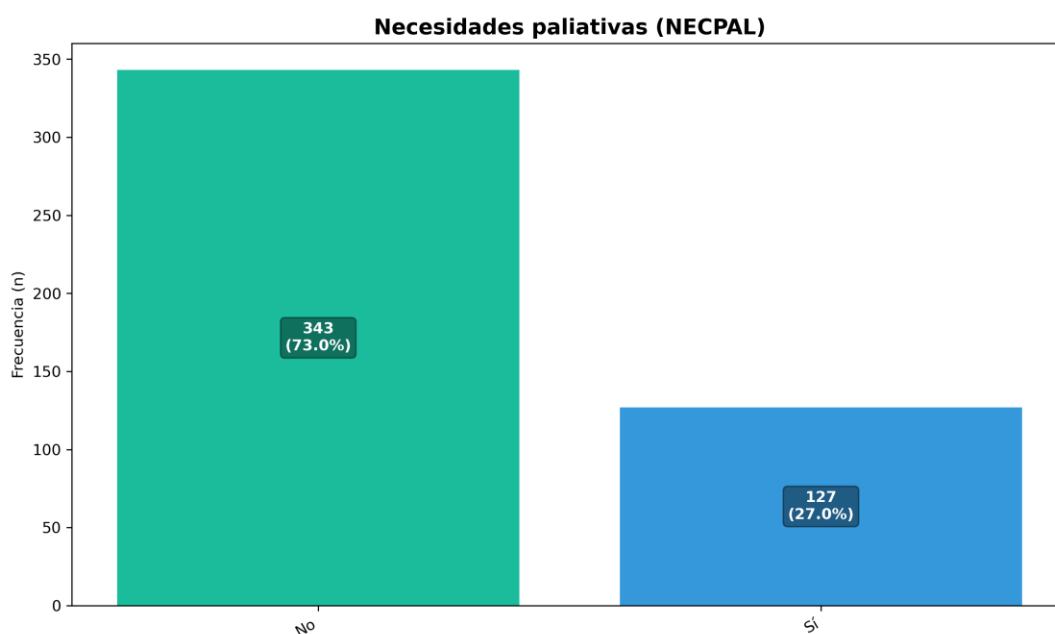


Gráfico 1. Necesidades paliativas según resultado del Test Necpal 4.0 (Negativo / Positivo)

Fuente: Base de datos Solca 2025

Este resultado pone en evidencia que, aun dentro de una población oncológica atendida en un centro especializado, existe un grupo importante de pacientes cuyas necesidades paliativas podrían no ser evidentes sin el

uso de herramientas estructuradas como NECPAL 4.0. La frecuencia observada refleja la utilidad del instrumento para detectar pacientes que, aunque continúan en seguimiento oncológico activo, presentan condiciones clínicas compatibles con una necesidad paliativa temprana.

6.2 Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes evaluados

En relación con las características sociodemográficas, predominó el sexo femenino con 324 pacientes (68,94%), mientras que el sexo masculino representó 146 casos (31,06%). Esta distribución puede explicarse por la alta proporción de neoplasias ginecológicas y de mama dentro de la población estudiada. La edad promedio fue de 59,12 años, con una mediana de 61 años, una desviación estándar de 14,37 años, y un rango que osciló entre 19 y 90 años, lo que evidencia una población predominantemente adulta y adulta mayor.

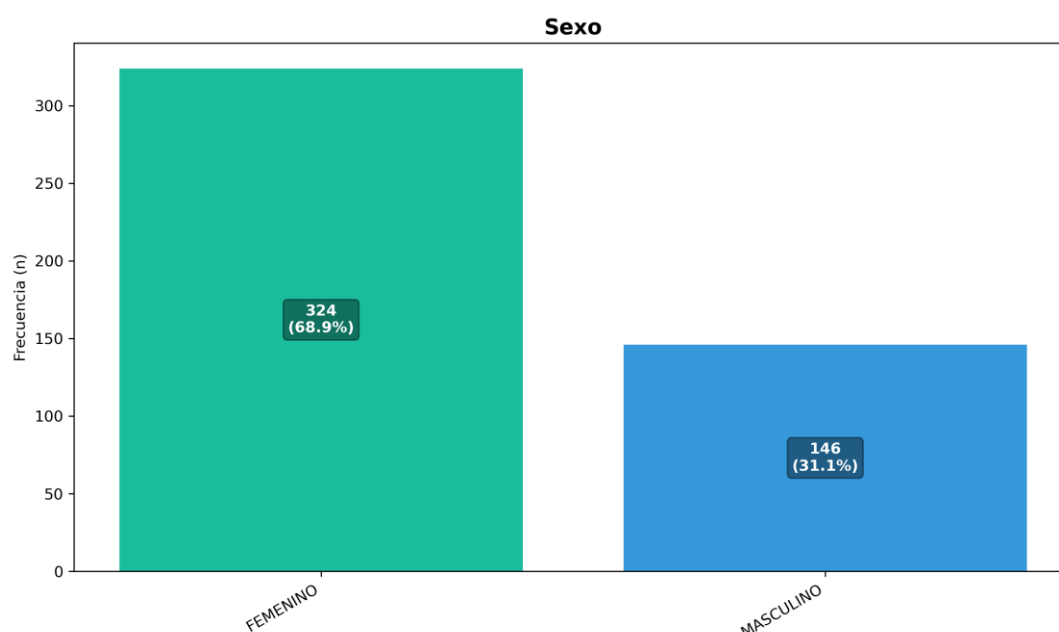


Gráfico 2. Género de los participantes del estudio

Fuente: Base de datos Solca 2025

Respecto al tipo de cáncer, el grupo más frecuente correspondió a neoplasias ginecológicas con 145 casos (30,85%), seguido por cáncer de mama con 101 pacientes (21,49%), cáncer digestivo con 84 casos (17,87%) y urológico con 77 pacientes (16,38%). Los demás grupos presentaron

frecuencias menores, destacándose cabeza y cuello, torácico, sarcomas y endocrinos. Esta distribución confirma el predominio de patologías oncológicas sólidas frecuentes en población hospitalaria especializada.

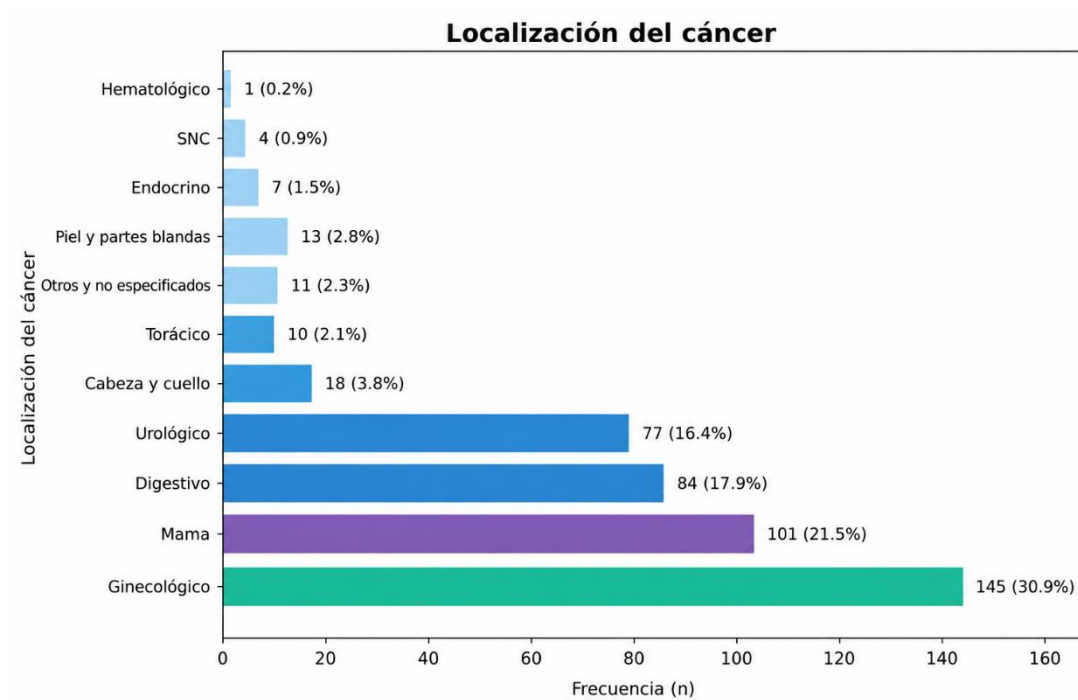


Gráfico 3. Grupos de Cáncer de participantes del estudio

Fuente: Base de datos Solca 2025

En cuanto al estadio clínico, predominó el estadio III con 155 pacientes (32,98%), seguido del estadio IV con 146 casos (31,06%), estadio II con 118 pacientes (25,11%) y estadio I con 51 casos (10,85%). Este hallazgo refleja que más del 64% de los pacientes se encontraban en estadios avanzados (III–IV), lo cual tiene relevancia directa sobre la carga sintomática y la probabilidad de desarrollar necesidades paliativas.

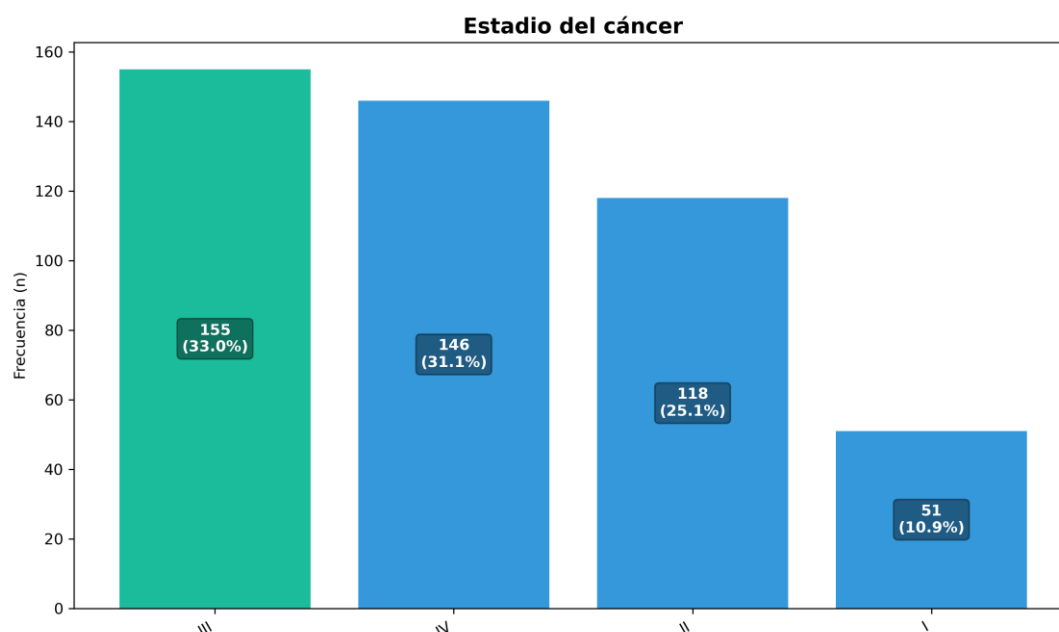


Gráfico 4. Estadío de cáncer de los participantes del estudio

Fuente: Base de datos Solca 2025

En relación con el estado funcional, el índice Karnofsky presentó una media de 80,38 puntos, indicando que la mayoría mantenía cierto grado de autonomía. El ECOG promedio fue de 1,05, lo que sugiere limitaciones leves en la actividad física, mientras que el índice Barthel mostró una media de 95,96, evidenciando independencia funcional conservada en gran parte de los pacientes.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	324	68,94
	Masculino	146	31,06
Localización del cáncer	Ginecológico	145	30,85
	Mama	101	21,49
	Digestivo	84	17,87
	Urológico	77	16,38
	Cabeza y cuello	18	3,83
	Torácico	10	2,13
	Piel y partes blandas	13	2,77
	Endocrino	7	1,49
	Otros y No especificado	10	2,13
	SNC	4	0,85
	Hematológico	1	0,21
Estadio de cáncer	III	155	32,98
	IV	146	31,06
	II	118	25,11
	I	51	10,85
Atención por psicología	NO	347	73,83
	SI	123	26,17
Resultado Necpal 4.0	Negativo	343	72,98
	Positivo	127	27,02
Acceso a cuidados paliativos	No	264	56,17
	Si	206	43,83

Fuente: Base de datos Solca 2025

Tabla 3. Resumen descriptivo de variables cuantitativas de los participantes

Variable	Media	Mediana	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Edad	59,12	61	14,37	19	90
Karnofsky	80,38	80	10,36	50	100
ECOG	1,05	1	0,49	0	3
Barthel	95,96	100	9,32	40	100

Fuente: Base de datos Solca 2025

6.3 Asociación entre variables clínicas y funcionales con la identificación de necesidades paliativas

El análisis de asociación mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de cáncer y el resultado NECPAL ($p=0,0005$). Los mayores porcentajes de NECPAL positivo se observaron en pacientes con cáncer digestivo (47,62%), hematológico (100%, aunque con $n=1$), torácico (40%) y sarcomas (40%). En contraste, cáncer de mama presentó menor proporción de positividad (14,85%), sugiriendo diferencias en carga paliativa según tipo tumoral.

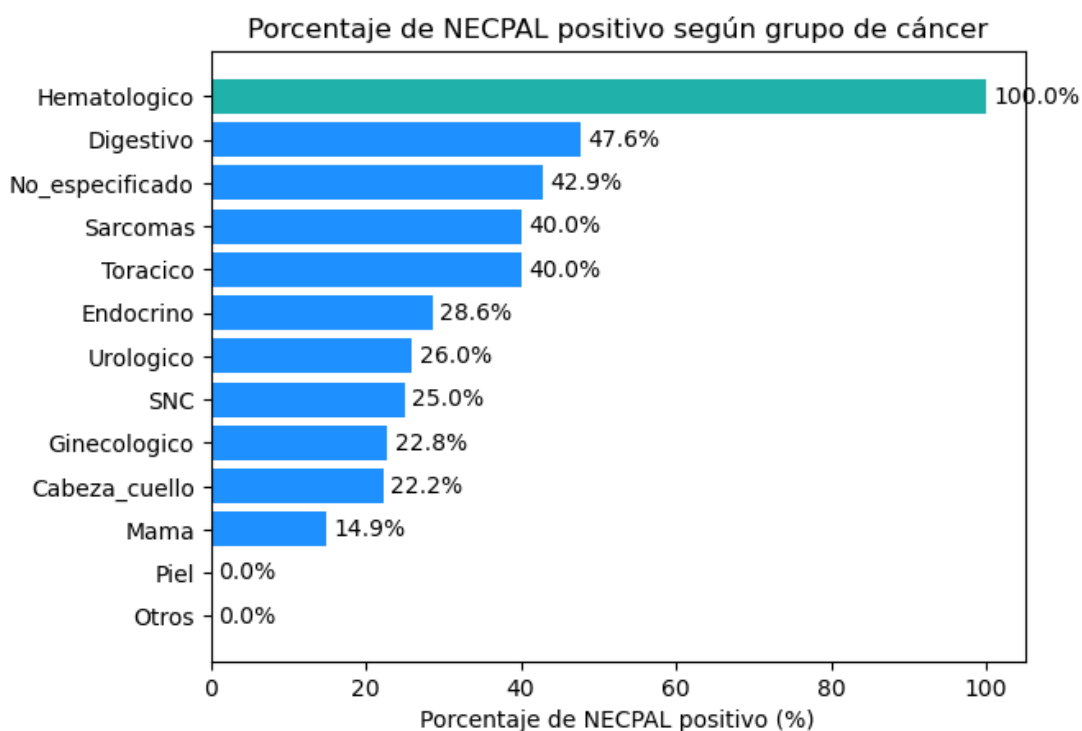


Gráfico 5. Pacientes con NECPAL positivo según el grupo de cáncer

Fuente: Base de datos Solca 2025

Respecto al estadio clínico, se observó una asociación altamente significativa ($p=0$). El porcentaje de NECPAL positivo aumentó progresivamente con el avance del estadio: estadio I (13,73%), estadio II (13,56%), estadio III (19,35%) y estadio IV (50,68%).

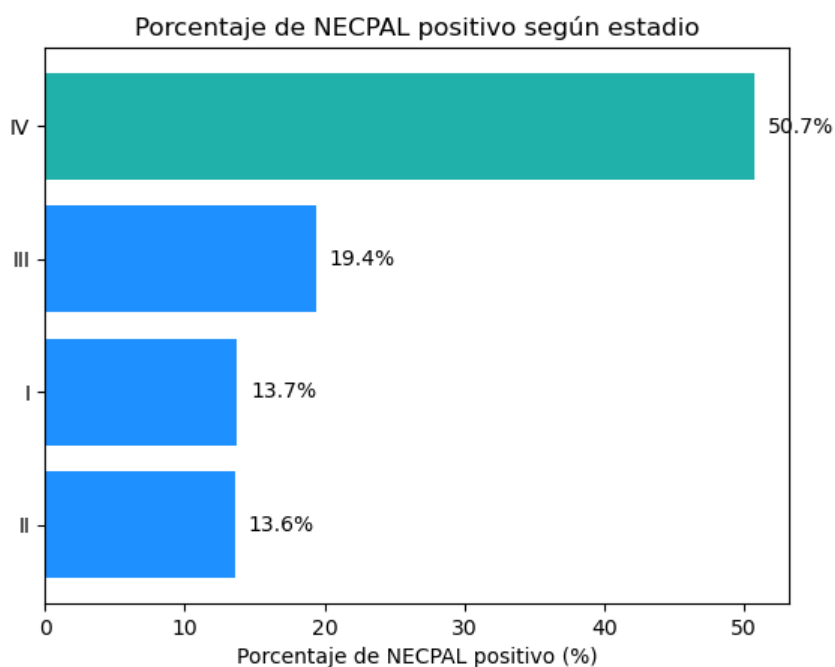


Gráfico 6. Pacientes con NECPAL positivo según Estadío de cáncer

Fuente: Base de datos Solca 2025

En cuanto al género, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,1745$).

Tabla 4. Resumen analítico entre Resultado NECPAL y Estadío, grupo de cáncer y género de los participantes del estudio

Grupo de cáncer	Resultado Necpal (n)		Resultado Necpal (%)		p_valor
	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	
Cabeza y cuello	14	4	77,78	22,22	0,0005
Digestivo	44	40	52,38	47,62	0,0005
Endocrino	5	2	71,43	28,57	0,0005
Ginecológico	112	33	77,24	22,76	0,0005
Hematológico	0	1	0	100	0,0005
Mama	86	15	85,15	14,85	0,0005
No especificado	4	3	57,14	42,86	0,0005
Otros	3	0	100	0	0,0005
Piel	3	0	100	0	0,0005
SNC	3	1	75	25	0,0005
Sarcomas	6	4	60	40	0,0005
Torácico	6	4	60	40	0,0005
Urológico	57	20	74,03	25,97	0,0005
Estadio					
I	44	7	86,27	13,73	0
II	102	16	86,44	13,56	0
III	125	30	80,65	19,35	0
IV	72	74	49,32	50,68	0
Género					
Femenino	243	81	75	25	0,1745
Masculino	100	46	68,49	31,51	0,1745

Fuente: Base de datos Solca 2025

6.4 Relación entre identificación de necesidades paliativas y derivación efectiva a cuidados paliativos

Del total de pacientes NECPAL positivos, 88 (69,29%) tuvieron acceso a cuidados paliativos, mientras que 39 (30,71%) no fueron derivados. En contraste, entre los pacientes NECPAL negativos, 118 recibieron cuidados paliativos y 225 no accedieron a ellos. Esta relación mostró asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=44,42$; $p=0$), evidenciando que la positividad del NECPAL se relacionó de manera robusta con mayor probabilidad de derivación efectiva.

El Odds Ratio fue de 4,3 (IC95%: 2,78–6,67), lo que indica que los pacientes identificados como NECPAL positivos tuvieron 4,3 veces más probabilidad de acceder a cuidados paliativos que aquellos clasificados como negativos.

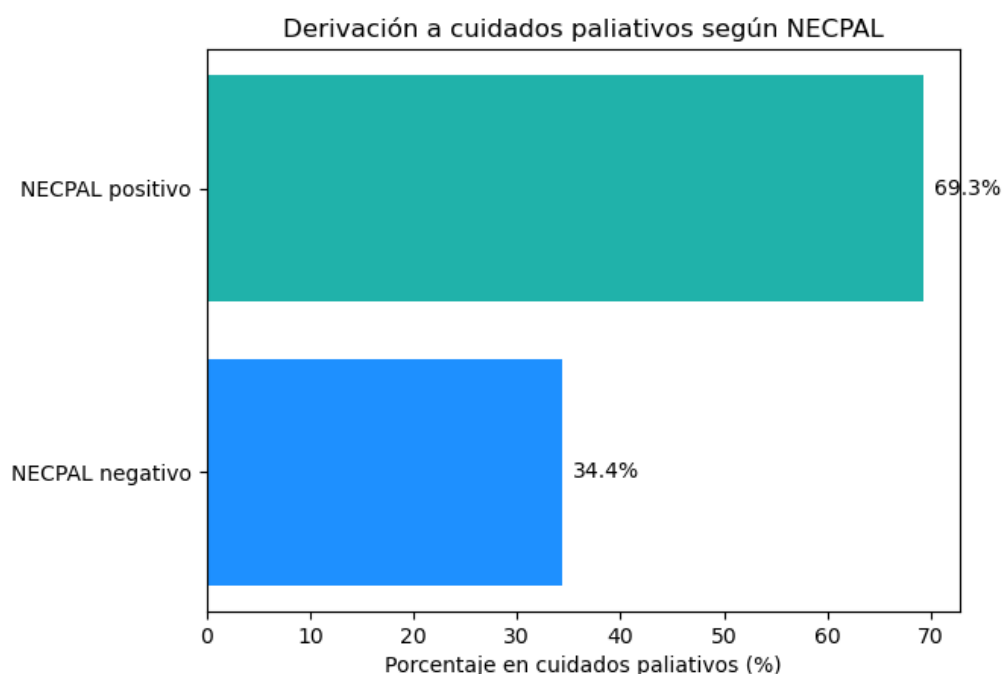


Gráfico 7. Relación entre resultado NECPAL y la Derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de datos Solca 2025

6.5 DISCUSION DE RESULTADOS

Los hallazgos del presente estudio confirman que la identificación de necesidades paliativas mediante el instrumento NECPAL 4.0 constituye una estrategia útil para reconocer tempranamente a pacientes oncológicos que requieren atención integral. La frecuencia de pacientes NECPAL positivos encontrada fue de 27,02%, cifra que se aproxima a la reportada por Tripodoro et al. en Argentina (2021), quienes identificaron una prevalencia de 32,3% de pacientes oncológicos NECPAL positivos en una cohorte multicéntrica de 2.104 casos, demostrando que aproximadamente uno de cada tres pacientes con cáncer avanzado presenta necesidades paliativas detectables mediante esta herramienta. Esta similitud sugiere que la carga paliativa observada en la presente población no es un fenómeno aislado, sino consistente con tendencias regionales en oncología latinoamericana.

Es importante señalar que la aplicación del instrumento NECPAL 4.0 se realizó durante la consulta oncológica habitual. La pregunta sorpresa y los

demás componentes del instrumento fueron respondidos por el médico tratante en tiempo real, utilizando como referencia la valoración clínica integral efectuada durante la atención del paciente. En consecuencia, la identificación de necesidades paliativas no se basó exclusivamente en registros clínicos previos, sino en una evaluación clínica contemporánea realizada en el contexto asistencial.

En cuanto a las características clínicas, el predominio de pacientes en estadios III y IV coincide con lo descrito por Gómez-Batiste et al. en la actualización NECPAL 4.0 Prognostic (2021), donde se enfatiza que la progresión tumoral avanzada constituye uno de los principales determinantes de positividad del instrumento. En este estudio, más del 64% de los pacientes se encontraban en estadios avanzados, y el estadio IV mostró una asociación particularmente significativa con NECPAL positivo (50,68%). Este hallazgo reafirma que la progresión oncológica avanzada incrementa no solo el deterioro biológico, sino también la carga sintomática, funcional y emocional, elementos que el NECPAL logra captar de forma estructurada.

Sin embargo, también se identificaron pacientes con resultado positivo en estadios I y II. Este hallazgo evidencia que las necesidades paliativas no dependen exclusivamente de la extensión de la enfermedad, ya que el instrumento NECPAL 4.0 incorpora criterios relacionados con la carga sintomática, el estado funcional, la evolución clínica y otros indicadores de complejidad asistencial. En consecuencia, pacientes con enfermedad localizada pueden presentar necesidades paliativas derivadas de síntomas persistentes, complicaciones del tratamiento o comorbilidades que justifican una intervención paliativa temprana. Estos resultados respaldan el enfoque actual de los cuidados paliativos, el cual propone que la identificación de pacientes candidatos debe basarse en sus necesidades clínicas integrales y no únicamente en el estadio oncológico.

La asociación encontrada entre tipo de cáncer y resultado NECPAL también merece análisis. Los pacientes con cáncer digestivo mostraron una de las mayores proporciones de positividad (47,62%), resultado comparable con

observaciones de Müller et al. (2024), quienes reportaron que los tumores digestivos e intratorácicos concentran mayores tasas de necesidad paliativa especializada debido a su evolución clínica agresiva y alta carga sintomática. Esto sugiere que ciertos grupos tumorales presentan trayectorias más rápidamente invalidantes, lo que obliga a estrategias de tamizaje más activas y tempranas.

Otro hallazgo relevante es que, pese a una media funcional relativamente conservada (Karnofsky 80,38; ECOG 1,05), una proporción considerable de pacientes fue identificada como NECPAL positiva. Este resultado coincide con Fisher et al. (2024), quienes demostraron en la adaptación israelí del NECPAL que muchos pacientes con necesidades paliativas todavía conservan funcionalidad aceptable al momento de la detección, lo que refuerza el valor del instrumento para identificar necesidades antes del deterioro irreversible. Desde esta perspectiva, NECPAL no actúa solo como marcador terminal, sino como herramienta preventiva que favorece intervenciones anticipadas.

Respecto a la derivación efectiva a cuidados paliativos, el hallazgo de que los pacientes NECPAL positivos tuvieron 4,3 veces mayor probabilidad de acceso a estos servicios confirma la capacidad discriminativa del instrumento. Sin embargo, el hecho de que 30,71% de los pacientes NECPAL positivos no fueran derivados evidencia una brecha asistencial persistente. Este fenómeno ha sido descrito también en la revisión sistemática de Xie et al. (2024), donde se concluye que uno de los principales problemas no es la ausencia de herramientas diagnósticas, sino la falta de integración entre identificación y rutas efectivas de referencia clínica. Detectar necesidades no garantiza automáticamente acceso, si no existen protocolos institucionales claros.

Desde una perspectiva comparativa, los resultados apoyan la hipótesis de que la identificación estructurada mejora la oportunidad asistencial. Estudios como el de Spadaro et al. (2025) han mostrado que el uso sistemático de herramientas como NECPAL incrementa la detección precoz y facilita planificación anticipada del cuidado. En consonancia, el presente estudio

demuestra que NECPAL 4.0 no solo identifica pacientes con necesidades paliativas, sino que se asocia significativamente con decisiones clínicas concretas, como la derivación especializada.

En síntesis, los resultados obtenidos son consistentes con la literatura reciente y confirman que el NECPAL 4.0 es una herramienta válida, sensible y clínicamente útil en población oncológica. Su principal aporte clínico radica en favorecer la identificación temprana de pacientes con necesidades paliativas, incluso antes de que el deterioro funcional sea severo. No obstante, persiste el desafío de transformar esta identificación en un acceso oportuno y efectivo a los servicios de cuidados paliativos. Para ello, las instituciones de salud deben fortalecer los protocolos de derivación, garantizar la disponibilidad de recursos humanos capacitados y suficientes para responder a la demanda asistencial, así como promover una articulación interdisciplinaria que favorezca una atención integral y centrada en el paciente.

7 CONCLUSIONES

La aplicación del instrumento NECPAL 4.0 permitió identificar necesidades paliativas en el 27,02 % de los pacientes oncológicos evaluados, lo que evidencia que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes requería una valoración paliativa estructurada y confirma la utilidad del instrumento para la detección temprana de estas necesidades.

La población estudiada estuvo conformada principalmente por mujeres y pacientes con enfermedad en estadios III y IV. Aunque la mayoría conservaba un estado funcional relativamente adecuado, una proporción importante presentó necesidades paliativas, demostrando que estas pueden identificarse antes del deterioro funcional avanzado.

Se encontró una asociación significativa entre el resultado positivo del NECPAL 4.0 y variables clínicas como el estadio avanzado de la enfermedad y determinados tipos de cáncer, especialmente los tumores digestivos, lo que confirma que la progresión clínica incrementa la probabilidad de presentar necesidades paliativas.

Los pacientes con resultado positivo en el NECPAL 4.0 presentaron una mayor probabilidad de ser derivados a cuidados paliativos; sin embargo, cerca de un tercio de ellos no accedió a estos servicios, evidenciando la existencia de una brecha entre la identificación de las necesidades y la derivación efectiva.

En conjunto, los hallazgos demuestran que el NECPAL 4.0 constituye una herramienta útil para la identificación temprana de necesidades paliativas en pacientes oncológicos y respaldan la necesidad de fortalecer los protocolos institucionales que faciliten una derivación oportuna y una atención integral centrada en la persona.

8 RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda que futuras investigaciones desarrollen estudios prospectivos, longitudinales y multicéntricos que permitan evaluar la evolución de las necesidades paliativas y el impacto de la identificación temprana mediante el instrumento NECPAL 4.0 sobre desenlaces clínicos, como la calidad de vida, la utilización de servicios de salud y la oportunidad de acceso a cuidados paliativos. Asimismo, sería conveniente incorporar enfoques mixtos que incluyan la percepción de pacientes y familiares para complementar la información obtenida mediante indicadores clínicos.

En el ámbito académico, es recomendable fortalecer la formación de los profesionales de la salud en cuidados paliativos y en el uso de herramientas estructuradas de identificación, incorporando estos contenidos en programas de pregrado, posgrado y educación continua, además de promover espacios de capacitación interdisciplinaria que favorezcan criterios homogéneos para la detección y derivación oportuna de pacientes con necesidades paliativas.

Desde la práctica asistencial, se recomienda integrar el instrumento NECPAL 4.0 dentro de los protocolos institucionales de evaluación de pacientes oncológicos y establecer rutas claras de derivación hacia los servicios de cuidados paliativos. Estas acciones contribuirían a reducir la

brecha observada entre la identificación de necesidades paliativas y el acceso efectivo a atención especializada, favoreciendo una atención más temprana, integral y centrada en la persona.

9 BIBLIOGRAFIA

1. Castelo-Loureiro A, Perez-de-Acha A, Torres-Perez AC, Cunha V, García-Valdés P, Cárdenas-Reyes P, et al. Delivering Palliative and Supportive Care for Older Adults with Cancer: Interactions between Palliative Medicine and Geriatrics. *Cancers*. 29 de julio de 2023;15(15):3858. doi:10.3390/cancers15153858 PubMed PMID: 37568674; PubMed Central PMCID: PMC10417379.
2. Lin CP, Chu WM. Home-Based Palliative Care: Benefits, Challenges, Opportunities and Future Directions in a Super-Aged Society. *J Hosp Palliat Care*. 1 de septiembre de 2025;28(3):81-8. doi:10.14475/jhpc.2025.28.3.81 PubMed PMID: 40919380; PubMed Central PMCID: PMC12409080.
3. Torres Siguenza JI, Sotomayor Preciado AM. Cuidados paliativos, envejecimiento y calidad de vida del adulto mayor del Cantón Santa Rosa. *Polo Conoc Rev Científico - Prof [Internet]*. 2023 [citado 29 de abril de 2026];8(7 (JULIO 2023)):105-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9234489>
4. Ávila PAF, Pavón AIT, Beracieto JG, Núñez VGM, Paz BR. Necesidades formativas de los programas de enfermería sobre cuidados paliativos en la Universidad Iberoamericana del Ecuador. *CONECTIVIDAD*. 23 de julio de 2024;5(3):96-106. doi:10.37431/conectividad.v5i3.109
5. Peeler A, Afolabi OA, Sleeman KE, El Akoum M, Gafer N, Hammerich A, et al. Confronting global inequities in palliative care. *BMJ Glob Health*. 16 de mayo de 2025;10(5):e017624. doi:10.1136/bmjgh-2024-017624 PubMed PMID: 40379276; PubMed Central PMCID: PMC12086877.
6. Canale A, Broli F, Silva M, Queirolo C, Fernández C, Benedetti M, et al. Herramientas para la detección de necesidades paliativas en el paciente crítico. *Rev Médica Urug*. 2025;41(3). doi:10.29193/rmu.41.3.1
7. Castelo-Loureiro A, Perez-de-Acha A, Torres-Perez AC, Cunha V, García-Valdés P, Cárdenas-Reyes P, et al. Delivering Palliative and

Supportive Care for Older Adults with Cancer: Interactions between Palliative Medicine and Geriatrics. *Cancers*. 29 de julio de 2023;15(15):3858. doi:10.3390/cancers15153858 PubMed PMID: 37568674; PubMed Central PMCID: PMC10417379.

8. Lin CP, Chu WM. Home-Based Palliative Care: Benefits, Challenges, Opportunities and Future Directions in a Super-Aged Society. *J Hosp Palliat Care*. 1 de septiembre de 2025;28(3):81-8. doi:10.14475/jhpc.2025.28.3.81 PubMed PMID: 40919380; PubMed Central PMCID: PMC12409080.

9. Peeler A, Afolabi OA, Sleeman KE, El Akoum M, Gafer N, Hammerich A, et al. Confronting global inequities in palliative care. *BMJ Glob Health*. 16 de mayo de 2025;10(5):e017624. doi:10.1136/bmjgh-2024-017624 PubMed PMID: 40379276; PubMed Central PMCID: PMC12086877.

10. Pergolizzi J, LeQuang JAK, Wagner M, Varrassi G. Challenges in Palliative Care in Latin America: A Narrative Review. *Cureus*. 16(5):e60698. doi:10.7759/cureus.60698 PubMed PMID: 38899235; PubMed Central PMCID: PMC11186623.

11. Paccha Tamay CL, Saraguro Salinas SM, Reyes Rueda EY, Campoverde Ponce M del R, Paccha Tamay CL, Saraguro Salinas SM, et al. Barreras en el acceso a los cuidados paliativos: Perspectivas de pacientes y familias. *Más Vita Rev Cienc Salud*. marzo de 2025;7(1):8-25. doi:10.47606/acven/mv0255

12. Celis Moreno JS, Vargas Peláez M, Celis Moreno JS, Vargas Peláez M. Adaptación transcultural y validez de contenido de un instrumento para determinar las necesidades paliativas en Colombia. *Horiz Sanit*. abril de 2023;22(1):173-80. doi:10.19136/hs.a22n2.5222

13. Xie Z, Ding J, Jiao J, Tang S, Huang C. Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 19 de agosto de 2024;14(3):256-68. doi:10.1136/spcare-2023-004465 PubMed PMID: 38154921; PubMed Central PMCID: PMC11347222.

14. Ávila PAF, Pavón AIT, Beracieto JG, Núñez VGM, Paz BR. Necesidades formativas de los programas de enfermería sobre cuidados paliativos en la Universidad Iberoamericana del Ecuador. CONECTIVIDAD. 23 de julio de 2024;5(3):96-106. doi:10.37431/conectividad.v5i3.109
15. Bustamante-Fermosel A, Díaz-Sánchez E, Pavón-Muñoz N, Hennekinne L, Gil-Gil F, Notario-Leo H, et al. External Validation of the NECPAL CCOMS-ICO Prognostic Tool for Early Palliative Care and Mortality Prediction in Patients with Advanced Chronic Conditions: A Prospective Observational Study Protocol. Methods Protoc. junio de 2025;8(3):45. doi:10.3390/mps8030045
16. Kabelka L, Dušek L. NECPAL Tool Aids Early Identification of Palliative Care Needs. J Palliat Med. septiembre de 2022;25(9):1398-403. doi:10.1089/jpm.2022.0114 PubMed PMID: 35349369.
17. Fisher G, Shadmi E, Porat-Packer T, Zisberg A. Identifying patients in need of palliative care: Adaptation of the Necesidades Paliativas CCOMS-ICO© (NECPAL) screening tool for use in Israel. Palliat Support Care. febrero de 2024;22(1):103-9. doi:10.1017/S1478951522001390 PubMed PMID: 36285527.
18. López-Alba JA, Jaramillo-García DM, Reina-Gamba NC. Content validity of the NECPAL CCOMS-ICO© in Spanish to identify palliative needs in children and adolescents with Cancer. Investig Educ En Enfermeria. marzo de 2022;40(1):e06. doi:10.17533/udea.iee.v40n1e06 PubMed PMID: 35485619; PubMed Central PMCID: PMC9052726.
19. Siguenza JIT, Preciado AMS. Cuidados paliativos, envejecimiento y calidad de vida del adulto mayor del Cantón Santa Rosa. Polo Conoc. 4 de julio de 2023;8(7):105-18. doi:10.23857/pc.v8i7.5776
20. Suárez Vélez BM. Calidad de vida en pacientes oncológicos. Revisión Sistemática [Internet]. 2025 [citado 30 de abril de 2026]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/20117>

21. Ávila PAF, Pavón AIT, Beracieto JG, Núñez VGM, Paz BR. Necesidades formativas de los programas de enfermería sobre cuidados paliativos en la Universidad Iberoamericana del Ecuador. CONECTIVIDAD. 23 de julio de 2024;5(3):96-106. doi:10.37431/conectividad.v5i3.109
22. Paccha Tamay CL, Saraguro Salinas SM, Reyes Rueda EY, Campoverde Ponce M del R, Paccha Tamay CL, Saraguro Salinas SM, et al. Barreras en el acceso a los cuidados paliativos: Perspectivas de pacientes y familias. Más Vita Rev Cienc Salud. marzo de 2025;7(1):8-25. doi:10.47606/acven/mv0255
23. Paiva AD, Paiva ED, Guimarães PHS, Moraes GV de O, Barbosa MT. Cuidados paliativos: percepción de la enseñanza y evaluación de conceptos entre estudiantes de medicina. Rev Bioét. 2023;31:e3435PT. doi:https://doi.org/10.1590/1983-803420233435ES
24. Esper RC, López UMG. Cuidados paliativos. Editorial Alfil; 2024. 286 p.
25. Radbruch L, De Lima L, Knäul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. octubre de 2020;60(4):754-64. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027 PubMed PMID: 32387576; PubMed Central PMCID: PMC8096724.
26. Wantonoro W, Suryaningsih EK, Anita DC, Nguyen TV. Palliative Care: A Concept Analysis Review. Sage Open Nurs. 1 de enero de 2022;8:23779608221117379. doi:10.1177/23779608221117379
27. Rechenmacher M. Care in palliative care: a challenging concept with normative issues. J Med Ethics. 16 de julio de 2025. doi:10.1136/jme-2024-110247 PubMed PMID: 40670152.
28. Karlsson M, Uhlman A, Kämper B, Ahlström BH. Reconciliation in palliative care: A concept analysis. Palliat Support Care. octubre de 2024;22(5):1496-506. doi:10.1017/S1478951524001470

29. Ott T, Heckel M, Öhl N, Steigleder T, Albrecht NC, Ostgathe C, et al. Palliative care and new technologies. The use of smart sensor technologies and its impact on the Total Care principle. *BMC Palliat Care*. 26 de abril de 2023;22(1):50. doi:10.1186/s12904-023-01174-9
30. Engel M, Kars MC, Teunissen SCCM, Heide A van der. Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliat Support Care*. octubre de 2023;21(5):890-913. doi:10.1017/S1478951523001165
31. Palliative care principles in ALS. En: *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2023 [citado 30 de abril de 2026]. p. 139-55. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/chapter/handbook/abs/pii/B9780128245354000070> doi:10.1016/B978-0-12-824535-4.00007-0
32. Mazur R, Trna J. Principles of Palliative and Supportive Care in Pancreatic Cancer: A Review. *Biomedicines*. octubre de 2023;11(10):2690. doi:10.3390/biomedicines11102690
33. Qama E, Diviani N, Grignoli N, Rubinelli S. Health professionals' view on the role of hope and communication challenges with patients in palliative care: A systematic narrative review. *Patient Educ Couns*. 1 de junio de 2022;105(6):1470-87. doi:10.1016/j.pec.2021.09.025
34. Reddy V, Nafees A, Raman S. Recent advances in artificial intelligence applications for supportive and palliative care in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. junio de 2023;17(2):125. doi:10.1097/SPC.0000000000000645
35. Karagkounis C, Papachristou C, Minasidou E, Bellali T. Palliative Care Needs in Advanced Non-Malignant Chronic Conditions: A Qualitative Study of Greek Patients' and Caregivers' Perspectives. *Healthcare*. 13 de febrero de 2026;14(4):479. doi:10.3390/healthcare14040479 PubMed PMID: 41753992; PubMed Central PMCID: PMC12940276.

36. Daud ML, Simone GGD. Management of pain in cancer patients – an update. *ecancermedicalscience*. 12 de diciembre de 2024;18:1821. doi:10.3332/ecancer.2024.1821 PubMed PMID: 40171458; PubMed Central PMCID: PMC11959144.
37. Milione HF, Valdez P, Rayo AC, Cámara L. Choosing Wisely hispanoamericano en medicina interna: Recomendaciones del Foro Internacional de Medicina Interna en prevención cuaternaria. Editorial Alfíl; 2024. 372 p.
38. Frache S, Mercier A, Letellier M, Lafay C, Alexandre M, Rouger J, et al. Dolor al final de la vida en cuidados paliativos (excluida la perinatología). *EMC - Pediatría*. 1 de junio de 2024;59(2):1-8. doi:10.1016/S1245-1789(24)49142-7
39. Chelazzi C, Ripamonti CI. How early should be “Early Integrated Palliative Care”? *Support Care Cancer*. 2024;32(1):41. doi:10.1007/s00520-023-08213-4 PubMed PMID: 38110598; PubMed Central PMCID: PMC10728221.
40. Sullivan DR, Teno JM, Reinke LF. Evolution of Palliative Care in the Department of Veterans Affairs: Lessons from an Integrated Health Care Model. *J Palliat Med*. 1 de enero de 2022;25(1):15-20. doi:10.1089/jpm.2021.0246
41. Kirkland SW, Yang EH, Garrido Clua M, Kruhlak M, Campbell S, Villa-Roel C, et al. Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med*. 2022;29(10):1229-46. doi:10.1111/acem.14492
42. Chapman EJ, Pini S, Edwards Z, Elmokhallalati Y, Murtagh FEM, Bennett MI. Conceptualising effective symptom management in palliative care: a novel model derived from qualitative data. *BMC Palliat Care*. 4 de febrero de 2022;21:17. doi:10.1186/s12904-022-00904-9 PubMed PMID: 35115005; PubMed Central PMCID: PMC8815221.

43. Moran S, Bailey ME, Doody O. Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: A scoping review. *PLOS ONE*. 23 de agosto de 2024;19(8):e0307188. doi:10.1371/journal.pone.0307188
44. Peeler A, Afolabi O, Adcock M, Evans C, Nkhoma K, van Breevoort D, et al. Primary palliative care in low- and middle-income countries: A systematic review and thematic synthesis of the evidence for models and outcomes. *Palliat Med*. 1 de septiembre de 2024;38(8):776-89. doi:10.1177/02692163241248324
45. Development of a Guide to Multidimensional Needs Assessment in the Palliative Care Initial Encounter (MAP). *J Pain Symptom Manage*. 1 de octubre de 2023;66(4):361-369.e6. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.07.011
46. Crespo I, Goni-Fuste B, Monforte-Royo C, Garcia-Salanova A, Rodríguez-Prat A, Alonso-Babarro A, et al. Implementation of a clinical interview guide to Multidimensional needs assessment in Palliative care (MAP): A multicenter mixed-methods feasibility study. *PLOS ONE*. 31 de julio de 2025;20(7):e0329354. doi:10.1371/journal.pone.0329354
47. Goni-Fuste B, Crespo I, García-Salanova A, Monforte-Royo C, Rodríguez-Prat A, Alonso A, et al. Development of a Revised Clinical Guide to Multidimensional Needs Assessment in Palliative Care: MAP. *J Pain Symptom Manage*. 1 de abril de 2026;71(4):e445-50. doi:10.1016/j.jpainsymman.2025.12.014
48. Zhang L, Huang Y lin, Wu X qin, Liu C yan, Zhang X li, Yang X yu, et al. The impact of virtual clinical simulation on nursing students' palliative care knowledge, ability, and attitudes: A mixed methods study. *Nurse Educ Today*. 1 de enero de 2024;132:106037. doi:10.1016/j.nedt.2023.106037
49. Lizano-Barrantes C, Amat-Fernandez C, Garin O, Luer-Aguila R, Pardo Y, Rojas-Concha L, et al. Needs and health-related quality of life domains relevant to people in Europe with advanced cancer in need of palliative care: a systematic review of qualitative research. *Qual Life Res*. 18 de febrero de 2026;35(3):74. doi:10.1007/s11136-025-04129-0

50. A Systematic Approach to Assessing and Addressing Palliative Care Needs in an Outpatient Population. *J Pain Symptom Manage*. 1 de septiembre de 2023;66(3):270-280.e8. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.06.024
51. Kluger BM, Hudson P, Hanson LC, Bužgovà R, Creutzfeldt CJ, Gursahani R, et al. Palliative care to support the needs of adults with neurological disease. *Lancet Neurol*. 1 de julio de 2023;22(7):619-31. doi:10.1016/S1474-4422(23)00129-1 PubMed PMID: 37353280.
52. Creangă-Murariu I, Froicu EM, Scripcariu DV, Bacoanu G, Poroach M, Moscalu M, et al. Timing Matters: A Systematic Review of Early Versus Delayed Palliative Care in Advanced Cancer. *Cancers*. enero de 2025;17(15):2598. doi:10.3390/cancers17152598
53. Hui D, Heung Y, Bruera E. Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. *Cancers*. 18 de febrero de 2022;14(4):1047. doi:10.3390/cancers14041047 PubMed PMID: 35205793; PubMed Central PMCID: PMC8870673.
54. Rimmer B, Crowe L, Todd A, Sharp L. Assessing unmet needs in advanced cancer patients: a systematic review of the development, content, and quality of available instruments. *J Cancer Surviv*. 1 de octubre de 2022;16(5):960-75. doi:10.1007/s11764-021-01088-6
55. Llop-Medina L, Fu Y, Garcés-Ferrer J, Doñate-Martínez A. Palliative Care in Older People with Multimorbidities: A Scoping Review on the Palliative Care Needs of Patients, Carers, and Health Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2022;19(6):3195. doi:10.3390/ijerph19063195
56. Saarinen J, Mishina K, Soikkeli-Jalonen A, Haavisto E. Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2023;37(4):897-908. doi:10.1111/scs.13062
57. Xie Z, Ding J, Jiao J, Tang S, Huang C. Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and

meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 19 de agosto de 2024;14(3):256-68. doi:10.1136/spcare-2023-004465 PubMed PMID: 38154921; PubMed Central PMCID: PMC11347222.

58. Mahura M, Karle B, Sayers L, Dick-Smith F, Elliott R. Use of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT™) for end-of-life discussions: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 16 de mayo de 2024;23:119. doi:10.1186/s12904-024-01445-z PubMed PMID: 38750464; PubMed Central PMCID: PMC11097449.

59. Bustamante-Fermosel A, Chacón-Moreno AD, Hennekinne L, Gil-Gil F, Notario-Leo H, Larrainzar-Garijo R, et al. Screening Tools for the Early Identification of Palliative Care Needs in Patients with Advanced Chronic Conditions: An Updated Systematic Review. *J Clin Med*. 23 de enero de 2026;15(3):919. doi:10.3390/jcm15030919 PubMed PMID: 41682603; PubMed Central PMCID: PMC12898093.

60. Teike Lüthi F, MacDonald I, Rosselet Amoussou J, Bernard M, Borasio GD, Ramelet AS. Instruments for the identification of patients in need of palliative care in the hospital setting: a systematic review of measurement properties. *JBIC Evid Synth*. 1 de marzo de 2022;20(3):761-87. doi:10.11124/JBIES-20-00555 PubMed PMID: 34812189.

61. Tenge T, Hadler R, Mahal E, Ahrens E, Wachtendorf LJ, Redaelli S, et al. Development and validation of a prediction score for early identification of palliative care needs for patients in the intensive care unit: a multicentre retrospective cohort study. *EClinicalMedicine*. noviembre de 2025;89:103519. doi:10.1016/j.eclinm.2025.103519 PubMed PMID: 41048666; PubMed Central PMCID: PMC12495436.

62. Bustamante-Fermosel A, Chacón-Moreno AD, Hennekinne L, Gil-Gil F, Notario-Leo H, Larrainzar-Garijo R, et al. Screening Tools for the Early Identification of Palliative Care Needs in Patients with Advanced Chronic Conditions: An Updated Systematic Review. *J Clin Med*. 23 de enero de 2026;15(3):919. doi:10.3390/jcm15030919 PubMed PMID: 41682603; PubMed Central PMCID: PMC12898093.

63. Bustamante-Fermosel A, Díaz-Sánchez E, Pavón-Muñoz N, Hennekinne L, Gil-Gil F, Notario-Leo H, et al. External Validation of the NECPAL CCOMS-ICO Prognostic Tool for Early Palliative Care and Mortality Prediction in Patients with Advanced Chronic Conditions: A Prospective Observational Study Protocol. *Methods Protoc.* junio de 2025;8(3):45. doi:10.3390/mps8030045
64. Esteban-Burgos AA, Hueso-Montoro C, Mota-Romero E, Montoya-Juarez R, Gomez-Batiste X, Garcia-Caro MP. The prognostic value of the NECPAL instrument, Palliative Prognostic Index, and PROFUND index in elderly residents of nursing homes with advanced chronic condition. *BMC Geriatr.* 3 de noviembre de 2023;23(1):715. doi:10.1186/s12877-023-04409-9
65. Kabelka L, Dušek L. NECPAL Tool Aids Early Identification of Palliative Care Needs. *J Palliat Med.* 1 de septiembre de 2022;25(9):1398-403. doi:10.1089/jpm.2022.0114
66. Bustamante-Fermosel A, Chacón-Moreno AD, Hennekinne L, Gil-Gil F, Notario-Leo H, Larrainzar-Garijo R, et al. Screening Tools for the Early Identification of Palliative Care Needs in Patients with Advanced Chronic Conditions: An Updated Systematic Review. *J Clin Med.* 23 de enero de 2026;15(3):919. doi:10.3390/jcm15030919 PubMed PMID: 41682603; PubMed Central PMCID: PMC12898093.
67. Aguilar-Fuerte M, Alonso-Ecenarro F, Broch-Petit A, Chover-Sierra E. Palliative Care Needs and Clinical Features Related to Short-Term Mortality in Patients Enrolled in a Heart Failure Unit. *Healthcare.* septiembre de 2022;10(9):1609. doi:10.3390/healthcare10091609
68. Haroen H, Maulana S, Harun H, Mirwanti R, Sari CWM, Platini H, et al. The benefits of early palliative care on psychological well-being, functional status, and health-related quality of life among cancer patients and their caregivers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care.* 28 de abril de 2025;24(1):120. doi:10.1186/s12904-025-01737-y

69. Suárez Vélez BM. Calidad de vida en pacientes oncológicos. Revisión Sistemática [Internet]. 2025 [citado 29 de abril de 2026]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/20117>
70. Blum M, Zeng L, Chai E, Gelfman LP. Association of Functional Status and Symptom Severity Among Patients Who Received Palliative Care Consultations. *J Palliat Med.* 1 de junio de 2024;27(6):727-33. doi:10.1089/jpm.2023.0466
71. Cox CE, Ashana DC, Haines KL, Casarett D, Olsen MK, Parish A, et al. Assessment of Clinical Palliative Care Trigger Status vs Actual Needs Among Critically Ill Patients and Their Family Members. *JAMA Netw Open.* 20 de enero de 2022;5(1):e2144093. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.44093
72. Esteban-Burgos AA, Hueso-Montoro C, Mota-Romero E, Montoya-Juarez R, Gomez-Batiste X, Garcia-Caro MP. The prognostic value of the NECPAL instrument, Palliative Prognostic Index, and PROFUND index in elderly residents of nursing homes with advanced chronic condition. *BMC Geriatr.* 3 de noviembre de 2023;23(1):715. doi:10.1186/s12877-023-04409-9 PubMed PMID: 37924015; PubMed Central PMCID: PMC10623722.
73. Fisher G, Shadmi E, Porat-Packer T, Zisberg A. Identifying patients in need of palliative care: Adaptation of the Necesidades Paliativas CCOMS-ICO© (NECPAL) screening tool for use in Israel. *Palliat Support Care.* febrero de 2024;22(1):103-9. doi:10.1017/S1478951522001390 PubMed PMID: 36285527.
74. López-Alba JA, Jaramillo-García DM, Reina-Gamba NC. Content validity of the NECPAL CCOMS-ICO© in Spanish to identify palliative needs in children and adolescents with Cancer. *Investig Educ En Enfermeria.* marzo de 2022;40(1):e06. doi:10.17533/udea.iee.v40n1e06 PubMed PMID: 35485619; PubMed Central PMCID: PMC9052726.
75. Anand U, Dey A, Chandel AKS, Sanyal R, Mishra A, Pandey DK, et al. Cancer chemotherapy and beyond: Current status, drug candidates, associated risks and progress in targeted therapeutics. *Genes Dis.* 18 de

marzo de 2022;10(4):1367-401. doi:10.1016/j.gendis.2022.02.007 PubMed PMID: 37397557; PubMed Central PMCID: PMC10310991.

76. Aguilar-Fuerte M, Alonso-Ecenarro F, Broch-Petit A, Chover-Sierra E. Palliative Care Needs and Clinical Features Related to Short-Term Mortality in Patients Enrolled in a Heart Failure Unit. *Healthcare*. 24 de agosto de 2022;10(9):1609. doi:10.3390/healthcare10091609 PubMed PMID: 36141221; PubMed Central PMCID: PMC9498741.

77. Pigni A, Alfieri S, Caraceni AT, Zecca E, Fusetti V, Tallarita A, et al. Development of the palliative care referral system: proposal of a tool for the referral of cancer patients to specialized palliative care. *BMC Palliat Care*. 28 de noviembre de 2022;21(1):209. doi:10.1186/s12904-022-01094-0

78. Effect of an Artificial Intelligence Decision Support Tool on Palliative Care Referral in Hospitalized Patients: A Randomized Clinical Trial. *J Pain Symptom Manage*. 1 de julio de 2023;66(1):24-32. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.02.317

79. Miyasaki JM, Lim SY, Chaudhuri KR, Antonini A, Piemonte M, Richfield E, et al. Access and Attitudes Toward Palliative Care Among Movement Disorders Clinicians. *Mov Disord*. 2022;37(1):182-9. doi:10.1002/mds.28773

80. Pask S, Okwuosa C, Mohamed A, Price R, Young J, Curtis T, et al. Models, components and outcomes of palliative and end-of-life care provided to adults living at home: A systematic umbrella review of reviews. *Palliat Med*. 4 de septiembre de 2025;39(10):1037-62. doi:10.1177/02692163251362567 PubMed PMID: 40908745; PubMed Central PMCID: PMC12640366.

81. Mathews J, Hannon B, Zimmermann C. Models of Integration of Specialized Palliative Care with Oncology. *Curr Treat Options Oncol*. 2021;22(5):44. doi:10.1007/s11864-021-00836-1 PubMed PMID: 33830352; PubMed Central PMCID: PMC8027976.

82. Hui D, Bruera E. Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *J Clin Oncol*. 20 de marzo de 2020;38(9):852-65. doi:10.1200/JCO.18.02123 PubMed PMID: 32023157; PubMed Central PMCID: PMC7082156.
83. Marshall C, Virdun C, Phillips JL. Evidence-based models of rural palliative care: A systematic review. *Palliat Med*. 1 de septiembre de 2023;37(8):1129-43. doi:10.1177/02692163231183994
84. Holder P, Coombes L, Chudleigh J, Harding R, Fraser LK. Barriers and facilitators influencing referral and access to palliative care for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: a scoping review of the evidence. *Palliat Med*. 1 de octubre de 2024;38(9):981-99. doi:10.1177/02692163241271010
85. Disler R, Pascoe A, Luckett T, Donesky D, Irving L, Currow DC, et al. Barriers to Palliative Care Referral and Advance Care Planning (ACP) for Patients With COPD: A Cross-Sectional Survey of Palliative Care Nurses. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 de febrero de 2022;39(2):169-77. doi:10.1177/10499091211018192
86. Okyere J, Kissah-Korsah K. Barriers to the integration of palliative care in Ghana: evidence from a tertiary health facility. *Palliat Care Soc Pract*. 1 de enero de 2023;17:26323524231179980. doi:10.1177/26323524231179980
87. Paraizo-Horvath CMS, Fernandes D de S, Russo TM da S, Souza AC de, Silveira RC de CP, Galvão CM, et al. Identification of people for palliative care in primary health care: integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 15 de agosto de 2022;27:3547-57. doi:https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01152022EN
88. Cai Y, Lalani N. Examining Barriers and Facilitators to Palliative Care Access in Rural Areas: A Scoping Review. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 de enero de 2022;39(1):123-30. doi:10.1177/10499091211011145
89. Axelsson B. The Challenge: Equal Availability to Palliative Care According to Individual Need Regardless of Age, Diagnosis, Geographical

Location, and Care Level. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2022;19(7):4229. doi:10.3390/ijerph19074229

90. First-Ever Global Ranking of Palliative Care: 2025 World Map Under the New WHO Framework. *J Pain Symptom Manage*. 1 de noviembre de 2025;70(5):447-58. doi:10.1016/j.jpainsymman.2025.07.026

91. Riera-Negre L, Hidalgo-Andrade P, Rosselló MR, Verger S. Exploring critical factors in pediatric palliative care in Latin America: A scoping review. *Glob Public Health*. 31 de diciembre de 2024;19(1):2306473. doi:10.1080/17441692.2024.2306473 PubMed PMID: 38286132.

92. Gaviria DAG, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L. PALLIATIVE CARE AND END OF LIFE CARE IN LATIN AMERICA: SCOPING REVIEW. *Horiz Enferm*. 27 de diciembre de 2023;34(3):708-31. doi:10.7764/Horiz_Enferm.34.3.708-731

93. Peeler A, Afolabi OA, Sleeman KE, Akoum ME, Gafer N, Hammerich A, et al. Confronting global inequities in palliative care. *BMJ Glob Health*. 16 de mayo de 2025;10(5). doi:10.1136/bmjgh-2024-017624 PubMed PMID: 10.1136/bmjgh-2024-017624.

94. Ho FDV, De Luna DV, Cubarrubias DLPF, Ong EP, Abello RMR, Ansay MFM, et al. Palliative and Supportive Care in the Philippines: Systems, Barriers, and Steps Forward. *J Palliat Care*. 1 de abril de 2024;39(2):87-91. doi:10.1177/08258597231153381

95. Beresford CJ, Gelling L, Baron S, Thompson L. The experiences of people with liver disease of palliative and end-of-life care in the United Kingdom—A systematic literature review and metasynthesis. *Health Expect*. 2024;27(1):e13893. doi:10.1111/hex.13893

96. Walshe C, Dunleavy L, Preston N, Payne S, Ellershaw J, Taylor V, et al. Understanding barriers and facilitators to palliative and end-of-life care research: a mixed method study of generalist and specialist health, social care, and research professionals. *BMC Palliat Care*. 25 de junio de

2024;23:159. doi:10.1186/s12904-024-01488-2 PubMed PMID: 38918771; PubMed Central PMCID: PMC11202245.

97. Testoni I, Wieser MA, Kapelis D, Pompele S, Bonaventura M, Crupi R. Lack of Truth-Telling in Palliative Care and Its Effects among Nurses and Nursing Students. *Behav Sci.* mayo de 2020;10(5):88. doi:10.3390/bs10050088

98. Shi Z, Du M, Zhu S, Lei Y, Xu Q, Li W, et al. Factors influencing accessibility of palliative care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care.* 24 de marzo de 2025;24(1):80. doi:10.1186/s12904-025-01704-7

99. Sítima G, Galhardo-Branco C, Reis-Pina P. Equity of access to palliative care: a scoping review. *Int J Equity Health.* 25 de noviembre de 2024;23(1):248. doi:10.1186/s12939-024-02321-1

100. Hui D, Heung Y, Bruera E. Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. *Cancers.* enero de 2022;14(4):1047. doi:10.3390/cancers14041047

101. Xie Z, Ding J, Jiao J, Tang S, Huang C. Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care.* 1 de septiembre de 2024;14(3):256-68. doi:10.1136/spcare-2023-004465 PubMed PMID: 38154921.

102. Castro JA, Hannon B, Zimmermann C. Integrating Palliative Care into Oncology Care Worldwide: The Right Care in the Right Place at the Right Time. *Curr Treat Options Oncol.* 2023;24(4):353-72. doi:10.1007/s11864-023-01060-9 PubMed PMID: 36913164; PubMed Central PMCID: PMC10009840.

103. Lalani N, Cai Y. Palliative care for rural growth and wellbeing: identifying perceived barriers and facilitators in access to palliative care in rural Indiana, USA. *BMC Palliat Care.* 19 de febrero de 2022;21(1):25. doi:10.1186/s12904-022-00913-8

104. Haroen H, Maulana S, Harun H, Mirwanti R, Sari CWM, Platini H, et al. The benefits of early palliative care on psychological well-being, functional status, and health-related quality of life among cancer patients and their caregivers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care*. 28 de abril de 2025;24:120. doi:10.1186/s12904-025-01737-y PubMed PMID: 40296046; PubMed Central PMCID: PMC12036283.
105. Kochems K, de Graaf E, Hesselmann GM, Teunissen SCCM. Being Seen as a Unique Person is Essential in Palliative Care at Home and Nursing Homes: A Qualitative Study With Patients and Relatives. *Am J Hosp Palliat Care*. febrero de 2025;42(2):207-16. doi:10.1177/10499091241242810 PubMed PMID: 38581256; PubMed Central PMCID: PMC11636018.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Oriana Marcela Gallego Ramírez**, con C.C: # 1204171910 autor/a del trabajo de titulación: **Identificación de necesidades paliativas con el instrumento NECPAL 4.0 en pacientes de un Hospital Oncológico**, previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **29 de junio de 2026**

f. _____

Nombre: **Oriana Marcela Gallego Ramírez**

C.C: **1204171910**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Identificación de necesidades paliativas con el instrumento NECPAL 4.0 en pacientes de un Hospital Oncológico		
AUTOR(ES)	Oriana Marcela Gallego Ramírez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Katherine Garcia Matamoros		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Subsistema de Posgrado/Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Cuidados Paliativos		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Cuidados Paliativos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de junio de 2026	No. PÁGINAS:	77
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, Medicina, Cuidados Paliativos		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	<i>Cuidados Paliativos; NECPAL 4.0; Oncología; Identificación Temprana, neoplasias, evaluación de necesidades, atención ambulatoria, Calidad de vida</i> <i>Keywords: Palliative Care; NECPAL 4.0; Oncology; Early Identification, neoplasms, Needs Assessment, Ambulatory care, Quality of Life</i>		

RESUMEN

La presente investigación abordó la problemática de la identificación tardía de necesidades paliativas en el ámbito oncológico, un factor que limita la calidad de vida y el acceso oportuno a cuidados integrales. El objetivo principal fue identificar dichas necesidades mediante el instrumento NECPAL 4.0 en pacientes del Hospital SOLCA-Guayaquil durante el periodo de agosto y septiembre de 2025. Se empleó una metodología con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y alcance analítico. La población de estudio estuvo conformada por 470 pacientes adultos atendidos en consulta externa de oncología, quienes fueron evaluados mediante la aplicación del instrumento NECPAL 4.0 al médico tratante durante la atención clínica. Los resultados revelaron que el 27,02% de la población (127 pacientes) presentó un resultado positivo para NECPAL 4.0, evidenciando una carga paliativa significativa incluso en pacientes con funcionalidad conservada (Karnofsky promedio de 80,38). Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la positividad del instrumento y el estadio IV de la enfermedad (50,68%), así como con tumores de origen digestivo (47,62%). Asimismo, los pacientes NECPAL positivos mostraron una probabilidad 4,3 veces mayor de acceder a servicios especializados. Se concluye que el NECPAL 4.0 constituye una herramienta válida y sensible para la identificación de necesidades paliativas en pacientes oncológicos. No obstante, persiste una brecha asistencial del 30,71% en pacientes con resultado positivo que no fueron derivados a cuidados paliativos, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los protocolos institucionales de referencia para favorecer una atención más oportuna, integral y centrada en el paciente.

ABSTRACT

This study addressed the challenge of the late identification of palliative care needs in oncology, a situation that limits patients' quality of life and timely access to comprehensive care. The main

objective was to identify palliative care needs using the NECPAL 4.0 instrument in patients treated at SOLCA Hospital–Guayaquil between August and September 2025. A quantitative approach was adopted using a non-experimental, cross-sectional design with an analytical scope. The study included 470 adult oncology patients who were assessed using the NECPAL 4.0 instrument, which was completed by the treating physician during routine outpatient consultations. The results showed that 27.02% of the patients (127 individuals) were identified as NECPAL positive, indicating a substantial burden of palliative care needs even among patients with relatively preserved functional status (mean Karnofsky Performance Status: 80.38). A statistically significant association was found between a positive NECPAL result and stage IV disease (50.68%), as well as with digestive tract malignancies (47.62%). Furthermore, NECPAL-positive patients were 4.3 times more likely to be referred to specialized palliative care services. It is concluded that NECPAL 4.0 is a valid and sensitive tool for identifying palliative care needs in oncology patients. Nevertheless, a care gap remains, as 30.71% of NECPAL-positive patients were not referred to specialized palliative care services. These findings highlight the need to strengthen institutional referral pathways in order to ensure timely, comprehensive, and patient-centered oncological care.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-989765008	E-mail: orianagallegor@gmail.com , oriana.gallego@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vallejo Martínez Mariana Concepción	
	Teléfono: +593- 998089192	
	E-mail: mariana.vallejo@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		