

EFECTIVIDAD DE HERRAMIENTAS

PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE NECESIDADES PALIATIVAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

EFFECTIVENESS OF TOOLS FOR THE EARLY IDENTIFICATION OF PALLIATIVE CARE NEEDS IN PRIMARY CARE: A SYSTEMATIC REVIEW

María José Gavilanes-Llango¹

E-mail: mgavilanes@pucesa.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5293-3131>

Roxana Valentina Barrezueta-Román²

E-mail: rvbarrezueta@espe.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1821-222X>

Rommel Patricio Suasnavas-Torres¹

E-mail: rpsuasnavas@pucesa.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7847-7915>

Erick Steve Jordán-Cruz¹

E-mail: ejordan0823@pucesa.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0008-0007-4278-0315>

¹ Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Sede Ambato. Ecuador.

² Universidad de las Fuerzas Armadas. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Gavilanes-Llango, M. J., Barrezueta-Román, R. V., Suasnavas-Torres, R. P., & Jordán-Cruz, E. S. (2026). Efectividad de herramientas para la identificación precoz de necesidades paliativas en la atención primaria: revisión sistemática. *Revista UGC*, 4(4), 266-272.

Fecha de presentación: 15/07/2026

Fecha de aceptación: 28/09/2026

Fecha de publicación: 01/10/2026

RESUMEN

La identificación precoz de necesidades paliativas en la atención primaria representa un desafío clínico crítico frente al envejecimiento poblacional y el incremento progresivo de enfermedades crónicas avanzadas. Se realizó una revisión sistemática cualitativa siguiendo los estándares PRISMA, evaluando la utilidad clínica, viabilidad y precisión diagnóstica de las herramientas SPICT y NECPAL. Los hallazgos demuestran que el uso sistemático de la herramienta SPICT optimiza la sensibilidad diagnóstica, alcanzando hasta un 57% de precisión frente al 50% de la "pregunta sorpresa" tradicional, e incrementando su efectividad al 81% cuando se excluyen fallecimientos súbitos imprevistos; asimismo, su viabilidad mejora notablemente al integrarse en los registros clínicos digitales. Por su parte, el modelo NECPAL complementa este tamizaje vinculando los indicadores generales de declive funcional y fragilidad avanzada con la demanda del entorno afectivo familiar y el análisis sistemático de síndromes geriátricos transversales. El contraste de la literatura evidencia que el uso estructurado de estas herramientas reduce significativamente las admisiones hospitalarias urgentes fútiles, optimiza la adecuación del esfuerzo terapéutico mediante la disminución de polifarmacia inapropiada y mitiga sustancialmente la sobrecarga del cuidador informal en diversas de las trayectorias clínicas analizadas. Se concluye que tanto SPICT como NECPAL son instrumentos altamente efectivos para pautar de manera de forma oportuna planes anticipados

de cuidados paliativos generalistas integrados en la comunidad.

Palabras clave:

Cuidados paliativos, Atención primaria, cuidador informal.

ABSTRACT

Early identification of palliative care needs in primary care represents a critical clinical challenge in the face of an aging population and the progressive rise of advanced chronic diseases. A systematic qualitative review was conducted following PRISMA standards to evaluate the clinical utility, feasibility, and diagnostic accuracy of the SPICT and NECPAL tools. Findings demonstrate that systematic use of the SPICT tool optimizes diagnostic sensitivity, achieving up to 57% accuracy, compared to 50% with the traditional "surprise question" and increasing effectiveness to 81% when excluding unforeseen sudden events; furthermore, its utility improves markedly when integrated into electronic health records. Meanwhile, the NECPAL model complements this screening by linking general indicators of functional decline and advanced frailty with the needs of the family support system and a systematic analysis of cross-cutting geriatric syndromes. A review of the literature shows that the structured use of these tools significantly reduces futile emergency hospital admissions, optimizes the appropriateness of therapeutic interventions by curbing inappropriate

polypharmacy, and substantially alleviates informal caregiver burden across the various clinical trajectories analyzed. It is concluded that both SPICT and NECPAL are highly effective instruments for the timely initiation of community-integrated, generalist palliative care plans.

Keywords:

Palliative care, Primary care, Informal caregiver.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional global y el consecuente incremento de enfermedades crónicas no transmisibles han consolidado un cambio radical en la salud pública contemporánea (Da Silva et al., 2022). Patologías degenerativas complejas como la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las nefropatías terminales y los síndromes demenciales avanzados se caracterizan por trayectorias prolongadas de declive funcional, vulnerabilidad extrema y una elevada carga de sufrimiento relacionado con la salud (Munday et al., 2024). Históricamente, los enfoques paliativos se limitaron casi exclusivamente a neoplasias malignas diseminadas o a fases de agonía inminente en unidades de hospitalización terciaria (Rosa et al., 2026).

Sin embargo, la evidencia contemporánea destaca la necesidad de avanzar hacia una atención paliativa integrada, continua y próxima al entorno habitual de las personas con enfermedades avanzadas (Nkhoma et al., 2025). En esta dirección, las experiencias con modelos de atención liderados por enfermeras muestran el valor de fortalecer el protagonismo de estos profesionales en la organización y continuidad del cuidado, particularmente ante necesidades asistenciales complejas (Zambrano-Sanguinetti, 2025).

El aumento de la multimorbilidad en etapas avanzadas de la vida incrementa las demandas físicas, psicosociales y afectivas, lo que refuerza la necesidad de disponer de mecanismos eficaces para la identificación precoz de necesidades paliativas desde el primer nivel de atención (Elsayed et al., 2025).

Frente a esta realidad epidemiológica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Declaración de Astana postulan que el acceso a los cuidados paliativos constituye un derecho humano fundamental para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (Rosa et al., 2026). Para operacionalizar este paradigma, la Atención Primaria de Salud (APS) se erige como el núcleo integrador indispensable para articular servicios de proximidad (Munday et al., 2024). El personal de atención primaria, debido a su accesibilidad y vínculo longitudinal con la población, posee una posición estratégica para pautar un abordaje holístico que abarque las esferas física, social, psicológica y espiritual (Ramanayake et al., 2016). Asimismo, la integración oportuna de estos cuidados mitiga los reingresos

hospitalarios costosos y redirige las metas asistenciales hacia el confort.

No obstante, el mayor obstáculo en la práctica diaria es la subidentificación y el diagnóstico paliativo tardío en pacientes con fallos orgánicos no oncológicos (Manrique-Hernandez & Sánchez-Duque, 2024). La falta de herramientas sistemáticas de cribado provoca que la transición hacia enfoques paliativos se realice de forma reactiva ante crisis agudas, incrementando las hospitalizaciones evitables, la polifarmacia inapropiada y el encarnizamiento terapéutico (Afshar et al., 2022).

Para resolver esta brecha, se han internacionalizado instrumentos específicos de tamizaje clínico como el *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT) y el programa de Necesidades Paliativas (NECPAL) (Gómez-Batiste et al., 2013). Estas herramientas combinan el juicio clínico intuitivo, derivado de la Pregunta Sorpresa, con indicadores objetivos de fragilidad avanzada, pérdida de peso nutricional, devaluación funcional y uso de recursos hospitalarios urgentes (Bustamante-Fermosel et al., 2025). La digitalización de los expedientes clínicos mediante sistemas de información de la práctica general (GPIS) ofrece una oportunidad inédita para automatizar estas estrategias de cribado en la comunidad, reduciendo el riesgo de crisis asistenciales y favoreciendo una planificación anticipada del cuidado (Van Wijmen et al., 2020).

La presente investigación tiene como objetivo analizar los principios y fundamentos de las herramientas de identificación precoz de necesidades paliativas SPICT y NECPAL en atención primaria, además de caracterizar su sensibilidad diagnóstica, la utilidad de los sistemas informáticos y las barreras organizacionales, clínicas y formativas de su uso, con el fin de proponer recomendaciones basadas en evidencia científica enfocadas en la elección del mejor abordaje integral y plan de cuidados anticipados para el paciente con enfermedad crónica avanzada o multimorbilidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de carácter cualitativo. Para la recolección de información se utilizó una técnica documental mediante la revisión exhaustiva de artículos y publicaciones de carácter científico enfocados en los modelos de cribado clínico para la identificación temprana de necesidades paliativas en la comunidad. Se empleó una metodología detallada y estructurada que garantiza la rigurosidad, exhaustividad y relevancia de la investigación.

Se llevó a cabo una búsqueda electrónica sistemática de literatura científica en las bases de datos internacionales PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO. El proceso de búsqueda se ejecutó utilizando términos indexados (MeSH/DeCS) y palabras clave, tanto en inglés como en español, combinados mediante operadores booleanos:

palliative care, primary health care, early identification, family medicine, SPICT, NECPAL, chronic disease y advance care planning.

Se seleccionaron artículos científicos originales, revisiones sistemáticas y estudios observacionales, redactados en inglés o español, que aportaran datos empíricos robustos respecto a la utilidad clínica, validación, sensibilidad, especificidad y barreras de implementación de las herramientas SPICT y NECPAL en el primer nivel de atención. Asimismo, se consideraron estudios que proporcionaran datos analíticos y cualitativos asociados a la mortalidad a mediano plazo o la identificación de necesidades complejas en el contexto de la atención primaria.

Se excluyeron aquellas investigaciones que no brindaron resultados con el suficiente soporte científico o que mostraron hallazgos no concluyentes. De igual manera, se descartaron comentarios científicos, cartas al editor, notas de opinión o manuscritos de corte no empírico.

El proceso de selección se ejecutó de forma estructurada mediante la evaluación inicial de títulos y resúmenes para verificar su concordancia con el objetivo de la investigación, procediendo posteriormente a la lectura a texto completo de los manuscritos preseleccionados para constatar el cumplimiento estricto de los criterios de elegibilidad establecidos.

La extracción de datos se estandarizó mediante el uso de un formulario estructurado que recopiló las siguientes variables esenciales: autores, año de publicación, diseño metodológico, tamaño de la muestra, ámbito de aplicación y herramientas evaluadas. Complementariamente, se empleó un segundo formulario específico diseñado para sintetizar y analizar las variables vinculadas con el impacto clínico de las herramientas en el manejo y seguimiento comunitario del paciente (Figura 1).

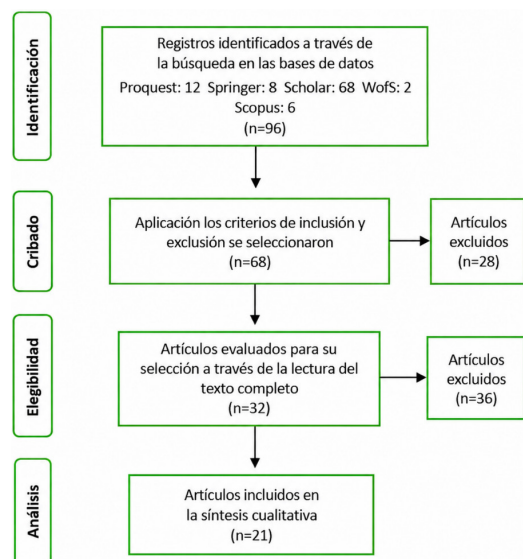


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de los estudios PRISMA.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados demuestran que la prevalencia de individuos con afecciones crónicas avanzadas en la comunidad que requieren cuidados paliativos primarios se sitúa en torno al 1% de la población general (Gómez-Batiste et al., 2013). Al evaluar las metodologías de cribado, se evidencia que ambos instrumentos operan con lógicas de tamizaje clínico complementarias (Mahura et al., 2024). El modelo NECPAL fundamenta su tamizaje clínico inicial en la **Pregunta Sorpresa** formulada a los doce meses cruzada con parámetros de cronicidad objetivos; en tanto que la herramienta SPICT evalúa indicadores generales de declive funcional e indicadores de fallo orgánico específico (Van Wijmen et al., 2020).

El análisis de la precisión diagnóstica revela hallazgos determinantes en el contexto de la práctica general (Van Wijmen et al., 2020). La aplicación de la **Pregunta Sorpresa**, basada exclusivamente en la intuición clínica del profesional médico, arroja una sensibilidad diagnóstica del 50% y una especificidad del 99% para predecir la mortalidad al cabo de un año (van Wijmen et al., 2020). Por su parte, la aplicación sistemática del instrumento SPICT optimiza la sensibilidad diagnóstica inicial alcanzando un 57% y manteniendo una especificidad del 98% (van Wijmen et al., 2020). Los datos de seguimiento de cohortes demuestran que cuando se excluyen del análisis aquellos fallecimientos clasificados como súbitos o inesperados por causas agudas, la sensibilidad diagnóstica real de la **Pregunta Sorpresa** se eleva al 69%, mientras que la eficacia de la detección estructurada con SPICT se incrementa de forma notable hasta alcanzar un 81% de precisión en la identificación de pacientes paliativos (van Wijmen et al., 2020).

En el modelo NECPAL, los datos recopilados demuestran que el 1.45% de la población global resulta positivo para la **Pregunta Sorpresa** y un 1.33% se consolida como positivo para NECPAL al cumplir con al menos un parámetro clínico adicional de declive general o de fragilidad avanzada (Gómez-Batiste et al., 2013). A nivel sintomático clínico, hasta un 78% de los pacientes crónicos detectados mediante tamizaje en atención primaria presentan criterios objetivos de necesidad paliativa inminente (Manrique-Hernandez & Sánchez-Duque, 2024). Las afecciones de carácter no oncológico predominan ampliamente, destacando las patologías cardiovasculares (43.8%–46.6%), las demencias complejas (23.4%–29.0%) y las neumopatías crónicas (12.1%–16.7%) (Afshar et al., 2022). La carga de síntomas informada por los pacientes tamizados es severa: el dolor crónico afecta al 62.5%, la disnea al 52.5% y la fatiga al 45%.

Finalmente, la estructuración de este cribado clínico reduce las visitas hospitalarias urgentes de 2.63 a 0.63 por paciente (Elsayed et al., 2025), promueve una revisión crítica que aminora la polifarmacia fútil en el 76%–78% de

los casos (Afshar et al., 2022; Van Baal et al., 2022) y eleva la firma de voluntades anticipadas del 9% al 44% de los registros médicos (van Wijmen et al., 2020).

A continuación, se presenta la caracterización comparativa (Tabla 1) de ambas herramientas en función de sus propiedades operativas en el entorno de la medicina familiar:

Tabla 1. Matriz comparativa de características operativas entre SPICT y NECPAL.

Característica	SPICT	NECPAL
País de origen	Escocia (Universidad de Edimburgo)	España (CCOMS-ICO)
Complejidad operativa	Baja; basada en listas de verificación clínicas directas	Moderada; requiere valoración integral y datos evolutivos
Pregunta sorpresa	No obligatoria (enfoque basado en criterios objetivos)	Sí; constituye el filtro inicial y obligatorio de entrada
Uso en Atención Primaria	Altamente práctico para patologías específicas	Muy extendido; excelente integración sociosanitaria
Tiempo de aplicación	Menor (< 5 minutos por paciente)	Mayor (requiere revisión de la trayectoria de cronicidad)
Enfoque principal	Clínico-orgánico e insuficiencias específicas de órgano	Integral; centrado en multimorbilidad, fragilidad y entorno

A partir de la evidencia identificada en la revisión, se propone un algoritmo orientado a facilitar la detección precoz de pacientes con posibles necesidades paliativas en el ámbito de la atención primaria. La propuesta integra el reconocimiento de condiciones clínicas avanzadas, la aplicación de herramientas de cribado, la evaluación multidimensional y la planificación anticipada de la atención, con énfasis en la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles de atención. Su estructura se organiza en las siguientes etapas:

1. Selección del Paciente: Paciente diagnosticado con enfermedad crónica avanzada (cardíaca, respiratoria, renal, hepática, neurológica) o que presenta criterios clínicos de fragilidad avanzada / multimorbilidad.
2. Cribado en Consulta del Médico Familiar: Si se prefiere un enfoque ágil basado en criterios clínico-orgánicos por órgano se aplica SPICT. Si se atiende a un paciente pluripatológico se aplica NECPAL.
3. Evaluación de Resultado: Si es negativa, continuar el seguimiento de crónicos y reevaluar en un lapso de 6 a 12 meses. Si es positiva, se procede a la evaluación integral multidimensional.
4. Planificación Anticipada de la Atención (PAA): Registrar voluntades y adecuar el esfuerzo terapéutico de forma proactiva.
5. Seguimiento Continuo: Coordinación activa por el equipo de medicina familiar, derivando a equipos especializados únicamente ante refractariedad sintomática.

La viabilidad operativa y la precisión diagnóstica de las herramientas de tamizaje paliativo en atención primaria constituyen un punto de convergencia y debate crítico entre los principales investigadores del área, evidenciando que la de la protocolización asistencial reconfigura los modelos de atención tradicionales.

Da Silva et al. (2022) sostienen que las estructuras de atención primaria y los equipos de salud familiar poseen una proximidad comunitaria y una cercanía al domicilio que facilita la de de continuidad y el apego longitudinal del cuidado paliativo generalista. No obstante, enfatizan que la desarticulación crítica existente entre los servicios de emergencia y el primer nivel asistencial genera una fragmentación que entorpece la resolución real de las demandas asistenciales del enfermo al final de la vida. Este criterio es complementado por van Wijmen et al. (2020), quienes demuestran mediante un análisis de cohorte que la digitalización del instrumento SPICT acoplado a los de sistemas de información de medicina general (GPIS) optimiza de forma sustancial la sensibilidad diagnóstica, alcanzando hasta un 81% de precisión predictiva cuando se eliminan los fallecimientos repentinos por causas agudas. Aunque estos autores reconocen que la parametrización informática y la depuración de las de la de la de la de la base de datos electrónica de las consultas resultan muy demandantes en tiempo para los médicos clínicos, concluyen que constituye una inversión metodológica altamente rentable para evitar la subidentificación de personas elegibles para cuidados paliativos.

Desde una perspectiva de políticas de salud, Munday et al. (2024) defienden que el cuidado paliativo primario es un componente intrínseco de la Cobertura Sanitaria Universal que debe estar imbuido de forma temprana en las trayectorias de las patologías crónicas avanzadas mediante el uso de toolkits validados como SPICT o NECPAL, evitando un abordaje reactivo o fragmentado. Esta de la de la visión contrasta e interactúa con el enfoque de Gómez-Batiste et al. (2013), quienes exponen que el modelo NECPAL fue estructurado específicamente para responder a patrones culturales latinos y mediterráneos, donde el entorno familiar se encuentra fuertemente involucrado en el consenso informativo de limitaciones

terapéuticas. Además, estos autores destacan la relevancia clínica de incorporar síndromes geriátricos transversales (disfagia, delirium, caídas, úlceras por presión) como indicadores directos de declive y de necesidad paliativa, superando la de la visión parcelada de la cronicidad basada únicamente en el conteo de comorbilidades nosológicas convencionales.

A nivel de barreras prácticas e individuales del médico de familia, McCallan & Daudt (2021) revelan mediante un análisis cualitativo que, a pesar de que los clínicos de cabecera reconocen la asistencia paliativa como una función de su especialidad, la devaluación de modelos de compensación económica que omiten remunerar el tiempo de traslado de las de visitas domiciliarias y la falta de modificadores de tiempo atentan directamente contra el equilibrio laboral y personal del profesional, desincentivando el seguimiento de óptimo en el hogar. Finalmente, Bergenholtz et al. (2025) amplían la complejidad de esta línea analítica hacia el entorno institucional hospitalario. Mediante una investigación de acción cualitativa, descubren que la identificación de un paciente paliativo primario desencadena marcados dilemas éticos y estrés moral en los departamentos paraclínicos (como laboratorio y radiología), dado que el personal experimenta sentimientos de intrusión y falta de significado al verse obligados a aplicar protocolos estandarizados de monitorización invasiva a pacientes cuya meta terapéutica prioritaria debería ser el confort y el bienestar holístico.

Para robustecer la discusión sistémica, resulta indispensable incorporar las contribuciones del resto de la literatura recopilada, la cual mapea de forma de precisa la variabilidad regional y los desafíos organizacionales de los cuidados paliativos. Manrique-Hernandez & Sánchez-Duque (2024) ratifican desde su análisis clínico que la saturación de la demanda especializada obliga al médico paliativista primario a asumir el liderazgo sintomático integral, un rol que, tal como describe McCarthy (2021), se potencia al instrumentar el del modelo integrador Bowtie y escalas de autoinforme del paciente como el de IPOS.

No obstante, el éxito de estos esquemas depende de la suficiencia estructural; Martins & Demarzo (2021) revelan que la falta de recursos de la salud de humanos cualificados en medicina de familia y la escasez de directrices específicas operan como barreras generalizadas, incorporando en su diagnóstico de la situación aportes esenciales sobre los retos éticos y la desestructuración de las redes asistenciales brasileñas. Esta falta de adiestramiento temprano es de igual modo de la de remarcada en el contexto formativo, donde los estudiantes y médicos recién egresados se ven forzados a aprender de manera aislada el del manejo de la terminalidad debido a carencias crónicas en los de los de currículos de las escuelas médicas generales.

La de la de la de la problemática de la preparación técnica se extiende directamente a las destrezas de

comunicación clínica; Iqbal (2019) expone que la carencia de competencias para la de para la transmisión de malas noticias y la falta de aplicación de protocolos estructurados como SPIKES favorecen la aparición de dinámicas complejas como la “conspiración del silencio” articulada de la por los familiares de los enfermos. Estas deficiencias formativas de la de limitan la capacidad de pautar oportunamente conversaciones sobre el luto y el fin de la vida, un vacío procedimental que las directrices de Mahura et al. (2024) buscan corregir al validar el del marco conversacional REMAP acoplado al uso de SPICT.

Por su parte, la evidencia empírica provista por Afshar et al. (2022) demuestra que la aplicación estructurada de SPICT-DE guía eficazmente al médico para traducir sus percepciones en decisiones clínicas concretas, de concretas, induciendo a revisiones farmacológicas críticas que optimizan la de la de la de la adecuación terapéutica en el paciente no oncológico. Este impacto positivo en la práctica del clínico generalista es evaluado pre y post-intervención por Van Baal et al. (2022), evidenciando un incremento significativo en la de la de la de la calidad de la documentación clínica y el registro estructurado de las preferencias del enfermo.

Sin embargo, la efectividad del tamizaje de las de oportuno requiere que los modelos asistenciales se amolden a las realidades locales. La heterogeneidad de los recursos y la escasez presupuestaria fragmentan la cobertura de los servicios de salud comunitarios. Este reto de adaptación de las de consultas contextual es particularmente evidente en el estudio multinacional de Nkhoma al. (2025), quienes devalúan la aplicabilidad directa de modelos desarrollados en naciones ricas si de si estos no consideran la exclusión social, el gasto de bolsillo catastrófico y las limitantes de movilidad física que aquejan al anciano pluripatológico en regiones en desarrollo.

Como respuesta a estas asimetrías de infraestructura, Morgan et al. (2025) proponen el empoderamiento estratégico de las facultades de medicina de familia y el despliegue de redes integradas de atención domiciliaria en áreas rurales y de difícil acceso, promoviendo junto con Atreya et al. (2024) el uso de marcos de competencia paliativa compartida para descentralizar el de el alivio del sufrimiento orgánico.

CONCLUSIONES

En este estudio se demuestra que las herramientas de tamizaje clínico SPICT y NECPAL son fundamentales para sistematizar la identificación precoz de necesidades paliativas en el primer nivel de atención. La evidencia demuestra que automatizar estos instrumentos —mediante codificación y filtrado digital en los sistemas de información de la práctica general— optimiza la sensibilidad diagnóstica. Esto supera las limitaciones de la tradicional Pregunta Sorpresa y permite predecir con eficacia la

trayectoria de declive en pacientes crónicos avanzados y multimórbidos.

Asimismo, estructurar este tamizaje temprano impacta de forma directa en la eficiencia de las redes asistenciales. Sus beneficios clave incluyen la reducción sustancial del uso de recursos de urgencia hospitalaria de alta intensidad, la promoción proactiva de la autonomía del paciente a través de voluntades anticipadas y la disminución certera de la polifarmacia fútil.

No obstante, la implementación efectiva de estas herramientas en la rutina asistencial diaria está supeditada a barreras organizacionales, formativas y financieras. Para superarlas, se requiere con urgencia una transformación estructural en cuatro ejes: 1. Adecuación del entorno: Adaptar las consultas de atención primaria para evitar la fatiga física de los pacientes frágiles; 2.- Sostenibilidad financiera: Desarrollar modelos de compensación y facturación médica equitativos que reconozcan el tiempo invertido en visitas domiciliarias y reuniones de planificación; 3.- Formación clínica: Capacitar al personal generalista en habilidades comunicativas complejas para mitigar la conspiración del silencio; 4.- Integración del sistema: Promulgar políticas públicas de salud que faciliten una coordinación fluida y bidireccional entre la medicina comunitaria y las unidades hospitalarias especializadas.

REFERENCIAS

- Afshar, K., Van Baal, K., Wiese, B., Schleef, T., Stiel, S., Müller-Mundt, G., & Schneider, N. (2022). Structured implementation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in general practice: A prospective interventional study with follow-up. *BMC Palliative Care*, 21(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01107-y>
- Atreya, S., Butola, S., Bhatnagar, S., Kumar, D., Muckaden, M., Kuraiyose, J., et al. (2024). Integration of palliative care into primary care: A collaborative effort between the Indian Association of Palliative Care and the Indian Association of Preventive and Social Medicine. *Indian Journal of Community Medicine*, 49(S2), S234–S239. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_858_24
- Bergenholtz, H., Kragh, C., Ziebell, M., Hølge-Hazelton, B., & Gaardboe, O. (2025). A joint hospital initiative to strengthen general palliative care in the hospital: An action research study on challenges and facilitators. *BMC Palliative Care*, 24(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01764-9>
- Bustamante-Fermosel, A., Díaz-Sánchez, E., Pavón-Muñoz, N., Hennekinne, L., Gil-Gil, F., Notario-Leo, H., Sánchez-Pizarro, A., Bustamante-Vega, M., & Torres-Macho, J. (2025). 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 and Protocols*, 8(3), 45. <https://doi.org/10.3390/mps8030045>
- Da Silva, T. C. D., Nietzsche, E. A., & Cogo, S. B. (2021). Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(1), e20201335. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1335>
- Elsayed, A. E. M., Faqeh, R. T., Aljammaz, S. S., Alghamdi, T. A., Alghamdi, E. I., Salman, Z. A. A. A., Rambo, R. Z., Albalali, G. M., Alkhalaf, N., Alqarni, R., Fadhel, A. A., Alangari, J., Ahmed, A. M. H. A., Alshamrani, A. H., & Alamri, L. (2025). Palliative care needs of patients with chronic diseases in family medicine settings: A systematic review. *The Review of Diabetic Studies*, 21(S2), 1056–1067. <https://doi.org/10.70082/7e80hv62>
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Villanueva, A., Espauella, J., Espinosa, J., Figuerola, M., & Constante, C. (2013). Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(3), 300–308. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000211>
- Iqbal, S. P. (2019). The role of family physician in palliative care. *Liaquat National Journal of Primary Care*, 1(1), 32–34. <https://doi.org/10.37184/lnjpc.2707-3521.1.6>
- Mahura, M., Karle, B., Sayers, L., Dick-Smith, F., & Elliott, R. (2024). Use of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) for end-of-life discussions: A scoping review. *BMC Palliative Care*, 23(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01445-z>
- Manrique-Hernandez, E. K., & Sánchez-Duque, J. A. (2024). Cuidados paliativos en la atención primaria de salud. *MEDISAN*, 28(2), e4800. <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4800>
- Martins, D. B., & Demarzo, M. M. P. (2021). O papel da medicina de família nos cuidados paliativos. *Interamerican Journal of Medicine and Health*, 4, e202101015. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v4i.179>
- McCallan, T., & Daudt, H. (2021). Engaging family physicians in the provision of palliative and end-of-life care: Can we do better? *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 207–211. <https://doi.org/10.1089/pmr.2021.0021>

- McCarthy, S. (2021). Primary palliative care: Caring for patients with life-limiting illness in the community. *Malaysian Family Physician*, 16(3), 2–5. <https://doi.org/10.51866/cm0002>
- Morgan, J., De Swardt, M., Gebre, N. T., Marhoom, M. K. A., Opare-Lokko, E. B., & Gwyther, L. (2025). What is the role of family medicine in provide palliative care in Africa? *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 17(1), a4879. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v17i1.4879>
- Munday, D., Pastrana, T., & Murray, S. A. (2024). Defining and developing primary palliative care as an essential element of primary health care. *Palliative Medicine*, 38(8), 766–769. <https://doi.org/10.1177/02692163241270915>
- Nkhoma, K. B., Bates, M. J., van Breevoort, D., Chifamba, D. D., Evans, C. J., Kwaitana, D., et al. (2025). Integrating palliative care into primary care for older people with multimorbid serious illness: A multinational qualitative cross-sectional study in Sub-Saharan Africa. *BMJ Public Health*, 3(1), e001355. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001355>
- Ramanayake, R. P. J. C., Dilanka, G. V. A., & Premasiri, L. L. W. S. S. (2016). Palliative care: Role of family physicians. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 234–237. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192356>
- Rosa, W. E., D'Andria Ursoleo, J., Connor, S., Afolabi, O., Atreya, S., Farrant, L., Go, A. E., Harding, R., Maddocks, M., Murray, S., Musyoki, D. K., Omolo, R. A., Pettus, K., Rusinová, K., Smith, G. M.,
- Van Baal, K., Wiese, B., Müller-Mundt, G., Stiel, S., Schneider, N., & Afshar, K. (2022). Quality of end-of-life care in general practice: A pre-post comparison of a two-tiered intervention. *BMC Primary Care*, 23(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01689-9>
- Van Wijmen, M. P. S., Schweitzer, B. P. M., Pasman, H. R., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2020). Identifying patients who could benefit from palliative care by making use of the general practice information system: The Surprise Question versus the SPICT. *Family Practice*, 37(5), 641–647. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa049>
- Zambrano-Sanguinetti, L. C. (2025). Experiencias exitosas con modelos de atención liderados por enfermeras: evidencia y lecciones aprendidas. *Sophia Research Review*, 2(1), 5–9. <https://doi.org/10.64092/we3nck27>

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores:

María José Gavilanes-Llango, Roxana Valentina Barrezueta-Román, Rommel Patricio Suasnavas-Torres, Erick Steve Jordán-Cruz: Concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido, análisis estadístico, supervisión general del estudio.

Declaración ética:

El estudio aborda temas relacionados con estudiantes/ personas vulnerables, pero se realizó únicamente mediante revisión documental, análisis de información secundaria o bases de datos públicas. No implicó la participación directa de seres humanos ni el manejo de información personal identificable.