



ORIGINAL

## Necesidad de cuidados paliativos en la población inmovilizada de un centro de salud de Vigo



J.R. Ferraz-Falcao, T. Cadaval-Rodríguez, R.M. Rodríguez-Iglesia\*  
y V.M. del Campo-Pérez

Servicio de Atención Primaria Matamá, Vigo, España

Recibido el 1 de junio de 2014; aceptado el 30 de junio de 2014  
Disponible en Internet el 18 de octubre de 2014

### PALABRAS CLAVE

Inmovilizados;  
Cuidados paliativos;  
NECPAL (NECesidades  
PALiativas)

### Resumen

**Objetivo general:** Determinar las necesidades de cuidados paliativos en una muestra de población con problemas de movilidad del área del Centro de Salud Matamá, mediante el instrumento cuestionario de necesidad de cuidado paliativos (NECPAL) (identificación y atención integral-integrada de personas con enfermedades crónicas avanzadas en servicios de salud y sociales).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal sobre los pacientes inmovilizados de un centro de salud de Vigo (en total 87).

**Resultados:** La media de edad de nuestros pacientes es de 84,34 años, el 82% son mujeres. El motivo de inmovilización más frecuente fue la incapacidad de desplazarse fuera del domicilio (64%). El resultado de este test fue positivo en el 38% de los casos (33 pacientes), la mayoría de los cuales tienen patologías crónicas y solo un paciente está diagnosticado de cáncer. Existe una asociación negativa, significativa, entre la puntuación obtenida en la escala de Barthel y la proporción de positivos al test. Respecto a la utilización de recursos, se observan diferencias importantes de frecuentación hospitalaria y en Atención Primaria en función del resultado del test, resultando la diferencia estadísticamente significativa con relación a las consultas de Atención Primaria y Urgencias.

**Conclusiones:** Paciente inmovilizado no es sinónimo de paciente con necesidad de cuidados paliativos; la herramienta utilizada se muestra útil para detectar esta necesidad, que supone un tercio de los pacientes. Los resultados del cuestionario NECPAL se relacionan bien con la puntuación de la escala de actividades básicas de la vida diaria (Barthel) y con indicadores de utilización de servicios sanitarios.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [rosa.rgueziglesia@cmpont.es](mailto:rosa.rgueziglesia@cmpont.es), [rosa.maria.rodriguez.iglesia@sergas.es](mailto:rosa.maria.rodriguez.iglesia@sergas.es) (R.M. Rodríguez-Iglesia).

**KEYWORDS**

Immobilised patients;  
Palliative care;  
NECPAL (Palliative  
needs)

## Palliative care needs in the immobilized population of a Primary Care area in Vigo Spain

**Abstract**

*General objective:* To determine palliative care needs in a sample of people with mobility problems in the area of the C.S. Matama by using the NECPAL instrument (identification and integral-integrated care of people with advanced chronic diseases in social and healthcare provision services).

*Material and methods:* Descriptive and cross-sectional study of patients immobilized in a health centre in Vigo (87 subjects overall).

*Results:* The average age of our patients is 84.34 years and 82% are women. The most frequent immobilization type was the patient's inability to leave their home (64%). The result of this test was positive in 38% of cases (33 patients), most of whom have chronic diseases and only 1 patient has been diagnosed with cancer. There is a significant negative association between the score obtained on the Barthel scale and the ratio of positives to the test. Concerning the use of resources there are important differences regarding hospital admissions and PHC depending on the outcome of the test. These differences were statistically significant with regard to PHC and emergency consultations.

*Conclusions:* An immobilized patient is not synonymous with a patient in need of palliative care; the tool used has been proved to be useful to detect this need, which concerns a third of our patients. The results of the questionnaire of need for care palliative (NECPAL) relate well to the basic activities of daily living (Barthel scale score) and to indicators of use of health services.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Atención Primaria (AP) es la parte del sistema sanitario más involucrada y más cercana a la sociedad, de ahí su adaptación constante a las nuevas necesidades que la misma demanda.

El sistema sanitario les otorga a los profesionales de AP la responsabilidad de ser la puerta de entrada y a la vez el filtro hacia el sistema sanitario, sin perder por ello competitividad, y con un nivel de eficiencia creciente. La sociedad le exige además una atención más humanizada, más cercana, más comprensiva y solidaria, más involucrada en su transcurrir diario<sup>1</sup>.

Forman parte de la filosofía de AP el equipo, la accesibilidad y el cuidado longitudinal de nuestros pacientes, lo que crea a lo largo de los años una relación médico-paciente-familia que posibilita el medio más adecuado para sostener, apoyar y cuidar a los pacientes con enfermedades progresivas e incurables, y a sus familias. De aquí que la atención domiciliar sea una de las actividades fundamentales de los equipos de AP<sup>2</sup>. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (1990) recoge la necesidad de promocionar/favorecer que el paciente sea cuidado en su domicilio, sin que ello signifique una disminución de la calidad de los cuidados<sup>3</sup>.

Pero si algo caracteriza a la AP es la falta de tiempo. Tiempo necesario para realizar nuestra labor clínica, para escuchar y para acompañar. Para realizar las consultas domiciliarias, que crecen día a día, paralelamente al envejecimiento de nuestra población, y con ello la prevalencia de enfermedades crónicas, progresivas y debilitantes. (Sin dejar de hacer la labor burocrática diaria, de resolver los

problemas organizativos del centro, relacionarnos con el nivel hospitalario, sin olvidar nuestra labor formativa).

Varias publicaciones hacen referencia a «la situación de abandono sanitario»<sup>1</sup> en que se encuentran algunos pacientes que carecen de los cuidados adecuados para aliviar su sufrimiento, debido a un tratamiento incorrecto y a la falta de profesionales que asuman el cuidado longitudinal del paciente, evitando su peregrinar por el sistema sanitario. Otras hacen referencia a que los pacientes no oncológicos reciben menos medidas paliativas y se incorporan tardíamente a los programas de cuidados paliativos (CP)<sup>4,5</sup>; todo ello a pesar de haberse demostrado que estos pacientes presentan similar número de síntomas y necesidades que los enfermos oncológicos avanzados<sup>4</sup>.

En este contexto, teniendo en cuenta que la mayoría de nuestros pacientes inmovilizados presentan enfermedades crónicas, progresivas e invalidantes, concedores de la dificultad de incluir a estos pacientes en los programas de CP<sup>5</sup> y del beneficio demostrado que esto supone, nos preguntamos cuántos de nuestros pacientes inmovilizados se beneficiarían de un protocolo de CP.

El Servicio Galego de Saúde define como paciente inmovilizado: «aquella persona que pasa la mayor parte de su tiempo en cama y que solo puede abandonarla con ayuda de otras personas, y personas con dificultad importante para desplazarse, independiente de la causa, y que el tiempo previsible de duración sea superior a 2 meses»<sup>6</sup>.

Proponemos la utilización de una herramienta específica, diseñada para identificar paciente con necesidad de CP, que se pueda utilizar en cualquier escenario sanitario, incluido el domicilio, sencilla, que requiera poco tiempo y que esté

validada para su uso. La elegida por nosotros es el cuestionario de necesidad de cuidado paliativos (NECPAL<sup>7,8</sup>) (anexo), que se utiliza para identificar a enfermos con necesidad de un cambio de enfoque, incorporando medidas paliativas, especialmente en servicios generales, como AP<sup>8</sup>. Consiste en una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica. Combina evaluaciones de percepción (la pregunta sorpresa), demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad/intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad, uso de recursos e instrumentos específicos para algunas patologías<sup>7-10</sup>.

## Objetivos

### Objetivo general

Determinar las necesidades de CP en una muestra de población con problemas de movilidad del área del Centro de Salud Matamá, mediante el instrumento NECPAL.

### Objetivos específicos

1. Describir las características de nuestros pacientes inmobilizados (edad, sexo, personas que viven en la casa [red social]).
2. Describir el estado funcional de nuestros pacientes inmobilizados.
3. Conocer la utilización de recursos sanitarios: consultas de AP, Urgencias e ingresos.
4. Determinar si existe alguna relación entre el estado funcional y el resultado del test NECPAL.

## Población y métodos

### Método e instrumentos de observación

Estudio observacional descriptivo, de prevalencia, y transversal de los pacientes inmobilizados del Centro de Salud de Matamá de Vigo. Este centro, localizado en la periferia de Vigo, atiende a 8.284 personas. Se trata de una población de características semirurales, que habitualmente vive en casas unifamiliares, concebidas para convivir varias generaciones. En el momento de la recogida de datos, 98 personas estaban incluidas en el protocolo de atención domiciliaria, por lo que eran atendidas habitualmente en su domicilio, en la mayoría de los casos por enfermedades crónicas muy evolucionadas. Labor realizada por 6 médico/as de familia, 6 enfermeras y una trabajadora social.

La población de estudio fueron los pacientes del Servicio de Atención Primaria de Matamá atendidos en su domicilio, por estar incluidos en el protocolo de pacientes inmobilizados, en el periodo comprendido entre el 1 de octubre del 2013 y el 31 de octubre del 2013. En total, 98 pacientes, mayores de 15 años, con problemas para desplazarse fuera de su domicilio, independientemente de la causa.

**Criterios de inclusión:** pacientes mayores de 15 años, censados en Vigo, que habitan en la zona geográfica correspondiente al Centro de Salud, que son atendidos en sus

domicilios por enfermería y por las/los médicos, de forma crónica.

**Criterios de exclusión:** pacientes menores de 15 años. Pacientes atendidos de forma esporádica en su domicilio, por algún problema puntual o porque cambian de domicilio frecuentemente, y pacientes ingresados en residencias.

## Instrumentos

1. **Historia clínica.** Se revisaron todas las historias clínicas, de las que obtuvimos los siguientes datos clínicos del paciente: sexo, edad, motivo de inmobilización, número total de diagnósticos y de fármacos del paciente en el momento del estudio y utilización de recursos sanitarios en los 12 últimos meses: consultas de AP, consultas en el Servicio de Urgencias e ingresos hospitalarios. El *índice de Barthel*, que valora el nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria, figura en el protocolo de valoración domiciliaria y, por ello, también en la historia clínica. Hemos clasificado la puntuación global en 5 intervalos: 0) < 20 puntos: dependencia total; 1) entre 20-35 puntos: dependencia grave; 2) entre 40-55 puntos: dependencia moderada; 3)  $\geq$  60 puntos: dependencia leve, y 4) 100 puntos: independiente.
2. El test *NECPAL* se realizó mediante encuesta a los profesionales que atienden habitualmente a estos pacientes, enfermera y medica/o de AP. Previamente, las personas encargadas de realizarlas, 2 residentes de tercer y cuarto año de familia, fueron entrenadas para ello.

## Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables de interés recogidas en el estudio (demográficas, clínicas y de utilización de servicios sanitarios), además de análisis comparativo entre los pacientes con resultados positivo o negativo para el test *NECPAL*. Las comparaciones se realizaron mediante la chi al cuadrado de Pearson para variables cualitativas y el test de Mann-Whitney para variables numéricas. Los test se definieron estadísticamente significativos cuando el correspondiente valor de p fue inferior a 0,05. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Epidat 4.0.

## Variables de estudio y definición de las mismas

1. Descripción de la población: **edad:** años que tiene el paciente; **sexo:** 1) varón y 2) mujer; **personas que viven en la misma casa:** número de personas que conviven habitualmente con el paciente, en la misma casa.
2. **Motivo de inmobilización:** razón por la que el paciente recibe la asistencia sanitaria en su domicilio: 1) encamado; 2) vida cama-sillón; 3) incapacidad para desplazarse fuera del domicilio; 4) enfermedad muy evolucionada (demencia/5, EPOC/6, IC/7, esclerosis múltiple (EM)/8, cáncer/9, problema social/10; criterios de inmobilización del SERGAS).
3. **Número de diagnósticos. Comorbilidad:** para facilitar el manejo estadístico de los datos, hemos agrupado los datos obtenidos en 3 categorías: número total de

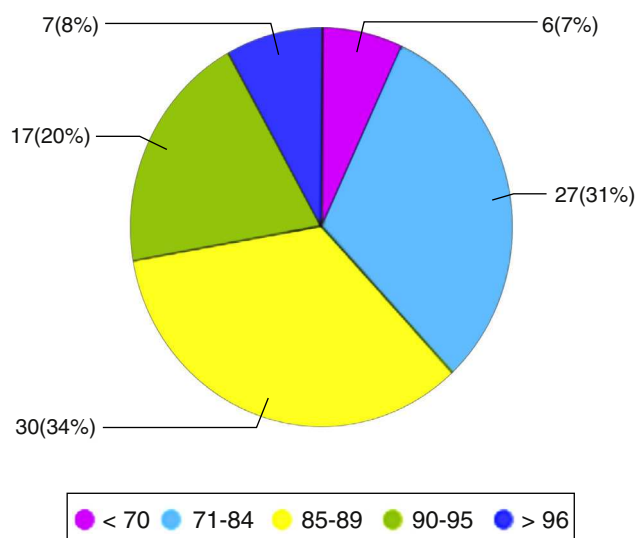


Figura 1 Representación de los pacientes por edad.

enfermedades: 1) presenta 3 o menos diagnósticos; 2) de 4 a 9 diagnósticos; 3) tiene 10 o más diagnósticos.

4. *Tratamiento actual*: número total de fármacos que toma actualmente.
5. *Utilización de recursos sanitarios en el último año*: 1) número de consultas médicas, de enfermería de AP y atención por PAC; 2) número de veces que acudió a urgencias en el último año, y 3) número de ingresos en el último año.  
Definición de «consulta»: al entrar en la historia clínica informatizada de AP del paciente, nos encontramos con los «episodios». Contabilizamos los episodios correspondientes a un mismo profesional y en un mismo día, como «una consulta». Si hay varios episodios de distintas personas en un mismo día, cada profesional equivaldrá a una consulta (un episodio de enfermería y otro de medica/o, por ejemplo para un control de Sintrom®, suponen 2 consultas).
6. *Valoración funcional*, mediante el test de Barthel.

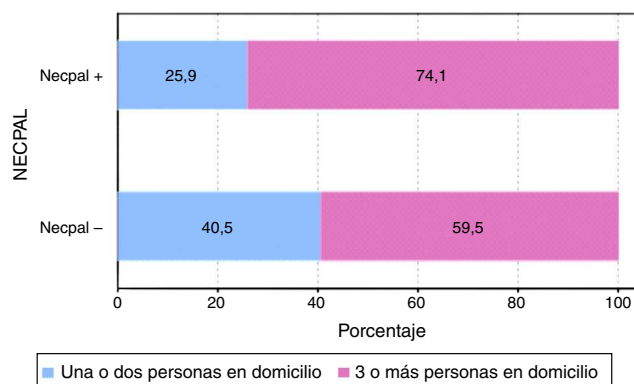


Figura 2 Porcentaje de personas que viven en el mismo domicilio en el grupo NECPAL positivo y en el negativo.

7. *NECPAL*: instrumento de valoración de necesidad de CP. Se considera que la identificación es positiva (NECPAL positivo) cuando la pregunta sorpresa con respuesta negativa y al menos otra pregunta (2, 3 o 4) con respuesta positiva<sup>7</sup>.

## Resultados

### Características de los pacientes del estudio

Durante el periodo de estudio, se identificó a 98 pacientes como inmóviles. De ellos, 9 fallecieron en los primeros días y 2 eran pacientes desplazados, por lo que el número total de pacientes incluidos en el estudio fue de 87.

La media de edad es de 84,34. El 93% de nuestros pacientes era mayor o igual a 75 años, y un 62% mayor o igual a 85 años. De ellos, un 82% son mujeres (figs. 1-5).

- De los motivos de inmovilización, en un 64% de los casos era debido a la incapacidad de desplazarse fuera del domicilio, incluyendo la vida cama-sillón. En un 12,6% era debido a una demencia evolucionada y un 1,15% debido a un cáncer.

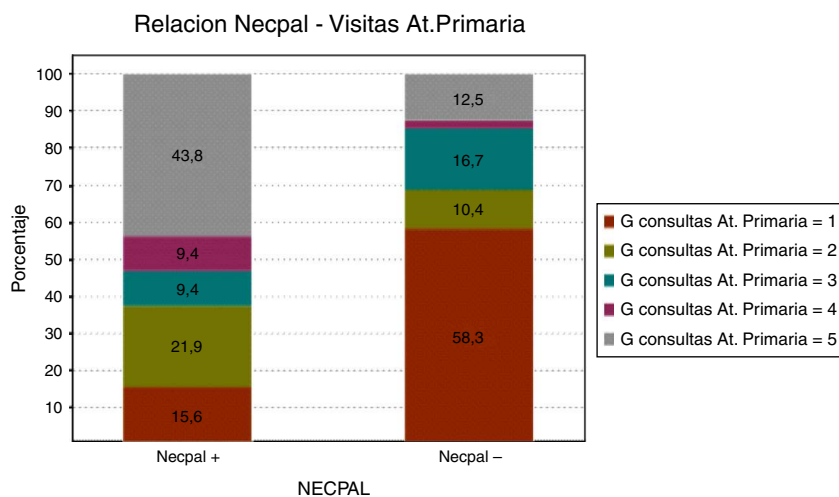
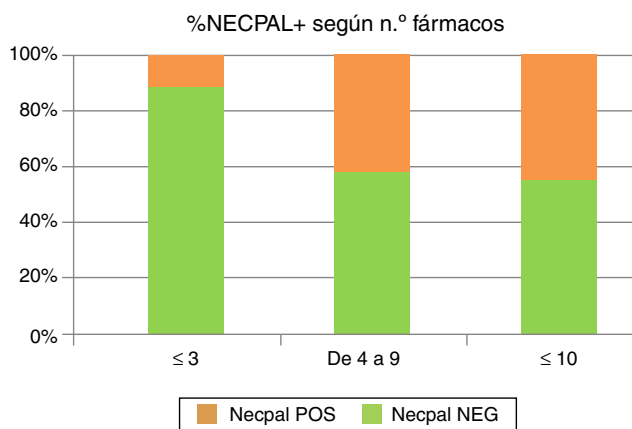
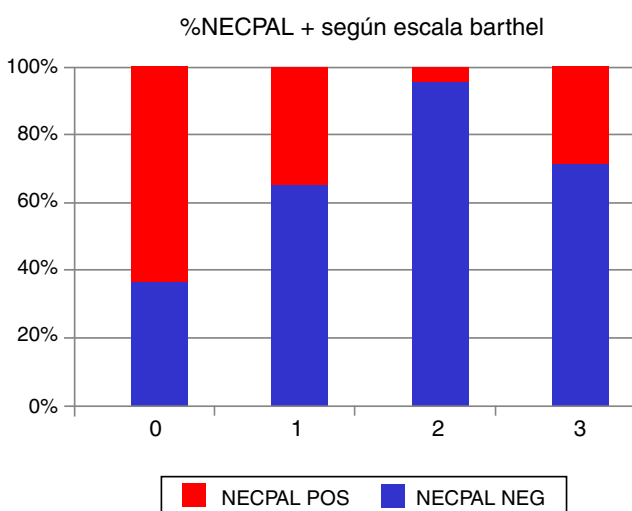


Figura 3 Porcentaje de consultas de AP en el grupo NECPAL positivo y en el negativo.



**Figura 4** Relación entre los resultados de la escala NECPAL y el consumo de fármacos.



**Figura 5** Relación entre NECPAL + o - y la escala de Barthel.

- Número de diagnósticos en la historia clínica: un 63% tenía entre 4 y 9 diagnósticos. Un 16%, más de 10 diagnósticos.
- Número de fármacos: un 64% de los pacientes tenía prescritos entre 4 y 9 fármacos. Un 13% tomaba más de 10 fármacos. En un 23%, el número de fármacos era menor de 3.
- Consultas de AP: un 40% tenía entre 0 y 10 consultas de AP en el último año. Un 23% tenía más de 41 consultas de AP en el último año. Casi un 30% más de 30 consultas. Trece pacientes tenían más de 50 consultas en un año.
- Urgencias: un 57,5% no fue a Urgencias en el último año. Un 18% fue 2 o más veces.
- Ingresos: el 68% no tuvo ningún ingreso en el último año. Un 13,8% tuvo al menos 2 ingresos en un año.
- De los resultados del test Barthel, destaca que en el 31% de los casos la puntuación resultante es < 20, lo que equivale a una dependencia total del paciente a nivel funcional. Y en un 70% de los casos es < 55, o sea, la dependencia va de moderada a totalmente dependiente.
- El resultado del test NECPAL fue positivo en el 38% de los casos (33 pacientes).

**Tabla 1** Media de edad en el grupo NECPAL + y en el NECPAL

	NECPAL	Media	Desviación típ.	Significación (p)
Edad	Positivo	86,6	6,6	0,12
	Negativo	82,6	13,8	

**Tabla 2** Distribución de población por sexo y test NECPAL

		N.º (%)	NECPAL		Total
			Positivo	Negativo	
Sexo	Varón	N.º (%)	7 (43,8)	9 (56,3)	16 (100)
	Mujer	N.º (%)	26 (40,0)	39 (60,0)	65 (100)
Total		N.º (%)	33(40,7)	48 (59,3)	81 (100,0)

Si comparamos los resultados de las distintas variables en el grupo NECPAL positivo respecto al grupo NECPAL negativo, obtenemos:

- Con respecto a la edad y el sexo: no hay diferencias significativas entre pacientes con test NECPAL positivo o negativo. Prueba de la chi al cuadrado de Pearson: 0,784.
- Con respecto al número de convivientes: no hay diferencias en el número medio de convivientes domiciliarios en función del resultado del test.
- Respecto a la utilización de recursos, se observan diferencias importantes de frecuentación hospitalaria y en AP en función del resultado del test, resultando la diferencia estadísticamente significativa con relación a las consultas de AP y urgencias.
- Respecto a la utilización de fármacos se observa una tendencia lineal al realizar la chi al cuadrado. Existe una asociación positiva, significativa, entre el número de fármacos consumidos y la proporción de positivos al test. Chi al cuadrado,  $p=0,04$  (tendencia lineal).
- Si relacionamos los resultados del test NECPAL con el Barthel: existe una asociación negativa, significativa, entre la puntuación obtenida en la escala de Barthel y la proporción de positivos al test NECPAL. Chi al cuadrado,  $p=0,004$  (tendencia lineal) (tablas 1-6).

## Discusión

El objetivo de nuestro estudio era identificar cuántos de nuestros pacientes inmóvilizados podían ser incluidos en un protocolo de CP. Para ello, debíamos de introducir un instrumento de cribado validado, que pudiera adaptarse a AP, de fácil y rápido manejo, y que pudiera aplicarse a los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, como el instrumento NECPAL (anexo). Podríamos haber utilizado otras herramientas, como la valoración multidimensional, que en nuestro caso aplicaríamos a los pacientes una vez incluidos en el protocolo de CP<sup>12,14,15</sup>.

Nuestros pacientes inmóvilizados se caracterizan por ser una población muy envejecida, la mayoría son mayores de 85 años y la mayoría mujeres. Es probable que esta edad tan elevada esté en relación con la población estudiada, todos pacientes inmóvilizados, ya que en el estudio PALIAR la edad media era de 81,5 y en otro estudio publicado en 2008 sobre la atención domiciliaria, la edad media de las personas era



**Tabla 3** Número de convivientes

	NECPAL	Media	Desviación típ.	Significación (p)
Pers. en casa	Positivo	3,4	1,4	0,10
	Negativo	3,0	1,0	

**Tabla 4** Utilización de recursos (consultas de atención primaria, ingresos hospitalarios y consultas de urgencias)

	NECPAL	Media	Desviación típ.	Significación (p)
Cons. AP	Positivo	36,5	29,2	0,002
	Negativo	17,9	23,1	
Ingresos	Positivo	0,9	1,2	0,01
	Negativo	0,3	0,6	
Cons. Urgencias	Positivo	1,2	1,5	0,008
	Negativo	0,5	0,8	

de 68 años, pero incluyeron todos los domicilios del centro de salud, no solo de los inmovilizados. Igual que en nuestro caso, la mayoría eran mujeres<sup>12,17</sup>.

Con respecto al motivo de inmovilización, hemos seguido los criterios de inmovilización del SERGAS, que son los que figuran en la historia clínica, pero los 2 más frecuentes, incapacidad para desplazarse fuera del domicilio y vida cama-sillón, han resultado ser un cajón de sastre en el que posiblemente están incluidas otras enfermedades crónicas muy evolucionadas, como EPOC, IC, etc. Parece que el motivo de inmovilización de nuestros pacientes está más relacionado con la edad y con las enfermedades crónicas que ello conlleva que con otras enfermedades como el cáncer. Al igual que otros estudios publicados, la mayoría tiene insuficiencias orgánicas y enfermedades degenerativas y muchos están al final de sus vidas, pero no están incluidos en los programas de CP. Varios son los motivos: la dificultad para predecir su supervivencia, la tendencia de los médicos a sobrestimar el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades avanzadas, la escasez de herramientas predictivas y de escalas de valoración, y la falta de formación específica en medicina paliativa por parte de los profesionales sanitarios<sup>5,12,13,16</sup>.

Llama la atención que entre nuestros inmovilizados solo haya una persona diagnosticada de cáncer, por lo que es posible que los pacientes oncológicos no estén inmovilizados

o, si lo están, son atendidos por HADO o servicio de soporte de CP de la unidad contra el cáncer.

Entre los factores que aumentan la probabilidad de atención en el domicilio figuran la elección del paciente, el estado funcional bajo y la capacidad de soporte familiar<sup>11</sup>; por ello nosotros hemos considerado que el número de personas que viven en la misma casa (viviendas unifamiliares en las que conviven distintos miembros de la misma familia) nos da una idea de la red social que tiene el paciente, aunque sabemos de la existencia de alguna escala que aporta más información, como el OARS. No encontramos diferencias significativas respecto al número de convivientes.

Para algunos autores, el número de pacientes no oncológicos incluidos en los diferentes programas de CP es todavía muy pequeño<sup>5</sup>. En nuestro caso, ninguno de nuestros pacientes está incluido en un programa de CP, aunque un 38% resultó ser NECPAL positivo, por lo que están en la necesidad de CP.

Como hemos comentado, en la bibliografía se habla de situación de «abandono sanitario» por falta de organización y deficiente tratamiento, mientras otros trabajos demuestran mayor efectividad en el control de los síntomas cuando un equipo de soporte domiciliario se hace cargo de la asistencia<sup>11</sup>. Nosotros solo podemos concluir, de momento, que las consultas de AP son un número importante al año, siendo los pacientes NECPAL positivos los que tienen una

**Tabla 5** Utilización de fármacos

Fármacos	NECPAL positivo	NECPAL negativo	Total
G. fármacos 1	3	15	18
G. fármacos 2	25	28	53
G. fármacos 3	5	5	10
Total	33	48	81

Fármacos prescritos: G1: 3 o menos fármacos. G2: entre 4 y 9 fármacos. G3: 10 o más fármacos.

**Tabla 6** Relación entre NECPAL y escala de Barthel

Barthel	NECPAL +	NECPAL -	Total
0	18	9	27
1	8	13	21
2	1	12	13
3	6	13	19
Total	33	47	80

Barthel: 0: dependencia total (0 puntos), 1: dependencia grave (20-35 puntos), 2: dependencia moderada (40-55 puntos), 3: dependencia leve (60 o más puntos), 4: independiente (100 puntos).

media más alta de consultas, significativamente superior a los NECPAL negativos, lo que nos lleva a pensar que hemos dedicado mucha más atención y cuidados a los pacientes en necesidad de CP. Por otra parte, los pacientes con más de 40 visitas en AP son los que más visitas a urgencias tienen (2 o más), que aun así son pocas en comparación con la demanda en AP.

Coincidiendo con otros estudios que objetivaron una relación entre el deterioro funcional de las personas mayores y la mala evolución<sup>5</sup>, nosotros también encontramos una relación entre la situación funcional de los pacientes, evaluada por medio de la puntuación obtenida en el test de Barthel y los resultados del test NECPAL. De esta forma, encontramos una clara relación entre los pacientes con la puntuación más baja del test de Barthel (grupo 0 = < 20), o los pacientes más deteriorados a nivel funcional, y los pacientes NECPAL positivo.

Al observar los resultados de este estudio, debemos tener en cuenta distintos *sesgos* que no hemos podido evitar: la recogida de algunos datos, por ejemplo, «número de consultas de AP», no ha sido todo lo objetiva que es deseable, y puede estar influida por el observador, a pesar de haber intentado definir lo mejor posible la variable. El recuento del número de consultas en AP no equivale al número de episodios contabilizados en el programa informático del SERGAS. Porque una consulta puede dar lugar a comentar distintos problemas de salud, y en ocasiones un único problema puede requerir ser atendido por distintos profesionales, cada uno de los cuales abre y escribe en un episodio distinto.

El libro blanco de los CP nos recuerda la necesidad urgente de prepararse para el gran incremento de población de mayores, que sobrevivirán más tiempo con una enfermedad crónica que los limita, por lo que necesitarán CP durante más tiempo<sup>18</sup>.

## Conclusiones

Paciente inmovilizado no es sinónimo de paciente con necesidad de CP; la herramienta utilizada se muestra útil para detectar esta necesidad, que supone un tercio de los pacientes.

Los resultados del cuestionario de NECPAL se relacionan bien con la puntuación de la escala de actividades básicas de la vida diaria (Barthel) y con indicadores de utilización de servicios sanitarios (consultas de AP, fármacos consumidos).

En el momento del estudio, el porcentaje de pacientes oncológicos entre nuestros inmovilizados era bajo, aunque es un parámetro que debe monitorizarse para detectar cambios.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Anexo.

**INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO®**  
(Necesidades Paliativas)

**INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD  
AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES**

**1. LA PREGUNTA SORPRESA** – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores

¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
----------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

**2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD<sup>1</sup>** – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa

<b>Elección / demanda:</b> ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>Necesidad:</b> ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

**3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN** – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema

<b>Marcadores nutricionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>Marcadores funcionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema</b> , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Presencia de <b>distress emocional</b> con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>Factores adicionales de uso de recursos</b> , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>Comorbilidad:</b> ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------



4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas	
<b>ENFERMEDAD ONCOLÓGICA</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico	
<b>ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)	
<b>ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)	
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC	
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,</b>	
<b>ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria	
<b>ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante <input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)	
<b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante	
<b>DEMENCIA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7) <input type="checkbox"/> Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria ) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral <input type="checkbox"/> Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)	

## Bibliografía

1. Benitez del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 2002;29:50–2.
2. Benitez del Rosario MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual L, et al. Documento de consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Aten Primaria*. 2001;27:123–6.
3. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Technical report series n.º 804. Ginebra: OMS; 1990.
4. Alonso Babarro A, Gisbert Aguilar A, Rexach Cano L. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. *Med Pal*. 2010;17:156–60.
5. Alonso Babarro A, Rexach Cano L, Gisbert Aguilar A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med Pal*. 2010;17:161–71.
6. Arias Vazquez JM, Blanco Rial ML, Constenla Castro A, Fernandez Fernandez MV, Fernandez Rodriguez MT, Gil Campelo A, et al. Estandarización de cuidados de enfermería en paciente inmovilizado no domicilio. 2005.
7. Gomez-Batiste X, Martinez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Supportive Palliative C*. 2013;3:300–8.
8. Gomez-Batista X, Martinez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO: instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales. Observatorio «Qualy» Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos (CCOMS-ICO). Institut Català d'Oncologia. Noviembre del 2011.
9. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas [editorial]. *Aten Primaria*. 1999;23:187–91.
10. Gomez-Batiste X, Blay C, Roca J, Dulce Fontsanals M. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. *Med Paliat*. 2012;19:85–6.
11. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza Josep M, Limón E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:470–5.
12. Navarro Sanz R, López Almazán C. Aproximación a los cuidados paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *An Med Interna*. 2008;25:187–91.
13. Navarro Sanz R, Valls Roig M, Castellano Vela E. Atención a pacientes crónicos avanzados no oncológicos con necesidad de cuidados al final de la vida en un hospital de media y larga estancia. *Med Paliat*. 2011;18:54–62.
14. Palliative care: Benefits, services, and models of care [consultado 11 Nov 2013]. Disponible en: [www.update.com](http://www.update.com)
15. Morrison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med*. 2004;350:2582–90.
16. Benitez del Rosario MA. Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:297–8.
17. Martinez Ovideo A, Abril Marqués G, Arnal Clemente P. Avisos médicos domiciliarios en un centro de salud urbano. Estudio de la demanda y estrategias para su optimización. *SEMERGEN*. 2008;34:379–84.
18. SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). Libro blanco sobre las normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Monografías SECPAL 2012. N.º 0. Presentación.