

# INSTRUMENTO NECPAL-CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.1 2017

PACIENTE: ..... HC: .....

FECHA: ..... / ..... / ..... SERVICIO: .....

RESPONSABLE(S): .....

<b>Pregunta sorpresa (a/entre profesionales)</b>	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?		<input type="checkbox"/> Si (-) <input type="checkbox"/> No (+)
<b>“Demanda” o “Necesidad”</b>	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Indicadores clínicos generales de progresión:</b> - Los últimos 6 meses - No relacionado con proceso intercurrente reciente/reversible	- Declive nutricional	• Pérdida Peso > 10%	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	- Declive funcional	• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de > 2 ABVDs	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	- Declive cognitivo	• Pérdida ≥ 5 minimental o ≥ 3 Pfeiffer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Dependencia severa</b>	- Karnofsky <50 o Barthel <20	• Datos clínicos por anamnesis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Síndromes geriátricos</b>	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	• Datos clínicos anamnesis ≥ 2 síndromes geriátricos (recurrentes o persistentes)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Síntomas persistentes</b>	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	• Checklist síntomas (ESAS) ≥ 2 síntomas persistentes o refractarios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Aspectos psicosociales</b>	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo	• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Vulnerabilidad social severa	• Valoración social y familiar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Multimorbilidad</b>	> 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Uso de recursos</b>	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones	• > 2 ingresos urgentes o no planificados en los últimos 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atdom, intervenciones enfermería, etc)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Indicadores específicos de severidad / progresión de la enfermedad</b>	Càncer, MPOC, ICC, i Hepàtica, i Renal, AVC, Demència, Neurodegeneratives, SIDA, d'altres malalties avançades	• Ver anexo 1	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

<b>Clasificación:</b>		
<b>Pregunta Sorpresa (PS)</b>	<b>PS +</b> (No me Sorprendería)	
	<b>PS -</b> (Me Sorprendería)	
<b>Parámetros NECPAL</b>	<b>NECPAL +</b> (de 1+ a 13+)	
	<b>NECPAL -</b> (Ningún parámetro)	

## Codificación y registro

Proponer codificación como Paciente con Cronicidad Avanzada (PCA)