DIARIO OFICIAL
DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 43.473 | Jueves 9 de Febrero de 2023 | Página 1 de 34

Normas Generales

CVE 2267635

MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

Subsecretaría de Previsión Social / Superintendencia de Pensiones

ACTUALIZA LA NORMA TÉCNICA PARA CERTIFICACIÓN DE ENFERMO TERMINAL DE LA LEY N° 21.309 Y DEJA SIN EFECTO RESOLUCIÓN N° 958 EXENTA, DE FECHA 22 DE JUNIO DE 2021

(Resolución)

Núm. 181 exenta.- Santiago, 27 de enero de 2023.

Vistos:

a) La Ley N° 21.309 que establece beneficio que indica para los afiliados y pensionados calificados como enfermos terminales; b) Las atribuciones conferidas a esta Superintendencia, contenidas en el artículo 70 bis del DL N° 3.500 de 1980, artículo 3°, letra t) del DFL N° 101 de 1980, y artículo 47, número 6, de la Ley N° 20.255; c) la resolución exenta N° 958 de esta Superintendencia, de 22 de junio de 2021; y c) el decreto supremo N° 40, de 6 de mayo de 2022, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Considerando:

1. Que, la Ley N° 21.309 introdujo en el DL N° 3.500, de 1980, a continuación del actual artículo 70, los artículos 70 bis y 70 ter, nuevos.

2. Que, inciso décimo segundo del artículo 70 bis del DL N° 3.500, de 1980, dispone que "Los criterios para acreditar la condición de enfermo terminal estarán contenidos en una norma técnica elaborada por la Superintendencia de Pensiones".

3. Que, el mismo cuerpo legal antes citado dispone en sus artículos 70 bis y 70 ter que el Consejo Médico debe determinar la certificación de enfermo terminal del afiliado solicitante y el Consejo Médico de Apelación debe resolver respecto a las reclamaciones que impugnen las decisiones del Consejo Médico.

4. Que, mediante la Resolución Exenta N° 958, de fecha 22 de junio de 2021, de esta Superintendencia, se aprobó "Normas Técnicas para Certificación de Enfermo Terminal, conforme a la Ley N° 21.309".

5. Que, esta Superintendencia ha considerado necesario actualizar la Norma Técnica vigente, la cual sirve de fundamento para los Consejos Médicos en sus determinaciones.

Resuelvo:

1. Déjese sin efecto la Resolución Exenta N° 958, de fecha 22 de junio de 2021, de esta Superintendencia.

2. Apruébese el documento denominado Normas Técnicas para la Certificación de Enfermo Terminal, que se acompaña a la presente Resolución.

3. La presente Resolución entrará en vigencia el día 1 de julio de 2023.

4. Publíquese la presente Resolución en el Diario Oficial y en el Sitio Web de la Superintendencia de Pensiones, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 48, letra a) de la Ley N° 19.880.

Anótese, comuníquese, publíquese, regístrese y archívese.- Osvaldo Macías Muñoz, Superintendente de Pensiones.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Norma Técnica para la Certificación de
Enfermo Terminal conforme a la
Ley N°21.309

2da edición, 2022

Contenido

1 INTRODUCCIÓN
2 ANTECEDENTES GENERALES
3 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

3.1 Criterios Generales de Exclusión
3.2 Criterios por Especialidad Clínica

3.2.1 Enfermedades Oncológicas
3.2.2 Enfermedades del Sistema Cardiovascular
3.2.3 Enfermedades del Sistema Respiratorio
3.2.4 Enfermedades y condiciones terminales en Personas Mayores
3.2.5 Enfermedades del Sistema Nervioso
3.2.6 Enfermedades Hepáticas
3.2.7 Enfermedades Renales

3.3 Criterios Generales de Aprobación

4 EXPERTOS/AS
5 ANEXOS
6 BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El 1 de febrero de 2021 se publicó en el Diario Oficial la Ley N° 21.309, que modificó el decreto ley N° 3.500 de 1980 estableciendo un nuevo beneficio para afiliados/as activos/as y pensionados/as, que consiste en que todo/a afiliado/a que tenga fondos en su cuenta de capitalización individual y sea certificado/a como enfermo/a terminal con una expectativa de vida menor a un año, tendrá derecho a percibir una pensión calculada como una renta temporal a doce meses, con cargo al saldo de su cuenta, una vez reservado el capital necesario para pagar pensiones de sobrevivencia y la cuota mortuoria, cuando corresponda.

Se entenderá como enfermo/a terminal, según la citada ley, a "toda persona con una enfermedad o condición patológica grave que haya sido diagnosticada, de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevida, o bien cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a 12 meses".

El mismo cuerpo legal dispone en el artículo 70 bis, en el inciso 12 "Los criterios para acreditar la condición de enfermo terminal estarán contenidos en una norma técnica elaborada por la Superintendencia de Pensiones".

Conforme a lo dispuesto en los artículos 70 bis y 70 ter, el Consejo Médico debe determinar si corresponde o no la certificación de enfermo terminal y el Consejo Médico de Apelación debe resolver respecto a las reclamaciones que impugnen las decisiones del Consejo Médico, debiendo ambas instancias ceñirse a las presentes normas.

Estas Normas Técnicas procuran establecer criterios objetivos que permitan la evaluación expedita, clara y transparente de las solicitudes de certificación realizadas por las personas que requieran acceder al beneficio establecido por la Ley N° 21.309, teniendo presente que, conforme a la revisión de literatura nacional e internacional, no se conoce la existencia de una normativa explícita sobre criterios para acreditar una expectativa de vida menor a un año.

A un año de la entrada en vigencia del periodo permanente de la Ley N° 21.309, la Superintendencia de Pensiones realiza, en conjunto con los médicos de los Consejos Médicos, una correlación entre los criterios para certificar como enfermo/a terminal contenidos en la Norma Técnica vigente, con la realidad de la sobrevida estimada de los casos presentados. Producto de este análisis se encontraron brechas necesarias de subsanar en relación a los criterios para la certificación como enfermo/a terminal de cinco capítulos: Oncología, Sistema

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Respiratorio (Broncopulmonar), Sistema Nervioso (Neurología), Hepatología y Criterios Generales, quedando para una futura edición la actualización de los capítulos: Sistema Circulatorio (Cardiología), Geriatría y Nefrología.

ANTECEDENTES GENERALES

Dado que la mencionada ley exige como requisito excluyente que la persona tenga una expectativa de vida no mayor a 12 meses para ser considerada como enferma terminal, uno de los principales desafíos para elaborar estas Normas Técnicas radica en establecer parámetros objetivos para llevar a cabo el proceso de certificación, teniendo presente que se trata de una determinación dicotómica que no tolera estados intermedios.

Para tal efecto, por una parte, se solicitó la colaboración de profesionales especializados/as en distintas áreas del ejercicio clínico quienes colaboraron en forma desinteresada, conformando fructíferos paneles de expertos/as de trabajo colaborativo, con aporte de literatura científica relacionada y por otra, se realizó una revisión exhaustiva de más literatura complementaria sobre la materia desde diversas fuentes.

Se entiende que la mayor parte de las personas declaradas como enfermas terminales según la definición utilizada para esta ley, presentan manifestaciones sintomáticas y signos clínicos graves junto con compromiso importante de la funcionalidad, para los cuales se encuentran bajo tratamiento especializado y complejo, lo que es verificable y concordante con su historia médica, características clínicas y los antecedentes e informes que acompañan.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

En esta sección, se presentan los criterios establecidos para realizar la evaluación de las solicitudes de certificación, divididos en tres categorías:

- Criterios Generales de Exclusión
- Criterios por Especialidad Clínica
- Criterios Generales de Aprobación

Para determinar la pertinencia o no de la certificación de enfermo/a terminal, la condición de salud del/la solicitante, en primer término, debe superar los "Criterios Generales de Exclusión", es decir, no estar afecto/a a ninguno de ellos. Posteriormente, corresponde aplicar los "Criterios por Especialidad Clínica" según la patología predominante en el/la solicitante. En caso de que dicha condición clínica no se ajuste a ninguna especialidad en particular el Consejo Médico, mediante el análisis clínico de todos los antecedentes disponibles, deberá evaluar la solicitud según los "Criterios Generales de Aprobación", pronunciándose fundadamente con los argumentos técnicos correspondientes.

Criterios Generales de Exclusión

Una solicitud de certificación debe ser rechazada si existe evidencia irrefutable que indique que:

- La patología del/la solicitante aún se encuentra en estudio sin tener un diagnóstico claro establecido.
- El/la solicitante se encuentra en tratamiento curativo o sin tratamiento óptimo según medicina basada en evidencia o las guías nacionales de tratamientos específicos.
- Se trata de una patología sin riesgo conocido de mortalidad previsible en un corto plazo (a 5 años o más).

Criterios por Especialidad Clínica

En esta sección se detallan los criterios que debe cumplir una solicitud para que se otorgue la certificación de enfermo/a terminal. Para la primera edición de la Norma Técnica, estos fueron definidos por profesionales expertos/as en cada especialidad en base a su experiencia, a la evidencia científica disponible al momento de su elaboración y adaptando algunos de los factores pronósticos desde el instrumento NECesidades PALiativas (NECPAL) (1), validado en Chile (2) (Anexo 1).

El instrumento NECPAL fue elaborado por el Observatorio Qualy/Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología, por lo

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

que su designación oficial es NECPAL CCOMS-ICO©. Consiste en una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica que permite la identificación de las personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa. El instrumento se basa en la experiencia del Prognostic Indicator Guidance (PIG) y el Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT), de Inglaterra y Escocia, los que fueron adaptados al entorno y terminología utilizada en el medio del Instituto Catalán de Oncología. Se compone por catorce ítems de respuesta dicotómica (Sí/No), estructurados en cuatro dimensiones: pregunta sorpresa (PS), elección o demanda de cuidados paliativos, indicadores generales de severidad y progresión, junto con indicadores específicos. Se considera NECPAL positivo, es decir, con necesidad de atención paliativa, al/la paciente que cumple con la PS y un ítem extra positivo (3).

Al tener como objetivo identificar en forma precoz a pacientes con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida relativamente limitado, el instrumento NECPAL constituye un insumo muy relevante al momento de elaborar criterios que permitan certificar si un/a solicitante es enfermo/a terminal con expectativa de vida menor a un año (4).

Existen numerosos estudios y revisiones sobre los distintos factores de riesgo y criterios que son utilizados para evaluar las diversas patologías que pueden afectar a una persona y su pronóstico de evolución a mediano y largo plazo (5,6), con o sin las terapias pertinentes, por lo que, en la elaboración de la segunda edición de la Norma Técnica, se consideraron modelos pronósticos validados para nuestro país, evidencia existente en la literatura disponible que identifica variables con valor pronóstico y la experiencia de los/las profesionales del consenso de expertos/as.

La actualización de criterios de la Norma Técnica estuvo basada en una revisión de la evidencia científica sobre factores pronósticos de mortalidad generales para enfermedades crónicas avanzadas y específicas de enfermedad; esto último incluyó la definición de patologías de mal pronóstico. Después del análisis de la literatura disponible, se realizó un consenso por un panel de expertos/as integrado por un grupo de profesionales médicos de destacado desempeño en distintas especialidades, miembros de sociedades científicas, afiliados/as a centros de salud públicos y privados de las zonas Norte, Centro y Sur del país.

El consenso fue realizado mediante una metodología de consulta utilizando plataformas telemáticas vía Zoom y/o online vía SurveyMonkey, donde fueron evaluados la pertinencia de cada nuevo criterio y de la agrupación de estos para determinar una sobrevida menor a doce meses. Finalmente, posterior a las consultas, se analizaron los resultados, realizándose adaptaciones pertinentes a la Norma Técnica.

Dado que el enfoque analítico para cada grupo de enfermedades tiene características propias, la forma de evaluar aspectos relevantes es particular de cada una de ellas, definiéndose diferentes categorías de criterios: "Siempre presentes", correspondiente a aquellos que toda solicitud debe cumplir necesariamente para ser certificada; "Primarios", correspondiente a aquellos considerados como indicadores clave de la gravedad o mal pronóstico de una patología; y "Secundarios", que si bien por sí mismos no permiten asegurar que una patología tendrá una expectativa de vida menor a un año, si se combinan con otros criterios, podrían contribuir suficientemente para obtener esta certificación.

El/la solicitante debe ser evaluado/a según los criterios definidos para cada especialidad y combinarse de acuerdo a la tabla incluida en cada sección, determinando así si se encuentra en condición de enfermo/a terminal o no.

Cada solicitud de certificación será evaluada por los Consejos Médicos en base a los documentos tenidos a la vista, como: certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, documentos anexos a la solicitud y/o antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones.

Enfermedades Oncológicas

En esta sección se describen criterios pronósticos que permiten estimar una expectativa de vida menor a doce meses en una persona con diagnóstico de enfermedad oncológica, ya sea hemato-oncológica o tumor sólido, basados en la historia médica, características clínicas, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes y procedimientos de apoyo terapéutico paliativo, criterios que, de manera conjunta y en diferentes combinaciones, permitirán certificar a una persona como terminal.

Cada solicitud de certificación será evaluada en base a los documentos tenidos a la vista como el certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, los documentos anexos a esta primera solicitud, los antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones. En base a los antecedentes aportados por estos documentos y el juicio de los profesionales que componen los Consejos Médicos que aplican esta Norma, será evaluado el cumplimiento de los argumentos técnicos para certificar como enfermo/a terminal, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley señala.

Para esto, se debe/n considerar todo/s aquel/aquellos antecedente/s que fundamente/n que el/la solicitante se encuentra en condición terminal y que permitan evaluarlo/a en base a los criterios establecidos para este grupo de enfermedades, tales como: informes de comités oncológicos, informes de cuidados paliativos, epicrisis de urgencias u hospitalizaciones en servicios clínicos de atención cerrada o domiciliarios, informes de exámenes imagenológicos, resultados de anatomía patológica como biopsias, inmunohistoquímica o test de biología molecular y exámenes de laboratorio.

Dentro del grupo de enfermedades oncológicas, son relevantes los criterios pronósticos específicos de severidad y progresión de la enfermedad incluido tipo de histología, biomarcadores de mal pronóstico, presencia y sitios de enfermedad metastásica destacando el compromiso visceral, linfangitis carcinomatosa, metástasis cerebrales múltiples y algunas complicaciones de la enfermedad asociadas a peor sobrevida tales como obstrucción intestinal secundaria a carcinomatosis peritoneal (excluido cáncer ovárico), síndrome de vena cava superior recurrente, colangitis tumoral recurrente y hemorragia visceral (8).

La expectativa de vida menor a un año en estas enfermedades, incluyendo todo cáncer avanzado o terminal, suele estar asociada al ingreso a Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) o al aumento de la demanda o intensidad de tales cuidados (9), por lo que tal antecedente resulta muy útil para el objetivo de esta Norma Técnica.

Los indicadores dinámicos de deterioro clínico revelan los cambios en la trayectoria del curso de la enfermedad y son cruciales al momento de definir qué personas requieren de cuidados paliativos, entre los que destacan: funcionalidad, estatus nutricional y presencia de síntomas persistentes, mal controlados o refractarios asociados a un cáncer (10); para lo cual existen diversos instrumentos de evaluación como Índice de Katz (Anexo 2), Escala de Estado Funcional de Karnofsky (Anexo 3), ECOG (Anexo 4), Performance Status (Anexo 5), Escala de Disnea mMRC (Anexo 6), Escala Visual Analógica (EVA) del dolor (Anexo 7), entre otros. Estos factores también han sido asociados en forma consistente con una menor expectativa de vida en poblaciones con otras condiciones y enfermedades avanzadas (4).

Otros factores pronósticos con capacidad predictiva de mortalidad son la multimorbilidad y asociación con insuficiencias orgánicas avanzadas (11), excluyendo de esta última a la insuficiencia renal en terapia sustitutiva tal como diálisis crónica y peritoneodiálisis, debido a que estas intervenciones mejoran significativamente la expectativa de vida de estas personas (12).

Asociado al aumento de la complejidad clínica del enfermo/a está el consecuente aumento en el uso de recursos sanitarios como: hospitalizaciones no planificadas, intensificación de intervenciones de cuidados y necesidad de apoyo por personal sanitario continuado, esto último incluye hospitalizaciones domiciliarias o en instituciones sanitarias; siendo estos reconocidos factores pronósticos de sobrevida en forma transversal a través de diferentes enfermedades crónicas avanzadas (13).

Por otra parte, están consideradas aquellas enfermedades que, por sus características clínicas, histológicas y/o biomoleculares se configuran como un cáncer de mal pronóstico, patologías en las cuales la evidencia científica muestra resultados de supervivencia global cercano o menor a doce meses y tasas de sobrevida al año menores al 50%[1], que acorde a lo determinado por el consenso de expertos/as, por sí mismas ya son suficiente argumento técnico para certificar a la persona como terminal.

Este consenso consideró en la definición de patologías de mal pronóstico, las terapias sistémicas antineoplásicas incluidas en los esquemas autorizados por el Ministerio de Salud de Chile[2] y el Comité de Drogas de Alto Costo (DAC)[3]. Sin embargo, los continuos avances en medicina de precisión junto a los esfuerzos por incluir nuevas drogas en los esquemas nacionales podrían eventualmente hacer necesaria una revisión y actualización de este listado de patologías ante la modificación en la expectativa de vida de las personas con estos diagnósticos.

---

[1] Oficio Interno, "Informe de Revisión de Criterios Oncológicos de la Norma Técnica Ley 21.309", confeccionado por el Consejo Médico de Apelación y presentado a la Superintendencia de Pensiones en marzo de 2022.

[2] Protocolos Cáncer del Adulto, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores; 2013-2014.

[3] Listado de Drogas de Alto Costo (DAC), Resolución exenta N° 1.269; Santiago, 6 de diciembre del 2021.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Cabe destacar que las personas con enfermedades hemato-oncológicas, a diferencia de aquellos tumores sólidos, pueden tener una trayectoria de vida menos predecible (14), esto debido a que las tasas de curabilidad son porcentualmente más bajas en la medida que se avanza de una línea de tratamiento antineoplásica a otra, pero en estas enfermedades la curabilidad representa un escenario posible aún en líneas sucesivas. Esta disyuntiva hace que el concepto de terapia antineoplásica curativa versus paliativa sea más difícil de establecer en estas enfermedades y, por lo tanto, la falta de definición de tratamiento paliativo no deberá ser motivo de exclusión para la evaluación del caso.

A continuación, se describen aquellas enfermedades hemato-oncológicas y oncológicas que se encuentran consideradas en el listado de patologías de mal pronóstico de la Norma Técnica:

Enfermedades oncológicas primarias de mal pronóstico

1. Glioblastoma cerebral en progresión
2. Meduloblastoma cerebral en progresión
3. Meningitis carcinomatosa en tumores sólidos y hemato-oncológicos
4. Sarcoma metastásico en progresión a tratamiento
5. Osteosarcoma metastásico en progresión a tratamiento sistémico
6. Melanoma metastásico en progresión a tratamiento sistémico
7. Cáncer epitelial de páncreas metastásico
8. Cáncer de vesícula biliar metastásico
9. Cáncer de origen desconocido metastásico sistémico
10. Cáncer gástrico o de la unión gastroesofágica metastásico
11. Cáncer de esófago metastásico
12. Cáncer de colon y recto metastásico en segunda línea de terapia sistémica paliativa
13. Cáncer de células pequeñas de pulmón con enfermedad extendida[4]
14. Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico, subgrupo EGFR no mutado o desconocido, en segunda línea de terapia sistémica paliativa
15. Cáncer cervicouterino metastásico
16. Cáncer de ovario metastásico platino-resistente
17. Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración en segunda línea de terapia sistémica paliativa tras progresión a Docetaxel[5]
18. Cáncer de mama metastásico, ductal infiltrante, subgrupo triple negativo, en segunda línea de terapia sistémica paliativa
19. Cáncer de mama metastásico, subgrupo HER2 amplificado, en tercera línea de terapia sistémica paliativa
20. Leucemia linfoma de células T del adulto
21. Leucemia mieloide aguda en mayores de 60 años
22. Leucemia mieloide aguda en menores de 60 años en recaída/refractario sin opción a Trasplante de Médula Ósea (TMO)
23. Leucemias de células plasmáticas al momento del diagnóstico
24. Leucemia linfática aguda en recaída/refractario sin opción a TMO
25. Linfoma cerebral primario o recaída del linfoma con compromiso del sistema nervioso central
26. Linfoma de células T periférico refractario sin opción a TMO
27. Mieloma múltiple refractario a doble clase de terapia sistémica[6]

Los criterios de severidad por patología oncológica establecidos para determinar que un/una solicitante sea certificado/a como enfermo/a terminal al asociarse con una expectativa de vida menor a un año son los siguientes:

[4] Se entiende como "enfermedad extendida" una enfermedad metastásica.

[5] Se refiere a aquellos pacientes que no responden a Docetaxel y presentan progresión clínica demostrada con el uso de este fármaco. Debe ser verificado con imágenes y no sólo elevaciones aisladas del antígeno prostático específico (APE).

[6] Mieloma múltiple refractario a doble clase de terapia se refiere aquellos pacientes que han recibido varias líneas de tratamiento con uso de inhibidores de proteosomas (ej: Bortezomib) más inmunomoduladores (ej: Lenalidomida, Talidomida) y ha existido progresión a estos esquemas.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Criterios	Primarios	Secundarios
1. Cáncer avanzado con tratamiento oncológico paliativo, sin intención curativa[7]	Siempre presente	
2. Enfermedades oncológicas de mal pronóstico (ver listado)	X	
3. No puede continuar o iniciar tratamiento antineoplásico paliativo debido a progresión, mal estado general o contraindicación[8]	X	
4. Metástasis cerebrales múltiples	X	
5. Metástasis a distancia en 2 sistemas incluyendo al menos un sitio visceral[9]		X
6. Deterioro funcional mayor o igual a escala ECOG 3 en los últimos 6 meses y no relacionado a proceso reversible		X
7. Pérdida de peso >10% en los últimos 6 meses y no relacionado a proceso reversible		X
8. Albúmina sérica <2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda		X
9. Síntoma/s severo/s, persistentes o refractarios a pesar de optimizar el tratamiento específico, tales como, disnea, disfagia persistente o dolor		X
10. Episodios de delirium recurrentes o persistentes en los últimos 6 meses		X
11. Insuficiencia orgánica avanzada demostrada (hepática, cardiaca, renal, broncopulmonar)[10]		X
12. Existencia de alguno de los siguientes cuadros clínicos en los últimos 6 meses: obstrucción intestinal por carcinomatosis peritoneal[11], linfangitis carcinomatosa, colangitis tumoral, síndrome de vena cava superior recurrente, hemorragia visceral		X
13. Dos o más ingresos hospitalarios urgentes o no planificados en los últimos 6 meses		X
Criterios	**Primarios**	**Secundarios**
14. Necesidad de atención por personal sanitario continuada e intensa bien sea en una institución sanitaria o en domicilio[12]		X
15. Aumento de la intensidad de las intervenciones en los últimos 6 meses: uso de gastrostomía o sonda nasogástrica, uso de oxígeno domiciliario, curaciones por enfermería debido a lesión por presión secundaria a postración, u otras intervenciones[13]		X
16. Paciente rechaza continuar con tratamiento antineoplásico paliativo pese a tener indicación médica		X

De los criterios anteriores, las combinaciones necesarias para lograr la certificación como enfermo/a terminal son las siguientes:

- Siempre presente + 1 criterio primario.
- Siempre presente + 3 criterios secundarios.

Enfermedades del Sistema Cardiovascular

En esta sección se describen criterios pronósticos que permiten estimar una expectativa de vida menor a doce meses en una persona con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, basados en la historia médica, características clínicas, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes y procedimientos de apoyo terapéutico paliativo, criterios que, de manera conjunta y en diferentes combinaciones, permitirán certificar a la persona como terminal.

---

7 La terapia sistémica curativa versus paliativa puede ser difícil de establecer en enfermedades hemato - oncológicas y, por lo tanto, la falta de definición de tratamiento paliativo no es motivo de exclusión para la evaluación en estos pacientes. En tumores sólidos, se entiende como "tratamiento oncológico paliativo": quimioterapia/inmunoterapia paliativa, radioterapia paliativa y cuidados paliativos exclusivos.

8 Se refiere a paciente sin opciones de continuar con tratamiento antineoplásico, siendo atendido o derivado para atención exclusiva por la Unidad de Cuidados Paliativos.

9 Metástasis múltiples en un mismo órgano (ej. metástasis pulmonares) son considerados como un único sitio. Las metástasis ganglionares a distancia son consideradas, en conjunto, como un único sitio. En esta Norma, las metástasis óseas son consideradas como enfermedad visceral.

10 Se excluyen pacientes con enfermedad renal terminal en terapia sustitutiva renal crónica, tales como hemodiálisis o peritoneodiálisis crónica.

11 Carcinomatosis peritoneal de origen no ovárico.

12 Se definen como cuidados paliativos en paciente institucionalizado, en hospital, clínica, residencia de cuidados mayores o en casa (hospitalización domiciliaria).

13 Colostomía e ileostomía solo se consideran cuando se utilizan como intervenciones de salvataje en pacientes con pronóstico de vida limitado.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Cada solicitud de certificación será evaluada en base a los documentos tenidos a la vista como el certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, los documentos anexos a esta primera solicitud, los antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones. En base a los antecedentes aportados por estos documentos y el juicio de los profesionales que componen los Consejos Médicos que aplican esta Norma, será evaluado el cumplimiento de los argumentos técnicos para certificar como enfermo/a terminal, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley señala.

Para esto, se debe/n considerar todo/s aquel/aquellos antecedente/s que fundamente/n que el/la solicitante se encuentra en condición terminal y que permitan evaluarlo/a en base a los criterios establecidos para este grupo de enfermedades, tales como: informes de epicrisis, resultados de pruebas funcionales, ecocardiogramas, resultados de exámenes de laboratorio, entre otros.

Dentro del grupo de enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia cardíaca (IC) ha sido identificada como la principal causa de morbimortalidad en Chile. La IC es un síndrome complejo que resulta de cualquier anormalidad estructural o funcional que compromete el llene o la eyección ventricular, como alteraciones del pericardio, del miocardio, de los vasos coronarios, de las válvulas, de los grandes vasos o de ciertas anormalidades metabólicas. Clínicamente se presenta con síntomas y signos típicos que resultan de las anormalidades mencionadas (15).

La IC avanzada se define por cuatro criterios principales (16), todos los cuales se deben cumplir:

1. Existencia de una severa y persistente sintomatología de IC (New York Heart Association clase III o IV).

2. Disfunción cardíaca severa definida por una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (LVEF) ≤30%, insuficiencia aislada del ventrículo derecho, o anormalidades valvulares severas inoperables, o anormalidades congénitas, o péptido natriurético cerebral (BNP) persistentemente elevado (o en aumento), o valores de péptidos natriuréticos NT-proBNP[14] y datos de disfunción diastólica severa, o anormalidades estructurales del ventrículo derecho de acuerdo a la definición de la Sociedad Europea de "Cardiología de Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada" e "Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección levemente reducida".

3. Episodios de congestión pulmonar o sistémica que requieren de altas dosis de diuréticos intravenosos (o combinación de diuréticos) o episodios de bajo débito requirente de inótropos o drogas vasoactivas o arritmias malignas que causen más de una visita no planificada u hospitalización en el último año.

4. Disminución grave de la capacidad de ejercicio con incapacidad de ejercitarse o bajo desempeño en el test de marcha de 6 minutos (<300m) o pVO2 (<12-14 mL/kg/min), que se estime de origen cardíaco.

Existen múltiples y variados marcadores de riesgo que pueden ser utilizados para analizar el pronóstico de una persona con IC avanzada, sin embargo, presentan limitaciones y consideraciones que deben ser tomadas en cuenta al momento de utilizarlos, como el hecho de que no son necesariamente extensibles a la población general y que no fueron derivados del estudio de cohortes de pacientes con IC avanzada (16), por lo que los marcadores o parámetros a utilizar requieren de un cuidadoso análisis (17).

Otros criterios usados para la determinación de una expectativa de vida menor a un año en solicitantes con IC son aquellos que evalúan las necesidades de cuidados paliativos en estas personas. Para esto, existen las siguientes escalas: Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS/POS), Needs Assessment Tools Progressive Disease - Heart Failure (NAT:PD-HF) y NECPAL. De las mencionadas, IPOS/POS y NAT:PD-HF son las herramientas más validadas en el contexto de cuidados paliativos en IC crónica avanzada (16), las que en conjunto con los criterios contenidos en NECPAL, permiten realizar una evaluación adecuada de la expectativa de vida en personas con IC avanzada.

Como se mencionó en un comienzo, uno de los aspectos importantes a considerar para que la evaluación para certificar como enfermo/a terminal sea pertinente, es que el/la solicitante esté recibiendo tratamiento óptimo para su enfermedad. A continuación, se presenta un extracto de las Guías Clínicas de Insuficiencia Cardíaca del Ministerio de Salud (MINSAL) (15) las cuales establecen los tratamientos recomendados según los distintos estadios de la enfermedad.

[14] Porción N-terminal del pro-péptido natriurético tipo B.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Recomendaciones de tratamiento de la IC con fracción de eyección reducida estadio D (15)

Se recomienda que el manejo y la atención del paciente con IC en estadio D sea realizado en centros de mayor complejidad debido a la necesidad de evaluar, en algunos casos, la indicación de terapias de alta complejidad como asistencia circulatoria mecánica, trasplante cardiaco u otras cirugías. Nivel de evidencia C
En el paciente con IC refractaria, todas las medidas no farmacológicas sugeridas para etapas previas son útiles y necesarias de implementar, pero su importancia crece en este grupo. Se debería considerar la restricción de fluidos en pacientes con hiponatremia para reducir los síntomas derivados de la congestión pulmonar. Nivel de evidencia C
En el paciente con IC refractaria se recomienda indicar el tratamiento farmacológico de manera similar al de estadios previos, IECA/ARA II, BB y antagonistas de la aldosterona, teniendo presente una menor tolerancia y el desarrollo de más efectos adversos. Nivel de evidencia A

Los criterios de severidad para enfermedades cardiovasculares establecidos para determinar que un/una solicitante sea certificado/a como enfermo/a terminal al asociarse con una expectativa de vida menor a un año son los siguientes:

Criterios	Primarios	Secundarios
1. Disfunción cardiaca severa (LVEF <20%, falla cardiaca derecha aislada severa, valvulopatía severa no reparable, cardiopatías congénitas no reparables o sin criterio para nuevas intervenciones, disfunción diastólica restrictiva, enfermedad coronaria severa no revascularizable con angina intratable con terapias disponibles, hipertensión pulmonar severa)	Siempre presentes	
2. Estar en tratamiento óptimo (farmacológico o de dispositivos), de acuerdo a las guías nacionales o internacionales de IC		
3.Capacidad funcional III y IV a pesar de tratamiento óptimo		
4. Paciente no candidato/a o que rechaza terapias de trasplante o asistencia ventricular	X	
5. Bajo débito requirente de inótropos en forma continua o intermitente en más de una oportunidad	X	
6. Congestión pulmonar o sistémica requirente de dosis elevada de diurético endovenoso (o combinación de diuréticos), con refractariedad o resistencia a la terapia	X	
7. 2 o más hospitalizaciones por IC en los últimos 12 meses, no relacionadas con tratamiento insuficiente o pobre adherencia al tratamiento	X	
8. Arritmias ventriculares malignas no tributarias de tratamientos farmacológicos o intervencionales		X
9. 3 o más atenciones en servicio de urgencia o consultas no programadas por IC en el último año, no relacionadas con tratamiento insuficiente o pobre adherencia al tratamiento		X
10. Intolerancia a la medicación habitual de IC por hipotensión, hiponatremia, hipokalemia, hiperkalemia o disfunción renal		X
11. Caquexia cardíaca[15]		X
12. Filtración glomerular <30 ml/min permanente		X
13. 3 o más comorbilidades, excluida la enfermedad renal crónica, consideradas en el Índice de Charlson (Anexo 8)		X

De los criterios anteriores, las combinaciones necesarias para lograr la certificación como enfermo/a terminal son las siguientes:

- Siempre presentes + 2 criterios primarios
- Siempre presentes + 1 criterio primario y 3 secundarios

[15] Es una comorbilidad que afecta entre 10-39% de los pacientes con insuficiencia cardíaca y ocurre más típicamente en etapas avanzadas de la enfermedad y cuyo pronóstico es malo, alcanzando cifras de mortalidad del 50% a 18 meses. Sus causas son multifactoriales: nutricionales, metabólicas, hemodinámicas, inflamatorias y neuro-hormonales. Definición operacional: 1. Criterio principal: pérdida de peso no intencional, no edematosa de ≥6% dentro de los últimos 6-12 meses. 2. Criterio alternativo: en los casos en que la historia de peso no esté disponible, la presencia de un IMC <20 puede ser usada para establecer el diagnóstico. Recomendable que incluya criterios menores, tales como (al menos 2 de los siguientes): fatiga, anorexia (incapacidad para una ingesta adecuada), pérdida de la masa y fuerza muscular, anormalidades inflamatorias y nutricionales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Enfermedades del Sistema Respiratorio

En esta sección se describen criterios pronósticos que permiten estimar una expectativa de vida menor a doce meses en una persona con diagnóstico de enfermedad del sistema respiratorio, basados en la historia médica, características clínicas, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes y procedimientos de apoyo terapéutico paliativo, criterios que, de manera conjunta y en diferentes combinaciones, permitirán certificar a la persona como terminal.

Cada solicitud de certificación será evaluada en base a los documentos tenidos a la vista como el certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, los documentos anexos a esta primera solicitud, los antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones. En base a los antecedentes aportados por estos documentos y el juicio de los profesionales que componen los Consejos Médicos que aplican esta Norma, será evaluado el cumplimiento de los argumentos técnicos para certificar como enfermo/a terminal, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley señala.

Para esto, se debe/n considerar todo/s aquel/aquellos antecedente/s que fundamente/n que el/la solicitante se encuentra en condición terminal y que permitan evaluarlo/a en base a los criterios establecidos para este grupo de enfermedades, tales como: informes de epicrisis, resultados de exámenes de laboratorio, informes de espirometrías, informes de exámenes imagenológicos, certificado de ingreso a oxigenoterapia, entre otros.

La mayor parte de las enfermedades que afectan al sistema respiratorio se pueden dividir en tres categorías: enfermedades obstructivas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades restrictivas como las enfermedades intersticiales (fibrosis pulmonar en particular) y anomalías vasculares como la hipertensión pulmonar. A estas categorías principales, se pueden añadir comorbilidades, complicaciones como la hemoptisis, procesos infecciosos y/o neoplásicos que también afectan las funciones de este sistema (18-21). Las afecciones neoplásicas que afectan este sistema son evaluadas en el capítulo de oncología.

La EPOC es una de las principales causas de mortalidad por motivos respiratorios en el mundo y se estima que está aumentando (22). En EPOC severo, asociado a falla respiratoria crónica, 1/3 de las personas fallecen a consecuencia de la enfermedad misma, mientras que los 2/3 restantes mueren debido a la asociación de comorbilidades (cardiovasculares, infección pulmonar, embolia pulmonar, cáncer pulmonar y otros cánceres). El pronóstico en estas personas se encuentra directamente relacionado con: severidad de la enfermedad, frecuencia de las exacerbaciones agudas, especialmente aquellas que requieren hospitalización, desarrollo de cáncer pulmonar, enfermedades cardiovasculares y desnutrición, independientemente del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) (23-27).

Los/as pacientes con enfermedades fibrosantes, en especial cuando son refractarias al tratamiento, tienen pronóstico ominoso, siendo la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) la que presenta peor pronóstico. Entre los factores que afectan negativamente la sobrevida en este tipo de patologías, se encuentra: asociación con comorbilidades cardiovasculares y cáncer pulmonar, función pulmonar disminuida y velocidad de deterioro de ésta, disminución de la capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), deterioro de la respuesta en el test de marcha y caída de la saturación de oxígeno durante el ejercicio (25, 28-31).

Los criterios de severidad por patología respiratoria establecidos para determinar que un/una solicitante sea certificado/a como enfermo/a terminal al asociarse con una expectativa de vida menor a un año son los siguientes:

Criterios	Primarios	Secundarios
1. Necesidad de oxigenoterapia crónica. Saturación <90% en reposo o desaturación >5 puntos en ejercicio	X	
2. Dependencia severa, Índice de Barthel <35 puntos	X	
3. Criterios espirométricos de función pulmonar en EPOC: VEF1 <20% o DLCO <20%	X	
4. Criterios espirométricos de función pulmonar en Fibrosis pulmonar: CVF[16] <50% o DLCO <35%	X	
5. Hipertensión pulmonar severa >70 mm Hg medida en ecocardiograma o medición directa y/o refractariedad al tratamiento médico	X	

[16] Capacidad Vital Forzada.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

6. 2 o más hospitalizaciones en UTI/UCI por exacerbaciones en los últimos 12 meses, cuya causa no se relacione con falta o discontinuidad de tratamiento óptimo	X	
7. Rechazo crónico refractario de trasplante pulmonar	X	
8. Cáncer pulmonar en paciente con EPOC o fibrosis pulmonar		X
9. Insuficiencia cardíaca sintomática asociada		X
10. Coexistencia de 3 comorbilidades cardiovasculares[17]		X
11. Test de marcha 6 minutos <250 mts		X
12. En fibrosis pulmonar, deterioro funcional objetivado en los últimos 6 meses (Caída CVF >10% o de la DLCO >15%)		X
13. 2 o más exacerbaciones de manejo ambulatorio en los últimos 12 meses		X
14. 2 o más hospitalizaciones por EPOC, no planificadas, en los últimos 6 meses		X
15. Aumento de la demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones de enfermería, otro)		X
16. En fibrosis: PCO_2[18] >45 mmHg en gases arteriales		X
17. Caquexia (IMC <20) y/o compromiso severo del estado general		X
18. Hemoptisis recurrente		X

De los criterios anteriores, las combinaciones necesarias para lograr la certificación como enfermo/a terminal son las siguientes:

- 2 criterios primarios
- 1 criterio primario + 2 secundarios

Enfermedades y condiciones terminales en Personas Mayores

En esta sección se describen criterios pronósticos que permiten estimar una expectativa de vida menor a doce meses en una persona mayor, basados en la historia médica, características clínicas, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes y procedimientos de apoyo terapéutico paliativo, criterios que, de manera conjunta y en diferentes combinaciones, permitirán certificar a la persona como terminal.

Cada solicitud de certificación será evaluada en base a los documentos tenidos a la vista como el certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, los documentos anexos a esta primera solicitud, los antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones. En base a los antecedentes aportados por estos documentos y el juicio de los profesionales que componen los Consejos Médicos que aplican esta Norma, será evaluado el cumplimiento de los argumentos técnicos para certificar como enfermo/a terminal, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley señala.

Para esto, se debe/n considerar todo/s aquel/aquellos antecedente/s que fundamente/n que el/la solicitante se encuentra en condición terminal y que permitan evaluarlo/a en base a los criterios establecidos para este grupo de enfermedades, tales como: informes de epicrisis, resultados de evaluaciones funcionales como Índice de Barthel (Anexo 9), Índice de Katz (Anexo 2), Escala Visual de Fragilidad (Anexo 10), visitas domiciliarias por médico y/u otros profesionales de salud, entre otros.

A lo largo del estudio de las personas mayores de 65 años y sus características, se han identificado varias condiciones que permiten evaluar su expectativa de vida, siendo relevantes: enfermedad cardíaca congestiva, demencia, falla renal, cáncer metastásico y pérdida de peso, por nombrar las que se han identificado con mayor peso relativo en el estudio de distintos índices de clasificación de comorbilidades (32-37).

Otro factor importante a considerar son las condiciones médicas o patologías que han afectado a la persona en los últimos doce meses, donde neumonías por aspiración, infecciones a repetición con impacto sistémico, lesiones por presión y delirium, suelen estar presentes en personas con una expectativa de vida menor a un año (38, 39).

---

17 Insuficiencia cardíaca, arritmias, cardiopatía coronaria, tromboembolismo venoso, enfermedad cerebro vascular, HTA, HTP.

18 Presión parcial de dióxido de carbono (CO_2).

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Estos criterios incluyen aquellos factores pronósticos que los/las integrantes del panel de expertos/as han considerado que poseen una mayor especificidad para certificar que un/a persona tendrá una sobrevida menor a un año. En la definición se realizó un análisis en base a las patologías más prevalentes en personas mayores con fragilidad y dependencia, definiendo aquellos factores que permiten un análisis objetivo del pronóstico de expectativa de vida.

Para efectos de esta Norma Técnica, se establece que estos criterios deben ser utilizados para la evaluación de solicitudes de certificación de todo/a solicitante mayor de 80 años y aquellos/as entre 65 y 79 años que se encuentren en condición de dependencia severa. Luego, si corresponde, se puede continuar la evaluación por los criterios específicos de especialidad y finalmente por los criterios generales de aprobación.

Los criterios de severidad establecidos para determinar que un/una solicitante de 65 años o más sea certificado/a como enfermo/a terminal al asociarse con una expectativa de vida menor a un año son los siguientes:

Criterios	Siempre presentes
1. Lesión por presión grado IV no clasificables por necrosis	X
2. Deterioro nutricional definido por albúmina ≤2,5 g/dL y/o pérdida de peso >10% en 6 meses	X
3. Afagia	X
4. 2 o más infecciones con repercusión sistémica de repetición como neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, entre otros, que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo, en los últimos 12 meses	X
5. Delirium (CAM short) (Anexo 11)	X
6. Más de 3 hospitalizaciones en los últimos 12 meses	X
7. Escala Visual de Fragilidad ≥7	X

Todos los criterios antes señalados deben estar presentes para lograr la certificación como enfermo/a terminal desde el ámbito geriátrico.

Enfermedades del Sistema Nervioso

En esta sección se describen criterios pronósticos que permiten estimar una expectativa de vida menor a doce meses en una persona con diagnóstico de enfermedad del sistema nervioso[19], basados en la historia médica, características clínicas, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes y procedimientos de apoyo terapéutico paliativo, criterios que, de manera conjunta y en diferentes combinaciones, permitirán certificar a la persona como terminal.

Cada solicitud de certificación será evaluada en base a los documentos tenidos a la vista como el certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, los documentos anexos a esta primera solicitud, los antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones. En base a los antecedentes aportados por estos documentos y el juicio de los profesionales que componen los Consejos Médicos que aplican esta Norma, será evaluado el cumplimiento de los argumentos técnicos para certificar como enfermo/a terminal, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley señala.

Para esto, se debe/n considerar todo/s aquel/aquellos antecedente/s que fundamente/n que el/la solicitante se encuentra en condición terminal y que permitan evaluarlo/a en base a los criterios establecidos para este grupo de enfermedades, tales como: informes de epicrisis, resultados de exámenes de laboratorio, informes de exámenes imagenológicos, resultados de evaluaciones funcionales, aplicación de escalas estandarizadas, entre otros.

Las enfermedades neurodegenerativas, los accidentes cerebrovasculares (ACV) y los traumatismos encéfalocraneanos (TEC) representan las principales causas de muerte por enfermedades del sistema nervioso. En el caso de las primeras, para definir su pronóstico se han utilizado instrumentos como NECPAL, que permite evaluar en forma integral la condición de la persona y determinar su requerimiento de cuidados paliativos. En relación a los ACV y los TEC, la edad, la presencia de comorbilidades y la severidad de los síntomas neurológicos han sido analizados como predictores de mortalidad (40-45). También es posible considerar de forma global la existencia de indicadores clínicos de progresión y gravedad como: persistencia de convulsiones, infecciones recurrentes, declive nutricional, necesidad de apoyo ventilatorio o existencia de un trastorno de deglución severo, como parámetros que permiten evaluar la expectativa de vida de las personas (46).

[19] Las patologías neurooncológicas son evaluadas en el capítulo de oncología.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Los criterios consideran elementos de la historia clínica como: tiempo de evolución, tratamientos realizados y presencia de complicaciones. Se han agrupado en una primera sección que incluye patologías de mal pronóstico neurológico tales como: Enfermedad de Creutzfeldt Jacob (47), Leucoencefalopatía multifocal progresiva (48), esclerosis lateral amiotrófica (49), enfermedad neurológica vascular o traumática aguda y demencias (50).

En una segunda sección se incluyen criterios para evaluar otras enfermedades neurodegenerativas, vasculares y/o traumáticas.

Los criterios de severidad por enfermedades del sistema nervioso establecidos para determinar que un/una solicitante sea certificado/a como enfermo/a terminal al asociarse con una expectativa de vida menor a un año son los siguientes:

Criterios	Directos	Primarios	Secundarios
1. Creutzfeldt Jacob	X		
2. Leucoencefalopatía multifocal progresiva	X		
3. ELA con disfagia, disartria u otra sintomatología de origen bulbar o con compromiso respiratorio	X		
4. Enfermedad neurológica vascular o traumática aguda y subaguda con evolución a estado vegetativo persistente, de mínima conciencia, enclaustramiento, tetraplejía con compromiso respiratorio secuelar		X	
5. Demencias: GDS-FAST =7 (postración) (Anexo 12)		X	
Otras enfermedades neurológicas degenerativas o vasculares o traumáticas			
6. Episodios convulsivos secundarios a pesar de tratamiento optimizado			X
7. Trastorno de la deglución severo o usuario de gastrostomía			X
8. Traqueostomía o ventilación no invasiva o antecedente de insuficiencia respiratoria con apoyo ventilatorio en el último año			X
9. Cuadros infecciosos recurrentes[20] (urinarias, neumonía y/o lesiones por presión sobreinfectadas) en el último año			X
10. Presencia de fenómenos tromboembólicos en el último año			X
11. Disminución de la eficacia de la medicación paliativa por refractariedad y/o pérdida de la vía de administración que condiciona empeoramiento clínico			X
12. Deterioro funcional marcado en los últimos 6 meses, no relacionado con procesos reversibles. Índice de Barthel ≤35			X
13. Pérdida de peso ≥10% en los últimos 6 meses			X
14. Disautonomía severa[21]			X
15. Más de 3 hospitalizaciones en los últimos 12 meses por patologías severas metabólicas o infecciosas sobreagregadas a la patología de base			X

De los criterios anteriores, las combinaciones necesarias para lograr la certificación como enfermo/a terminal son las siguientes:

- 1 criterio directo
- 1 criterio primario + 2 secundarios
- 3 criterios secundarios

Enfermedades Hepáticas

En esta sección se describen criterios pronósticos que permiten estimar una expectativa de vida menor a doce meses en una persona con diagnóstico de enfermedad hepatológica, basados en la historia médica, características clínicas, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes y procedimientos de apoyo terapéutico paliativo, criterios que, de manera conjunta y en diferentes combinaciones, permitirán certificar a la persona como terminal.

[20] ≥2 episodios.

[21] Incluye la presencia de disautonomía en parkinsonismos atípicos.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Cada solicitud de certificación será evaluada en base a los documentos tenidos a la vista como el certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, los documentos anexos a esta primera solicitud, los antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones. En base a los antecedentes aportados por estos documentos y el juicio de los profesionales que componen los Consejos Médicos que aplican esta Norma, será evaluado el cumplimiento de los argumentos técnicos para certificar como enfermo/a terminal, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley señala.

Para esto, se debe/n considerar todo/s aquel/aquellos antecedente/s que fundamente/n que el/la solicitante se encuentra en condición terminal y que permitan evaluarlo/a en base a los criterios establecidos para este grupo de enfermedades, tales como: informes de epicrisis, informes de exámenes imagenológicos, resultados de evaluaciones funcionales, aplicación de escalas estandarizadas, informes de Comité de Trasplante, entre otros.

El trasplante hepático es el principal avance terapéutico para personas con falla hepática terminal aguda o crónica, ya que tienen riesgo de muerte inminente, especialmente en aquellas con insuficiencia hepática fulminante que postrasplante presenten fallo primario de injerto hepático o trombosis de la arteria hepática, así como aquellas anhepáticas (51-53).

En portadores/as de cirrosis hepática con hipertensión portal, se han asociado a una peor sobrevida ciertas complicaciones o enfermedades concomitantes, por lo que las guías técnicas nacionales recomiendan referirlos/as a un centro de trasplante para su evaluación. Dichas complicaciones o enfermedades asociadas son: encefalopatía hepática, ascitis, hemorragia variceal, hipertensión portopulmonar, síndrome hepatopulmonar, hepatocarcinoma o colangiocarcinoma, y han sido consideradas por los/las profesionales del panel de expertos/as para su adaptación y uso en relación al objetivo de esta Norma Técnica (53-56).

Para determinar el pronóstico, tradicionalmente se ha utilizado la clasificación de Child-Pugh que permite, a través de cinco variables, evaluar el grado de insuficiencia hepática que presentan estas personas. Otro método es la escala "Model for End stage Liver Disease" (MELD) que considera tres variables objetivas que la hacen más práctica y confiable, siendo el método de elección para la selección de pacientes candidatos/as a trasplante. Ambos instrumentos han demostrado, en diferentes estudios, una buena correlación entre mayor puntuación y mortalidad (52, 57-59).

Cabe señalar que múltiples estudios han mostrado que un valor de sodio sérico inferior a 130mEq/l es un factor predictivo negativo de supervivencia en la cirrosis hepática, siendo el riesgo relativo de mortalidad de los/as pacientes en lista de espera con cirrosis descompensada e hiponatremia entre 5,9 y 16,5 veces superior al de aquellos/as con cirrosis descompensada sin hiponatremia. Por este motivo, se diseñó una fórmula modificada para el MELD que incorpora la variable natremia (MELD-Na) (59) (Anexo 13).

En relación con lo anterior, tanto la escala MELD-Na como la clasificación Child-Pugh (Anexo 14), han sido consideradas por los/las profesionales del panel de expertos/as para su adaptación y uso en relación al objetivo de esta Norma Técnica (52, 57-60).

Los criterios de severidad por patología hepatológica establecidos para determinar que un/una solicitante sea certificado/a como enfermo/a terminal al asociarse con una expectativa de vida menor a un año son los siguientes:

Criterios	Primarios	Secundarios
1. MELD-Na >30, condición irreversible	X	
2. Clasificación Child-Pugh C (10-15), condición irreversible	X	
3. Hepatocarcinoma Estadio D (BCLC)	X	
4. Cumple con criterios para trasplante hepático, pero tiene contraindicación absoluta para el procedimiento	X	
5. Ascitis severa y refractaria con indicación de paracentesis a repetición[22]	X	
6. Síndrome hepatorenal tipo 1	X	
7. Hemorragia digestiva por várices esofágicas que presenta nuevo episodio de sangrado en los 45 días posterior al tratamiento	X	
8. Síndrome hepatopulmonar - Hipertensión portopulmonar	X	
9. MELD-Na 20-29, condición irreversible		X
10. Clasificación Child-Pugh B (8-9), condición irreversible		X

[22] Se incluyen dentro de las ascitis refractarias aquellas tratadas con catéter peritoneal para drenaje ascítico.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

11. Hepatitis alcohólica grave: función discriminante de Maddrey (DF) >32 y/o MELD >20 (Anexo 13)		X
12. 2 o más episodios de peritonitis bacteriana espontánea en 12 meses		X

De los criterios anteriores, las combinaciones necesarias para lograr la certificación como enfermo/a terminal son las siguientes:

- El criterio N°1 por sí solo
- 2 criterios primarios
- 1 criterio primario + 2 secundarios
- 3 criterios secundarios

Enfermedades Renales

En esta sección se describen criterios pronósticos que permiten estimar una expectativa de vida menor a doce meses en una persona con diagnóstico de enfermedad renal, basados en la historia médica, características clínicas, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes y procedimientos de apoyo terapéutico paliativo, criterios que, de manera conjunta y en diferentes combinaciones, permitirán certificar a la persona como terminal.

Cada solicitud de certificación será evaluada en base a los documentos tenidos a la vista como el certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, los documentos anexos a esta primera solicitud, los antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones. En base a los antecedentes aportados por estos documentos y el juicio de los profesionales que componen los Consejos Médicos que aplican esta Norma, será evaluado el cumplimiento de los argumentos técnicos para certificar como enfermo/a terminal, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley señala.

Para esto, se debe/n considerar todo/s aquel/aquellos antecedente/s que fundamente/n que el/la solicitante se encuentra en condición terminal y que permitan evaluarlo/a en base a los criterios establecidos para este grupo de enfermedades, tales como: informes de epicrisis, informes de exámenes imagenológicos, resultados de evaluaciones funcionales, aplicación de escalas estandarizadas, informes de diálisis, certificado o solicitud de limitación de esfuerzo terapéutico, entre otros.

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología que, en etapas iniciales y tardías, aumenta considerablemente la morbimortalidad, siendo la enfermedad cardiovascular la principal causa de muerte, lo que se explica por la alta prevalencia de factores de riesgo en esta población (diabetes, hipertensión arterial y obesidad), además del deterioro renal. En personas que se encuentran en hemodiálisis, la mortalidad cardiovascular puede ser hasta quince veces mayor que la de la población general (61), estimándose que más del 10% de estas personas fallecen dentro de los primeros tres meses de diálisis (62,63).

Es importante considerar que, si bien las terapias de sustitución renal pueden prolongar la vida de los/as pacientes con ERC, existe un grupo significativo de estos/as en los/as que su utilización no resulta beneficiosa, sobre todo si se consideran aspectos psicosociales, éticos, afectivos, emocionales y espirituales de las personas con ERC avanzada (64). El tratamiento conservador no dialítico es una opción destinada a personas con ERC avanzada con comorbilidades invalidantes, donde la diálisis está contraindicada, es de riesgo por condiciones físicas irreversibles o no ofrece mejor calidad ni expectativa de vida, ya que no cura la enfermedad sistémica subyacente responsable de la enfermedad renal, la cual habitualmente continúa progresando y afectando a otros órganos y sistemas (64).

Dentro de los factores que se han estudiado para establecer un pronóstico de expectativa de vida en personas con ERC se encuentran: edad, niveles de albúmina, funcionalidad, variabilidad de la hemoglobina, fósforo y hormona paratiroidea, los que se combinan con el estudio de las comorbilidades del/la paciente, para mejorar la capacidad de discriminación entre los distintos niveles de riesgo existentes (65). Otros estudios han evaluado el nivel de filtración glomerular, la historia de hospitalizaciones en los últimos meses, las comorbilidades cardíacas y neoplásicas (26), así como diferentes escalas de estratificación de riesgo para personas en diálisis (65,66), sin embargo, se debe tener en consideración que la mayor parte de estos estudios se han efectuado en poblaciones con características específicas que dificultan extrapolar sus resultados a la población general, siendo relevante el aporte de la experiencia clínica de los/las profesionales del panel de expertos/as para su adaptación al objetivo de esta Norma Técnica.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Los criterios de severidad por patología renal establecidos para determinar que un/una solicitante sea certificado/a como enfermo/a terminal al asociarse con una expectativa de vida menor a un año son los siguientes:

Criterios	Primarios	Secundarios
1. Paciente en tratamiento conservador no dialítico o en diálisis ocasional solo como opción paliativa (ejemplo: edema agudo pulmonar)[23]	X	
2. 2 o más de alguna de las siguientes enfermedades: cáncer activo sin opción de tratamiento; EPOC refractario; ICC (grado IV); insuficiencia hepática (Child-Pugh: C (10-15); ACV (con secuelas graves); demencia; enfermedad neurodegenerativa, SIDA, otras enfermedades avanzadas (expectativa <1 año)	X	
3. Índice de Barthel ≤35 o Índice de Karnofsky ≤30		X

De los criterios anteriores, las combinaciones necesarias para lograr la certificación como enfermo/a terminal son las siguientes:

- 2 criterios primarios.
- 1 criterio primario + 1 secundario.

Criterios Generales de Aprobación

Los criterios generales de aprobación tienen como finalidad permitir que los Consejos Médicos revisen las solicitudes de certificación que por sus características no pueden ser evaluadas utilizando los criterios por especialidad clínica descritos anteriormente, ya sea porque en los criterios por especialidades no se encuentran aspectos que, a juicio de los Consejos Médicos, son relevantes para el pronóstico del/la solicitante, o porque las características de la/s enfermedad/es que lo/a afectan no permiten enmarcarlas en un grupo de enfermedades específico.

En esta sección se describen criterios pronósticos que permiten estimar, mediante el análisis de parámetros generales de la evolución de la/s enfermedad/es, una expectativa de vida menor a doce meses en una persona con patología unitaria o múltiple, basados en la historia médica, características clínicas, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes y procedimientos de apoyo terapéutico paliativo, criterios que, de manera conjunta y en diferentes combinaciones, permitirán certificar a la persona como terminal.

Además, en esta sección serán analizadas aquellas enfermedades o condiciones consideradas como raras, definidas por la Organización Mundial de la Salud como patologías que tienen una incidencia menor a 5 casos por cada 10 mil personas[24], y que se encuentran asociadas a una expectativa de vida menor a 1 año. Estas enfermedades o condiciones deberán ser certificadas en base a antecedentes médicos que permitan sustentar su carácter de demostrable y que el pronóstico de vida limitado sea avalado por la práctica médica basada en evidencia científica.

Cada solicitud de certificación será evaluada en base a los documentos tenidos a la vista como el certificado médico obligatorio de enfermo terminal realizado por el médico tratante del/la solicitante, los documentos anexos a esta primera solicitud, los antecedentes médicos adicionales solicitados a la institución de salud y/o los obtenidos a través de la evaluación del/la profesional de apoyo adscrito/a a la Superintendencia de Pensiones. En base a los antecedentes aportados por estos documentos y el juicio de los profesionales que componen los Consejos Médicos que aplican esta Norma, será evaluado el cumplimiento de los argumentos técnicos para certificar como enfermo/a terminal, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley señala.

---

[23] El tratamiento conservador no dialítico es una opción destinada a personas con ERC avanzada con comorbilidades invalidantes, donde la terapia de diálisis no ofrece mejor calidad ni expectativa de vida o bien ella está contraindicada y es de riesgo por condiciones clínicas irreversibles, tales como: enfermedades neurológicas con secuelas motoras y cognitivas severas e irreversibles, insuficiencia cardíaca avanzada asociada a infarto del miocardio, enfermedad terminal de causa no renal fuera de alcance terapéutico, paciente anciano en condición de fragilidad irreversible, demencia avanzada o trastorno psiquiátrico grave (condición que contraindica y/o aumenta el riesgo del procedimiento de diálisis).

[24] Descripción operativa de las enfermedades raras, la cual es parte del Memorando de Entendimiento entre la Organización Rare Disease International (RDI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisada a través del sitio: https://www.rarediseasesinternational.org/es/definicion-operativa-de-las-enfermedades-raras/

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

El instrumento NECPAL mencionado en el apartado introductorio tiene por objetivo identificar precozmente a personas con necesidad de atención paliativa y pronóstico de vida relativamente limitado. Un estudio observacional demostró que el instrumento original tenía una alta sensibilidad y valor predictivo negativo, pero limitada especificidad para determinar mortalidad a 24 meses en una cohorte de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas (67).

En estudios posteriores se analizó la capacidad del instrumento de predecir el riesgo de mortalidad al agrupar los ítems del NECPAL en tres categorías, determinándose que existía una clara asociación entre las curvas de sobrevivencia y el número de categorías afectadas (68). Considerando estos hallazgos, se llevó a cabo una selección de las variables del instrumento, a través de una revisión de la literatura y consenso de expertos, basada en la posible capacidad predictiva de mortalidad de cada variable, siendo luego incluidas en el desarrollo y validación de un modelo pronóstico de mortalidad para personas con enfermedades crónicas avanzadas (4).

El modelo pronóstico resultante, NECPAL versión 4.0, incluye: edad, identificación de la necesidad de cuidados paliativos por médico y/o enfermera, declive funcional, declive nutricional, multimorbilidad, uso de recursos sanitarios y presencia de indicadores específicos de ciertas enfermedades; cada una de estas variables se asoció en forma independiente con el riesgo de mortalidad a 24 meses en esta población. El rendimiento del modelo, en general, fue bueno; teniendo la utilidad de estratificar el riesgo en tres grupos al agregar el número de factores pronósticos en 1-2, 3-4 y 5-6 mostrando medianas de supervivencias de 38, 17,2 y 3,6 meses, respectivamente (69).

Cabe destacar que variables como la disnea, el delirium y las lesiones por presión también han demostrado ser posibles factores pronósticos de mortalidad y podrían contribuir en la evaluación del riesgo de mortalidad en personas con enfermedades crónicas avanzadas, pese a que no fueron estudiadas en el modelo citado anteriormente (4).

De esta manera, en base la evidencia analizada y a la opinión de los integrantes del panel de expertos/as, se definieron los siguientes criterios generales de aprobación:

Criterios	Primarios	Secundarios
1. Deterioro funcional, Índice de Barthel ≤35 o Karnofsky ≤30 o ECOG ≥3, en los últimos 6 meses, no relacionado a proceso reversible	Siempre presente	
2. Enfermedades o condiciones médicas raras consideradas de mal pronóstico[25]	X	
3. Deterioro nutricional, pérdida de peso corporal total > a 10% o caquexia, en los últimos 6 meses, no relacionado a proceso reversible		X
4. Disnea grado IV (según mMRC), persistente o refractario a pesar de estar recibiendo tratamiento optimo en los últimos 6 meses, no relacionado a proceso reversible		X
5. Episodios de delirium recurrentes o persistentes en los últimos 6 meses		X
6. Lesiones por presión persistentes en los últimos 6 meses		X
7. Presencia de dos o más patologías o condiciones incluidas en las Normas sin cumplir criterios de severidad establecidos por especialidades (cáncer, enfermedad neurológica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, enfermedad respiratoria)		X
8. Se encuentra recibiendo cuidados paliativos y/o existe una demanda de limitación de esfuerzo terapéutico por el/la paciente y/o la familia, y/o existe antecedente clínico de rechazo de terapias curativas tales como cirugías o trasplante, relacionadas con su patología principal		X
9. Dos o más ingresos hospitalarios urgentes o no planificados en los últimos 6 meses		X
10. Aumento de la demanda o intensidad de las intervenciones en los últimos 6 meses: uso de gastrostomía o sonda nasogástrica, uso de oxígeno domiciliario u otros[26]		X
11. Necesidad de atención por personal sanitario continuada e intensa bien sea en una institución sanitaria o en domicilio[27]		X

[25] Las enfermedades raras incluyen, pero no se limitan a, enfermedades genéticas. También pueden ser cánceres, enfermedades infecciosas, envenenamientos, enfermedades relacionadas con el sistema inmunitario, enfermedades idiopáticas y condiciones indeterminadas raras.

[26] Colostomía e ileostomía solo se consideran cuando se utilizan como intervenciones de salvataje en pacientes con pronóstico de vida limitado.

[27] Se definen como cuidados paliativos en paciente institucionalizado, en hospital, clínica, residencia de cuidados mayores o en casa (hospitalización domiciliaria).

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

De los criterios anteriores, la combinación necesaria para lograr la certificación como enfermo/a terminal es la siguiente:

- Siempre presente + 1 criterio primario
- Siempre presente + 3 criterios secundarios

EXPERTOS/AS

El presente documento contó con la invaluable cooperación de los siguientes profesionales:

Dr. Alfredo Jalilie Elías, Médico Broncopulmonar. Médico Jefe Unidad de Enfermedades Respiratorias y Broncoscopía, Clínica Santa María. Profesor Asistente Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Instituto Nacional del Tórax.

Dr. Álvaro Undurraga Pereira, Médico Broncopulmonar. Médico Staff, Hospital del Tórax. Médico Staff, Clínica Las Condes. Presidente Comisión Médica Regional Metropolitana de Santiago Sede Centro, Superintendencia de Pensiones.

Dr. Andrés Vargas Mondaca, Médico Oncólogo Radioterapeuta. Clínica Instituto de Radiomedicina (IRAM).

Dr. Benjamín Walbaum García, Médico Oncólogo. Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.

Dr. Carlos Rojas García, Médico Oncólogo. Director Ejecutivo, Centro de Investigación Bradford Hill.

Dra. Christina Adaniel, Médico Oncólogo. Médico Staff, Clínica Puerto Varas.

Dra. Christine Rojas Hopkins, Médico Hematólogo. Referente Unidad de Hematología, Hospital Doctor Gustavo Fricke, Viña del Mar. Miembro Sociedad Chilena de Hematología.

Dr. Christopher Joseph Tabilo Heavey, Médico Hematólogo-Oncólogo. Médico Jefe Servicio de Hematología y Oncología, Redsalud Vitacura.

Dra. Claudia Cid González, Médico Cirujano. Presidente Coordinador Consejos Médicos Ley 21.309, Superintendencia de Pensiones. Director Médico, Gestión de Salud. Director Innovación y Nuevos Mercados, Grupo Cetep.

Dra. Claudia Muñoz Henríquez, Médico Familiar - Medicina Paliativa del Adulto. Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Las Higueras, Talcahuano. Médico Integrante Consejo Médico Ley 21.309, Superintendencia de Pensiones.

Dr. Cristián Neira Osses, Médico Neurólogo. Médico Jefe Programa Demencias y Cefalea-Neuralgias Craneofaciales, Hospital Metropolitano de La Florida, Dra. Eloísa Díaz lnsunza. Médico Staff, Nueva Clínica Cordillera.

Dra. Emi Sujima Miranda, Médico Neurólogo. Médico Staff, Servicio Neurología, Residente Unidad Paciente Crítico, Clínica Alemana de Santiago.

Dr. Erwin Buckel González, Médico Cirujano especialista en cirugía general. Médico Jefe Departamento Cirugía, Clínica Las Condes. Médico Jefe Programa de Trasplantes, Clínica Las Condes. Docente Universidad de Chile.

Dr. Fernando Javier Óscar Descalzi Muñoz, Médico Broncopulmonar. Clínica Alemana de Santiago.

Dr. Fernando Maldonado Higuera, Médico Neurólogo. Servicio de Salud del Reloncaví. Médico Integrante Consejo Médico Ley 21.309, Superintendencia de Pensiones.

Dr. Fernando Molt Cancino, Médico Neurólogo. Master en Sueño & Neuroinmunología. Servicio de Neurología, Hospital San Pablo de Coquimbo. Jefe Unidad de Neurofisiología, Hospital San Pablo de Coquimbo. Profesor Universidad Católica del Norte.

Dr. Francisco Arancibia Hernández, Médico Broncopulmonar. Jefe Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax. Médico Staff, Clínica Santa María. Presidente Asociación Latinoamericana de Tórax.

Dra. Françoise Iraçabal Vidal, Médico Anestesiólogo. Hospital San Juan de Dios de Los Andes. Médico Staff, Clínica Santa María. Profesor Adjunto Medicina, Universidad de Valparaíso. Médico Integrante Consejo Médico Ley 21.309, Superintendencia de Pensiones.

Dr. Hernán Patricio Cabello Araya, Médico Broncopulmonar. Médico Staff, Clínica Alemana. Past President Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Médico Interconsultor Comisiones Médicas, Superintendencia de Pensiones.

Dra. Ingiborg Araya Calero, Médico Oncólogo. Diplomado en Salud Pública. Instituto Nacional del Cáncer. Director Grupo Oncológico Cooperativo Chileno de Investigación (GOCCHI).

Dr. Irving Santos Carquín, Médico Neurólogo. Magíster en Administración y Gestión de Salud. Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Departamento de Neurología y Neurocirugía

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Norte Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Departamento de Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Púbica, Ministerio de Salud.

Dra. Ivonne Zamorano Valdebenito, Médico Neurólogo. Diplomado en Neurofisiología Clínica. Departamento de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. Neurología clínica, neurofisiología y enfermedades neuromusculares, Hospital Dr. Eduardo Schutz, Puerto Montt.

Dr. Jaime Poniachik Teller, Médico Gastroenterólogo. Médico Jefe Sección Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Dr. Javier Brahm Barril, Médico Gastroenterólogo-Hepatólogo. Clínica Las Condes. Director Fundación Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado (ALEH). Profesor de Medicina, Universidad de Chile.

Dr. Javier Quilodrán Peredo, Médico internista, subespecialista en Medicina Paliativa del Adulto y Oncología Médica. Hospital del Salvador. Clínica Alemana de Santiago.

Dra. Javiera Donoso Pineda, Médico Hematólogo. Médico Jefe Servicio de Hematología, Clínica Alemana de Santiago.

Dr. Joel Melo Tanner, Médico Broncopulmonar. Unidad de Trasplante Pulmonar, Instituto Nacional del Tórax. Coordinador Programa Fibrosis Quística, Instituto Nacional del Tórax.

Dr. José Ribalta Salgado, Médico Gastroenterólogo. Clínica Santa María.

Dr. José Tomás González González, Médico Hematólogo. Hospital San Juan de Dios.

Dr. Juan Carlos Mariño Sánchez, Médico Oncólogo. Máster en Oncología Molecular en la Universidad del Rey Juan Carlos de Madrid y Máster en Senología de la Universidad de Barcelona. Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique. Médico Integrante Consejo Médico de Apelación Ley 21.309, Superintendencia de Pensiones. Socio fundador y Jefe Unidad Oncología Médica, Centro Oncoreumatológico Evolutivo.

Dr. Juan Pablo Miranda Olivares, Médico Oncólogo. Magíster en Bioestadística. Médico Jefe Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos, Hospital FACH. Médico Staff Oncología, Instituto Nacional del Cáncer. Médico Staff, Clínica Redsalud Vitacura.

Dra. Maite Oyonarte Weldt, Médico Broncopulmonar. Instituto Nacional del Tórax. Profesor Asistente Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dra. Marcela Figueroa Solís, Médico Neurólogo-Neurofisiólogo. Hospital Félix Bulnes Cerda. Médico Staff, Clínica Las Condes.

Dr. Marcelo José Rodríguez Pérez, Médico Neurólogo Neuromuscular. Hospital Clínico Metropolitano de La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dra. María Carolina Guerra Camus, Médico Hematólogo. Médico Staff Servicio de Hematología-Oncología, Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP). Coordinador Programa de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos del Adulto, Instituto Oncológico FALP.

Dra. María Cecilia Vidal de Bernardis, Médico Gastroenterólogo. Médico Asesor Comisiones Médicas, Superintendencia de Pensiones. Médico Integrante Consejo Médico Ley 21.309, Superintendencia de Pensiones.

Dra. María Guacolda Benavides Guerrero, Médico Broncopulmonar. Médico Jefe Unidad de Cesación Tabaquismo, Instituto Nacional del Tórax. Médico Staff, Clínica Universidad de Los Andes.

Dra. Mariana Sinning Opazo, Médico Neurólogo. Médico Jefe Unidad de Neurooncología, Clínica Alemana de Santiago.

Dra. Marilin Martínez Díaz, Médico Oncólogo. Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique.

Dra. Mary Ann Stevens Pinochet, Médico Oncólogo. Hospital del Salvador. Clínica Alemana, Santiago. Profesor Adjunto, Universidad de Chile.

Dr. Matías Sánchez del Villar, Médico Hematólogo. Clínica Alemana de Santiago.

Dr. Mauricio Césped Guzmán, Médico Broncopulmonar. Hospital San Borja Arriarán. Parte del Directorio de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER).

Dr. Mauricio Riquelme Oyarzún, Médico Broncopulmonar. Unidad de Respiratorio, Hospital Base Puerto Montt.

Dr. Miguel Alejandro Aguayo Castillo, Médico Broncopulmonar. Médico Jefe Servicio de Medicina Interna, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción. Profesor Asistente, Universidad de Concepción.

Dra. Mónica Romero Riquelme, Médico Hematólogo. Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Dra. Mónica María Zagolin Blancaire, Médico Broncopulmonar. Universidad de Chile. Instituto Nacional del Tórax. Clínica Santa María.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Dra. Natalia Aránguiz García, Médico Hematólogo. Médico Staff, Clínica Alemana de Santiago.

Dra. Olga Benavides Canales, Médico Neurólogo. Especialista en trastornos del movimiento, Hospital Clínico Metropolitano de La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza. Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP).

Dr. Pablo Andrés Venegas Francke, Médico Neurólogo. Unidad de Trastornos del Movimiento, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Dra. Pamela Turrillas Villagra, Médico Internista. Master en Cuidados Paliativos del King's College de Londres. Presidente Consejo Médico de Apelación Ley 21.309, Superintendencia de Pensiones. Investigador en enfermedades crónicas avanzadas y pronóstico. Médico Staff, Clínica Alemana de Santiago.

Dra. Rocío Osorio Paredes, Médico Hematólogo. Médico Jefe Unidad de Hematología y CR Laboratorio, Hospital Dr. Juan Noé Crevani, Arica.

Dr. Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo, MD, MSc, PhD. Médico Cirujano Digestivo, subespecialista en cirugía hepatopancreática, biliar y trasplante hepático. Médico Jefe Unidad Cirugía Hígado, Páncreas y Vías Biliares, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción. Colaborador Docente, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Dr. Rodrigo Zapata Larraín, Médico Hepatólogo. Médico Staff, Unidad de Gastroenterología, Clínica Alemana de Santiago. Profesor Titular de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo.

Dra. Rosa María Feijoo, Médico Inmunólogo Clínico. Instituto Nacional del Tórax. Profesor Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dra. Sofía Guerrero Bonnet, Médico Neurólogo. Hospital de Castro.

Dra. Valeska Vega Ruiz, Médico Hematólogo. CR Hemato-Oncología, Hospital San Juan de Dios.

Dr. Víctor Navia González, Médico Neurólogo. Médico Jefe Unidad de Neurología, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

Dr. Víctor Vera Ojeda, Médico Hematólogo-Oncólogo. Servicio de Hematología-Oncología y Cuidados Paliativo, Hospital Puerto Montt.

ANEXOS

A continuación, se exponen escalas, índices y otros instrumentos estandarizados utilizados en la presente Norma Técnica.

Anexo 1

NECPAL (2)

				Sí	No
Pregunta sorpresa (a/entre profesionales)		¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?			
1	**Demanda**	Demanda: ¿Ha habido alguna expresión de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa del paciente, familia o miembros del equipo?			
2	**Indicadores clínicos generales de progresión:**	Declive nutricional	Pérdida de peso mayor a 10%		
3	**- Los últimos 6 meses - No relacionado con proceso intercurrente reciente / reversible**	Declive funcional	Deterioro Barthel o Karnofsky mayor a 30%. Pérdida de 2 o más actividades básicas de la vida diaria (ABVDs).		
4	**Dependencia severa**	Barthel menor a 20 o Karnofsky menor a 50.	Datos clínicos por anamnesis.		
5	**Síndromes geriátricos**	Caídas Úlceras por presión Disfagia Delirium Infecciones a repetición	Datos clínicos anamnesis Dos o más síndromes geriátricos por más de 6 meses		
6	**Síntomas persistentes**	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	Dos o más síntomas persistentes o refractarios en el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS).		

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

7	**Multimorbilidad**	Cáncer, EPOC, ICC, Insuficiencia hepática, ERC, ACV, Demencia, Neurodegenerativo, SIDA, otras enfermedades avanzadas	Dos o más enfermedades		
8	**Uso de recursos**	Valoración de la demanda o intensidad de las intervenciones	Dos o más hospitalizaciones urgentes o no planificadas en los últimos 6 meses. Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones de enfermería, otros)		
9	**Indicadores específicos**	Severidad y/o progresión de la enfermedad	Al menos 1 enfermedad con indicador de severidad/progresión		

Clasificación:		
Pregunta sorpresa (PS)	PS + (No me sorprendería)	
	PS - (Me sorprendería)	
Parámetros NECPAL	NECPAL + (de 1+ a 9+)	
	NECPAL - (Ningún parámetro)	

¿Cómo interpretar el resultado?

El instrumento es positivo, es decir, su paciente necesita atención paliativa, si tiene la PS+ más al menos un parámetro de +1 a +9.

A continuación, se presenta un grupo de enfermedades por sistema. Si su paciente presenta indicadores de severidad/progresión (segunda columna) considere positivo el ítem 9, independiente que no cuente con todos los estudios que se mencionan.

Enfermedad oncológica **Sí/No**	Cáncer metastásico o locoregional avanzado. En progresión (en tumores sólidos). Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar de optimizar el tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica **Sí/No**	Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones. Confinado a domicilio con limitación marcha. Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEF menor a 30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CVF menor 40%/DLCO menor 40%). Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria. Necesidad corticoterapia continuada. Insuficiencia cardíaca sintomática asociada.
Enfermedad cardíaca crónica **Sí/No**	Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones. Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III o IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable. Ecocardiografía basal: FE menor 30% o HTAP severa (PAPs mayor 60). Insuficiencia renal asociada (VFG menor 30 l/min). Asociación con insuficiencia renal e hiponatremia persistente.
Demencia **Sí/No**	GDS mayor o igual de 6c. Progresión declive cognitivo, funcional y/o nutricional.
Fragilidad **Sí/No**	Puntaje mayor o igual a 3 en cuestionario FRAIL. Evaluación geriátrica integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011).
Enfermedad neurológica vascular (ACV) **Sí/No**	Durante la fase aguda y subaguda (menor de 3 meses post-ACV): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia mayor a 3 días. Durante la fase crónica (más de 3 meses post-ACV): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ACV).
Enfermedad neurológica degenerativa: Esclerosis lateral amiotrófica (ELA), Esclerosis múltiple (EM), Parkinson. **Sí/No**	Deterioro progresivo de la función física y/o cognitivas. Síntomas complejos y difíciles de controlar. Disfagia / trastorno del habla persistente. Dificultades crecientes de comunicación. Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Enfermedad hepática crónica **Sí/No**	Cirrosis avanzada estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na mayor de 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesas de optimizar tratamiento. Carcinoma hepatocelular en estadio C o D.
Enfermedad renal crónica **Sí/No**	Enfermedad renal crónica etapa V (VFG menor 15) es pacientes no candidatos o con rechazo a diálisis y/o trasplante. Finalización diálisis o fallo trasplante.

- Usar instrumentos validados de severidad y/o pronóstico en función experiencia y evidencia.
- En todos los casos, valorar también distrés emocional o impacto funcional severos en paciente (y/o impacto familia) como criterio de necesidades paliativas.
- En todos los casos, valorar dilemas éticos en toma decisiones.
- Valorar siempre combinación con multimorbilidad.

Anexo 2

ÍNDICE DE KATZ (70,71)

Medición cuantitativa estandarizada usada en la evaluación, tratamiento, pronóstico y cambio en la funcionalidad de personas mayores con enfermedades crónicas en un contexto de institucionalización. Evalúa nivel de dependencia de un paciente para las actividades de la vida diaria básicas.

	Ítem a evaluar	Puntaje
A.	**BAÑO/LAVADO**	
	I: Necesita ayuda solo para lavarse una parte del cuerpo o lo hace solo/a.	0
	D: Requiere ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo o entrar y salir de la bañera.	1
B.	**VESTIDO**	
	I: Se viste sin ayuda (incluye tomar cosas del armario). Excluye atado de zapatos.	0
	D: No se viste solo/a o lo hace de manera incompleta.	1
C.	**USO DEL RETRETE**	
	I: No necesita ayuda para entrar y salir del baño. Usa el retrete, se limpia y se viste adecuadamente. Puede usar orinal por la noche.	0
	D: Necesita ayuda para llegar al retrete y utilizarlo adecuadamente. Incluye uso del orinal.	1
D.	**MOVILIZACIÓN**	
	I: No requiere ayuda para sentarse o levantarse (de silla y cama). Puede usar AT.	0
	D: Requiere ayuda para una u otra acción.	1
E.	**CONTINENCIA**	
	I: Control completo de la micción y defecación.	0
	D: Incontinencia total o parcial. Requiere supervisión, enemas o sonda.	1
F.	**ALIMENTACIÓN**	
	I: Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda.	0
	D: Requiere ayuda. Incluye no comer y alimentación parenteral o sonda.	1
	TOTAL	

El Índice de Katz se puede puntuar de dos formas: considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza, o considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, D, E, F o G de independencia.

Nivel de dependencia según grados

- A ▭ Independiente en todas las funciones.
- B ▭ Independiente en todas, salvo en una de ellas.
- C ▭ Independiente en todas, salvo en baño/lavado y una más.
- D ▭ Independiente en todas, salvo en baño/lavado, vestido y otra más.
- E ▭ Independiente en todas, salvo en baño/lavado, vestido, uso del retrete y otra más.
- F ▭ Independiente en todas, salvo en baño/lavado, vestido, uso del retrete, movilización y otra más.
- G ▭ dependiente en las 6 funciones.
- Otras: Dependiente al menos en dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Nivel de dependencia según puntaje

- 0 - 1 punto ␣ Ausencia de discapacidad o discapacidad leve.
- 2 - 3 puntos ␣ Discapacidad moderada
- 4 - 6 puntos ␣ Discapacidad severa

Anexo 3

ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY (IK O KPS) (72)

Escala de valoración funcional de pacientes con cáncer. Evalúa diferentes dimensiones de un individuo, como nivel de actividad, capacidad de trabajo, nivel de cuidados requeridos, gravedad y progresión de la enfermedad y necesidad de hospitalización.

100	Normal, no quejas referidas, no evidencia de enfermedad.
90	Capaz de desarrollar actividades normales, signos y síntomas leves de enfermedad.
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, es incapaz de desarrollar actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere asistencia ocasional, es capaz de atender la mayoría de sus necesidades.
50	Requiere asistencia considerable y frecuente cuidado médico.
40	Discapacitado, requiere asistencia y cuidados especiales.
30	Severamente discapacitado, hospitalización es indicada, aunque la muerte no es inminente.
20	Muy enfermo, hospitalización y tratamiento de soporte activo son necesarios.
10	Moribundo, proceso fatal rápidamente en progresión.
0	Fallecido

Anexo 4

ESCALA FUNCIONAL DEL EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP (ECOG-OMS) (72)

Escala utilizada para medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días.

0	El paciente se encuentra totalmente activo y es capaz de realizar su trabajo y actividades normales de la vida diaria.
1	Restringido en actividades físicas extenuantes, pero es ambulatorio y realiza tareas cotidianas y trabajos ligeros de manera normal.
2	Paciente ambulatorio y capaz de ejecutar actividades de autocuidado, pero no actividades laborales. Fuera de la cama más del 50% del día.
3	Sólo realiza algunas actividades de cuidado, pero muy limitado. Confinado a su cama o silla más del 50% del día.
4	Completamente discapacitado, No puede realizar actividades de autocuidado. Totalmente confinado a cama o silla.
5	Fallecido

Anexo 5

PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS (PPS) (73)

Escala de medición de la capacidad funcional específicamente diseñada para pacientes incluidos en programas de cuidados paliativos. Es un instrumento que permite medir o valorar el declinar progresivo de los pacientes paliativos, al detectar de forma adecuada la transición hacia la muerte, graduando la condición general del paciente en 11 categorías descendentes desde 100% (situación de normalidad o salud) hasta 0% (muerte). Es una modificación de la escala de Karnofsky (KPS).

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

PPS Nivel	Deambulación	Actividad/evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100%	Normal	Normal Sin evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Alerta
90%	Normal	Normal Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Alerta
80%	Normal	Normal con esfuerzo Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Alerta
70%	Reducida	Imposible trabajar Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Alerta
60%	Reducida	Incapaz para hobby/trabajos domésticos. Enfermedad significativa	Asistencia ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusión mental
50%	Sillón/cama	Incapaz para cualquier trabajo Enfermedad extensa	Asistencia considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión mental
40%	Fundamentalmente en cama	Ídem	Fundamentalmente asistido	Normal o reducida	Normal Somnolencia Confusión mental
30%	Encamado 100%	Ídem	Completamente dependiente	Reducida	Normal/ Somnolencia / Confusión mental
20%	Ídem	Ídem	Completamente dependiente	Sorbos	Normal/ Somnolencia / Confusión mental
10%	Ídem	Ídem	Completamente dependiente	Solo cuidados de boca	Somnolencia / Comatoso Confusión mental
0	Muerto	---	---	---	---

Anexo 6

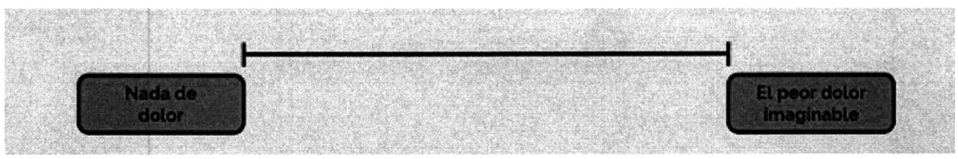
ESCALA DE DISNEA mMRC (74)

Magnitud de la disnea	Descripción
mMRC 0	Disnea sólo con ejercicios extenuantes.
mMRC 1	Disnea cuando camina rápido en plano o cuando sube una pendiente.
mMRC 2	Debido a la disnea, camina más despacio en plano que sujetos de su edad.
mMRC 3	Debido a la disnea se detiene a descansar al caminar en plano unos 100 metros o después de caminar algunos minutos.
mMRC 4	Debido a la disnea no puede salir de la casa o bien requiere ayuda para vestirse o desvestirse.

Anexo 7

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) (75)

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Será leve hasta 4 cm, Moderada de 5-7cm y severa si es mayor de 7cm.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

Anexo 8

ÍNDICE DE CHARLSON (76)

Índice que define diversas condiciones clínicas que predicen la mortalidad al año, consta de 19 comorbilidades predefinidas a las que se asigna un valor.

Comorbilidad	Presente	Puntos
Infarto de miocardio		1
Insuficiencia cardiaca congestiva		1
Enfermedad vascular periférica		1
Enfermedad cerebrovascular		1
Demencia		1
Enfermedad pulmonar crónica		1
Enfermedad del tejido conectivo		1
Úlcera péptica		1
Afección hepática benigna		1
Diabetes		1
Hemiplejía		2
Insuficiencia renal moderada o severa		2
Diabetes con afección orgánica		2
Cáncer		2
Leucemia		2
Linfoma		2
Enfermedad hepática moderada o severa		3
Metástasis		6
SIDA		6

Anexo 9

ÍNDICE DE BARTHEL (70,71)

	Ítem a evaluar	Puntaje
A.	**ALIMENTACIÓN**	
	Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).	10
	Necesita ayuda (cortar carne u otro).	5
	Necesita ser alimentado/a.	0
B.	**BAÑO**	
	Es capaz de lavarse entero/a solo/a, incluyendo entrar y salir de la tina/ducha.	5
	Necesita ayuda de cualquier tipo.	0
C.	**VESTIDO**	
	Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos, desabrocha sostén, etc.	10
	Necesita ayuda, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.	5
	Necesita mucha ayuda.	0
D.	**ASEO**	
	Se lava la cara y las manos, se peina, afeita, lava los dientes, maquilla, etc.	5
	Necesita algún tipo de ayuda.	0
E.	**USO DE RETRETE**	
	Entra y sale del baño, puede utilizar el WC solo/a, se sienta, se limpia, se baja y sube la ropa. Puede utilizar ayudas técnicas.	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo/a.	5
	Es incapaz de manejarse en el WC sin asistencia.	0
F.	**DEPOSICIONES**	
	Continente: usa solo supositorio o enema en caso de necesitarlo.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para la administración de supositorios o enemas.	5
	Incontinente o necesita que le suministren el enema.	0
G.	**MICCIÓN**	
	Continencia normal o es capaz de cuidar de la sonda si tiene una puesta.	10
	Un episodio como máximo de incontinencia en 24 hrs o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	Incontinente	0

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

H.	TRASLADARSE	
	Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	Requiere mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	Necesita ayuda (una o dos personas) pero es capaz de mantenerse sentado/a solo/a.	5
	Dependiente	0
	DEAMBULAR	
	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda 50 metros. Capaz de girar en esquinas.	5
	Dependiente	0
	SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
	Independiente, sube y baja solo/a. Puede usar baranda o bastones.	10
	Necesita ayuda física o supervisión.	5
	Dependiente	0
	TOTAL	

Nivel de dependencia:

- 100* ⎵ Independiente
- Mayor a 60 ⎵ Dependencia leve
- Entre 40 y 55 ⎵ Dependencia moderada
- Entre 20 y 35 ⎵ Dependencia severa
- Menor a 20 ⎵ Dependencia total

* Puntuación máx. en silla de ruedas: 90

Anexo 10

ESCALA VISUAL DE FRAGILIDAD (EVF) (adaptada de CFS por la Dra. Trigal Mora) (77)

Anexo 11



***ABVD: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**
AIVD: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) (78)

	Primera Parte		
	A. Preguntar al/la cuidador/a más cercano/a (familiar y/o enfermería):		
1.	"¿Ha observado algún cambio en el comportamiento del/la usuario/a los últimos días?" *(valorar cambios conductuales y/o mentales)*	**Sí**	**No**
2.	"¿Estos cambios varían a lo largo del día?" *(valorar fluctuaciones en el curso del día)*	**Sí**	**No**
	B. Preguntar al/la usuario/a:		
1.	"Díganos cuál es la razón por la que está ingresado/a aquí. "¿Cómo se encuentra actualmente?" *Dejar que el/la usuario/a hable durante un minuto* *¿El/la usuario/a es incapaz de seguir el curso de la conversación y de dar explicaciones claras y lógicas?*	**Sí**	**No**
2.	"Dígame: el día, la fecha, el mes, la estación del año y el año en que estamos ahora ". *¿Hay más de una respuesta errónea?*	**Sí**	**No**
3.	"Dígame el hospital/lugar, el piso/servicio, la ciudad, la región y el país ". *¿Hay más de una respuesta errónea?*	**Sí**	**No**
4.	"Repita estos números: **5-9-2**, ahora repítalos a la inversa." *¿La respuesta es errónea?*	**Sí**	**No**

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

	Segunda Parte (el clínico responde en base a lo observado para determinar la presencia o ausencia de delirium)			
1.	¿El/la usuario/a presenta un cambio en el estado mental basal de **inicio agudo y curso fluctuante** a lo largo del día? *Responder basándose en Ítem A.1 y A.2.*		**Sí**	**No**
2.	¿El/la usuario/a presenta **dificultad para mantener la atención** y se distrae fácilmente? *Responder basándose en Ítem B.1 y B.4.*		**Sí**	**No**
3.	¿El/la usuario/a presenta un **pensamiento desorganizado**? ***Asignar SI**, en caso de observar dificultad en organizar los pensamientos en: frecuentes cambios de tema, comentarios irrelevantes, interrupciones o desconexiones del discurso, pérdida de la lógica del discurso (discurso confuso y/o delirante).* *Responder basándose en Ítem B.1.*		**Sí**	**No**
4.	¿El/la usuaria/o presenta alteración del **nivel de conciencia**? *Alteración de conciencia: cualquier alteración de la capacidad de reaccionar apropiadamente a los estímulos.* Vigil *(conciencia normal)* Hiperalerta *(vigilante, hiperreactivo)* Somnoliento *(se duerme con facilidad)* Estupor *(responde a estímulos verbales)* Coma *(responde a estímulos dolorosos)* *Responder basándose en Ítem B.1, B.2 y B.3.*		**Sí**	**No**
	El instrumento será positivo para delirium si en la segunda parte son positivos los dos primeros ítems y el tercero y/o el cuarto.	**DELIRIUM**	**SÍ**	**No**

Anexo 12

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST) (79)

Estadio	GDS	FAST	Grado clínico Alzheimer
1	Sin pérdida alguna.	Sin pérdida alguna.	**Normalidad**
2	Alteración cognitiva subjetiva. Quejas de memoria o de otras funciones cognitivas.	Déficit subjetivo en evocación de palabras o localización de objetos.	**Deterioro cognitivo subjetivo**
3	Déficits de memoria o cognitivos sutiles, observables por terceros.	Déficits percibidos en contextos demandantes como el trabajo.	**Deterioro cognitivo leve**
4	Déficits claros en el examen clínico. Deterioro cognitivo moderado.	Asistencia en tareas complejas, como gestión de finanzas o planificación de comidas para una celebración.	**Demencia leve**
5	Deterioro cognitivo moderadamente grave. Dificultad en el recuerdo de detalles personales importantes.	Asistencia en la elección apropiada de la ropa.	**Demencia moderada**
6	Gran incapacidad para verbalizar episodios recientes de su vida. Puede olvidar el nombre del cónyuge. Frecuentes alteraciones conductuales. Deterioro cognitivo grave.	**FAST 6a:** Asistencia para vestirse. **FAST 6b:** Asistencia para ducharse. **FAST 6c:** Asistencia para el uso adecuado del WC (tirar de la cadena, limpiarse, etc). **FAST 6d:** Incontinencia urinaria **FAST 6e:** Incontinencia fecal	**Demencia moderadamente grave**
7	Pocas palabras inteligibles o incompetencia verbal. Deterioro cognitivo y motor muy grave.	**FAST 7a:** Habla limitada a una media docena de palabras	**Demencia grave**

Anexo 13

MELDNA (80)

MELD Score	MELDNa Score					Total
	<10	10–19	20–29	30–39	40	
	no. of patients					
<10	5	4	–	–	–	9
10–19	–	54	67	–	–	121

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

20–29	–	–	122	43	–	165
30–39	–	–	–	116	–	116
40	–	–	–	–	66	66
Total	5	58	189	159	66	**477**

Anexo 14

CLASIFICACIÓN MODIFICADA CHILD-PUGH (81)

Puntaje	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Encefalopatía	No	Grado 1 a 2	Grado 3 a 4
Albúmina (mg/dl)	>3,5	2,8- 3,5	<2,8
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2-3	>3
T. de protrombina (%) INR	>50 <1,7	30-50 1,8-2,3	<30 >2,3

Clase	Puntaje	Sobrevida 1 año (%)	Sobrevida 2 años (%)
A	5-6	100	85
B	7-9	80	60
C	10-15	45	35

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa NECPAL. Instituto Catalán de Oncología. [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programa_necpal
2. Troncoso J, Morales-Meyer T, Villarroel L, Turrillas P, Rodríguez-Nuñez A. Adaptación y validación en Chile del instrumento de identificación de pacientes con necesidad de atención paliativa: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1©. Aten Primaria [Internet]. 2021 [citado el 10 de junio de 2022];53(4):101994. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101994
3. Gómez-Batiste X, Martínez-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 Support Palliat Care [Internet]. 2013 [citado el 5 de julio de 2022];3(3):300–8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24644748/
4. Gómez-Batiste X, Turrillas P, Tebé C, Calsina-Berna A, Amblàs-Novellas J. NECPAL Tool Prognostication in Advanced Chronic Illness: A Rapid Review and Expert Consensus. BMJ Support Palliat Care [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2022];12(e1):e10–20. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32241958/
5. Lau F, Cloutier-Fisher D, Kuziemsky C, Black F, Downing M, Borycki E, et al. A Systematic Review of Prognostic Tools for Estimating Survival Time in Palliative Care. J Palliat Care [Internet]. 2007 [citado el 3 de julio de 2022];23(2):93–112. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17853845/
6. Simmons CPL, McMillan DC, McWilliams K, Sande TA, Fearon KC, Tuck S, et al. Prognostic tools in patients with advanced cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2017 [citado el 3 de julio de 2022];53(5):962-970.e10. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062344/

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

7. Defunciones Semanales 1.1 Departamento de Estadísticas e Información de Salud [Internet]. Minsal.cl. [citado el 5 de julio de 2022]. Disponible en: https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/DefuncionesSemanales1_1_16102396688650/DEF?publish=yes
8. Salpeter SR, Malter DS, Luo EJ, Lin AY, Stuart B. Systematic review of cancer presentations with a median survival of six months or less. J Palliat Med [Internet]. 2012 [citado el 10 de julio de 2022];15(2):175–85. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22023378/
9. Chu C, White N, Stone P. Prognostication in palliative care. Clin Med [Internet]. 2019 [citado el 10 de julio de 2022];19(4):306–10. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-306
10. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, et al. Prognostic Factors in Advanced Cancer Patients: Evidence-Based Clinical Recommendations-A Study by the steering committee of the European Association for palliative care. J Clin Oncol [Internet]. 2005 [citado el 10 de julio de 2022];23(25):6240–8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16135490/
11. Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The measurement of multiple chronic diseases--a systematic review on existing multimorbidity indices. J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]. 2011 [citado el 10 julio de 2022];66(3):301–11. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21112963/
12. Kramer A, Boenink R, Noordzij M, Bosdriesz JR, Stel VS, Beltrán P, et al. The ERA-EDTA registry annual report 2017: a summary. Clin Kidney J [Internet]. 2020 [citado el 10 de julio de 2022];13(4):693-709. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32897277/
13. Santaeugènia SJ, Contel JC, Vela E, Cleries M, Amil P, Melendo-Azuela EM, et al. Characteristics and Service Utilization by Complex Chronic and Advanced Chronic Patients in Catalonia: A Retrospective Seven-Year Cohort-Based Study of an Implemented Chronic Care Program. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado el 15 de julio de 2022];18(18):9473. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34574394/
14. Button E, Chan RJ, Chambers S, Butler J, Yates P. A Systematic review of prognostic factors at the end of life for people with a hematological malignancy. Cancer BMC [Internet]. 2017 [citado el 15 de julio de 2022];17(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12885-017-3207-7
15. Ministerio de Salud, Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Guía Clínica de Insuficiencia Cardíaca. Guías Clínicas MINSAL Chile. 2015;1-96.
16. Crespo-Leiro MG, Metra M, Lund LH, Milicic D, Costanzo MR, Filippatos G, et al. Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology: Advanced heart failure: HFA position statement. Eur J Heart Fail [Internet]. 2018 [citado el 15 de julio de 2022];20(11):1505-35. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29806100/
17. Ament SM, Couwenberg IM, Boyne JJ, Kleijnen J, Stoffers HE, van den Beuken MH, et al. Tools to help healthcare professionals recognize palliative care needs in patients with advanced heart failure: A systematic review. Palliat Med [Internet]. 2021 [citado el 20 de julio de 2022];35(1):45-58. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33054670/
18. Sin DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agusti AG. Mortality in COPD: Role of comorbidities. Eur Respir J [Internet]. 2006 [citado el 20 de julio de 2022];28(6):1245-57. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17138679/
19. Cordovilla R, Bollo de Miguel E, Nuñez Ares A, Cosano Povedano FJ, Herráez Ortega I, Jiménez Merchán R. Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis. Arch Bronconeumol [Internet]. 2016 [citado el 20 de julio de 2022];52(7):368-77. Disponible en: https://www.archbronconeumol.org/es-diagnostico-tratamiento-hemoptisis-articulo-resumen-S0300289616000090

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

20. Estudio del Paciente con Enfermedad del Aparato Respiratorio [Internet]. Mhmedical.com. [citado el 2 de agosto de 2022]. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461&sectionid=197388510
21. Herrera S, Gabrielli L, Paredes A, Saavedra R, Ocaranza MP, Sepúlveda P, et al. Survival of patients with pulmonary arterial hypertension after the advent of specific pulmonary vasodilator therapies. Rev Med Chil [Internet]. 2016 [citado el 2 de agosto de 2022];144(7):829-36. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000700002
22. Cardoso J, Coelho R, Rocha C, Coelho C, Semedo L, Bugalho Almeida A. Prediction of severe exacerbations and mortality in COPD: the role of exacerbation history and inspiratory capacity/total lung capacity ratio. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis [Internet]. 2018 [citado el 2 de agosto de 2022];13:1105-13. Disponible en: https://www.dovepress.com/prediction-of-severe-exacerbations-and-mortality-in-copd-the-role-of-e-peer-reviewed-fulltext-article-COPD
23. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med [Internet]. 2004 [citado el 2 de agosto de 2022];350(10):1005-12. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14999112/
24. Parada MT, Sepúlveda C. Indicaciones de trasplante pulmonar según patología de base [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 2 de agosto de 2022]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v31n4/art05.pdf
25. Bloom CI, Ricciardi F, Smeeth L, Stone P, Quint JK. Predicting COPD 1-year mortality using prognostic predictors routinely measured in primary care. BMC Med [Internet]. 2019 [citado el 16 de agosto de 2022];17(1):73. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12916-019-1310-0
26. Bellou V, Belbasis L, Konstantinidis AK, Tzoulaki I, Evangelou E. Prognostic models for outcome prediction in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and critical appraisal. BMJ [Internet]. 2019 [citado el 16 de agosto de 2022];367:l5358. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31585960/
27. Fukuda CY, Soares MR, de Castro Pereira CA. A score without diffusion capacity of the lung for carbon monoxide for estimating survival in idiopathic pulmonary fibrosis. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2020 [citado el 16 de agosto de 2022];99(25):e20739. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000020739
28. Kreuter M, Ehlers-Tenenbaum S, Palmowski K, Bruhwyler J, Oltmanns U, Muley T, et al. Impact of comorbidities on mortality in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. PLoS One [Internet]. 2016 [citado el 16 de agosto de 2022];11(3):e0151425. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27023440/
29. Chandel A, Pastre J, Valery S, King CS, Nathan SD. Derivation and validation of a simple multidimensional index incorporating exercise capacity parameters for survival prediction in idiopathic pulmonary fibrosis. Thorax [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2022];thoraxjnl-2021-218440. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35332096/
30. Alhamad EH, Cal JG, Alrajhi NN, Aharbi WM, AlRikabi AC, AlBoukai AA. Clinical characteristics, comorbidities, and outcomes in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. Ann Thorac Med [Internet]. 2020 [citado el 16 de agosto de 2022];15(4):208-14. Disponible en: https://www.thoracicmedicine.org/article.asp?issn=1817-1737;year=2020;volume=15;issue=4;spage=208;epage=214;aulast=Alhamad

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

31. Arenas Massa A, Slachevsky Chonchol A. Decision making and consents given by demented patients. Are they valid? Rev Med Chil [Internet]. 2017 [citado el 22 de mayo de 2021];145(10):1312–8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017001001312
32. Gagne JJ, Glynn RJ, Avorn J, Levin R, Schneeweiss S. A combined comorbidity score predicted mortality in elderly patients better than existing scores. J Clin Epidemiol [Internet]. 2011 [citado el 15 de mayo de 2021];64(7):749-59. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21208778/
33. Flacker JM, Kiely DK. Mortality-related factors and 1-year survival in nursing home residents. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2003 [citado el 15 de mayo de 2021];51(2):213-21. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12558718/
34. Tsoi KKF, Chan JYC, Hirai HW, Wong SYS, Kwok TCY. Cognitive tests to detect dementia: A systematic review and meta-analysis: A systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med [Internet]. 2015 [citado el 15 de mayo de 2021];175(9):1450-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26052687/
35. Peschard-Sáenz E, Gutiérrez-Robledo LM, Vázquez-Valdez OE, García-Mayo EJ, González-Flores E, Brito-Carrera AM, Rosas-Carrasco O. Evaluación de la Comorbilidad en el Adulto Mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011;49(2):153-62.
36. Robert B S, Reculé JI, Prato JA. Assessment of patients' capacity to give a valid consent. Rev Med Chil [Internet]. 2016 [citado el 15 de mayo de 2021];144(10):1336-42. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001000014
37. Mitchell SL, Miller SC, Teno JM, Kiely DK, Davis RB, Shaffer ML. Prediction of 6-month survival of nursing home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. JAMA [Internet]. 2010 [citado el 15 de mayo de 2021];304(17):1929–35. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21045099/
38. Atienza-Martín FJ, Garrido-Lozano M, Losada-Ruiz C, Rodríguez-Fernández LM, Revuelta-Pérez F, Marín-Andrés G. Evaluación de la capacidad de toma de decisiones sobre su salud en pacientes ancianos. Semer Med Fam. 2013;39:291-7.
39. Liljehult J, Christensen T, Christensen KB. Early prediction of one-year mortality in ischemic and haemorrhagic stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis [Internet]. 2020 [citado el 20 de agosto de 2022];29(4):104667. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32044222/
40. Al-Hassani A, Strandvik GF, El-Menyar A, Dhumale AR, Asim M, Ajaj A, et al. Functional outcomes in moderate-to-severe traumatic brain injury survivors. J Emerg Trauma Shock [Internet]. 2018 [citado el 20 de agosto de 2022];11(3):197–204. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30429628/
41. Witsch J, Siegerink B, Nolte CH, Sprügel M, Steiner T, Endres M, et al. Prognostication after intracerebral hemorrhage: a review. Neurol Res Pract [Internet]. 2021 [citado el 20 de agosto de 2022];3(1):22. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33934715/
42. Fahey M, Crayton E, Wolfe C, Douiri A. Clinical prediction models for mortality and functional outcome following ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2018 [citado el 10 de agosto de 2022];13(1):e0185402. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29377923/
43. Aked J, Delavaran H, Lindgren AG. Survival, causes of death and recurrence up to 3 years after stroke: A population-based study. Eur J Neurol [Internet]. 2021 [citado el 10 de agosto de 2022];28(12):4060-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34327786/

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

44. Brønnum-Hansen H, Davidsen M, Thorvaldsen P, Danish MONICA Study Group. Long-term survival and causes of death after stroke. Stroke [Internet]. 2001 [citado el 10 de agosto de 2022];32(9):2131-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11546907/
45. Lavados PM, Hoffmeister L, Moraga AM, Vejar A, Vidal C, Gajardo C, et al. Incidence, risk factors, prognosis, and health-related quality of life after stroke in a low-resource community in Chile (ÑANDU): a prospective population-based study. Lancet Glob Health [Internet]. 2021;9(3):e340–51. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20304708
46. Legua-Koc S, Castillo-Torres P, León-Mantero A, Alvarado-Pastenes M, Godoy-Reyes G, Sáez-Méndez D, et al. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: experiencia de 5 años en un hospital terciario de Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2021 [citado el 15 de agosto de 2022];149(9):1285-91. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872021000901285&script=sci_arttext
47. Adang L, Berger J. Progressive multifocal leukoencephalopathy. F1000Res [Internet]. 2015 [citado el 25 de agosto de 2022];4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26918152/
48. Westeneng HJ, Debray TPA, Visser AE, van Eijk RPA, Rooney JPK, Calvo A et al. Prognosis for Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis: Development and Validation of a Personalised Prediction Model. Lancet Neurol. 2018;17(5): 423-33.
49. Haaksma ML, Eriksdotter M, Rizzuto D, Leoutsakos J-MS, Olde Rikkert MGM, Melis RJF, et al. Survival time tool to guide care planning in people with dementia. Neurology [Internet]. 2020 [citado el 3 de mayo de 2021];94(5):e538-48. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31843808/
50. Guía Clínica de Trasplante Hepático de la Sociedad Chilena de Trasplante. Capítulo 1: Introducción y Objetivos de la Guía Clínica [Internet]. Gastroenterología Latinoamericana. 2010 [citado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: https://gastrolat.org/guia-clinica-de-trasplante-hepatico-de-la-sociedad-chilena-de-trasplante-capitulo-1-introduccion-y-objetivos-de-la-guia-clinica/
51. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. J Hepatol [Internet]. 2006 [citado el 25 de agosto de 2022];44(1):217-31. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16298014/
52. Nazal L. Cirrosis descompensada. Gastroenterología y Hepatología. Hospital FACH-Cl. LC.2015.
53. Albillos Martínez A. Supervivencia de pacientes con cirrosis tras la primera hemorragia aguda por varices esofágicas. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2009 [citado el 25 de agosto de 2022];101(4):231-5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000400001
54. Dr. Jarre. Ascitis y Complicaciones. Servicio de Hepatología. Institut de Malatie. Hospital Universitario. Barcelona.
55. Zagolín B M, Medel F JN, Valera M J. Síndrome hepatopulmonar e hipertensión portopulmonar: Dos entidades a diferenciar. Rev chil enferm respir [Internet]. 2008 [citado el 25 de agosto de 2022];24(4):291-303. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000400004
56. Malinchoc M, Kamath PS, Gordon FD, Peine CJ, Rank J, ter Borg PC. A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts. Hepatology [Internet]. 2000 [citado el 25 de agosto de 2022];31(4):864-71. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10733541/

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

57. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology [Internet]. 2001 [citado el 20 de agosto 2022];33(2):464-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11172350/
58. Xiol X, Gines P, Castells L, Twose J, Ribalta A, Fuentes-Arderiu X et al. Clinically relevant differences in the model for end-stage liver disease and model for end-stage liver disease-sodium scores determined at three university-based laboratories of the same area. Liver Transpl. 2009;15:300-5.
59. Sanhueza E, Contreras J, Zapata R, Sanhueza M, Elgueta F, López C, et al. Comparative evaluation of survival prognosis using MELD or Child-Pugh scores in patients with liver cirrhosis in Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2017 [citado el 20 de agosto de 2022];145(1):17-24. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100003
60. Prevención Secundaria de la Enfermedad Renal Crónica. Guía Pract Clin. GES 2017 1-54.
61. Couchoud CG, Beuscart J-BR, Aldigier J-C, Brunet PJ, Moranne OP, REIN registry. Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease. Kidney Int [Internet]. 2015 [citado el 10 de junio de 2021];88(5):1178-86. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26331408/
62. Cheung KL, Montez-Rath ME, Chertow GM, Winkelmayer WC, Periyakoil VS, Kurella Tamura M. Prognostic stratification in older adults commencing dialysis. J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]. 2014 [citado el 10 de junio de 2021];69(8):1033-9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24482541/
63. Guía de Práctica Clínica Tratamiento Conservador No Dialítico de la Enfermedad Renal Crónica. 2018.
64. Cohen LM, Ruthazer R, Moss AH, Germain MJ. Predicting six-month mortality for patients who are on maintenance hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2010 [citado el 10 de junio de 2021];5(1):72-9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19965531/
65. Wick JP, Turin TC, Faris PD, MacRae JM, Weaver RG, Tonelli M, et al. A clinical risk prediction tool for 6-month mortality after dialysis initiation among older adults. Am J Kidney Dis [Internet]. 2017 [citado el 10 de junio de 2021];69(5):568-75. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27856091/
66. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO© tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. Palliat Med [Internet]. 2017 [citado el 15 de julio de 2022];31(8):754-63. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27815556/
67. Calsina-Berna A, Martinez-Muñoz M, Bardés Robles I, Beas Alba E, Madariaga Sánchez R, Gómez Batiste Alentorn X. Intrahospital mortality and survival of patients with advanced chronic illnesses in a tertiary hospital identified with the NECPAL CCOMS-ICO© tool. J Palliat Med [Internet]. 2018 [citado el 3 de noviembre de 2022];21(5):665-73. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29649401/
68. Turrillas P, Peñafiel J, Tebé C, Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X. NECPAL Prognostic Tool: A Palliative Medicine Retrospective Cohort Study. BMJ Support Palliat Care. 2021;16:bmjspcare-2020-002567.
69. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L. Escalas de Valoración Funcional en Ancianos. Galicia Clin. 2011;72:11-6.
70. Silveira LTY da, Silva JM da, Soler JMP, Sun CYL, Tanaka C, Fu C. Assessing functional status after intensive care unit stay: the Barthel Index and the Katz Index. Int J Qual Health Care [Internet]. 2018 [citado el 15 de mayo de 2021];30(4):265-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29385454/

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

71. Cadena Sanabria MO, López Ramírez JH, Insuasty Enriquez JS, Santacruz Escudero JG, Becerra H. Importancia de la Valoración Geriátrica Integral en el manejo de pacientes con cáncer. Medicas UIS [Internet]. 2012 [citado el 15 de mayo de 2021];25(2):121-128. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192012000200004&lng=en. 2012;25(2):121-8.
72. Vila Arias JM, Pereira Santelesforo S, López Álvarez E, Méndez Muñoz M, Guzmán Gutiérrez J, Sanmartín Moreira J. Utilidad del Palliative Performance Scale v2 para la estimación de supervivencia en enfermos con cáncer avanzado. Med Paliativa [Internet]. 2012 [citado el 22 de agosto de 2022];19(4):133-8. Disponible en: https://medes.com/publication/77578
73. Parada A, Klaassen J, Lisboa C, Saldías F, Mendoza L, Díaz O. Reducción de la actividad física en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Med Chil [Internet]. 2011 [citado el 2 de agosto de 2022];139(12):1562–72. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200005
74. Escalas de evaluación del dolor. InnovaHonco Hospital Universitario de Fuenabrada
75. Gil-Bona J, Sabaté A, Miguelena Bovadilla JM, Adroer R, Koo M, Jaurrieta E. Valor de los índices de Charlson y la escalada de riesgo quirúrgico en el análisis de la mortalidad operatoria. Cir Esp [Internet]. 2010 [citado el 10 de julio de 2022];88(3):174–9. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-valor-indices-charlson-escala-riesgo-S0009739X10002897
76. López A, Carrasco T, Romero C, Acuña D, Sánchez J, Yumha J et al. Recomendaciones para el Manejo de Personas Mayores en Unidades de Paciente Crítico Durante Pandemia COVID-19: Consenso entre SOCHIMI y SGGCH. Rev Chil Med Int [Internet]. 2022 [citado el 10 de julio de 2022] 37(1). Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/revista/articulo.php?id=26
77. Inouye SK. Clarifying Confusion The Confusion Assessment Method A New Method for Detection of delirium. Ann Intern Med [Internet]. 2015 [citado el 12 de julio de 2022];113(12):941. Disponible en: https://www.academia.edu/16999308/Clarifying_Confusion_The_Confusion_Assessment_Method_A_New_Method_for_Detection_of_Delirium
78. Formiga F, Robles MJ, Fort I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificacion de demencia terminal. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2009 [citado el 12 de julio de 2022];44 Suplemento 2:2–8. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X09002145
79. Kim WR, Biggins SW, Kremers WK, Wiesner RH, Kamath PS, Benson JT, et al. Hyponatremia and mortality among patients on the liver-transplant waiting list. N Engl J Med [Internet]. 2008 [citado el 2 de agosto de 2022];359(10):1018–26. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18768945/
80. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C (VHC). Inst Salud Publ 2019;1-110

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl