ARTÍCULO ORIGINAL
Rev Méd Urug 2021; 37(1): e37105
doi: 10.29193/RMU.37.1.4

Valoración de disparadores de consulta para optimizar la oportunidad de acceso a los cuidados paliativos en la UCI

Assessment of consultation triggers to optimize the opportunity to access palliative care in the ICU

Avaliação dos critérios de elegibilidade para otimizar a oportunidade de acesso aos cuidados paliativos na UTI

Dres. Eduardo Moreira[1], Laura Lamas[2], Gabriela Píriz Álvarez[3], Marcelo Barbato[4], Gastón Burghi[5]

Resumen

Introducción: los cuidados paliativos (CP) son un marcador de calidad de asistencia en terapia intensiva; sin embargo, han sido poco evaluados en Uruguay. La detección proactiva de pacientes mediante disparadores de consultas es una estrategia que podría optimizar el acceso a los CP.

Objetivos: determinar la prevalencia y las características de los disparadores de consulta de CP en pacientes críticos. Analizar la utilización de recursos en estos pacientes.

Material y método: estudio de cohorte, retrospectivo, que incluyó pacientes ingresados a unidad de cuidados intensivos (UCI) entre marzo de 2016 y febrero de 2019. Los disparadores analizados fueron: a) presencia de tumor con metástasis; b) estadía en UCI 50% por encima de la media (14 días); c) ≥75 años con disfunción orgánica múltiple, y d) ≥80 años con dos o más comorbilidades graves.

Resultados: se analizaron 2.850 pacientes. El 26% (734) presentó al menos un disparador de consulta con CP. El más prevalente: estadía en UCI 50% por encima de la media (18%). Estos pacientes presentaron mayor edad: 61 (43-75) vs 54 (36-65) años (p < 0,001) y mayor gravedad, SAPSIII de 60 (48-74) vs 47 (35-61) puntos (p<0,001). Requirieron más asistencia respiratoria mecánica (ARM) 87% vs 55% (p <0,001), vasopresores 48% vs 24% (p< 0,001) y hemodiálisis 8% vs 4% (p<0,001). Presentaron mayor estadía 18 (9-27) vs 4 (2-8) días, (p<0,001) y tiempo en ARM 14 (7-23) vs 3 (1- 6) días (p<0,001).

Conclusiones: la cuarta parte de los pacientes en UCI activaron al menos un criterio de CP, presentaron mayor gravedad y utilizaron más sostén de soporte vital.

Palabras clave: Cuidados críticos
Cuidados paliativos
Disparadores de consulta

Key words: Critical care
Palliative care
Query trigger valuation

1. Médico intensivista, Servicio Extendido de Medicina Intensiva. UCI del Hospital Maciel, ASSE Montevideo, Uruguay.
2. Médico internista, especialista en Medicina Paliativa, Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Maciel, ASSE Montevideo, Uruguay.
3. Médico internista. Prof. Adj. Medicina Paliativa. Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Maciel, ASSE Montevideo, Uruguay.
4. Médico intensivista. Jefe de la UCI del Hospital Maciel, ASSE Montevideo, Uruguay.
5. Médico intensivista, UCI del Hospital Maciel, ASSE Montevideo, Uruguay. Prof. Agdo. de Medicina Intensiva.
Aprobado por el Comité de Ética del Hospital Maciel.
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.
Correspondencia: Dr. Eduardo Moreira. Correo electrónico: dreduardo.moreira@gmail.com
Recibido: 5/10/20
Aprobado: 30/11/20
Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Introducción

Los avances tecnológicos en la atención sanitaria han permitido reducir la mortalidad de los pacientes ingresados a las UCI. Dicha mortalidad se encuentra actualmente entre 5% y 35%, dependiendo del tipo de unidad, del tipo de patología asistida, de la región del mundo evaluada y de las condiciones socioeconómicas de la población. Frecuentemente el sostén de funciones vitales alteradas requiere la aplicación de procedimientos extremadamente invasivos cuyo uso se asocia a una reducción de la calidad de vida de los pacientes luego del alta[1-3].

En las últimas décadas los servicios de CP también han logrado un gran desarrollo a nivel mundial. Estos cuidados tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes con afecciones que la limitan. Durante mucho tiempo los pacientes que recibían CP se consideraron excluyentes para el ingreso a la UCI; sin embargo, en ocasiones los pacientes requieren cuidados intensivos y paliativos simultáneamente[4].

Cada vez es más frecuente el ingreso en la UCI de pacientes que se acercan al final de sus vidas debido a enfermedades agudas y crónicas graves. El envejecimiento de la población y el aumento de la sobrevida de los pacientes con patologías crónicas han conducido al ingreso a UCI de pacientes cada vez más añosos y con un mayor número de comorbilidades[5,6]. En este sentido, en Uruguay un estudio multicéntrico que incluyó a más de 4.000 pacientes admitidos a terapia intensiva encontró que el 11,5% de los pacientes eran mayores de 80 años[7]. Asimismo, Walling y colaboradores reportaron que el 56% de los 496 pacientes fallecidos en su UCI presentaban una patología en etapa terminal[8]. En los últimos años, los ingresos en la UCI en el último mes de vida han aumentado hasta un 30%[5,6]. Este nuevo contexto epidemiológico de los cuidados intensivos obliga a los profesionales de la UCI a integrar habilidades básicas de CP en su práctica de rutina y para ello es necesario identificar a los pacientes pasibles de estos cuidados precozmente.

La identificación precoz de estos pacientes y la interacción apropiada de los equipos de medicina intensiva y CP evita la realización de estudios diagnósticos innecesarios y de tratamientos fútiles[9,10]. En este sentido, O'Mahony y colaboradores demostraron que la consulta con equipos de CP se asoció con una reducción del uso de ventilación mecánica, soporte vasopresor, nutrición artificial, hemodiálisis e hidratación. También se realizaron recomendaciones sobre el manejo del dolor y control de los síntomas para más de la mitad de los pacientes y aumentó la tasa de formalización de directivas anticipadas[11].

Por otra parte, la interacción de los equipos permite mejorar el proceso de transición de cuidados a sala, priorizando una atención dirigida al tratamiento sintomático y a mejorar la calidad de vida de estos pacientes[9,10].

A pesar de la progresiva aceptación de los CP como un componente esencial de la atención de alta calidad para pacientes críticamente enfermos, persiste infrautilizado en el entorno de los cuidados intensivos. La detección proactiva de casos mediante activadores o disparadores de consultas es una técnica actualmente poco explorada para optimizar la oportunidad de acceso a los CP en estos pacientes[12]. De acuerdo con Hua y colaboradores, entre 14% y 20% de los pacientes serían pasibles de CP utilizando disparadores comunes[13]. Por su parte, en el estudio prospectivo realizado por Canale y Broli, publicado recientemente, que incluyó 273 admisiones a una UCI pública de nuestro país, se encontró que uno de cada tres pacientes presentaba necesidades paliativas. En dicho estudio se utilizaron *triggers* y la herramienta NECPAL CCOMS.ICO 3.1 para identificar pacientes con necesidades paliativas. En el presente trabajo se utilizan solo los *triggers*, en el entendido que NECPAL CCOMS.ICO 3.1 es descrita por los autores como una herramienta de identificación de pacientes que requieren medidas paliativas especialmente en servicios generales (atención primaria, servicios hospitalarios convencionales), y no en una UCI[14,15]. En Uruguay, no existen suficientes datos que informen de la frecuencia y características de los pacientes ingresados en UCI con criterios de CP que permitan diseñar, consensuar y establecer una propuesta formal de mejora de la atención paliativa en la población críticamente enferma.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de disparadores de consulta precoz con CP, su relación con la sobrevida en la unidad, y evaluar el uso de medidas invasivas en ese grupo de pacientes, para elaborar a futuro estrategias que permitan mejorar la calidad de la asistencia en la UCI y mejorar la transición de cuidados a sala.

Metodología

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a los pacientes admitidos en la UCI del Hospital Maciel de Montevideo durante el período comprendido entre el 1º de marzo de 2016 y el 1º de marzo de 2019. El Hospital Maciel es un hospital público de tercer nivel, referencia en múltiples patologías en la Red de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), cuenta con 250 camas de internación y una UCI polivalente con servicio extendido de medicina intensiva fuera de la UCI. Asimismo, el hospital cuenta con un servicio de CP que es de referencia nacional.

Se recogieron datos demográficos y clínicos de todos los pacientes incluidos, se evaluó la prevalencia de

Tabla 1. Características de la población estudiada en función de la presencia de criterios de consulta con equipo de cuidados paliativos.

Característica	*Sin criterio de CP (con la característica) n: 2.116/2.850 (74%)*	*Con al menos un criterio de CP (con la característica) n: 734/2.850 (26%)*	*Valor p*
Sexo femenino	803 (38%)	277 (38%)	0,92
Edad	54 (36-65)	61 (43-75)	<0,001
Fragilidad (MFI)	67 (3%)	29 (4%)	0,31
Tipo de ingreso:			
Médico	1.193 (56%)	450 (61%)	<0,001
Quirúrgico urgente	386 (18%)	181 (25%)	
Quirúrgico coordinado	534 (25%)	103 (14%)	
ARM	1.165 (55%)	636 (87%)	<0,001
Días de ARM	3 (1-6)	14 (7-23)	<0,001
Vasopresores	503 (24%)	354 (48%)	< 0,001
TRR	77 (4%)	62 (8%)	<0,001
TQT	16 (0,8%	163 (22%)	<0,001
CVC	1.410 (67%)	674 (92%)	<0,001
Catéter arterial	1.016 (48%)	547 (75%)	<0,001
Días de UCI	4 (2-8)	18 (9-27)	<0,001
Índice de Charlson	0 (0-2)	0 (0-2)	0,018
SAPS III	47 (35-61)	60 (48-74)	<0,001
Glasgow al ingreso	13 (5-15)	7 (3-14)	<0,001

uno o más de los cuatro activadores o disparadores de consultas de CP elegidos, tres de esos disparadores presentes al momento de la admisión a UCI (edad mayor de 80 años, con dos o más comorbilidades graves, edad mayor o igual a 75 años con disfunción orgánica múltiple [DOM], enfermedad oncológica maligna en estadio IV) y un disparador relacionado con la evolución en la unidad (estadía en UCI > 50% por encima del promedio de la estadía de la unidad). Además, se analizaron variables que determinan la evolución en la UCI, el tiempo de estadía en la UCI y en el hospital, y el uso de recursos de terapia intensiva (requerimientos de ARM, de vasopresores o inotrópicos, tratamientos de reemplazo de la función renal, etc.) (tabla 1).

Los datos fueron extraídos del programa de registro electrónico de calidad y gestión de la UCI (sistema de monitoreo EPIMED), asegurando la confidencialidad de los datos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Maciel.

Análisis estadístico

El resultado primario fue el porcentaje de admisiones en la UCI que cumplieron con uno o más de los factores desencadenantes principales para la consulta con el equipo de CP. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 19 para el análisis de los datos. Las comparaciones de variables categóricas se hicieron con las pruebas exactas de Fisher y de chi cuadrado (con la corrección de Yates cuando estuviera indicado). Las variables continuas se presentaron en la forma de mediana (intervalo intercuartil) y se compararon con la prueba t-Student o la prueba U de Mann-Whitney *rank-sum,* según esté indicado. Para determinar las variables independientemente asociadas a activación de CP se incluyeron en un modelo de análisis multivariado por regresión logística aque-

Tabla 2. Factores asociados a mortalidad hospitalaria. Análisis univariado.

Característica	*Vivos (con la característica) n: 1.924/2.850 (68%) IC (25-95)*	*Fallecidos (con la característica) n: 804/2.850 (28%) IC (25-95)*	*Valor p*
Sexo femenino	698 (36%)	334 (42%)	0,010
Edad	52 (33-65)	62 (49,25-71)	<0,001
Frágil	54 (3%)	37 (5%)	0,017
Tipo de ingreso:			
Médico	1.021	559	<0,001
Quirúrgico urgente	366	173	
Quirúrgico coordinado	535	71	
ARM	1.025 (53%)	708 (88%)	<0,001
Días de ARM	5 (2-11)	4 (1-10)	0,068
Vasopresores	375 (19%)	448 (56%)	<0,001
TRR	68 (4%)	69 (9%)	<0,001
Índice de comorbilidad de Charlson	0 (0-2)	1 (0-2)	<0,001
SAPS III	45 (35-58)	67 (54-79)	<0,001
Estadía en UCI	5 (3-11)	5 (2-11)	0,43
Lactato en la primera hora	1 (1-2)	4,5 (2-9,75)	<0,001
Score de Glasgow al ingreso	13 (7-15)	6 (3- 14)	<0,001
Al menos un criterio de CP	437 (23%)	262 (33%)	<0,001
Número de criterios de CP	0 (0-0)	0 (0-1)	<0,001

llas variables que presentaron en el análisis bivariado una p<0,2. En todos los análisis se adoptó como nivel de significancia estadística un p valor < 0,05 bilateral.

Resultados

Se analizaron 2.850 pacientes, el 38% (1.080) de sexo femenino, con una mediana-intervalo intercuartil de edad de 56 (37-67) años, presentaron una estadía en UCI de 5 días (2-11), con un score de severidad SAPS III de 50 puntos (38-65). Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión 38% (1.083), tabaquismo 30% (855), DM II 17% (485), alcoholismo 13% (371), enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa 6% (171), enfermedad renal crónica 5% (143) e insuficiencia cardíaca 4% (114). El 11% (314) presentaba un tumor sólido diagnosticado previamente y el 5% (143) un accidente cerebrovascular previo. Fallecieron en el hospital el 28% (804) de los pacientes. El 62% (1.767) requirió ARM con una duración de ésta de 5 (2-11) días. Requirieron vasopresores el 30% (855) y hemodiálisis el 5% (143) (tabla 2).

La presencia de al menos un criterio de activación de CP fue alcanzado por el 26% (734) de los pacientes (figura 1). Al discriminar de acuerdo con el criterio encontrado, se distinguen: 3% (69) presentó tumor metastatizado, 18% (514) una estadía en la UCI superior al 50% del promedio de estadía de la unidad (14 días), el 6% (157) más de 75 años con DOM y 3% (76) 80 años con al menos dos comorbilidades crónicas graves al ingreso (figura 2).

Los pacientes que presentaron criterios disparadores de interconsulta con CP presentaron mayor edad [61 (43-75) vs 54 (36-65), p < 0,001]; mayor gravedad [SAPSIII de 60 (48-74) vs 47 (35-61) puntos, p <0,001]; requirieron más ARM [87% (636) vs 55% (1165) de los pacientes, p <0,001], mayor tiempo de ARM [14 (7-23) vs 3 (1-6) días, p< 0,001], mayor requerimiento de vasopresores 48% (354) vs 24% (503) de los pacientes, p< 0,001]; un número mayor de pacientes requirió hemodiálisis de urgencia [8% (62) vs 4% (77) de los pacientes], traqueostomía [22% (163) vs 0,8% (16), p<0,001], requirieron mayor cantidad de dispositivos invasivos:

Tabla 3. Factores independientemente asociados a mortalidad. Análisis multivariado.

Característica	*OR*	*IC 95%*	*Valor p*
Edad	0,98	0,96-1,004	0,12
Frágil	0,24	0,04-1,50	0,12
ARM	5,4	1,96-15,2	<0,001
SAPS III	0,94	0,92-0,97	<0,001
Vasopresores	3,2	1,7-6,3	<0,001
TRR	1,4	0,46-4,21	0,54
Índice de comorbilidad de Charlson	0,87	0,73-1,04	0,15
Lactato en la primera hora	0,91	0,82-1,0	0,07
Score de Glasgow al ingreso	0,92	0,84-1,0	0,07
Al menos un criterio de CP	1,09	0,17-6,85	0,92
Número de criterios de CP	1,6	0,33-8,32	0,52

CVC [92% (674) vs 67% (1.410), p<0,001 y catéter arterial [75% (547) vs 48% (1.016), p<0,001] y presentaron una mayor estadía en la UCI [18 (9-27) vs 4 (2-8) días, p<0,001].

La presencia de al menos un disparador no fue un factor independientemente asociado a mortalidad hospitalaria [OR 1,09, IC: (0,17-6,85), p: 0,92], tampoco la sumatoria de disparadores [OR 1,6, 0,33-8,32, p: 0,52] (tabla 3).

Discusión

Históricamente se ha perpetuado el concepto que la terapia intensiva "salva vidas", lo cual ha generado una visión contrapuesta de los CP y los cuidados intensivos (CI). Desde esta visión los CP se han considerado un símbolo del fracaso de los tratamientos quirúrgicos y de los CI[16]. Aunque los objetivos de los CP y los CI pueden parecer inicialmente contrapuestos, ya que la prolongación de la vida y la paliación pueden verse como aspectos dicotómicos de la atención, los intensivistas y los paliativistas comparten características comunes en sus funciones. Todos los pacientes que reciben tratamientos curativos pueden requerir CP simultánea e individualmente de acuerdo con las necesidades y preferencias del paciente y su familia[4,17]. El manejo básico de los síntomas y sobre todo las discusiones sobre los cambios en los objetivos de la atención en relación con el pronóstico, las preferencias del paciente y un nivel de tratamiento más proporcional, son los aspectos centrales de los CP y deben formar parte de la práctica habitual de los CI y por lo tanto deben iniciarse temprano en la UCI[18-20].

El presente trabajo estableció que el 26% de los pacientes críticos presentaron criterios de activación de asistencia por el equipo de CP. La prevalencia de activación en estudios realizados en Estados Unidos se encuentra en torno al 15% de los ingresos[13]. Si bien estas diferencias pueden explicarse por la utilización de criterios más restrictivos, se deben considerar las diferencias existentes entre ambos sistemas sanitarios. Por otra parte, llama la atención que solamente se activen CP en el 15% de los pacientes cuando O'Mahony S y colaboradores encontraron en su estudio que la mitad de los pacientes que fallecieron en los hospitales de Estados Unidos presentaron un ingreso en UCI en los últimos tres días de su vida[11].

Los disparadores analizados fueron generados en países del primer mundo, con diferencias culturales y económicas con nuestro medio, así como con sistemas de salud diferentes al nuestro. En este sentido, algunos de los disparadores de CP en los pacientes en UCI evaluados por estos autores son motivos para rechazar el ingreso del paciente a UCI o causas de no inicio de medidas invasivas en nuestro medio. En este sentido, el estudio de limitación del esfuerzo de la terapéutica realizado en ocho unidades de Uruguay evidenció que las comorbildades, la edad y el estatus funcional previo al ingreso se asociaron a las decisiones de limitar el uso o retirar medidas de sostén de las funciones vitales[21]. Asimismo, este estudio pone de manifiesto las diferentes actitudes en relación con los cuidados al final de la vida[21].

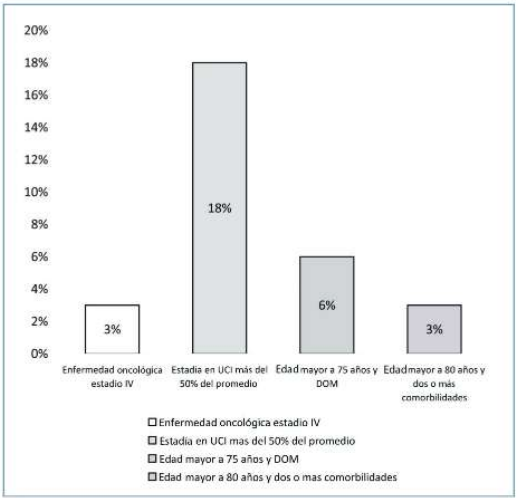


Figura 1. Presencia de criterios disparadores para consulta con cuidados paliativos.

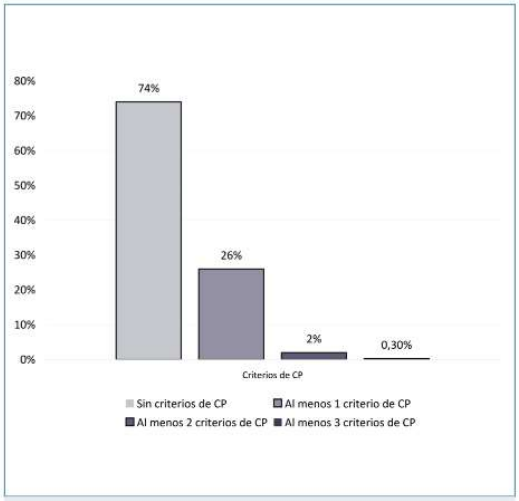


Figura 2. Prevalencia de factores disparadores evaluados.

En el mismo sentido, en el estudio de Canale y Broli, realizado en nuestro medio, se observó una prevalencia de necesidades paliativas superior al presente trabajo. Esta diferencia podría verse vinculada al uso de distintas herramientas[14,15].

En nuestro país, los cuidados al final de la vida en UCI son conducidos habitualmente por los médicos intensivistas. La importancia de interactuar con los equipos de CP ha sido evidenciada por Desbiens y colaboradores al demostrar que la mitad de los pacientes fallecidos en UCI experimentan dolor moderado a severo[21]. Este estudio jerarquiza la necesidad de interacción con los equipos de CP debido al impacto positivo que pueden tener los CP vinculados a las dificultades en la comunicación y participación de la familia en las decisiones al final de la vida en la UCI[22].

Una estadía mayor a 50% del promedio fue el criterio disparador más frecuentemente identificado en este trabajo. Con frecuencia, los sobrevivientes de una estadía prolongada en la UCI son pacientes críticos crónicos con una dependencia prolongada de la ventilación mecánica y otras terapias de soporte vital[23,24] . Factiblemente para estos pacientes la carga del sufrimiento debido a diversos síntomas sea sustancial y la necesidad de una atención especial al alta es altamente probable[25]. Por otra parte, se ha observado que la participación proactiva de los CP en las rondas de la UCI para pacientes de alto riesgo se asoció con una estadía hospitalaria más corta[26].

Uno de los criterios disparadores analizados fue la presencia de una enfermedad oncológica avanzada al momento de la admisión; en este sentido, el 3% de los ingresos presentaron un tumor metastatizado. Los pacientes oncológicos a menudo se consideran inapropiados para la admisión en la UCI. Sin embargo, ningún sistema específico de puntuación de la gravedad de la enfermedad puede predecir de manera confiable el resultado de pacientes oncológicos críticos. La efectividad de la atención de la UCI para pacientes con cáncer sigue siendo controvertida. Los principales determinantes de la mortalidad y el pronóstico en los pacientes oncológicos son el número de fallas orgánicas, la necesidad de ventilación mecánica, el soporte de vasopresores y la calidad de las terapias que han precedido a la admisión a la UCI. Los avances en la atención antitumoral y en las terapias de sostén de sistemas fisiológicos llevaron a mejoras importantes en los resultados de estos pacientes. Como consecuencia, el número de pacientes con cáncer que requieren ingreso en la UCI está aumentando. El soporte artificial de funciones vitales debe reevaluarse luego de cinco días de terapia intensiva, con especial atención al desarrollo de disfunciones adicionales[27].

En nuestro estudio, el 6% de los pacientes admitidos en la UCI era mayor de 75 años e ingresó con falla multiorgánica, mientras que el 3% tenía más de 80 años y comorbilidades severas. Los ingresos geriátricos a la UCI son comunes y requieren consideraciones únicas para los intensivistas. La admisión a la UCI debe considerarse individualmente por paciente. Es razonable considerar un "ensayo de cuidados críticos" para muchos pacientes, incluso aquellos que tienen posibilidades inciertas de recuperación significativa. La calidad de vida y la

independencia funcional son especialmente importantes para los adultos mayores, y estos resultados deben tenerse en cuenta al sopesar los riesgos y beneficios de la admisión o la atención continua en la UCI[28].

La toma de decisiones sobre el tratamiento en la UCI debe equilibrarse entre el deseo del paciente y la evaluación objetiva del resultado médico. Esto último solo se puede lograr en un equipo multidisciplinario de profesionales de CI, oncólogos, cirujanos y expertos en CP, preferiblemente por consenso[29]. Idealmente, la toma de decisiones sobre el tratamiento en la UCI debe realizarse en una etapa temprana en la atención primaria de salud, lo que se conoce como planificación de atención anticipada[30]. Aun siendo elevado el porcentaje de pacientes que cumplen con criterios de activación, probablemente no refleje completamente las necesidades de CP de los pacientes de la UCI. Existen pacientes con alto riesgo de muerte en la unidad, con dolor refractario u otros síntomas relacionados con enfermedades crónicas avanzadas o terminales que pueden beneficiarse de una consulta especializada con CP, pero no son identificados por los disparadores que fueron utilizados.

Finalmente, este estudio pone en evidencia que la activación de los CP no se asocia en forma independiente a mortalidad en la UCI. Esto refleja, una vez más, que los CI no se contraponen a los CP.

Este trabajo presenta una serie de limitaciones que es necesario considerar. Se trata de un estudio en un solo centro, lo cual no permite extrapolar los resultados a todas las unidades del país. Por otra parte, se utilizaron disparadores evaluados en estudios realizados en países del primer mundo. Deben evaluarse criterios de consulta con los servicios de CP adaptados a nuestro medio, basados en nuestra realidad y en nuestras necesidades. Por otro lado, no contamos con datos de calidad de vida de los supervivientes y la valoración de resultados del pasaje por la UCI se limita a la mortalidad.

Conclusiones

La presencia de disparadores de consulta precoz con CP es elevada. La cuarta parte de los pacientes de UCI dispararon al menos un criterio de consulta con el servicio de CP, lo que pone de manifiesto una necesidad probablemente insatisfecha acorde con los datos de la literatura existente.

Los pacientes ingresados en las unidades de terapia intensiva por un largo período, habiendo sobrevivido a un episodio crítico agudo, pero sin lograr la recuperación clínica, son una población de pacientes potencialmente receptora de CP, siendo el criterio disparador más prevalente la estadía prolongada en la UCI. La mejora en el proceso de transición de cuidados a sala podría verse influenciada por el acceso precoz a los CP y deberá ser objeto de un estudio posterior.

Los pacientes que presentaron criterios para consulta con el servicio de CP fueron más graves y receptores de mayor invasividad en la terapéutica, ya que utilizaron más recursos de soporte vital artificial en terapia intensiva; sin embargo, no presentaron mayor mortalidad. Sobrevivir en la UCI no necesariamente se asocia con buena calidad de vida e independencia funcional posterior a la terapia intensiva. Estos resultados son sustancialmente relevantes para determinado grupo de pacientes críticamente enfermos y deben tenerse en cuenta al evaluar la proporcionalidad de los tratamientos en la clínica diaria y en investigaciones futuras. Resulta necesario desarrollar una estrategia de trabajo conjunto que optimice la calidad de asistencia en la terapia intensiva y durante el período pos-UCI, mejorando la calidad de vida y disminuyendo los costos asociados a la asistencia de este tipo de pacientes.

Summary

Introduction: palliative care (PC) constitutes a marker of the quality of intensive care assistance. However, it has not been thoroughly assessed in Uruguay. Proactive detection of patients by means of "consultation triggers" should be considered a strategy to optimize access to PC.

Objetives: to determine the prevalence and characteristics of Palliative Care consultation triggers in critical patients. To analyse the use of resources in these patients.

Method: retrospective cohort study of patients admitted in the ICU between March 2016 and February 2019. The following triggers were identified: a) a tumor with metastasis; length of stay at the ICU 50% over the average (14 days), c) $\geq$75 years old with multiple organic dysfunction and d) $\geq$80 years old with 2 or more severe comorbidities

Results: 2.850 patients were analysed. 26% (734) presented at least one consultation trigger with PC. Length of stay at the ICU 50% over average (18%). These patients presented higher average age 61 (43-75) versus 54 (36-65) years old ($p < 0.001$), and increased severity, SAPSIII of 60 (48-74) compared to 47 (35-61) points ($p<0.001$); 87% required mechanical ventilation compared to 55% ($p <0.001$), vasopressors 48% compared to 24% ($p< 0.001$) and hemodialysis 8% compared to 4% ($p<0.001$). 18 presented a longer stay (9-27) compared to 4 (2-8) days, ($p<0.001$) and time on mechanical ventilation 14 (7-23) compared to 3 (1- 6) days ($p<0.001$).

Conclusions: 25 percent of patients in the ICU activated at least one criterion for PC, they were in a more severe condition and used more mechanical ventilation.

Resumo

Introdução: os cuidados paliativos (CP) são um marcador de qualidade da atenção em Terapia Intensiva, porém, pouco avaliados no Uruguai. A detecção proativa de pacientes usando "gatilhos de consulta" é uma estratégia que pode otimizar o acesso aos CP.

Metas: determinar a prevalência e as características dos critérios de elegibilidade de CP em pacientes críticos. Analisar o uso de recursos nesses pacientes.

Materiais e métodos: estudo de coorte retrospectivo, incluindo pacientes internados na UTI entre março de 2016 e fevereiro de 2019. Os critérios analisados foram: a) presença de tumor com metástase, b) permanência na UTI 50% acima da média (14 dias), c) ≥75 anos com disfunção de múltiplos órgãos e d) ≥80 anos com 2 ou mais comorbidades graves.

Resultados: 2.850 pacientes foram analisados. 26% (734) apresentaram pelo menos 1 critério de elegibilidade para CP. O mais prevalente foi a permanecia na UTI 50% superior à média (18%). Esses pacientes tinham mais de 61 anos (43-75) vs 54 (36-65) anos (p <0,001) e condições mais graves, SAPSIII de 60 (48-74) vs 47 (35-61) pontos (p <0,001). Necessitaram mais ventilação mecânica assistida (AVM) 87% vs 55% (p <0,001), vasopressores 48% vs 24% (p <0,001) e hemodiálise 8% vs 4% (p <0,001). Tiveram uma permanência mais prolongada 18 (9-27) vs 4 (2-8) dias, (p <0,001) e tempo em AVM 14 (7-23) vs 3 (1-6) dias (p <0,001).

Conclusões: um quarto dos pacientes internados na UTI ativou pelo menos um critério de elegibilidade para CP, apresentou maior gravidade e utilizou mais suporte vital.

Bibliografía

1. **Angus D, Truog R.** Toward better ICU use at the end of life. JAMA 2016; 315(3):255-6. doi: 10.1001/jama.2015.18681
2. **Ho A, Tsai D.** Making good death more accessible: end-of-life care in the intensive care unit. Intensive Care Med 2016; 42(8):1258-60. doi: 10.1007/s00134-016-4396-2
3. **Vincent J, Marshall J, Namendys-Silva S, François B, Martin-Loeches I, Lipman J, et al.** Assessment of the worldwide burden of critical illness: the intensive care over nations (ICON) audit. Lancet Respir Med 2014; 2(5):380-6. doi: 10.1016/S2213-2600(14)70061-X
4. **World Health Organization.** Palliative care. Geneva: WHO, 2016. Disponible en: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. [Consulta: 16 junio 2016].
5. **Teno J, Gozalo P, Bynum J, Leland N, Miller S, Morden N, et al.** Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. JAMA 2013; 309(5):470-7. doi: 10.1001/jama.2012.207624
6. **Teno J, Gozalo P, Trivedi A, Bunker J, Lima J, Ogarek J, et al.** Site of death, place of care, and health care transitions among us medicare beneficiaries, 2000-2015. JAMA 2018; 320(3):264-71. doi: 10.1001/jama.2018.8981
7. **Moreira E, Carámbula A, Barbato M, Alzugaray P, Cebey A, Baraibar J, et al.** P428: Resource utilization among elderly ICU patients. Crit Care 2019; 23(Suppl 2):187. doi: 10.1186/s13054-019-2358-0
8. **Walling A, Asch S, Lorenz K, Roth C, Barry T, Kahn K, et al.** The quality of care provided to hospitalized patients at the end of life. Arch Intern Med 2010; 170(12):1057-63. doi: 10.1001/archinternmed.2010.175
9. **Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A.** Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC Anesthesiol 2018; 18(1):106. doi: 10.1186/s12871-018-0574-9
10. **Myburgh J, Abillama F, Chiumello D, Dobb G, Jacobe S, Kleinpell R, et al.** End-of-life care in the intensive care unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care 2016; 34:125-30. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.04.017
11. **O'Mahony S, McHenry J, Blank A, Snow D, Eti Karakas S, Santoro G, et al.** Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. Palliat Med 2010; 24(2):154-65. doi: 10.1177/026921630934654
12. **Bradley C, Weaver J, Brasel K.** Addressing access to palliative care services in the surgical intensive care unit. Surgery 2010; 147(6):871-7. doi: 10.1016/j.surg.2009.11.005
13. **Hua M, Li G, Blinderman C, Wunsch H.** Estimates of the need for palliative care consultation across united states intensive care units using a trigger-based model. Am J Respir Crit Care Med 2014; 189(4):428-36. doi: 10.1164/rccm.201307-1229OC
14. **Canale Cohe A, Broli Olaizola F.** Prevalencia de los pacientes con necesidades paliativas en una unidad de cuidado intensivo de un hospital de agudos. Rev Urug Med Interna 2019; 4(1):169.
15. **Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X.** Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Med Clín (Barc) 2013;140(6): 241-5.
16. **Buchman T, Cassell J, Ray S, Wax M.** Who should manage the dying patient?: Rescue, shame, and the surgical ICU dilemma. J Am Coll Surg 2002; 194(5):665-73. doi: 10.1016/s1072-7515(02)01157-2
17. **Cook D, Rocker G.** Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med 2014; 370(26):2506-14. doi: 10.1056/NEJMra1208795

18. **Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N.** Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. Ann Intensive Care 2014; 4:37. doi: 10.1186/s13613-014-0037-5
19. **Lilly C, De Meo D, Sonna L, Haley K, Massaro A, Wallace R, et al.** An intensive communication intervention for the critically ill. Am J Med 2000; 109(6):469-75. doi: 10.1016/s0002-9343(00)00524-6
20. **Edwards J, Voigt L, Nelson J.** Ten key points about ICU palliative care. Intensive Care Med 2017; 43(1):83-85. doi: 10.1007/s00134-016-4481-6
21. **Frache B, Moreira E, Carámbula A, Pan C, Bárbato M, Alzugaray P, et al.** Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva. Rev Méd Urug 2018; 34(4):193-200.
22. **Desbiens N, Wu A, Broste S, Wenger N, Connors AJr, Lynn J, et al.** Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatmentm. Crit Care Med 1996; 24(12):1953-61. doi: 10.1097/00003246-199612000-00005
23. **Iwashyna T, Ely E, Smith D, Langa K.** Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. JAMA 2010; 304(16):1787-94. doi: 10.1001/jama.2010.1553
24. **Swoboda S, Lipsett P.** Impact of a prolonged surgical critical illness on patients' families. Am J Crit Care 2002; 11(5):459-66.
25. **Nelson J, Meier D, Litke A, Natale D, Siegel R, Morrison R.** The symptom burden of chronic critical illness. Crit Care Med 2004; 32(7):1527-34. doi: 10.1097/01.ccm.0000129485.08835.5a
26. **Braus N, Campbell T, Kwekkeboom K, Ferguson S, Harvey C, Krupp A, et al.** Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. Intensive Care Med 2016; 42(1):54-62. doi: 10.1007/s00134-015-4098-1
27. **Lecuyer L, Chevret S, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay E.** The ICU trial: a new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation. Crit Care Med 2007; 35(3):808-14. doi: 10.1097/01.CCM.0000256846.27192.7A
28. **Mittel A, Hua M.** Supporting the geriatric critical care patient: decision making, understanding outcomes, and the role of palliative care. Anesthesiol Clin 2019; 37(3):537-46. doi: 10.1016/j.anclin.2019.04.011
29. **Biskup E, Cai F, Vetter M, Marsch S.** Oncological patients in the intensive care unit: prognosis, decision-making, therapies and end-of-life care. Swiss Med Wkly 2017; 147:w14481. doi: 10.4414/smw.2017.14481
30. **Firet L, Koekkoek W, Savelkoul C, Harringhuizen A, Tjan D.** The acutely ill oncological patient: admit to ICU or not? Ned Tijdschr Geneeskd 2017; 161:D991.

Contribución de autores

Todos los autores participaron en igual medida en las etapas de elaboración del presente manuscrito.

Gabriela Píriz, https://orcid.org/0000-0001-7808-5962.
Marcelo Barbato, https://orcid.org/0000-0002-3081-035X.
Laura Lamas, https://orcid.org/0000-0002-0896-4299.
Eduardo Moreira, https://orcid.org/0000-0002-2522-3230.
Gastón Burghi, https://orcid.org/0000-0002-9856-2305.