Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile



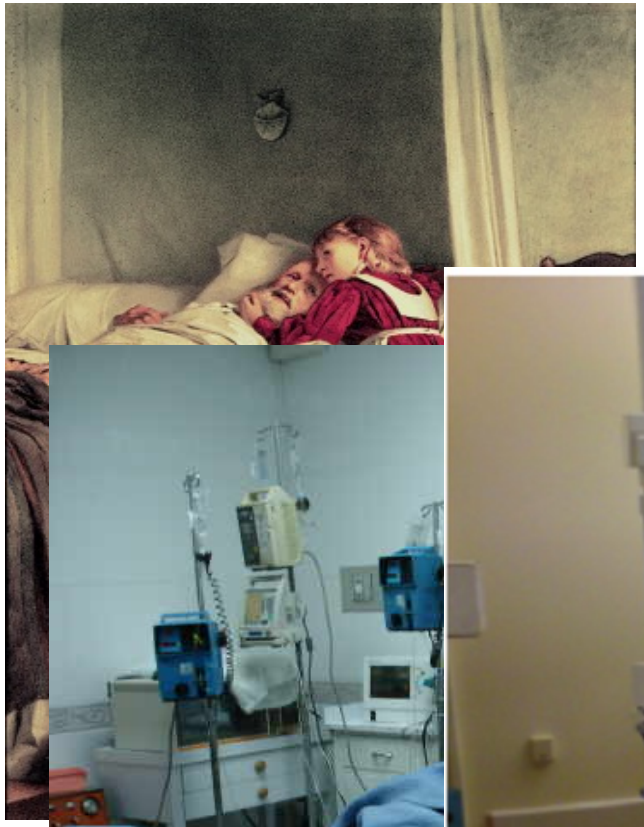
Estado del Arte de los Cuidados Paliativos en Unidades de Pacientes Críticos

Dra. Alejandra Palma B.
Sección de Cuidados Continuos y Paliativos
Departamento de Medicina Interna
Hospital Clínico Universidad de Chile

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD



CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA DE SALUD






ROTOREST

Mortalidad en Unidades de Paciente Crítico (UPC)

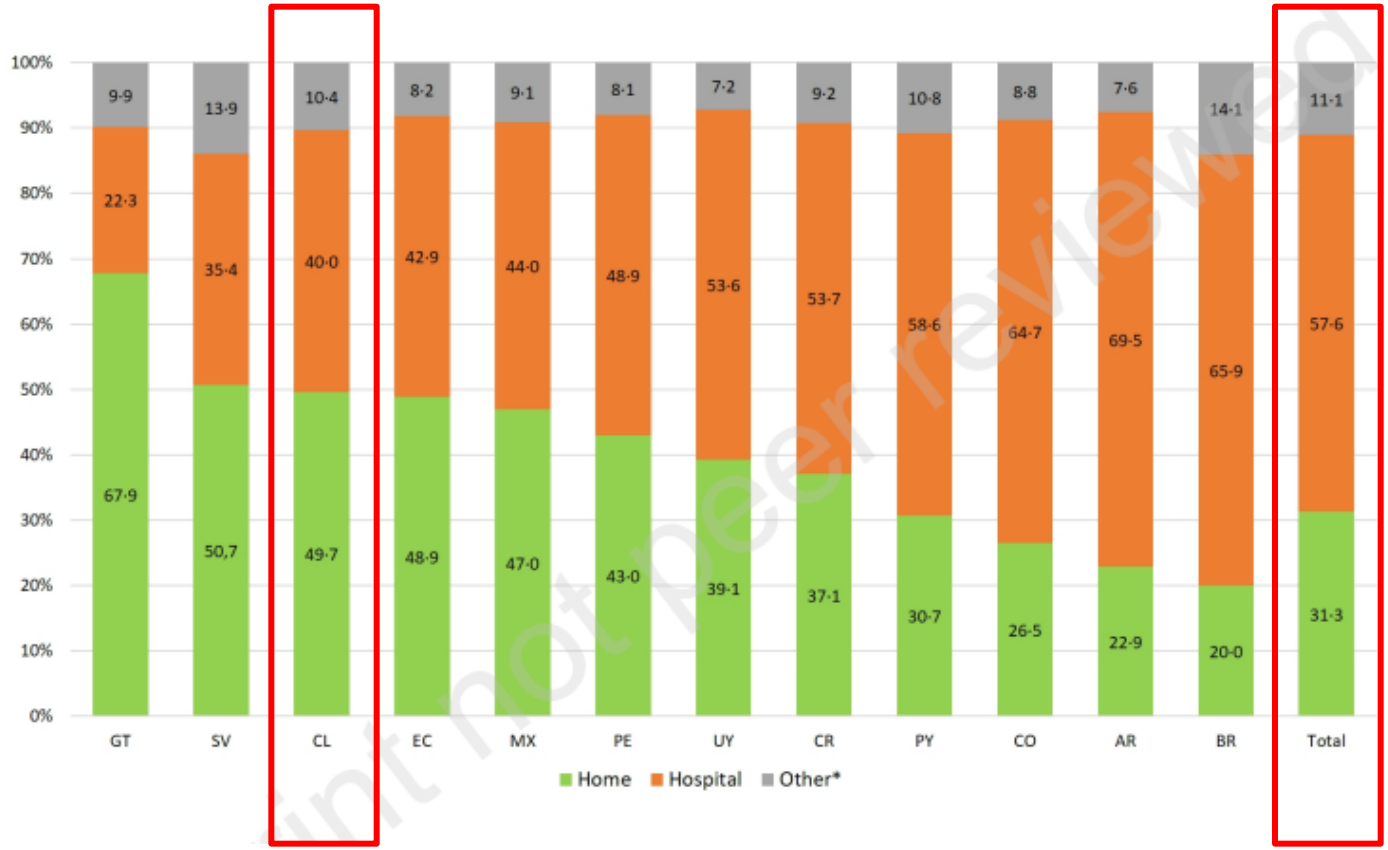
- **Creciente porcentaje de muertes en UPC.**

Angus DC, Crit Care Med. 2004;32(3)

- En Estados Unidos, **uno de cada tres pacientes estuvo hospitalizado en UPC el mes antes de fallecer**.

Teno JM, JAMA. 2018;320(3)

Lugar de fallecimiento en países de Latinoamérica



Not peer reviewed

Seitz K. et al, J Glob Health. 2022

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Mortalidad en UPC en Chile

- **En Chile**, las camas totales de UPC en el sistema público aumentaron de 360 a 612 entre 2004 y 2018.

- El año 2016 la **mortalidad global de pacientes críticos** en unidades de mediana y alta complejidad fue de **59,8%**.

Amtahuer M, Tesis Magíster Epidemiología, PUC 2021

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Mortalidad en UPC en Chile

- A raíz de la pandemia, la disponibilidad de camas críticas aumentó exponencialmente, llegando a **4.500 el año 2021.**

- Actualmente hay **4.734 camas críticas** en el sistema integrado de salud en Chile (1.806 UCI + 2.928 UTI).

MINSAL www.Gob.cl

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

¿Qué sabemos de cómo suceden las muertes en UPC?

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Fin de Vida en UPC

- **Pacientes reciben intervenciones invasivas y presentan síntomas no controlados: dolor, disnea, ansiedad**

Nelson JE. *Crit Care Med 2004, Puntillo KA. Crit Care Med 2010*

- **Discordancia entre preferencias de pacientes y objetivos terapéuticos reales**

You JJ. CMAJ 2014

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Fin de Vida en UPC

- **Familiares reportan: falta de comunicación, falta de apoyo en toma de decisiones y conflictos relacionados con fin de vida**

Cox CE. *Crit Care Med* 2009

- **Repercusiones psicológicas a largo plazo de familiares: duelos prolongados, trastornos del ánimo, estrés post-traumático (SEPT)**

Azoulay E. *Am J Respir Crit Care Med* 2005, Jackson JC. *The Lancet Respiratory Medicine 2014, Schmidt M. Curr Opin Crit Care 2012*

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Fin de Vida en UPC

Altos niveles de estrés, sufrimiento moral, burnout y pocas herramientas comunicacionales entre profesionales

Carnevale FA. Minerva Anestesiol 2020, Merlani P. Am J Respir Crit Care Med 2011, Piers RD. JAMA 2011

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Deficiencias en toma de decisiones y cuidados de fin de vida en UPC.

Cook DJ, JAMA 1995
Hartog CS, Curr Op Anaesthesiol 2018
Pignatiello G, West J Nurs Res 2018
Kruser JM. JAMA 2019

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Deficiencias fin de vida en UPC

- Factores culturales (Vincent JL, Crit Care Med 2001, Sprung CL, JAMA 2019)
- Expectativas terapéuticas excesivamente optimistas (Sprung CL, Inten Care Med 2007)
- Falta de competencias profesionales y de protocolos de cuidado (Aslakson RA Crit care Med 2014)

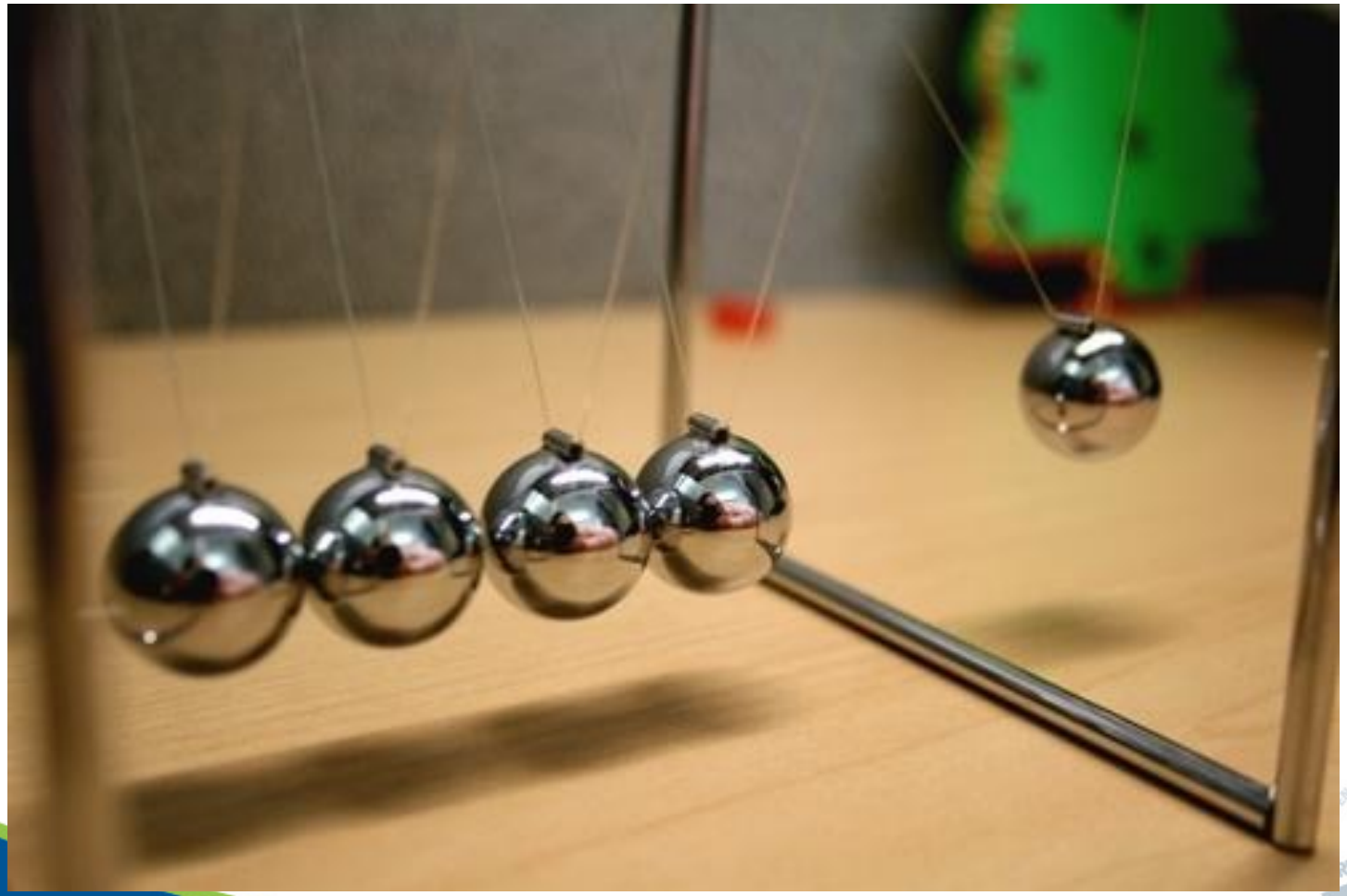
CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Desafío vigente

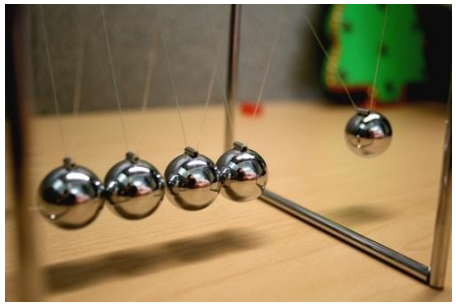
Transición oportuna de tratamientos intensivos, a cuidados de fin de vida de calidad.

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Clinical Momentum



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

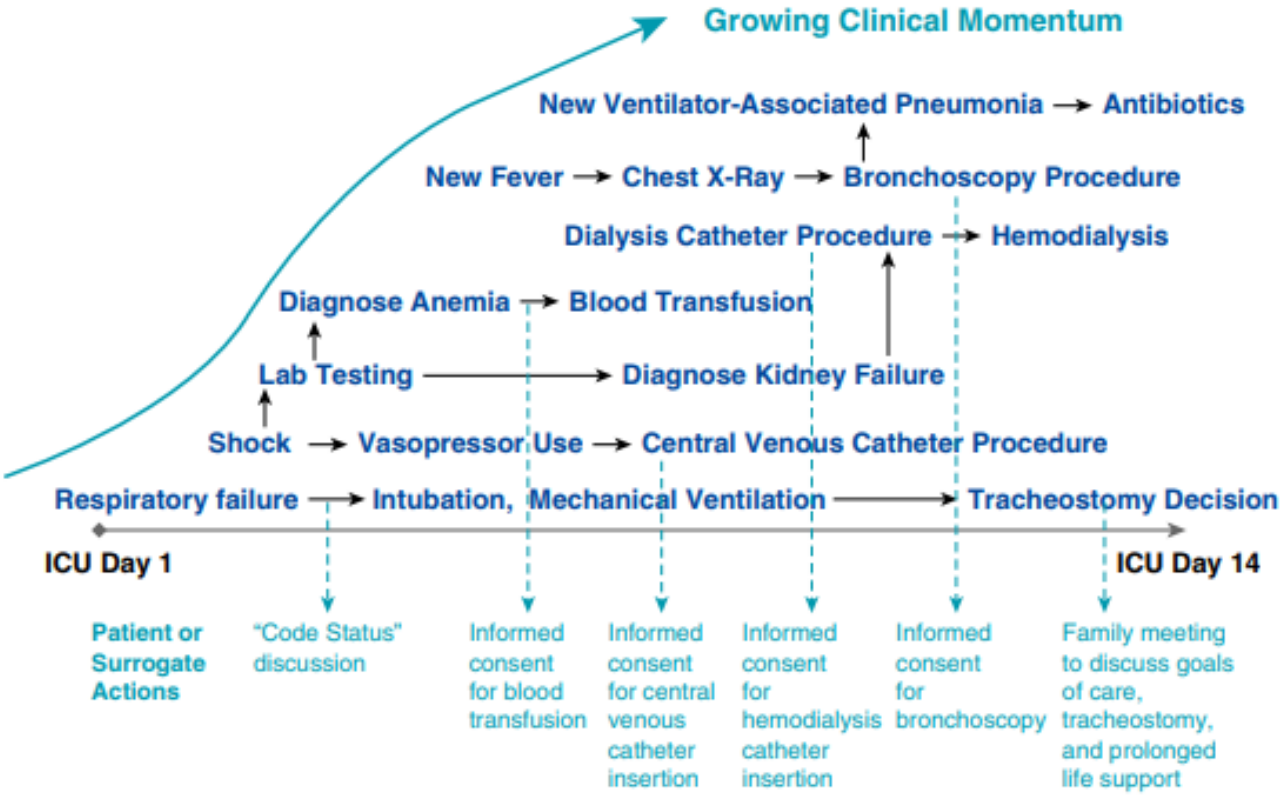


Clinical Momentum

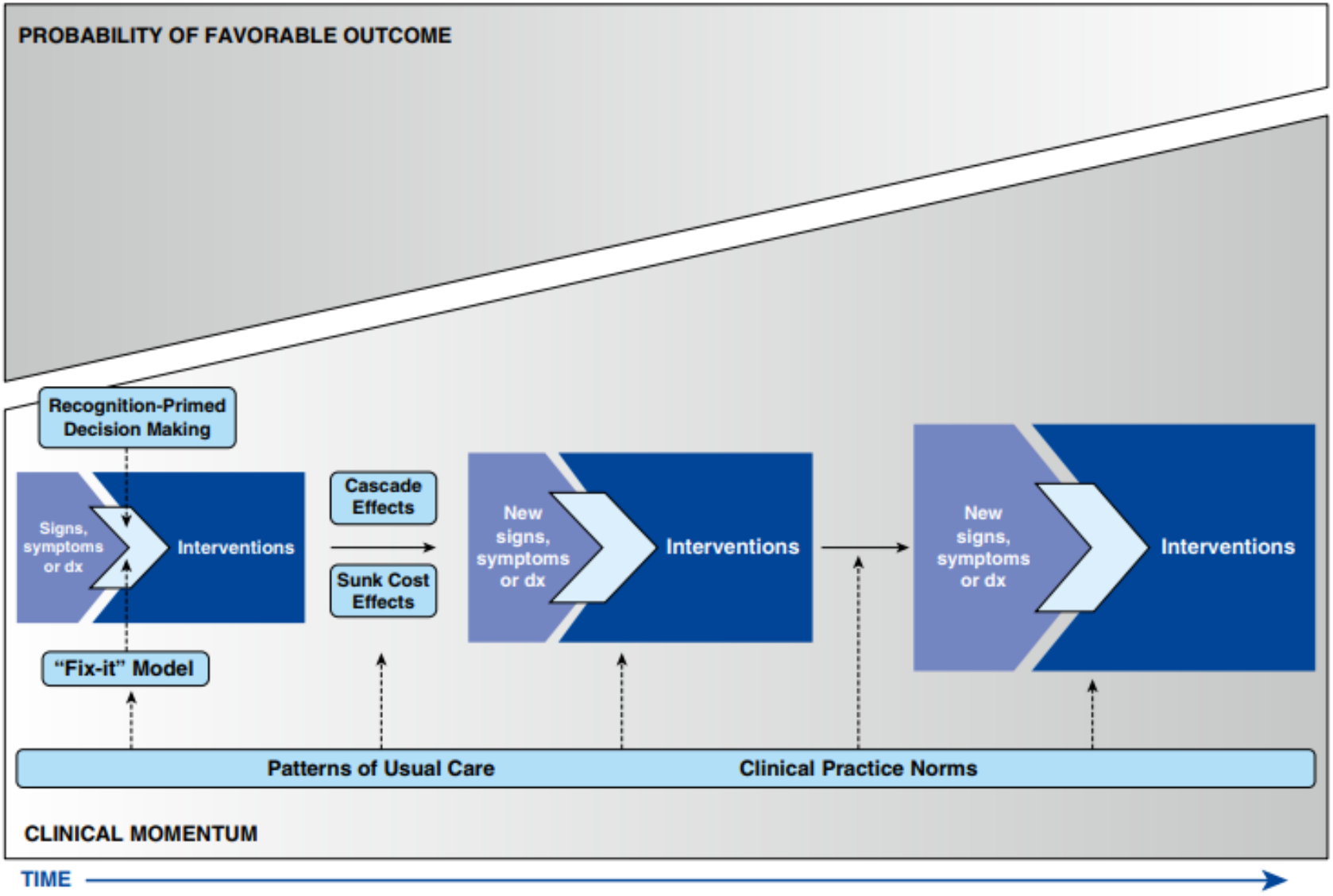
- Es una **fuerza** a nivel sistémico que puede propagar cuidados agresivos no deseados durante enfermedades críticas o en fin de vida.

- Se mantiene una lógica de manejo, aún cuando las circunstancias hayan cambiado.

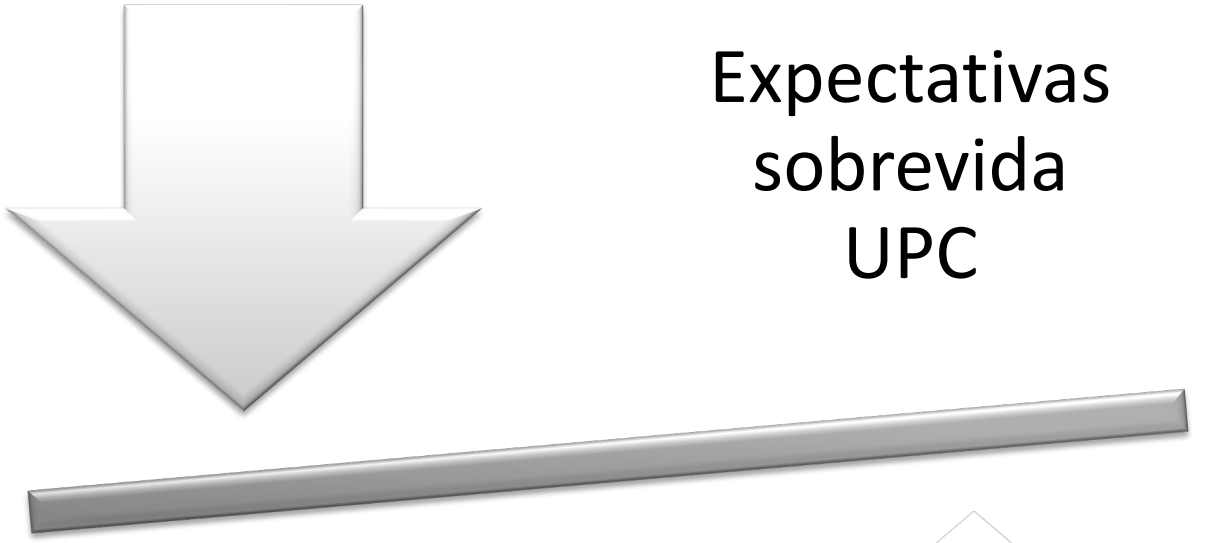
Kruser J et al. Annals ATS, March 2017



Kruser J et al. Annals ATS, March 2017



Kruser J et al. Annals ATS, March 2017



Expectativas
sobrevida
UPC

Necesidad
cuidados de
fin de vida

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

End-of-Life Care, Not End-of-Life Spending

Ashish K. Jha, MD, MPH



CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

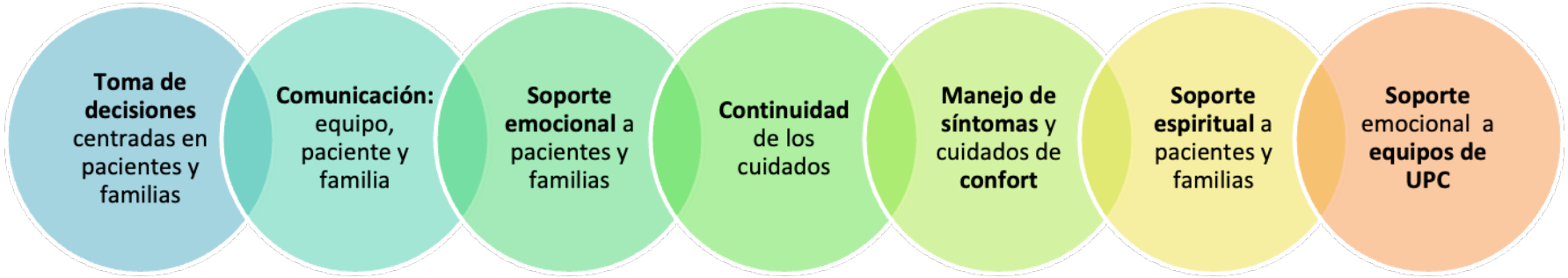
¿ Qué es una “buena muerte”?

“ Aquella libre de sufrimiento innecesario para pacientes, familiares y cuidadores; aquella que sucede en concordancia con los deseos del paciente y de manera razonablemente consistente con estándares clínicos, culturales y éticos…”

Approaching Death: Improving care at the end of life, Field MJ, Cassel CK. (Eds), Institute of Medicine National Academy Press, Washington DC 1997. p.4.

ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Indicadores de calidad cuidados de fin de vida en UPC



Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-of-Life Peer Workgroup
Crit Care Med 2003 Vol. 31, No. 9

ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Cuidados Paliativos

Son la asistencia activa y holística de personas que presentan **sufrimiento severo** relacionado con la salud debido a una **enfermedad grave**, especialmente de quienes están en el **final de su vida**. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes, familias y cuidadores.

IAHPC Consensus-Based Definition 2019

* Se entiende como **enfermedad grave**, cualquier enfermedad o afección, aguda o crónica, que cause un **deterioro significativo de la salud** y que pueda conducir a un **deterioro o discapacidad a largo plazo, o provocar la muerte.**

Knaul F. The Lancet Commission Report, 2018.

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Competencias de los equipos de CP

Control de síntomas

Comunicación sensible y efectiva

Apoyo en toma de decisiones

Apoyo psicosocial

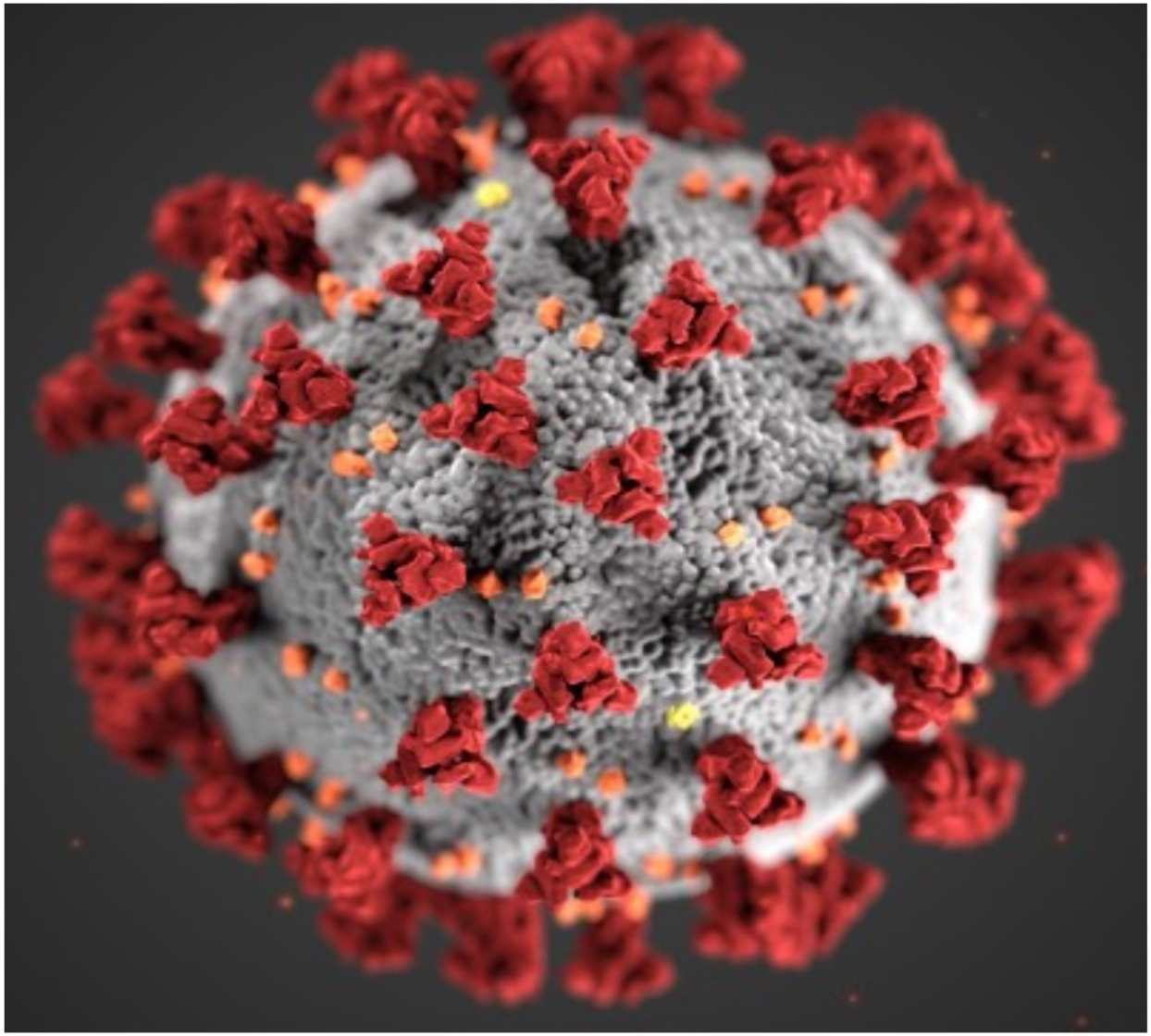
Apoyo espiritual

Continuidad de los cuidados

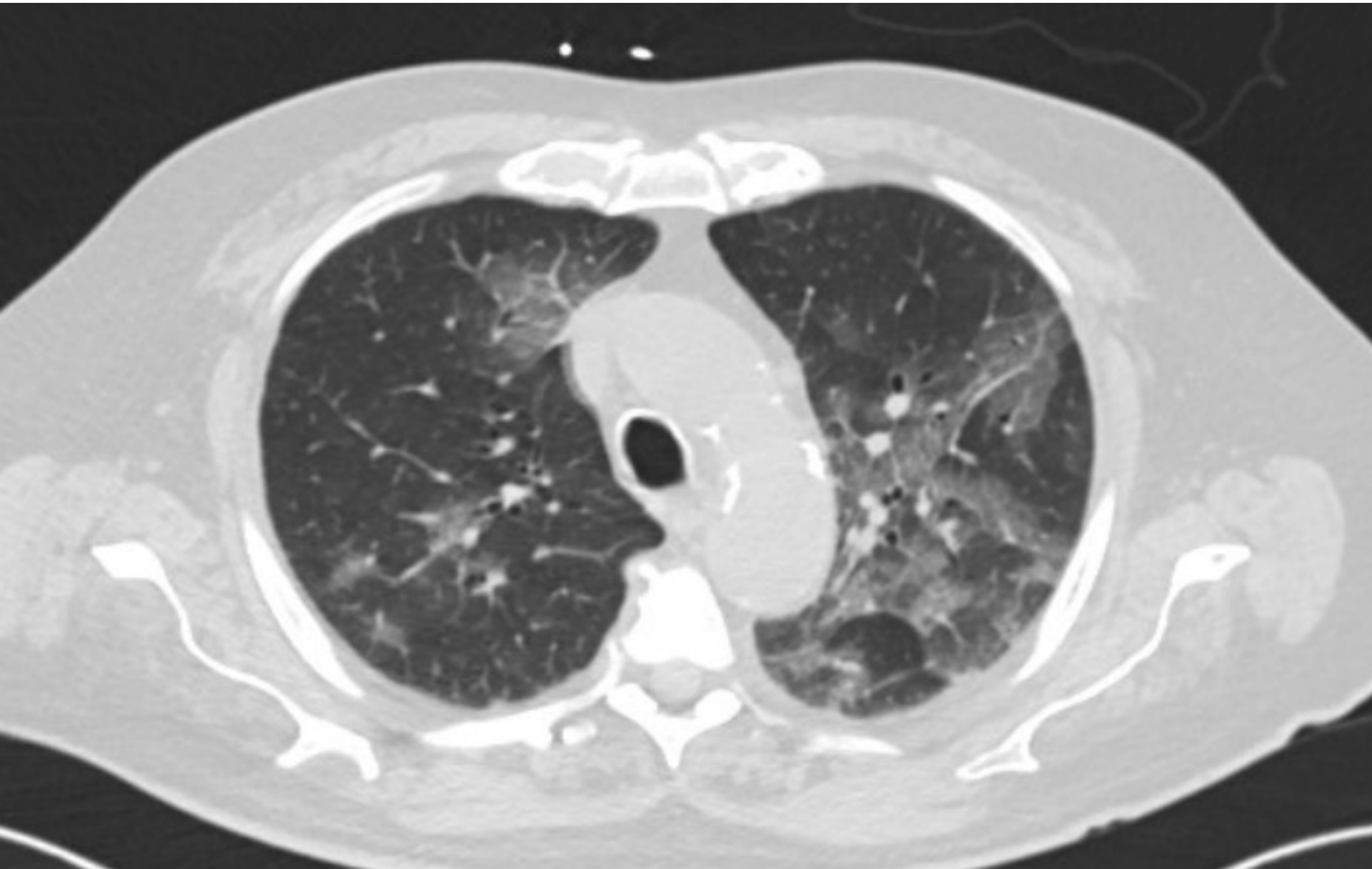
Morrison RS, Meier DE. *N Engl J Med* 2004



CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA DE SALUD



Don Juan, 90 años, Ingeniero Civil-Jubilado
Motivo de ingreso a Unidad Intermedio: Neumonía **COVID-19**



Paciente grave / alto riesgo de fallecimiento UPC



Evidencia sobre impacto de intervenciones paliativas de fin de vida en UPC

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

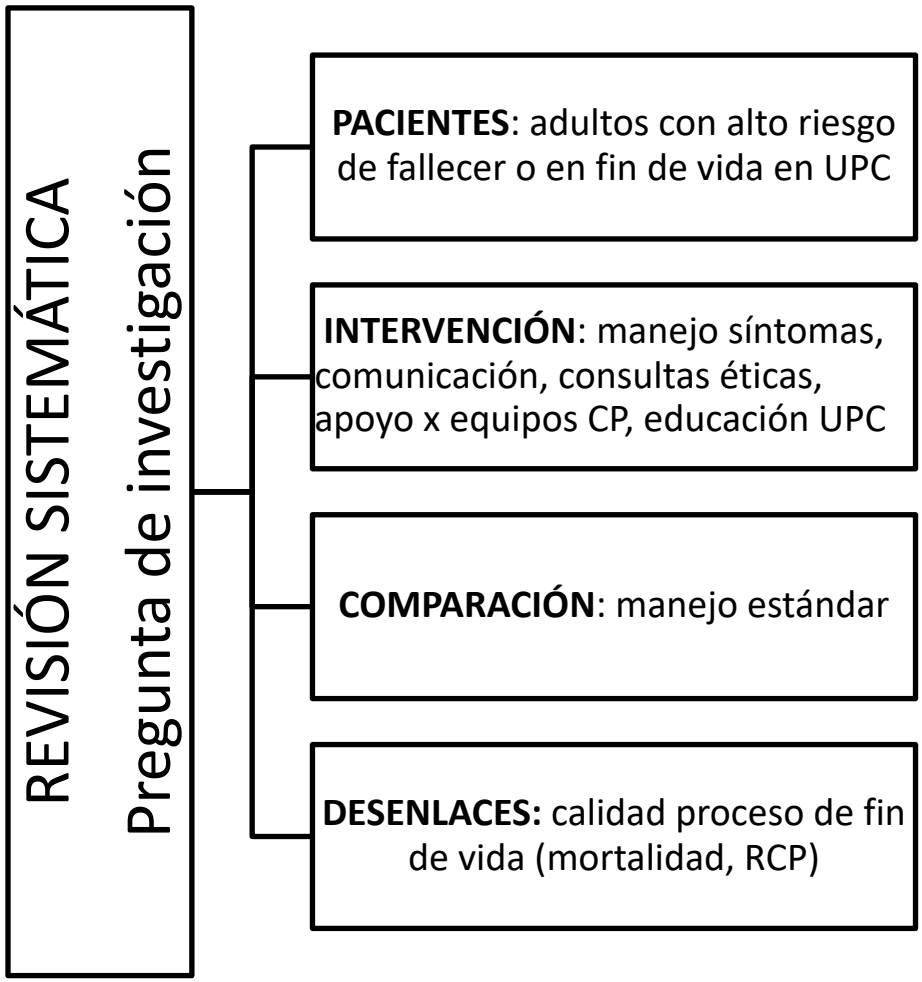
Revisión Sistemática

Objetivo: determinar el impacto de intervenciones de cuidados paliativos (CP) o de fin de vida, en la calidad del proceso de muerte de pacientes en UPC.

Revisión Sistemática

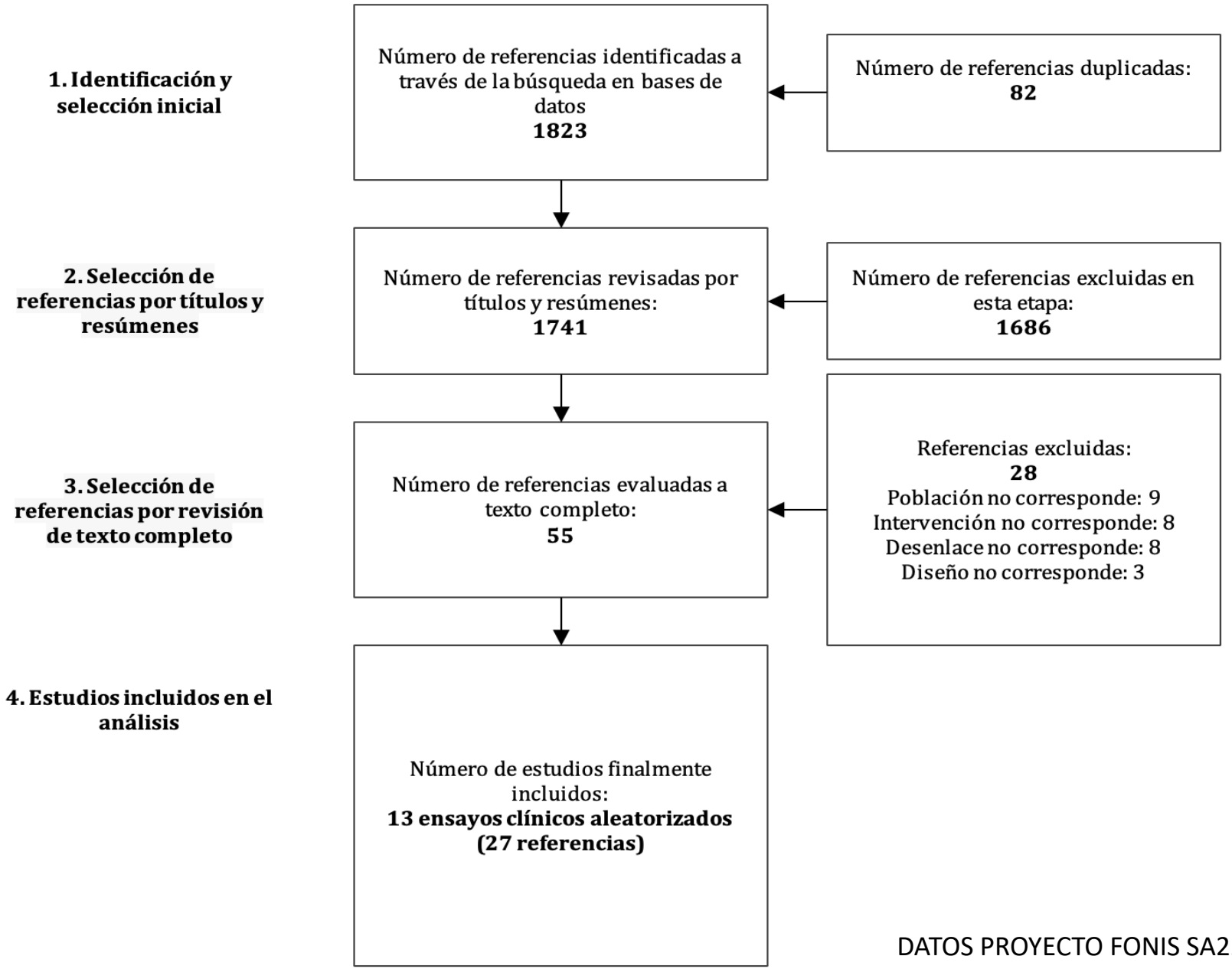
Método: búsqueda exhaustiva de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evaluaron el efecto de intervenciones de CP o de fin de vida en pacientes con alto riesgo de fallecer en UPC.

Búsqueda en: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PUBMED, Embase y en bases de datos disponibles en ScienceDirect, abarcando hasta Junio del año 2023.



DATOS PROYECTO FONIS SA22I0177 UNIVERSIDAD DE CHILE

Flujograma PRISMA



DATOS PROYECTO FONIS SA22I0177

Evaluación de riesgo de sesgo de los ECA incluidos



DATOS PROYECTO FONIS SA22I0177 UNIVERSIDAD DE CHILE

Estudio	Clasificación intervención	Participantes (n) diseño	Contexto Equipo
Campbell M 2022 (18)[1] (Estados Unidos)	Gestión de síntomas y dolor	Intervención: 48 Control: 120 *Cluster* ECA[2]	No reportado
Cheung W 2010 (25)	Integración del equipo de cuidados paliativos	Intervención: 10 Control: 10 *ECA* factibilidad	1 UCI general Médico cuidados paliativos y enfermera
Cosmic-EOL 2022 (13) Francia	Comunicación con los pacientes y familiares Apoyo emocional para los familiares	Intervención: 17 centros, 484 familiares Control: 17 centros, 391 pacientes *Cluster* ECA	34 UCIs (quirúrgicas y medicas) Medico y enfermeras
Curtis J 2011 (16) Estados Unidos	Mejora de calidad	Intervención: 669 basal y 514 post Control: 570 basal y 565 post *Cluster* ECA	12 hospitales
Curtis J 2016 (22) Estados Unidos	Comunicación con los pacientes y familiares (facilitador de comunicación)	Intervención: 82 pacientes, 131 familiares Control: 86 pacientes, 137 familiares ECA	5 UCIs de 2 hospitales Enfermera y trabajador social
Helgeson S 2023 (24) Estados Unidos	Integración del equipo de cuidados paliativos	Intervención: 50 pacientes Control: 41 pacientes ECA	1 UCI médica Médico certificado en medicina paliativa o profesional de práctica avanzada con experiencia en medicina paliativa.

A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial

Nancy Kentish-Barnes, Sylvie Chevret, Sandrine Valade, Samir Jaber, Lionel Kerhuel, Olivier Guisset, Maëlle Martin, Amélie Mazaud, Laurent Papazian, Laurent Argaud, Alexandre Demoule, David Schnell, Eddy Lebas, Frédéric Ethuin, Emmanuelle Hammad, Sybille Merceron, Juliette Audibert, Clarisse Blayau, Pierre-Yves Delannoy, Alexandre Lautrette, Olivier Lesieur, Anne Renault, Danielle Reuter, Nicolas Terzi, Bénédicte Philippon-Jouve, Maud Fiancette, Michel Ramakers, Jean-Philippe Rigaud, Virginie Souppart, Karim Asehnoune, Benoît Champigneulle, Dany Goldgran-Toledano, Jean-Louis Dubost, Pierre-Edouard Bollaert, Renaud Chouquer, Frédéric Pochard, Alain Cariou, Elie Azoulay

- 34 UCI Francia
- Intervención interdisciplinaria a familias de pacientes en fin de vida: reunión familiar, visita de fin de vida asistida, reunión post-fallecimiento.

Kentish-Barnes N, Lancet 2022

Resultados: 484 familiares grupo intervenido vs 391 grupo control.

- **Desenlace 1°** : < frecuencia e intensidad de duelo prolongado a 6 meses, en grupo intervenido.
  PG-13 ≥30, 15% vs 21% p=0·035. Median PG-13 mean difference 2·5, 95% CI 1·04–3·95.

- **Desenlaces 2°** : mejor experiencia de familiares (CAESAR scale, QODD y comunicación scale MISS-21).

Kentish-Barnes N, Lancet 2022

Estudio	Clasificación intervención	Participantes (n) diseño	Contexto Equipo
Kirchhoff KT 2008 (23) Estados Unidos	Estrategia Comunicacional	Intervención: 10 pacientes Control: 10 pacientes Piloto ECA	1 UCI Médico y enfermera
Liu X 2022 (19) China	Toma de Decisiones Compartidas entre Familiares y Clínicos.	Intervención: 223 pacientes Control: 325 pacientes *Cluster* ECA	6 UCIs Médicos residentes, becados y enfermera.
Ma J 2019 (15) Estados Unidos	Integración temprana del equipo de cuidados paliativos	Intervención: 117 pacientes Control 116 pacientes *Cluster* ECA	2 UCIs médicas Médico certificado en medicina paliativa, enfermera, becado de medicina paliativa, trabajador social y sacerdote
Noome M 2016 (17) Países bajos	Mejora de calidad (apoyo en implementación de GPC de cuidados de fin de vida)[3].	Intervención: 18 familiares Control 15 familaires *Cluster* ECA	Enfermeras
Schneiderman L 2000 (20) Estados Unidos	Comunicación con los pacientes y familiares (consultas éticas)	Intervención: 35 pacientes Control: 35 pacientes ECA	UCI médica en un hospital universitario Consultor ético
Schneiderman L 2003 (21) Estados Unidos	Comunicación con los pacientes y familiares (consultas éticas)	Intervención: 276 pacientes Control: 270 pacientes ECA	7 UCIs Consultor ético
White D 2018 (14) Estados Unidos	Apoyo a la familia en diversos aspectos entregado por el equipo de UCI	Intervención: 547 pacientes, 429 familiares Control: 873 pacientes, 677 familiares Stepped-wedge cluster ECA	5 UCIs (neurocrítica, quirúrgica, medicas) Medico y enfermeras

Author Manuscript

HHS Public Access
Author manuscript
Crit Care Med. Author manuscript; available in PMC 2020 December 01.

Published in final edited form as:
Crit Care Med. 2019 December ; 47(12): 1707–1715. doi:10.1097/CCM.0000000000004016.

Early Palliative Care Consultation in the Medical ICU: A Cluster Randomized Crossover Trial

Jessica Ma, MD[1], Stephen Chi, MD[2], Benjamin Buettner, MD[2], Katherine Pollard, MD[3], Monica Muir, DO[4], Charu Kolekar, MD[4], Noor Al-Hammadi, MBChB, MPH[5], Ling Chen, PhD[5], Marin Kollef, MD[3], Maria Dans, MD[4]

- Inclusión: pacientes alto riesgo (enfermedades crónicas avanzadas, FOM).
- ECR: derivación precoz a equipos de CP (97 pacientes) vs manejo estándar x UPC (102 pacientes).
- Intervención de equipo de CP interdisciplinario: evaluación estandarizada, reuniones familiares, interacción CP/UPC.

Ma J, Crit Care Med 2019

Resultados: favorables a “grupo intervención”

- Desenlace 1º: > precocidad definición no RCP p<0.0001 Log-Rank-Test

- Desenlaces 2º:

  > Cantidad órdenes no RCP (50.5% vs 23.4% p<0.0001)
  < Nr. días ventilación mecánica invasiva (4 vs 6 días; p<0.05)
  < Frecuencia de traqueostomías (1% vs 7.8%; p<0.05)

Ma J, Crit Care Med 2019

Estudio	Clasificación intervención	Participantes (n) diseño	Contexto Equipo
Kirchhoff KT 2008 (23) Estados Unidos	Estrategia Comunicacional	Intervención: 10 pacientes Control: 10 pacientes Piloto ECA	1 UCI Médico y enfermera
Liu X 2022 (19) China	Toma de Decisiones Compartidas entre Familiares y Clínicos.	Intervención: 223 pacientes Control: 325 pacientes *Cluster* ECA	6 UCIs Médicos residentes, becados y enfermera.
Ma J 2019 (15) Estados Unidos	Integración temprana del equipo de cuidados paliativos	Intervención: 117 pacientes Control 116 pacientes *Cluster* ECA	2 UCIs médicas Médico certificado en medicina paliativa, enfermera, becado de medicina paliativa, trabajador social y sacerdote
Noome M 2016 (17) Países bajos	Mejora de calidad (apoyo en implementación de GPC de cuidados de fin de vida)[3].	Intervención: 18 familiares Control 15 familaires *Cluster* ECA	Enfermeras
Schneiderman L 2000 (20) Estados Unidos	Comunicación con los pacientes y familiares (consultas éticas)	Intervención: 35 pacientes Control: 35 pacientes ECA	UCI médica en un hospital universitario Consultor ético
Schneiderman L 2003 (21) Estados Unidos	Comunicación con los pacientes y familiares (consultas éticas)	Intervención: 276 pacientes Control: 270 pacientes ECA	7 UCIs Consultor ético
White D 2018 (14) Estados Unidos	Apoyo a la familia en diversos aspectos entregado por el equipo de UCI	Intervención: 547 pacientes, 429 familiares Control: 873 pacientes, 677 familiares Stepped-wedge cluster ECA	5 UCIs (neurocrítica, quirúrgica, medicas) Medico y enfermeras

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 JUNE 21, 2018 VOL. 378 NO. 25

A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units

D.B. White, D.C. Angus, A.-M. Shields, P. Buddadhumaruk, C. Pidro, C. Paner, E. Chaitin, C.-C.H. Chang, F. Pike, L. Weissfeld, J.M. Kahn, J.M. Darby, A. Kowinsky, S. Martin, and R.M. Arnold, for the PARTNER Investigators*

ECR multicéntrico.

"PARTNER“: intervención comunicacional de enfermería paliativa integrada a equipo UCI, orientada a familias de pacientes con alta mortalidad (>40%).

White DB, N Engl J Med 2018

Resultados: 1.420 pacientes.

- **Desenlace 1° familiares: ansiedad, depresión, SEPT a 6 meses**

  HADS 11.7 and 12.0 P=0.61 + IES score 21.2 and 20.3 P=0.49.

- **Desenlaces 2° :**

- **Días en UCI fallecidos**: 4.4 intervención vs. 6.8 control p<0.001
- **Quality of communication score** (0-100):62.7 control vs. 69.1 intervención p=0.001.
- **Patient Perception of Patient Centeredness** PPPC modificada 1.7 vs. 1.8 p=0.006

White DB, N Engl J Med 2018

Resultados

- **Desenlace 1° ansiedad, depresión, SEPT familiares a 6 meses del fallecimiento: NS**

- **Desenlaces 2° : significativos**

< Días en UCI fallecidos, mejor calidad de comunicación con familiares y mejor percepción de cuidados de fin de vida.

White DB, N Engl J Med 2018

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Síntesis Resultados (*tabla sof*)

Narrativos + Metaanálisis parcial

RESULTADOS

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave
		Sin intervención de fin de vida	Con intervención de fin de vida	Diferencia (IC 95%)		
Calidad del proceso de fallecer	- 2 ECA	Un estudio evaluó el impacto de una intervención enfocada en comunicación proactiva y apoyo a familiares. 484 pacientes que fallecieron en UCI fueron aleatorizados a recibir la intervención y 391 al cuidado habitual. En este estudio, se observó que los pacientes que fueron asignados al grupo intervención tuvieron una mejor calidad del proceso de fallecer con un diferencia estadísticamente significativa (8.5 ±1.9 y 7.8 ± 1.9; valor p = 0.02). Un estudio evaluó el impacto de una intervención de mejorar de la calidad de los cuidados de fin de vida. En el grupo que recibió la intervención se analizaron 669 participantes previo a la intervención y 514 participantes posterior a la intervención. En el grupo control se analizaron 570 participantes previo a la intervención y 565 participantes posterior a la intervención. En este estudio no se reportó una diferencia significativa en el cambio de puntaje del cuestionario QODD evaluado por los familiares (valor p = 0.33).			⊕⊕◯◯ Baja	Las intervenciones de fin de vida podrían mejorar la calidad del proceso de fallecer en las unidades de paciente crítico

RESULTADOS

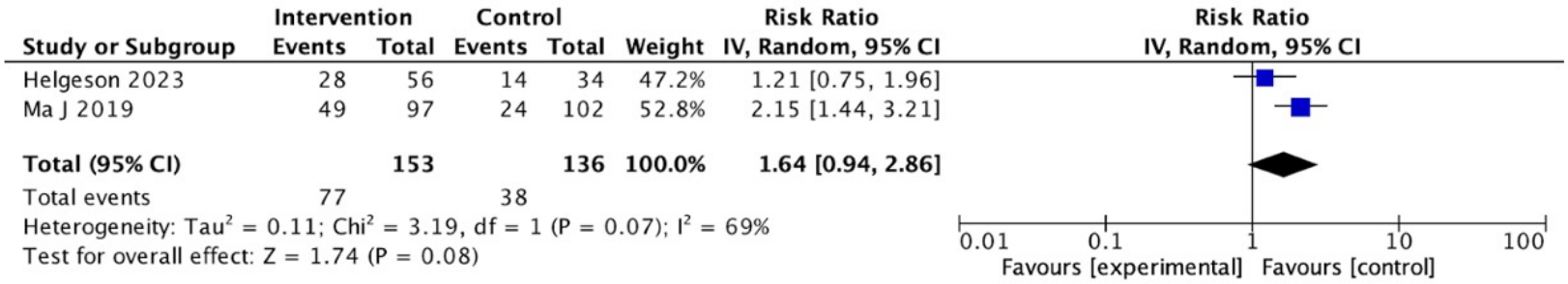
Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave
		Sin intervención de fin de vida	Con intervención de fin de vida	Diferencia (IC 95%)		
Satisfacción de los familiares	5 ECA [2-6]	Un estudio evaluó el impacto de una intervención enfocada en comunicación proactiva y apoyo a familiares. Los familiares del grupo de intervención reportaron mayores niveles de satisfacción: 6.1 ± 1.1 en el grupo intervención y de 5.8 ± 1.2 en el grupo control, medido a través del instrumento 21-MISS. Un estudio evaluó el impacto de una intervención de apoyo a los familiares. En este estudio se incluyeron 547 participantes en el grupo intervención y 873 participantes en el grupo control. Los familiares de los pacientes en el grupo intervención presentaron mayores niveles de satisfacción con la comunicación y la toma de decisiones, en comparación al grupo control, con una media ajustada de puntaje de comunicación (QOC score) de 69.1 (IC 95%, 66.2 a 72.0) para el grupo intervención y de 62.7 (IC 95%, 60.4 a 65.0) en el grupo control (valor p = 0.001). Otro estudio evaluó el impacto de una intervención comunicacional y educacional en 171 familias del grupo que recibió la intervención y 247 familias del grupo control. El grupo que recibió la intervención tuvo puntajes más altos de satisfacción en comparación al grupo control, con una media ajustada de 73.44 (IC 95%, 70.95 a 75.92) y 69.39 (IC 95% 67.47 a 71.32) (valor p = 0.0001).			⊕⊕⊕◯[b] Moderada	Las intervenciones de fin de vida de tipo comunicacional y de apoyo familiar probablemente mejoran la satisfacción de los familiares de pacientes con alto riesgo de fallecer en UPC.

RESULTADOS

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave
		Sin intervención de fin de vida	Con intervención de fin de vida	Diferencia (IC 95%)		
Experiencia de los familiares	- 2 ECA	Un estudio evaluó el número de participantes que reportaron haber vivido un proceso de muerte difícil a través del instrumento CAESAR score (puntaje ≤ 59). En total se evaluaron 433 participantes del grupo intervención y 352 participantes del grupo control. Un menor número de familiares del grupo que recibió la intervención de comunicación proactiva y apoyo emocional, reportaron un proceso de muerte difícil en comparación al grupo control *(RR 0.61, IC 95% 0.45 a 0.84)* Otro estudio evaluó el efecto de una estrategia comunicacional en 10 pacientes que recibieron la intervención y lo comparó con 10 pacientes que recibieron el tratamiento estándar. Los familiares reportaron haber recibido más información y mayor comprensión del proceso de fallecimiento del familiar. Un estudio evaluó el impacto de la implementación de GPC de cuidados de fin de vida. Se analizaron datos de 18 familiares en el grupo intervención y 15 del grupo control. La intervención estuvo asociada a mayor tranquilidad de los familiares durante el proceso y mayor satisfacción con los cuidados entregados por el equipo de enfermería.			⊕⊕⊕⊕ Alta	Las intervenciones de comunicación proactiva y apoyo a la familia mejora las experiencia vivida por los familiares de pacientes que fallecen en la unidad de pacientes críticos.

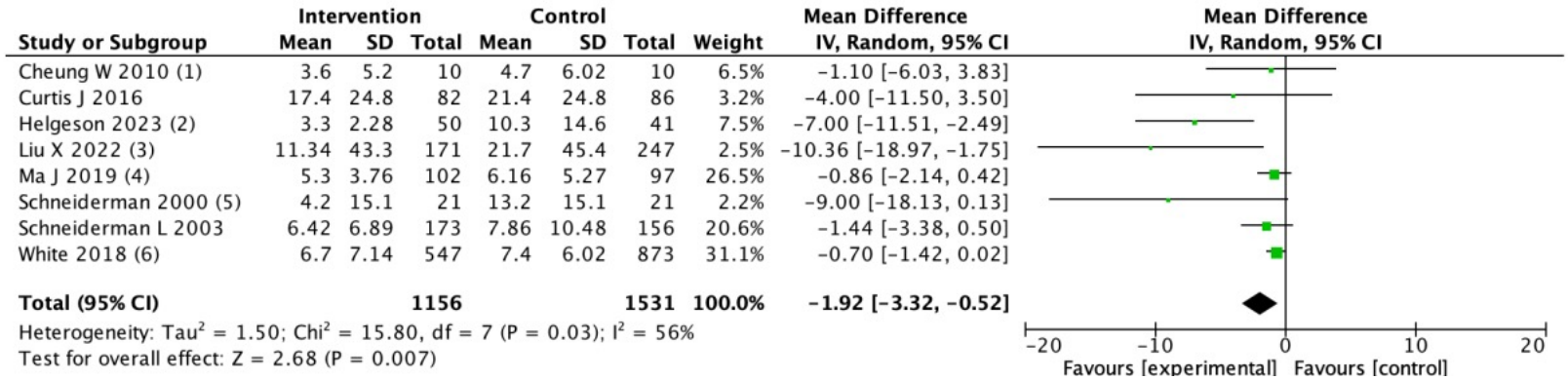
RESULTADOS

Cambio en la decisión de no reanimar y no intubar	RR 1.64 *(IC 95% 0.94 a 2.86)* 289 participantes en 2 ECA	279 por 1000	458 por 1000 *(263 a 799)*	179 más *(de 17 menos a 520 más)*	⊕⊕◯◯ Baja	Las consultas tempranas de los equipos de cuidados paliativos podrían aumentar las decisiones de no reanimar y no intubar en pacientes con alto riesgo de mortalidad que se encuentran en la

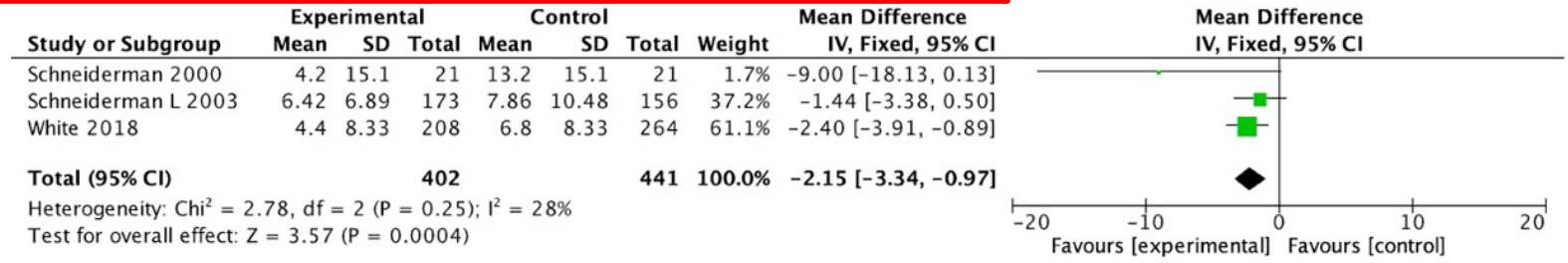


RESULTADOS

Días de estadía en UCI	2687 participantes en 8 ECA	La media de días de estadía en UCI fue de 7.4 días	DM 1.92 días menos (de 3.32 días menos a -0.52 días menos)	-	⊕⊕⊕◯ Moderada	Las intervenciones de fin de vida probablemente reducen los días de estadía en UCI de los pacientes con alto riesgo de mortalidad que se encuentran en unidades de paciente crítico



DÍAS EN UPC DE PACIENTES FALLECIDOS



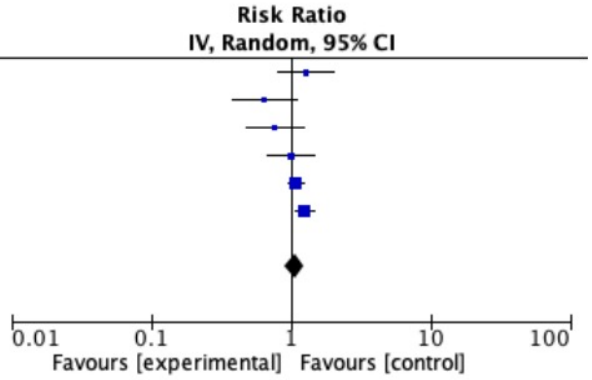
DATOS PROYECTO FONIS SA22I0177 UNIVERSIDAD DE CHILE

RESULTADOS

Mortalidad	RR 1.07 *(IC 95% 0.91 a 1.25)* *2346 participantes en 6 ECA*	373 por 1000	400 por 1000 *(de 340 a 467)*	26 más por 1000 *(de 34 menos a 93 más)*	⊕⊕⊕◯ Moderada	En pacientes con alto riesgo de mortalidad en UCI, las intervenciones de fin de vida probablemente no tienen un efecto significativo en la mortalidad hospitalaria

Study or Subgroup	Intervention Events	Total	Control Events	Total	Weight	Risk Ratio IV, Random, 95% CI
Cheung W 2010	9	10	7	10	9.4%	1.29 [0.82, 2.03]
Helgeson 2023	15	50	19	41	7.2%	0.65 [0.38, 1.11]
Ma J 2019	22	97	30	102	8.8%	0.77 [0.48, 1.24]
Schneiderman 2000	21	35	21	35	12.2%	1.00 [0.68, 1.47]
Schneiderman L 2003	173	276	156	270	31.7%	1.08 [0.95, 1.24]
White 2018 (1)	208	547	264	873	30.6%	1.26 [1.09, 1.46]
Total (95% CI)		**1015**		**1331**	**100.0%**	**1.07 [0.91, 1.25]**
Total events	448		497			

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.02$; $Chi^2 = 9.67$, df = 5 (P = 0.09); $I^2 = 48\%$
Test for overall effect: Z = 0.80 (P = 0.42)



Footnotes
(1) Estimación ajustada: OR 1.43 (IC 95% 1.10-1,87)

En síntesis,
Intervenciones de CP/fin de vida en UPC se asocian a:

- ✓ Mejor valoración de la **experiencia vivida por familiares de pacientes fallecidos** (alta certeza de evidencia).
- ✓ Mayor **satisfacción de familiares de pacientes con alto riesgo de fallecer** (moderada certeza de evidencia).
- ✓ Mayor **frecuencia de órdenes de no reanimar** en pacientes con alto riesgo de fallecer (RR 1.64, IC 95% 0.94 a 2.86) (baja certeza de evidencia).
- ✓ **Menor Nr días estadía en UPC de pacientes fallecidos** (dif. medias -2.15, IC 95% -3.34 - 0.97) (moderada certeza de evidencia).

* Intervenciones de CP probablemente no aumentan la mortalidad hospitalaria de pacientes con alto riesgo de fallecer en UPC

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

LOS FINES DE LA MEDICINA

1. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
2. El alivio del dolor y sufrimiento causado por enfermedades.
3. El cuidado y curación de quienes padecen enfermedad, y el cuidado de los que no pueden ser curados.
4. La prevención de una muerte prematura y el posibilitar una muerte en paz.

The Goals of Medicine. The forgotten issues in health care reform.
The Hasting Center. Mark J. Hanson and Daniel Callahan.
Georgetown University Press, Washington DC, 1999.

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Los fines de la medicina requieren para su consecución componentes estrechamente relacionados entre sí: **saber técnico** y **saber ético (y un contexto legal)**.

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Marco legal

- Obligación institucional de brindar un trato digno a pacientes en fin de vida en todos los niveles asistenciales.
  Ley 20.584/2012 Derechos y deberes de personas en relación a atención de salud.

- Obligación de brindar cuidados paliativos a pacientes oncológicos.
  Ley 19.966/2004 Regula régimen de garantías explícitas en salud.

- Provisión de cuidados paliativos de calidad, humanización del trato y asistencia espiritual a los pacientes.
  Ley 21.258/2020 Nacional de cáncer Claudio Mora.

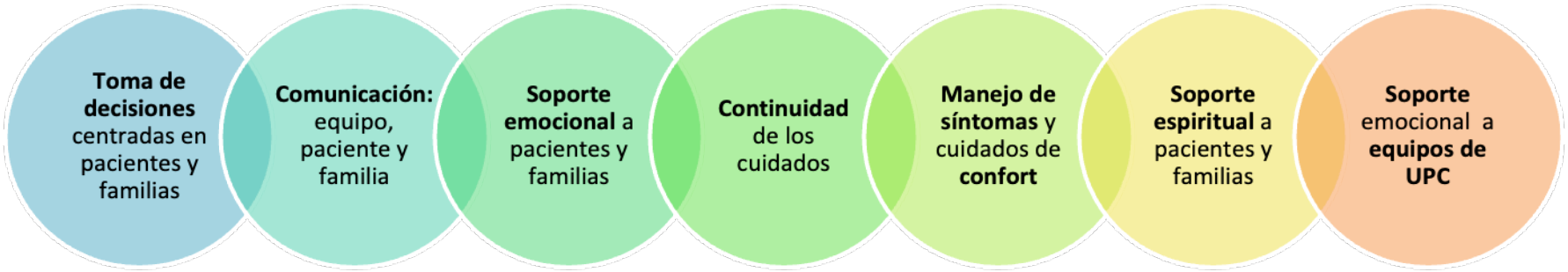
- Acceso oportuno a cuidados paliativos a todas las personas que padecen enfermedades graves o terminales.
  Ley 21.375/2022 Cuidados Paliativos Universales.

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE INTEGRACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS OPORTUNOS Y EFECTIVOS EN UPC



Indicadores de calidad de cuidados de fin de vida en UPC

Competencias de equipos de Cuidados Paliativos



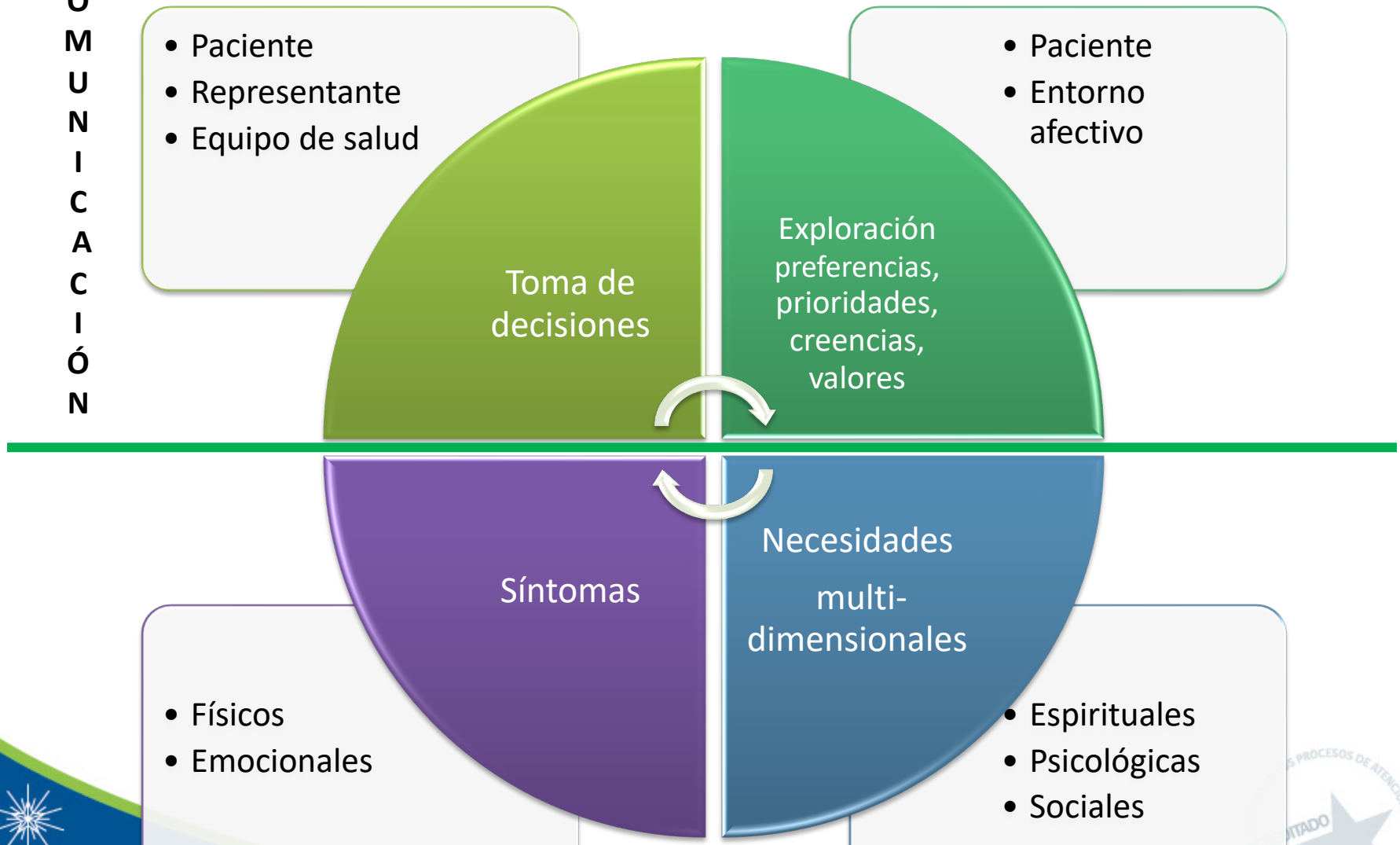
CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Recomendaciones Sociedades Científicas:
INTEGRACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UPC

The Ethics Committee Society of Critical Care Medicine	Truog RD, Crit Care Med 2001
An official American Thoracic Society workshop report	Mularski, Ann Am Thorac 2013
Expert Review: Palliative care integration in ICU	Cook D, NEJM 2014
WELPICUS worldwide professional consensus	Sprung Ch, Am J Respir Crit Care Med 2014
Canadian Critical Care Society + Critical Care Nurses	Downar, Intens Care Med 2016
American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement	Kon, Crit Care Med 2016
Society of Critical Care Medicine	Davidson, Crit Care Med 2017
Ten Key Points About ICU Palliative Care	Edwards J, Intensive Care Med2017
Canadian Critical Care Society	Bandrauck, Can J Anesth/J Can Anesth 2017
German Society of Hematology and Medical Oncology, Austrian Society of Hematology and Oncology	Kiehl, Annals of hematol 2018
Framework to Support the Process of Decision Making on Life-Sustaining Treatments in the ICU (Australia)	Kerckhoffs M, Crit Care Med2020
Guía de recomendaciones para cuidados de fin de vida en Chile	Amthauer M et al., SOCHIMI 2020
Nurses National Position Paper (Australia)	Bloomer, Autsr Crit Care 2021
German Medical Societies Guideline	Michels, Crit Care Med 2023

CUIDADOS PALIATIVOS EN UPC

COMUNICACIÓN



CUIDADOS PALIATIVOS EN UPC

HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

COMUNICACIÓN

- Respeto autonomía: beneficencia, no maleficencia

PLAN DE ADECUACIÓN ESFUERZO TERAPÉUTICO

- Proceso
- Etapas

ENTREVISTA PACIENTES

REUNIONES FAMILIARES

ESTRATEGIAS DE TAMIZAJE Y MANEJO DE SÍNTOMAS

- Instrumentos
- Protocolos

ASISTENCIA ESPIRITUAL

PSICOLÓGICA

- Trabajo iinterdisciplinario

PROYECTO FONIS SA22I0177: 2022 - 2024

Protocolo de cuidados paliativos para pacientes adultos que fallecen en UPC. Ensayo clínico multicéntrico.

Morir con dignidad en UPC

Vivir con dignidad hasta la muerte

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADO
Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Muchas gracias por su atención

apalmabehnke@gmail.com

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA DE SALUD