

POCDE – Point of Care Delirium Education

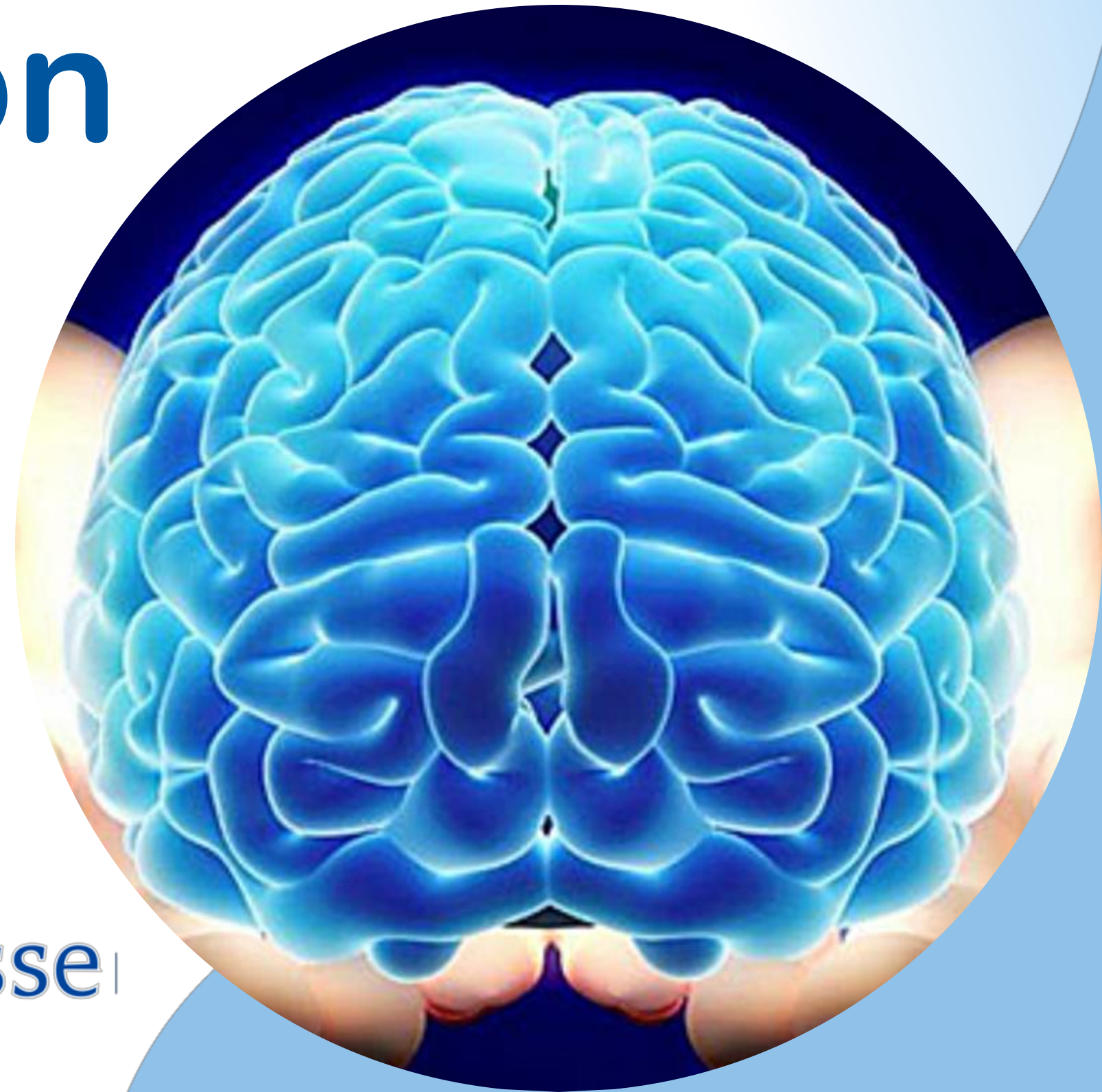
Programa Nacional de Capacitación
en Prevención y Manejo del Delirium
en la Unidad de Cuidados Intensivos

Dra. Patricia Mesa
Lic. Cinthya Lecor

Equipo por UNA UCI SIN DELIRIUM

<https://delirium-uci.uy/>

CTI – Hospital Pasteur





ÍNDICE

CAPÍTULO 1

DELIRIUM: CONCEPTO E IMPORTANCIA

CAPÍTULO 2

DELIRIUM – ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL

CAPÍTULO 3

DELIRIUM – ANTECEDENTES EN EL URUGUAY

CAPÍTULO 4

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN

Delirium o síndrome confusional agudo

Se caracteriza por:

- 1) Alteración de la conciencia** (reducción del nivel de vigilia)
- 2) Trastorno de la atención** (reducción en la capacidad para centrar, mantener o desplazar la atención)
- 3) Deterioro en la función cognitiva** que se manifiesta por alteración de la orientación temporo espacial y disminución de la memoria.

El delirium junto con la demencia y los trastornos amnésicos forman parte de los síndromes, cuyo punto cardinal es el **trastorno cognitivo**.

¿El delirium solo se presenta en la UCI?

El DELIRIUM no solo se presenta en la UCI

- Domicilio
- Emergencia
- Sala de cuidados moderados
- Sala de cuidados intermedios
- Block quirúrgico
- Sala de recuperación anestésica
- Sala de cuidados paliativos
- Residencia de pacientes de edad avanzada

¿Qué incidencia tiene el Delirium en la UCI?

En pacientes
con
ventilación
mecánica
invasiva
el delirium es de
50% al 80%

En pacientes
sin
ventilación
mecánica
invasiva
el delirium es de
30% al 50%

¿Por qué el Delirium en la UCI genera elevados costos?



AUMENTA

- 2 a 3 veces la mortalidad a los 6 meses.
- la estadía hospitalaria.
- el riesgo de reingreso hospitalario de 3 a 4 veces.



DETERMINA DETERIORO COGNITIVO A LARGO PLAZO
(**SÍNDROME POST UCI**): DEMENCIA ADQUIRIDA

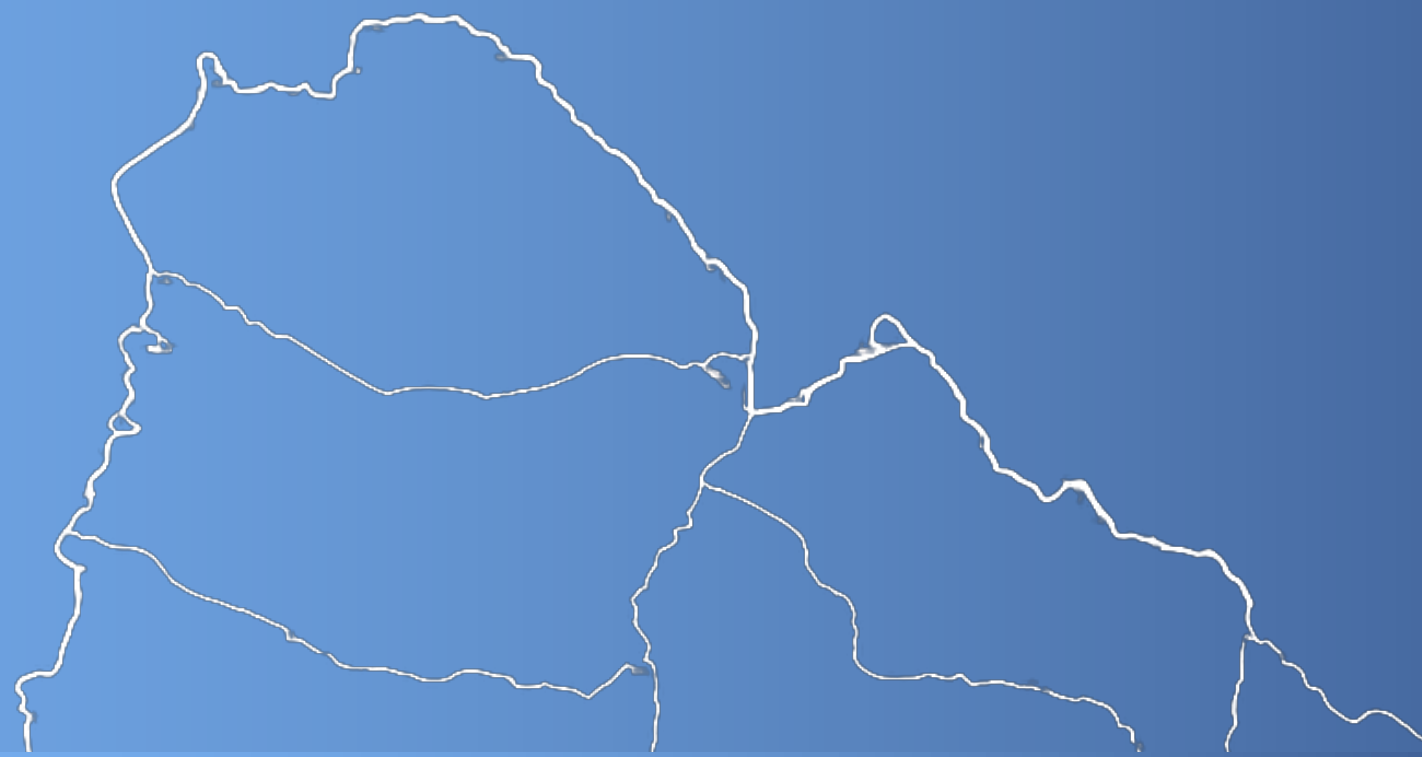


60-80%
*Deterioro
funcional*



50-70%
*Deterioro
psicológico*

50-70%
*Deterioro
cognitivo*



11.760 pacientes sobreviven a la UCI POR AÑO



Sobrevivientes a la UCI



Prevención y Manejo del Delirium

Según la Critical Care Medicine Society (CCMS), la piedra angular del tratamiento del delirium son las intervenciones no farmacológicas que se resumen en el paquete o bundle **ABCDEF (Awakening and Breathing Coordination, Delirium Assessment, Early Exercise and Mobilization and Family: despertar, coordinación respiratoria, monitoreo del delirium, ejercicio, movilización precoz y empoderamiento de la familia)**.

Evaluación

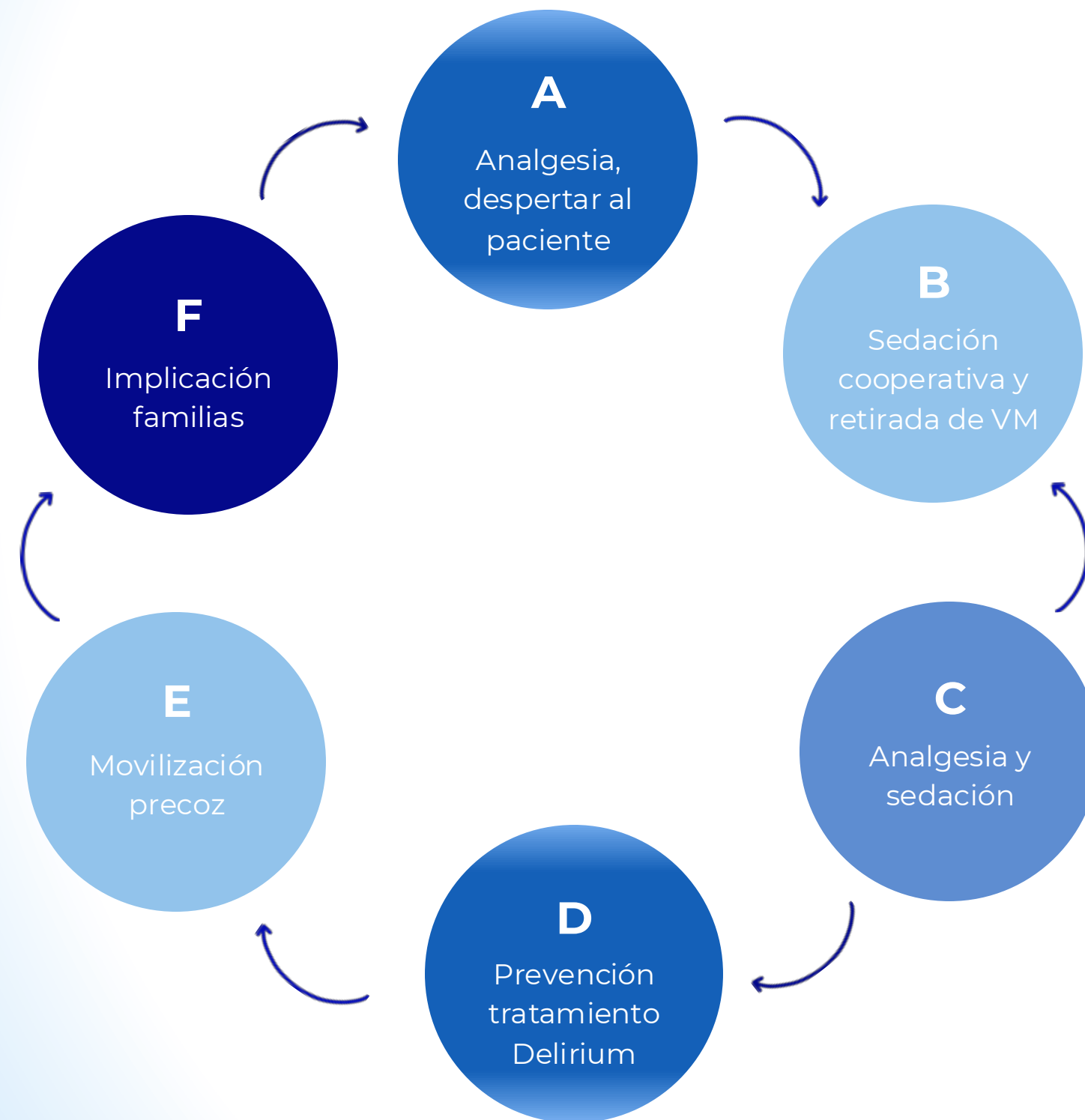
- ◆ CAM-ICU
- ◆ ABCDEF

Acciones claves

- ◆ Educación continua para personal sanitario
- ◆ Involucrar familia en cuidados
- ◆ Trabajo multidisciplinario constante
- ◆ HUMANIZACIÓN DE LA UCI

Prevención y Manejo del Delirium

Protocolo de liberación de la UCI: ABCDEF + GHRN



La aplicación precoz de las medidas del paquete ABCDEF Bundle reduce la carga asistencial, disminuye los días de estadía en UCI y los costos sanitarios.

Delirium y otros aspectos importantes

- ◆ **Pandemia por COVID - alta incidencia de delirium
Long COVID- alta incidencia de Síndrome Post UCI**
- ◆ **Humanización de la UCI**
- ◆ **La identificación del delirium es un indicador de calidad asistencial (Sociedades de Medicina Critica)**

La humanización puede reducir el riesgo de Delirium mediante:

01

Comunicación clara y tranquilizadora que disminuye la ansiedad.

02

Inclusión del paciente y su familia en decisiones, promoviendo su dignidad.

03

Creación de entornos menos estresantes y más confortables. Apoyo al personal con programas de salud mental.

04

Reducción del uso innecesario de sedantes mediante protocolos humanizados.

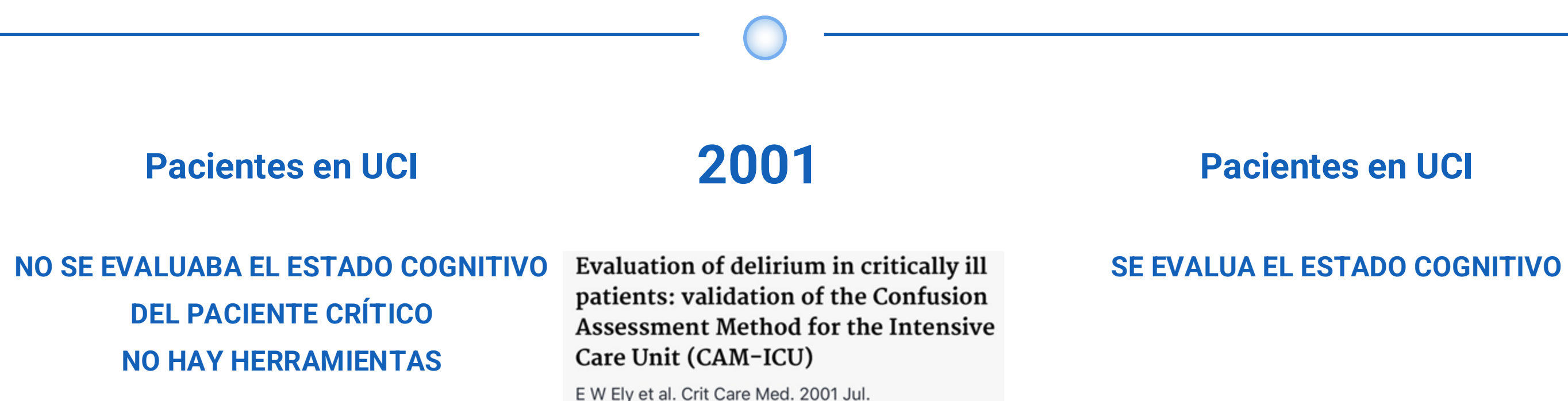
05

Evidencia clara de que las prácticas humanizadas disminuyen la incidencia de delirium.

CAPÍTULO 2

DELIRIUM – ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL

DELIRIUM – ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL

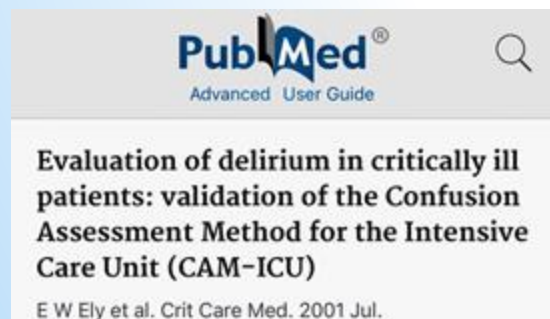


A partir del año 2001, la incorporación de herramientas específicas para evaluar el estado cognitivo en pacientes críticos marcó un antes y un después en el abordaje del delirium a nivel mundial. Esta evolución permitió avanzar significativamente en el diagnóstico, tratamiento y comprensión del cuadro, transformando la atención en las unidades de cuidados intensivos.

DELIRIUM – ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL

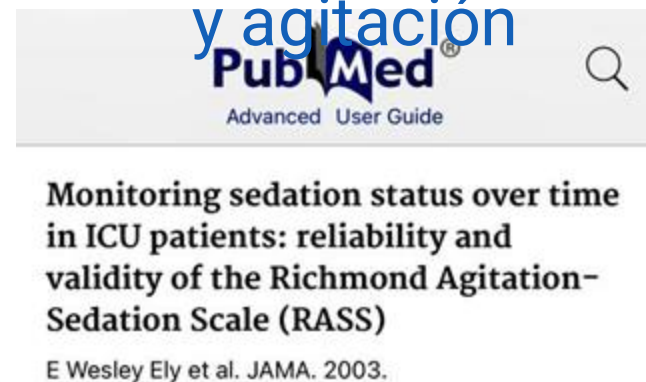
2001

Ely et al validan la herramienta de detección para el diagnóstico de delirium, **CAM-ICU**.
Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit.



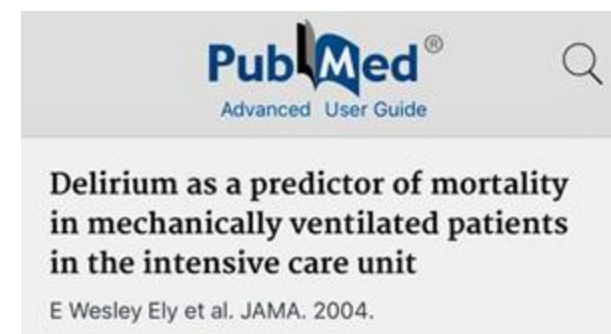
2003

La Sociedad de Medicina Crítica introduce **el RASS** (Richmond agitation sedation scale).evalua nivel de conciencia, sedación y agitación



2004

Se describe como factor independiente **predictor de mortalidad.**



2010

La Sociedad Americana de Medicina Crítica definió el **Síndrome post UCI** como disfunción física, cognitiva o psicológica POST UCI.



2013

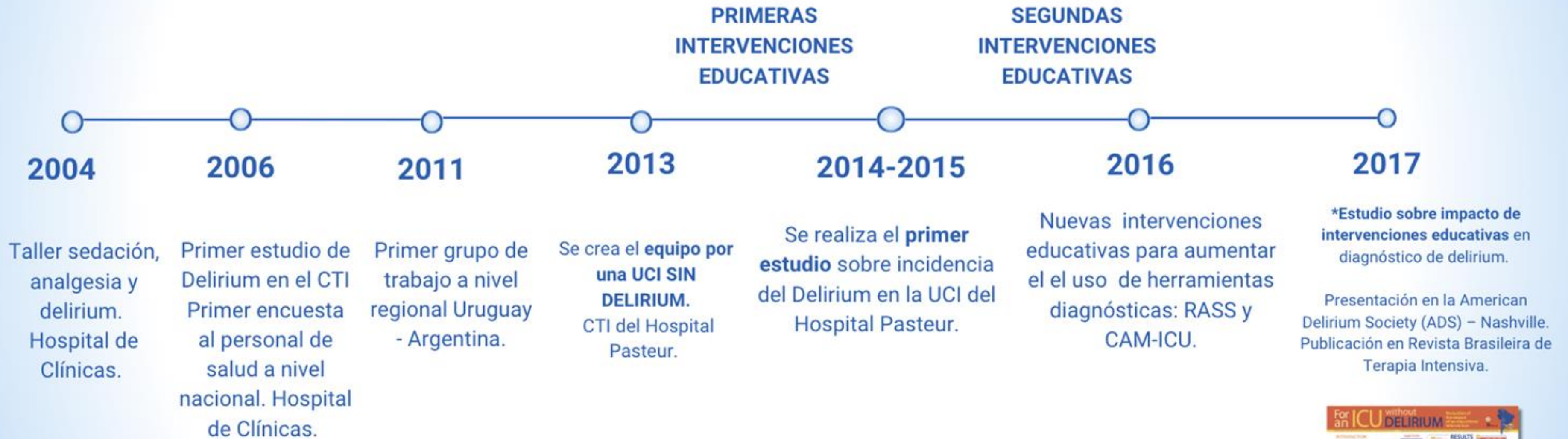
Primer estudio **BRAIN-ICU Study** donde se describe que **el Delirium se asocia a deterioro cognitivo**



CAPÍTULO 3

DELIRIUM – ANTECEDENTES EN EL URUGUAY

DELIRIUM – ANTECEDENTES EN URUGUAY



DELIRIUM – ANTECEDENTES EN URUGUAY

PRIMER ESTUDIO SOBRE SÍNDROME POST UCI (ASPECTOS COGNITIVOS, FÍSICOS, PSICOLÓGICOS).

TERCERAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Nuevo estudio observacional sobre incidencia de agitación y delirium, factores de riesgo y complicaciones asociadas.

2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025

Presentación de nuevos estudios en la ADS – San Francisco.
Creación del Latin American Society – Special Interest Group.
Inicio de estudio sobre Síndrome Post UCI (aspectos cognitivos, físicos, psicológicos).

1er Simposio Latinoamericano de Delirium – San Pablo.
Participación en la ADS – Boston. Invitación al Global Council on Brain Health (GCBH) y AARP para elaboración de recomendaciones globales.

Publicación del documento internacional "Preserving Your Brain Health..." por GCBH y AARP.

Inclusión de capítulos sobre delirium en el Libro de Protocolos del Hospital Pasteur.

Preserving Your Brain Health During Illness or Surgery:
GCBH Recommendations to Prevent and Treat Delirium

Global Council on Brain Health



EDITORIAL
How to end quiet suffering in the intensive care unit? Identifying and treating hypoactive delirium
Natalia Koffi, Fabrice Bouillon, Shirley Ly

CORRESPONDENCE
Identifying and treating hypoactive delirium: back to square one? Authors' reply
Natalia Koffi and Fabrice Bouillon

EDITORIAL
Delirium in the intensive care unit: a review of the literature
Natalia Koffi, Fabrice Bouillon, Shirley Ly

EDITORIAL
Agitación en la unidad de cuidados intensivos: evaluación de la incidencia, factores de riesgo y consecuencias antes y después de la implementación de un programa educativo
Natalia Koffi, Fabrice Bouillon, Shirley Ly

EDITORIAL
Evaluación del impacto de intervenciones educativas en la detección y el diagnóstico del delirium en una unidad de cuidados intensivos
Natalia Koffi, Fabrice Bouillon, Shirley Ly



La incidencia del Delirium
en pacientes con VMI fue de:

80%

DELIRIUM
aumentó



los días de VMI

los días de hospitalización
intra UCI

la longitud de estadía
hospitalaria

la mortalidad



La duración promedio del Delirium fue de 4 días



RMU
REVISTA MÉDICA
DEL URUGUAY



SMU
SINDICATO MÉDICO
DEL URUGUAY

Artículo original

Evaluación del impacto de intervenciones educativas en la detección y el diagnóstico del delirium en una unidad de cuidados intensivos

Patricia Mesa* , Cinthya Lecor , María Emilia Orellano , Silvina Favretto , Sonia Altez , José Da Luz ,
Lourdes Pereira , Claudia Peretti , Mariana Barros , Ana Soca , Julio Pontet 

Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

Fecha de recepción: 25-08-2024

Fecha de aceptación: 16-12-2024

*Correspondencia: Patricia Mesa. pmesa7@gmail.com

Carta al Editor

Agitación en la unidad de cuidados intensivos: evaluación de su incidencia, factores de riesgo y consecuencias antes y después de la implementación de un programa educativo

Agitation in the intensive care unit: evaluation of its incidence, risk factors, and consequences before and after the implementation of an educational program

Agitação na unidade de terapia intensiva: avaliação da sua incidência, fatores de risco e consequências antes e depois da implementação de um programa educativo

¿Qué encontramos después de las intervenciones educativas?

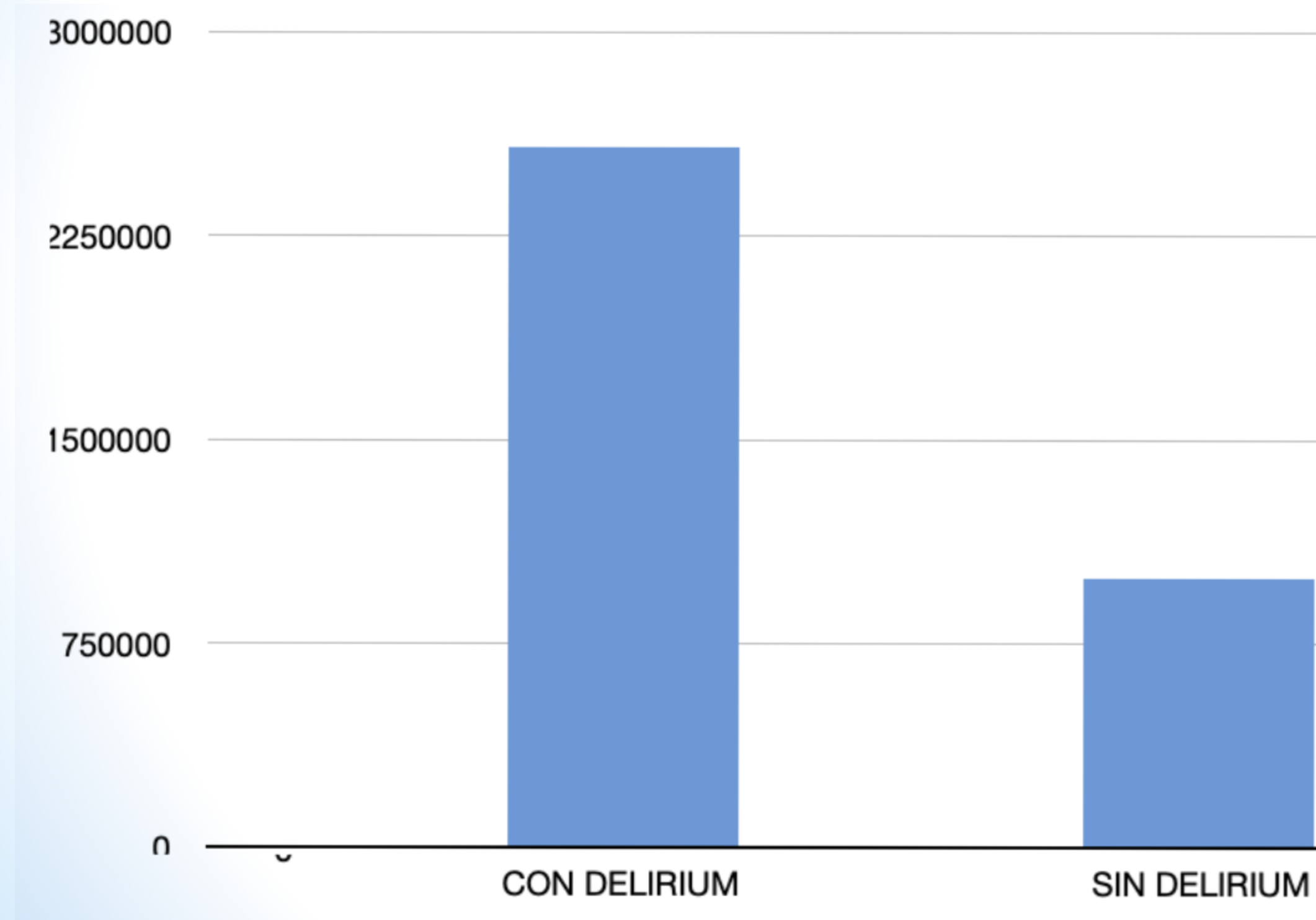
- ◆ *La educación aumentó 3 veces el uso de las herramientas diagnósticas*, aunque el nivel aún es inferior a lo recomendado por las guías internacionales.
- ◆ En pacientes con más de 48 hs. de VMI, la incidencia de delirium se mantiene en 79%.
- ◆ *La duración del delirium en el 2017 fue de 1.95 días comparado con 4 días en 2015*, lo que implica un impacto pronóstico relevante a nivel vital y funcional, al ser el delirium una disfunción.

Tabla 1. Características básicas de la población y resultados clínicos de acuerdo a condición de delirium sí/no.

Variable	Todos los pacientes (n=206)	Con Delirium (n=99)	Sin delirium (n=107)	Valor p
Edad	59,6 (DE 18,9)	64,1 (DE 19,1)	53,9 (DE 17,5)	0,001*
Sexo (género masculino)	124 (60%)	60 (29%)	64 (31%)	0,9***
Patología psiquiátrica	24 (12%)	16 (7,8%)	8 (4%)	0,052***
Alcohol	51 (25%)	31 (15%)	20 (10%)	0,036***
Tabaco	124 (60%)	61 (30%)	63 (31%)	0,688***
Drogas (PBC/cocaína)	17 (8%)	13 (6,3%)	4 (1,9%)	0,014***
Drogas (Cannabis)	10 (5%)	7 (3,4%)	3 (1,5%)	0,201***
HIV	6 (3%)	4 (1,9%)	2 (1%)	0,430***
ACV	10 (5%)	7 (3,4%)	3 (1,5%)	0,201***
HTA	88 (43%)	44 (21,4%)	44 (21,4%)	0,630***
Diabetes	54 (26%)	28 (14%)	26 (13%)	0,516***
EPOC	35 (17%)	17 (7%)	18 (8,7%)	0,947***
Condición patológica				
Patología Médica	137 (66,5%)	70 (34%)	67 (32,5%)	0,219***
Patología Quirúrgica	69 (33,5%)	29 (14%)	40 (19,4%)	0,290***
Apache II	21,2 (DE 9,1)	24,6 (DE 8,6)	16,3 (DE 6,6)	0,01*
Estadía UCI	8,7 (DE 8,6)	12,8 (DE 10,5)	5,5 (DE 4,7)	0,001**
Estadía hospitalaria	20,9 (DE 19,4)	25,7 (DE 20,7)	19,1 (DE 18)	0,001**
VMI	103 (50%)	76 (37%)	27 (13%)	0,0001***
Días de VMI	4,1 (DE 6,6)	7,4 (DE 8,1)	1,1 (DE 3,4)	0,001**
Días de sedación	1,4 (DE 2,3)	2,4 (DE 2,8)	0,3 (DE 0,8)	0,001**
Días de analgesia	2,1 (DE 2,2)	3,4 (DE 4,5)	0,7 (DE 1,2)	0,001**

Pacientes con delirium: 7 días más en UCI

Costo aproximado por día de UCI: 2.000 US



2.000 US x 7 días =
14.000 US por
paciente
14.000 x 99
pacientes



1.386.000 US
mas que los sin
delirium

Pacientes con delirium: 5 días más en el Hospital

Costo aproximado por día de Hospital: 250 US

POBLACIÓN	COSTOS HOSPITALARIOS
PACIENTES CON DELIRIUM	670.000 UD
PACIENTES SIN DELIRIUM	546.000 UD

$250 \text{ US} \times 5 = 1.250$
 $1.250 \text{ UD} \times 99$
pacientes

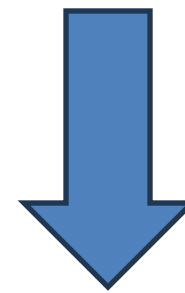


123.750 UD
más que los
pacientes sin
delirium

DIFERENCIA DE COSTOS ESTIMADOS PACIENTES CON Y SIN DELIRIUM

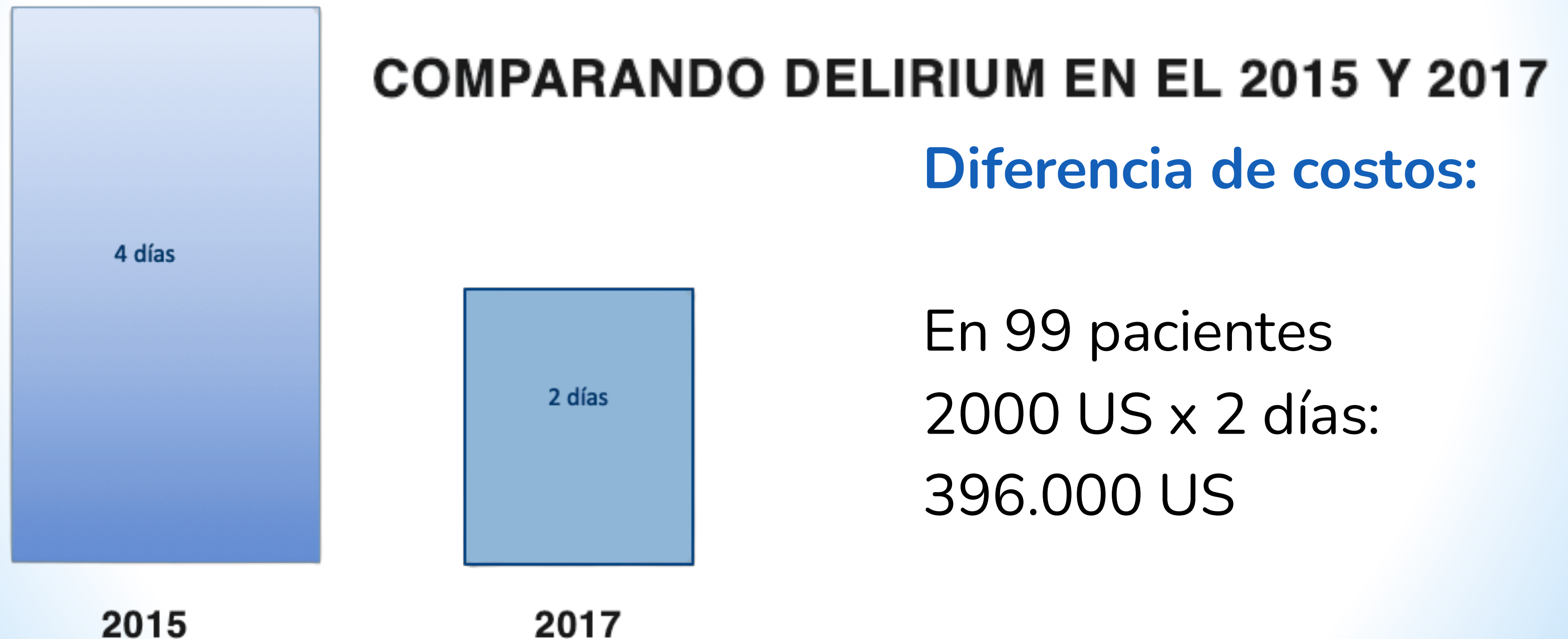
Pacientes con delirium: 7 días más en UCI, 5 días más en el Hospital.

DIFERENCIA DE COSTOS



$$1.386.000 \text{ US} + 123.750 = 1.509.750 \text{ US}$$

Días de duración del Delirium en relación a las intervenciones educativas





La atención clásica de los pacientes críticos en la UCI es una fábrica de DEMENCIA
icu.delirum.org

¡Gracias!

Dra. Patricia Mesa

Lic. Cinthya Lecor

Equipo por UNA UCI SIN DELIRIUM

CTI – Hospital Pasteur