

Curso Actualización NEJM 2015

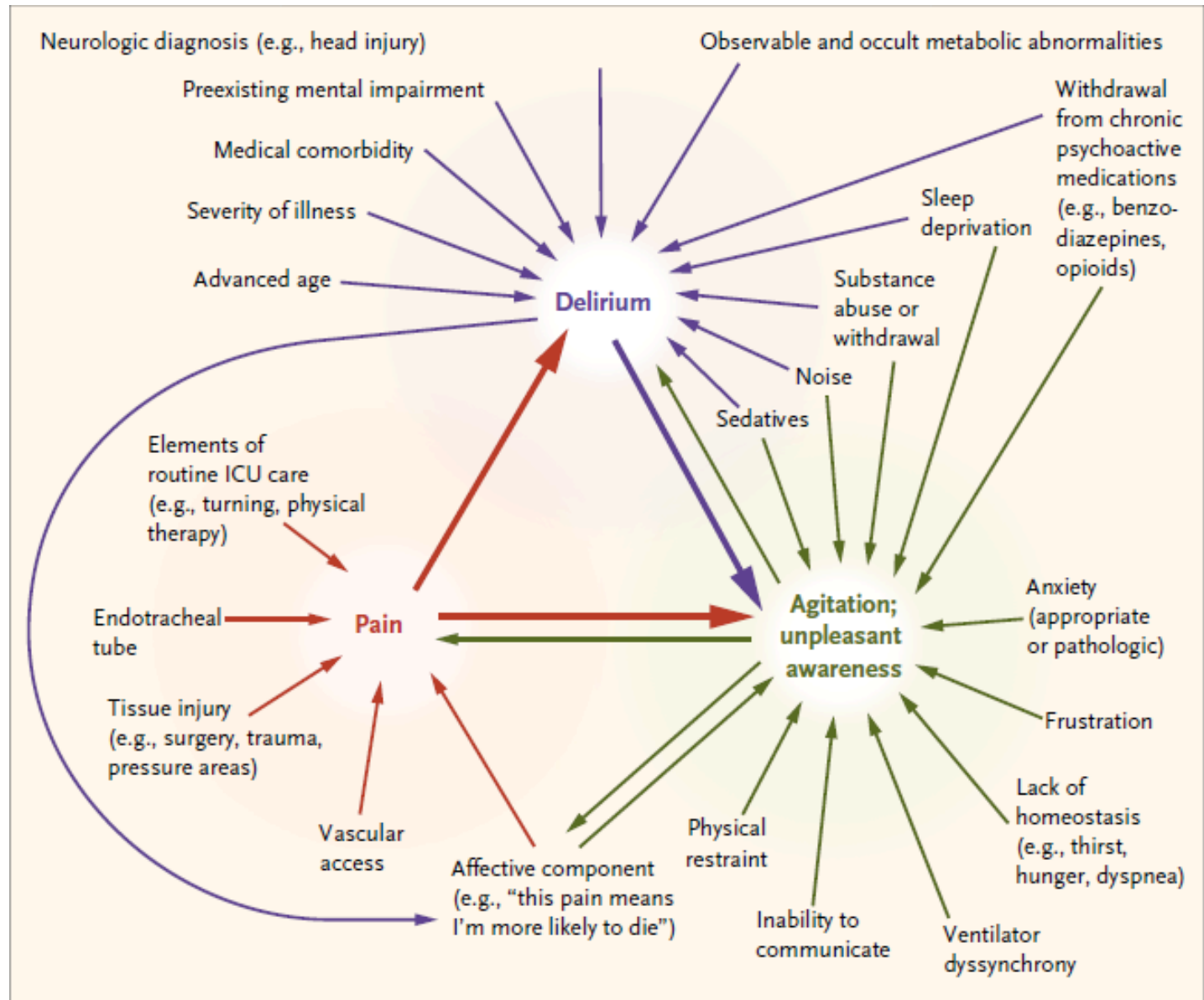
***Sedación y Delirio en la Unidad de
Cuidados Críticos***

Dr. Marcos Las Heras
Dr. Jose Astudillo
Dra. Julieta Professi

Temas a Abordar

- La “tríada” de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Agentes Sedativos.
- Evaluación de la Sedación y el Delirio.
- Prevención y Tratamiento del Delirio.
- Reflexiones y Correspondencia.

Tríada de la Unidad de Cuidados Intensivos.



Tríada de la Unidad de Cuidados Intensivos.

- Estudios prospectivos¹ confirman que la mayoría de los pacientes de la UCI tiene dolor.
- Estándar de referencia para la evaluación: reporte del paciente.
- Paradigma: menor uso de sedantes posible.

¹ Stein-Parbury J, McKinley S. Patients Experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. Am J Crit Care 2000;9:20-7.

Agentes Sedativos

- Minimizar la duración y profundización de la sedación.
- Agentes de corta duración.
- Ninguna droga es superior a otra, sin variación en resultados duros.
- Tendencia al desuso de benzodiacepinas por prolongar estadía en ICU, días de ventilación mecánica y mayor delirio.

Evaluación de la Sedación y el Delirio.

- Necesidad de Monitorear la profundidad de la Sedación. Escalas (SAS, RASS).
- Identificar el delirio. Escalas (CAM-ICU, ICDSC).
- Aisladamente no diferencian delirio hipoactivo del hiperactivo.
- Grados de severidad del Delirio.

Evaluación de la Sedación y el Delirio.

Sedación:

RASS (Objetivo -2 a 0)

SAS (Objetivo 3/4)

Delirio:

CAM-ICU

ICDSC

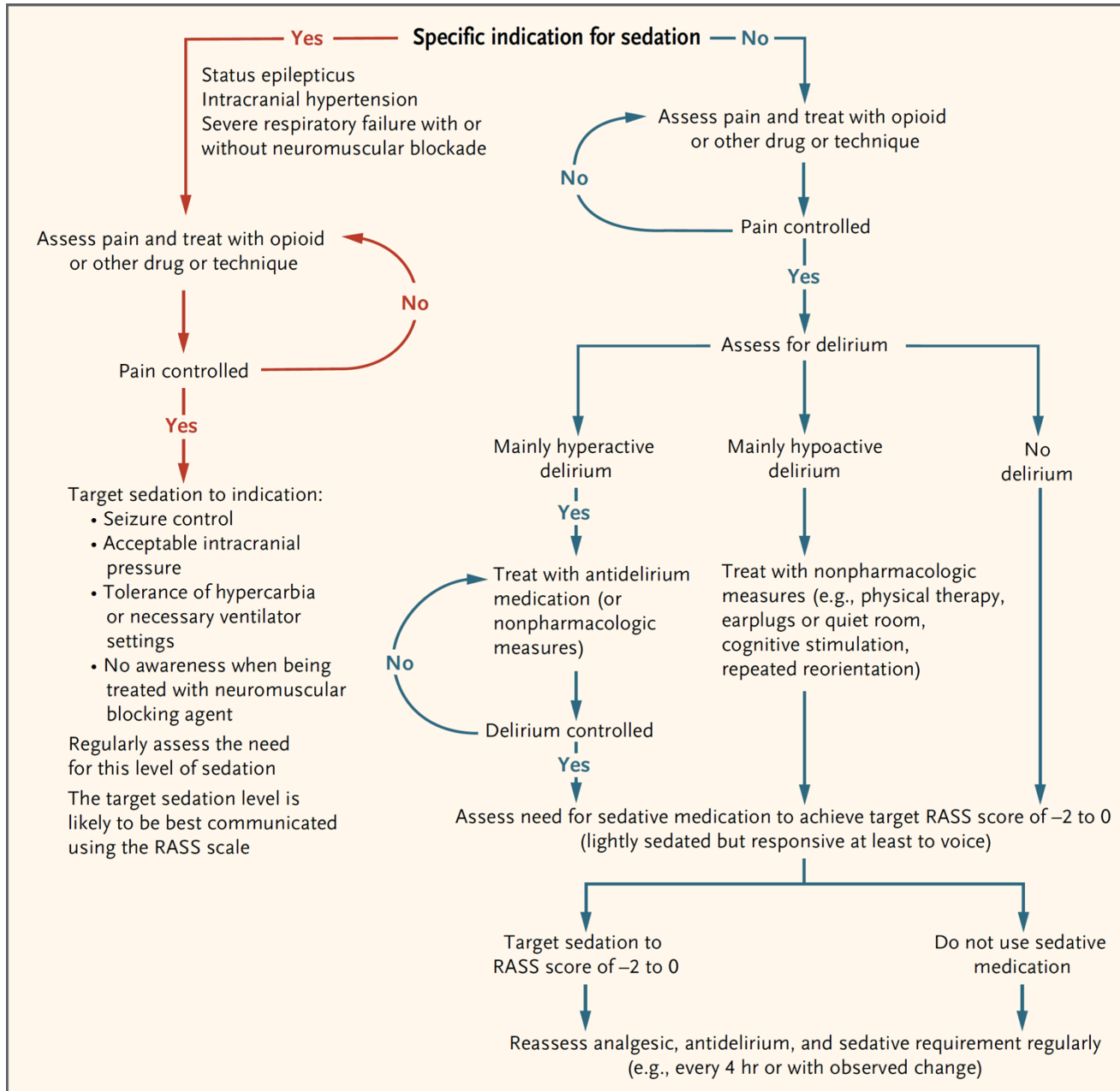
Prevención y Tratamiento del Delirio

- Terapia de reorientación.
- Movilización temprana.
- Dexmedetomidina reduciría la incidencia del Delirio y tiempo de ventilación versus benzodiazepinas.
- Una vez instalado el delirio no existen diferencias entre agentes respecto a evolución.

Enfoque Terapéutico.

1. ¿Necesita mi paciente estar bajo **Sedación**?
2. ¿Mi paciente tiene **Dolor**?
3. ¿Tiene **Delirio** mi paciente?

Enfoque Terapéutico.



Tratamiento del Delirio.

Poca evidencia en el manejo del Delirio.

Delirio se resuelve de manera más rápida con antipsicóticos.

Haloperidol vs. Olanzapina, sin diferencias.

Estudio piloto, Dexmedetomidina vs. Haloperidol, en pacientes con delirio hiperactivo.

Reflexiones Finales

- Desarrollo enfocado en esta área:
Guía PAD, Paquete de Medidas ABCDE.
- Trabajo en Equipo.
- Estandarización de los Cuidados.
- Sedación Leve.
- Movilización y Extubación Temprana.

Basados en la evidencia actual, los mejores resultados se obtienen de:

- 1. Utilizar protocolo que evalúe el grado de sedación, delirio y dolor.*
- 2. Tratamiento temprano y efectivo del Dolor.*
- 3. Mínimos sedantes.*
- 4. Movilización temprana.*
- 5. Evitar distractores (Ruidos, luz, cantidad de personas en habitación).*

Sugerencias de la Correspondencia.

- Sedantes alteran la estructura del sueño.
- Melatonina, necesita mayor estudio.
- Intervenciones basadas en la Familia. Terapia Abierta.

Nuestra terapia

Fortalezas

- *Utilizamos protocolos que evalúan el grado de sedación, delirio y dolor.*
- *Tratamiento temprano y efectivo del Dolor.*
- *Mínimos sedantes.*

Debilidades

- *Mobilización temprana.*
- *Evitar distractores (Ruidos, luz, cantidad de personas en habitación).*

Muchas Gracias

 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

*Servicio de Terapia Intensiva
de Adultos*

Fundación Cuidados Críticos