



SOMIAMA
Madrid 2015
16 y 17 Noviembre

XX Reunión Anual de la SOMIAMA
VII JORNADAS MADRILEÑAS
DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO
Auditorio. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

Y después de la UCI, ¿qué?

Síndrome post-UCI

curaraveces.wordpress.com



Hospital Universitario
del Sureste



Dra. A. de Pablo
Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Universitario del Sureste





Nuestro objetivo



SUPERVIVENCIA



**DEVOLVER AL
PACIENTE A SU
VIDA
ANTERIOR**

Nuestro objetivo



SUPERVIVENCIA



**ANTES
DEL
INGRESO**

**DURANTE
EL
INGRESO**

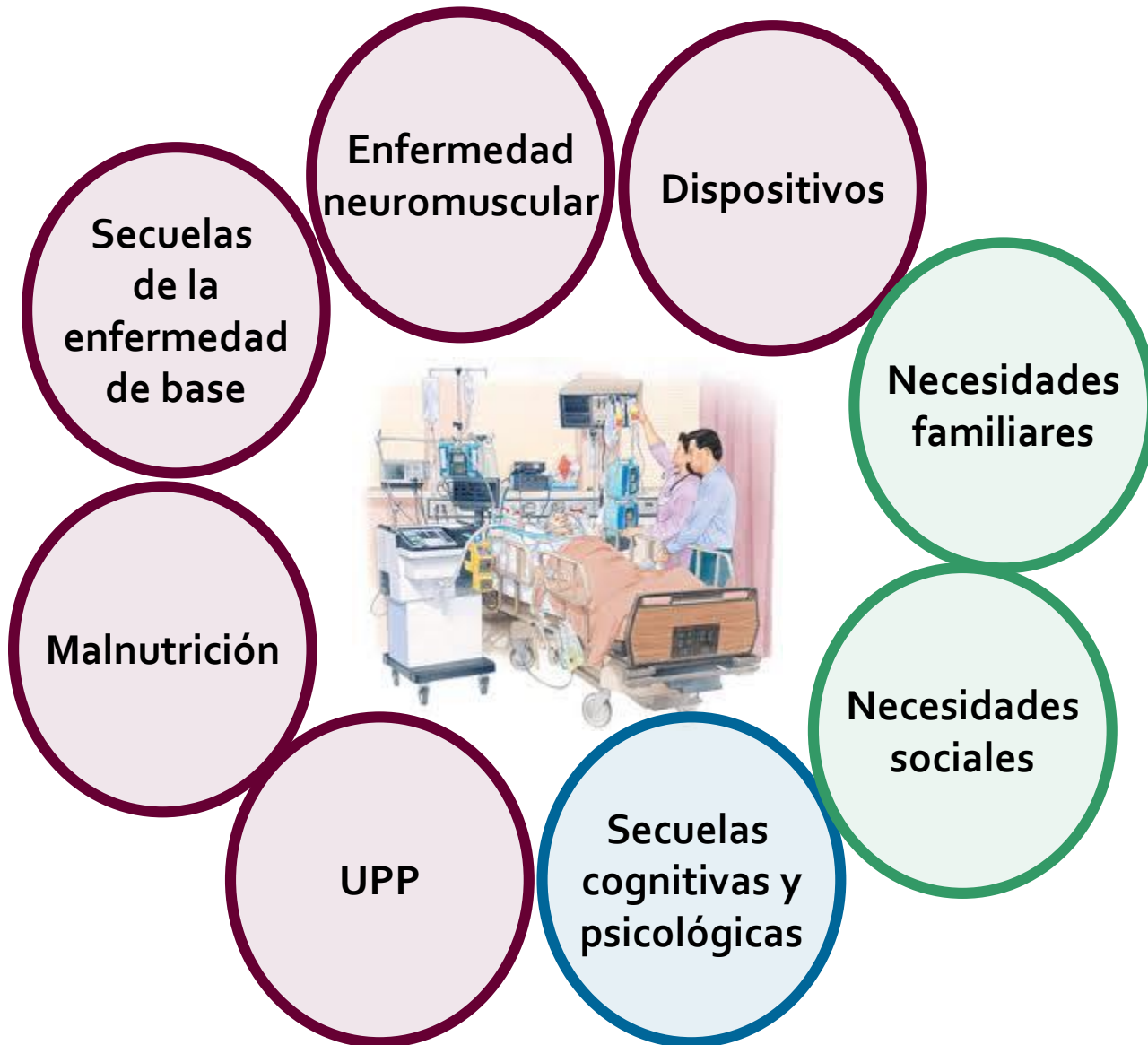
**AL ALTA
DE UCI**

**AL ALTA
HOSPITALARIA**

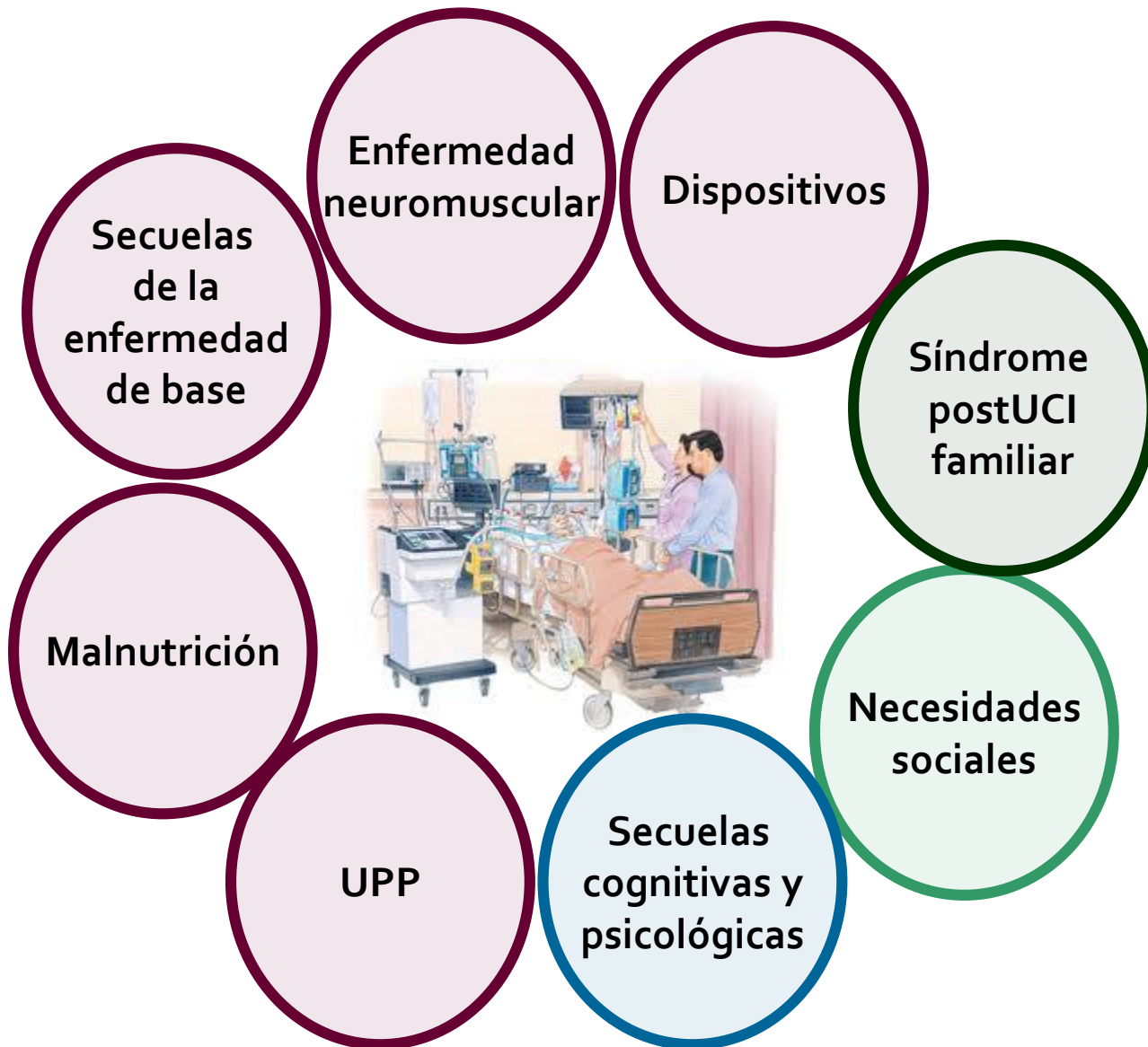
**DEVOLVER AL
PACIENTE A SU
VIDA
ANTERIOR**



Síndrome post-UCI: SCCM 2010



Síndrome post-UCI: SCCM 2010



Síndrome post-UCI

Prevalencia estimada: 25-50%.

- Enfermedad neuromuscular: 25-75%.
- Dolor: 73%.
- Dependencia: 32%.
- Dificultad con actividades de la vida diaria: 50-70%.

- Déficits cognitivos: 25-78%.

- Estrés postraumático: 15-38%.
- Depresión: 28-37%.
- Ansiedad: 10-50%.



Síndrome post-UCI

- Síntomas más frecuentes:
 - Debilidad y limitación de la movilidad.
 - Déficit de concentración.
 - Fatiga.
 - Ansiedad y ánimo depresivo.
- Hasta años después del alta.
- Los síntomas neuropsicológicos duran mucho más que los físicos.



Secuelas de la enfermedad de base



Secuelas de la enfermedad de base



Secuelas de la enfermedad de base



Enfermedad neuromuscular



Malnutrición



2% al día.

50% en el ingreso.

Recuperación al año.

- Puede perpetuarse al alta:
 - Necesidad nutrición artificial.
 - Alteraciones en la deglución.
 - Disgeusia.



Dispositivos

UPP



Alteraciones del sueño

- Alteraciones en el ciclo sueño-vigilia.
- Ausencia de sueño reparador.
- Pesadillas.



Secuelas neuropsicológicas

- Dificultades en concentración y atención.
- Déficits de memoria.
- Bradipsiquia.
- Alteraciones “ejecutivas”.
- Ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático.
- Efecto directo sobre calidad de vida.



Secuelas neuropsicológicas

- F.riesgo:
 - Delirio.
 - Uso de sedantes.
 - Sepsis y SDRA.
 - Patología neurológica o psiquiátrica previa.
 - Alteraciones fisiológicas.
 - Mujer, menor de 50 años.
 - Menor nivel educativo.



Secuelas neuropsicológicas

- Criterios diagnósticos TEPT:

- Síntomas en tres esferas:

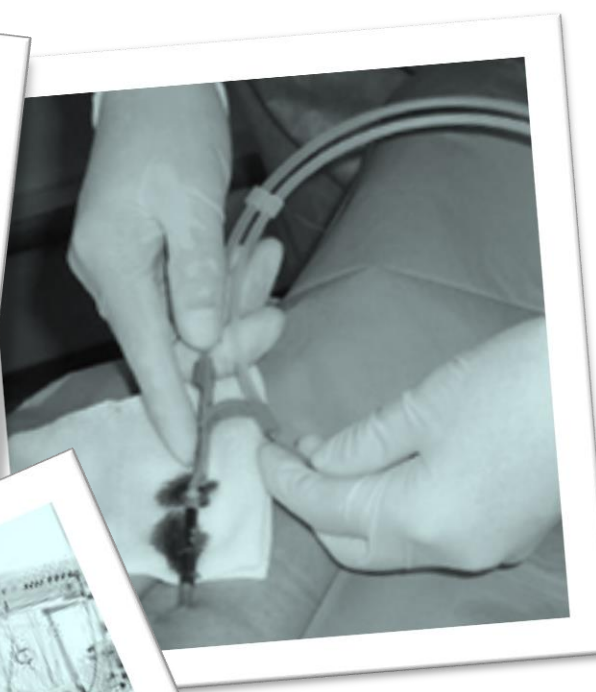
- Pensamientos intrusivos.
 - Síntomas de evitación o bloqueo.
 - Alteraciones cognitivas o del estado de ánimo.
 - Alteración del nivel de alerta y la reactividad.

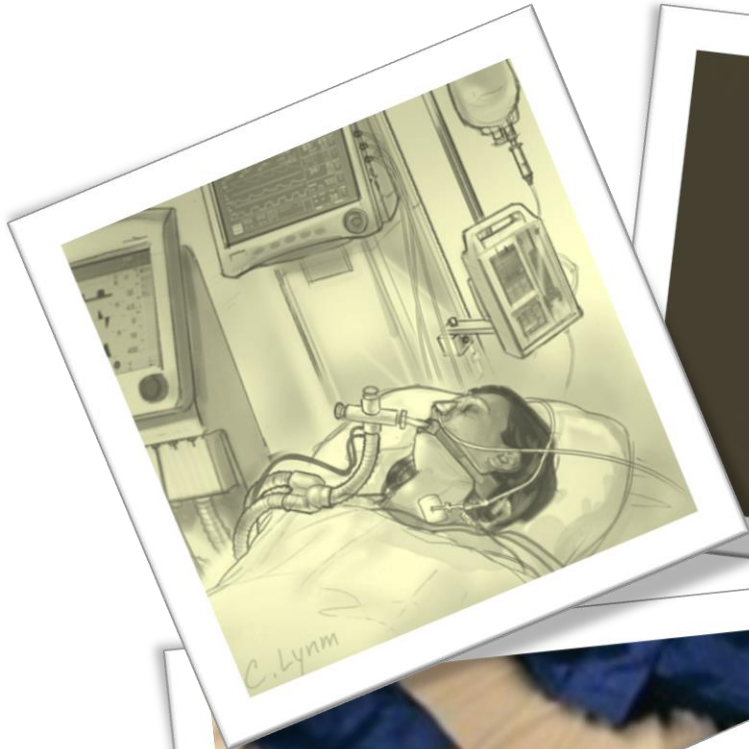
- Exposición a uno o más eventos traumáticos.





C. Lynn





Necesidades familiares y sociales

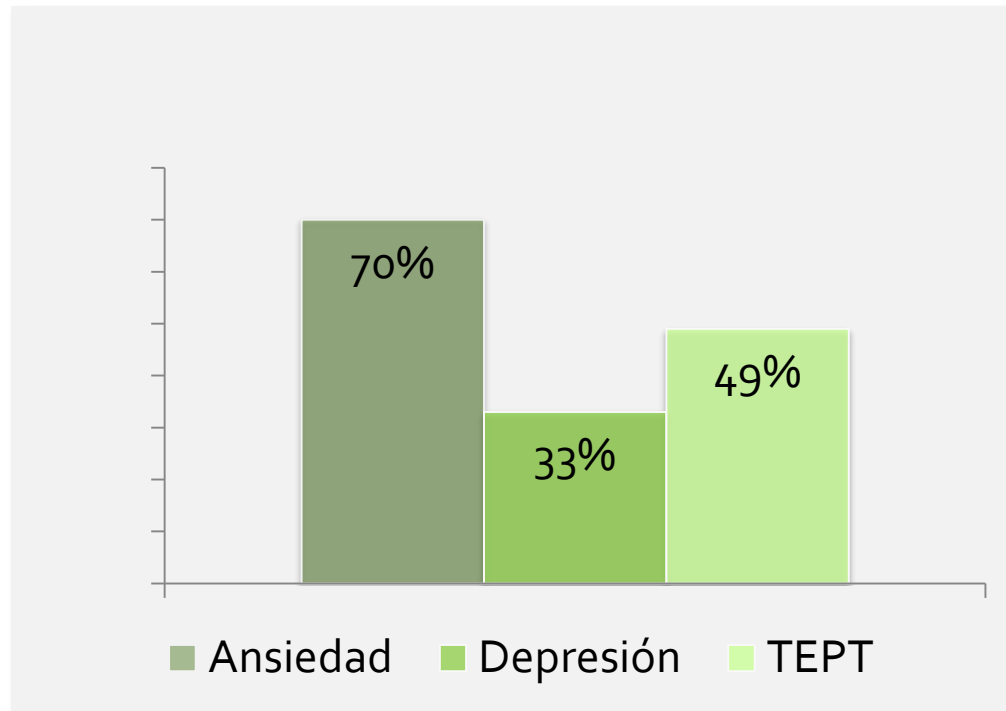
- Rol en la familia.



- Reincorporación al trabajo (solo 38% al año).
- Aislamiento social.
- Pérdida de ingresos económicos.
- Institucionalización.



Síndrome postUCI familiar



Persistencia durante años.



Síndrome postUCI familiar

- F. riesgo:
 - Mujer, menor edad, esposo.
 - Edad del paciente. Nivel educativo.
 - Nivel de estrés.
 - Fallecimiento del paciente.
 - Enfermedad muy larga o fallecimiento repentino.
- F. protectores:
 - Soporte social.
 - Actitud del personal (comunicación).



¿PODEMOS HACER ALGO?



DURANTE EL INGRESO EN UCI

- Prevención y tratamiento del delirio.

PROYECTO UCI SIN DELIRIO

SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE.

AL INGRESO

- ESCALA DE RIESGO DE DELIRIO.
- VALORAR CONCILIACIÓN Y RIESGO DE DEPRIVACIÓN.
- PREGUNTAR POR GAFAS O AUDÍFONOS.
- AJUSTAR MEDICACIÓN PARA RESPETAR NOCHE.

POR LA NOCHE

- APAGAR LUCES A LAS 00:00.
- AJUSTAR LÍMITES Y VOLUMEN DE ALARMAS.
- PROGRAMAR ACTIVIDADES RESPETANDO EL SUEÑO.
- VALORAR SUSPENDER CONSTANTES.

DIARIAMENTE:

- MONITORIZAR DELIRIO (ICDSC).
- MONITORIZAR DOLOR (EVA O BPS), PROTOCOLO.
- DECIDIR OBJETIVO DE SEDACIÓN Y MOVILIZACIÓN.
 - REVALORAR NECESIDAD DE CONTENCIÓN.
 - REVALORAR REINTRODUCIR MEDICACIÓN.
 - REORIENTACIÓN FRECUENTE.
- FAVORECER VISITAS PROLONGADAS EN PACIENTES DE RIESGO.
- FAVORECER PERIÓDICO, RADIO, GAFAS, AUDÍFONOS...

AL INICIAR DESTETE

- PROTOCOLOS SIN DEPRIVACIÓN.
- RECORDAR GAFAS Y AUDÍFONOS.

AL ALTA

- RELLENAR BASE.
- INDICADORES DE CALIDAD.



Hospital Universitario del Sureste

Comunidad de Madrid



DURANTE EL INGRESO EN UCI

- Prevención y tratamiento del delirio.



PROYECTO UCI SIN DELIRIO
SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE.

AL INGRESO <ul style="list-style-type: none">- ESCALA DE RIESGO DE DELIRIO.- VALORAR CONCILIACIÓN Y RIESGO DE DEPRIVACIÓN.- PREGUNTAR POR GAFAS O AUDÍFONOS.- AJUSTAR MEDICACIÓN PARA RESPETAR NOCHE.	POR LA NOCHE <ul style="list-style-type: none">- APAGAR LUCES A LAS 00:00.- AJUSTAR LÍMITES Y VOLUMEN DE ALARMAS.- PROGRAMAR ACTIVIDADES RESPETANDO EL SUEÑO.- VALORAR SUSPENDER CONSTANTES.
DIARIAMENTE: <ul style="list-style-type: none">- MONITORIZAR DELIRIO (ICDSC).- MONITORIZAR DOLOR (EVA O BPS), PROTOCOLO.- DECIDIR OBJETIVO DE SEDACIÓN Y MOVILIZACIÓN.<ul style="list-style-type: none">- REVALORAR NECESIDAD DE CONTENCIÓN.- REVALORAR REINTRODUCIR MEDICACIÓN.- REORIENTACIÓN FRECUENTE.- FAVORECER VISITAS PROLONGADAS EN PACIENTES DE RIESGO.- FAVORECER PERIÓDICO, RADIO, GAFAS, AUDÍFONOS...	
AL INICIAR DESTETE <ul style="list-style-type: none">- PROTOCOLOS SIN DEPRIVACIÓN.- RECORDAR GAFAS Y AUDÍFONOS.	AL ALTA <ul style="list-style-type: none">- RELLENAR BASE.- INDICADORES DE CALIDAD.



DURANTE EL INGRESO EN UCI

Prevención y tratamiento de la **enfermedad neuromuscular**.

- Reducir duración de VM, sedación profunda y BNM.
- Ortesis antiequino.
- Movilización precoz (inmediatamente tras la estabilización).



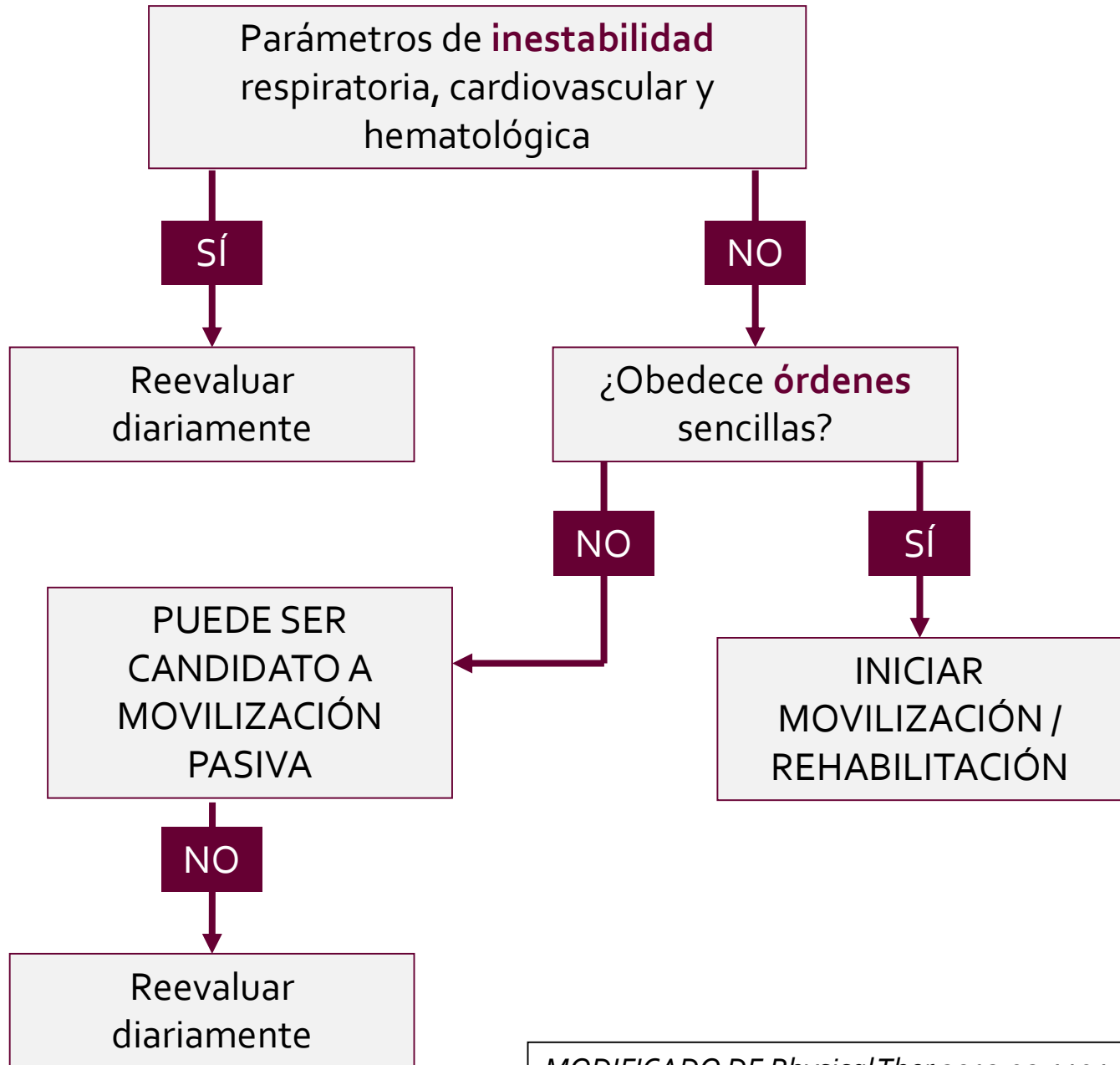
DURANTE EL INGRESO EN UCI

Prevención y tratamiento de la **enfermedad neuromuscular**.

Ausencia de rehabilitación:
56% días de ingreso (27% por sedación profunda).

- Reducir duración de VM, sedación profunda y BNM.
- Ortesis antiequino.
- Movilización precoz (inmediatamente tras la estabilización).





MODIFICADO DE *Physical Ther* 2012;92:1494-1506



DURANTE EL INGRESO EN UCI

Si tiene alguna sugerencia o propuesta de mejora, por favor, escríbala a continuación:

ES MUY DE AGRADECER LA INFORMACIÓN
TELEFÓNICA DE LA MAÑANA.

MUY SATISFECHO POR EL AMPLIO HORARIO DE
ACOMPANAMIENTO AL FAMILIAR ENFERMO EN LA UCI.



DURANTE EL INGRESO EN UCI

- Necesidades de los familiares:
 - Mantener la esperanza.
 - Obtener respuestas honestas.
 - Información sobre cambios.
 - Horario amplio de visitas.
 - Calidad de la asistencia.
 - Información escrita al alta.
 - Continuidad de médico o enfermero responsable.



DURANTE EL INGRESO EN UCI

Estrategias de comunicación:

- Sala de información.
- Materiales informativos.

Si tiene alguna sugerencia o propuesta de mejora, por favor, escribala a continuación:

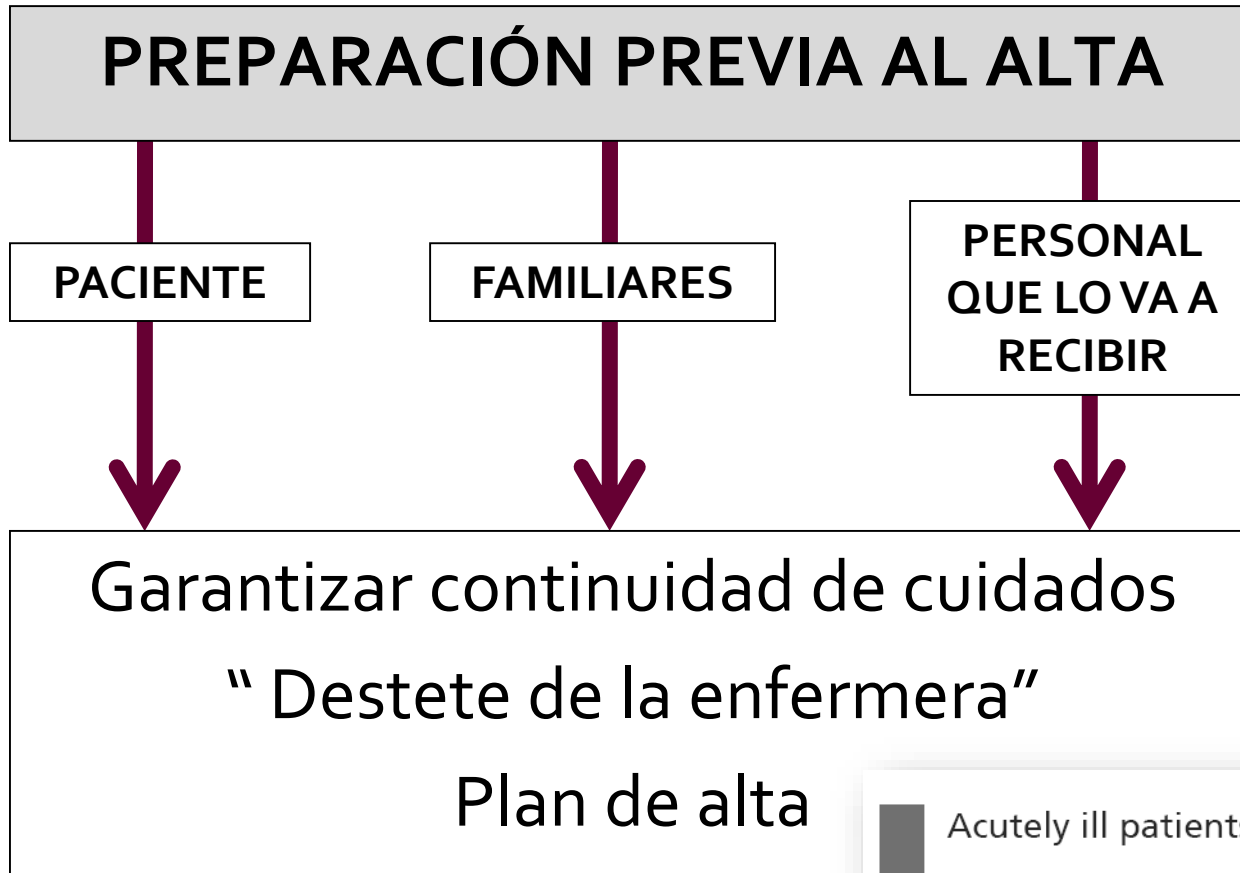
Características organizativas:

- Política de visitas.
- Participación en cuidados y en toma de decisiones.

Actitud del personal. Diarios.



AL ALTA DE UCI



Acutely ill patients in hospital

Recognition of and response to acute illness in adults in hospital

Issued: July 2007

NICE clinical guideline 50
guidance.nice.org.uk/cg50



AL ALTA DE UCI

SEGUIMIENTO POSTUCI



ALTA HOSPITALARIA

- ✓ Equipo de seguimiento.
- ✓ Formación a no intensivistas. Feedback.
- ✓ "Conciliación funcional".
- ✓ Rehabilitación.

✓ Alto índice de sospecha = formación.



SEGUIMIENTO

- Estancia prolongada en UCI (7 días).
- Ventilación mecánica mayor de 48 horas.
- Delirio durante más de 48 horas.
- Presencia de dispositivos invasivos (o decanulación reciente).
- Enfermedad neuromuscular.
- Úlceras por presión.
- Nutrición artificial.
- A petición del médico responsable del alta o del médico receptor.



SEGUIMIENTO

- REDUCIR:
 - Estancia / reingresos.
 - Mortalidad oculta.
 - Incidencia / gravedad de sd. postUCI.

➤ También para familiares.



I'm not presenting you with finished science to implement.

I'm presenting to you an invitation to join us in inventing new ways to make our patients' and their families' lives better.



Theodore J. Iwashyna
42nd Critical Care Congress

