

INCIDENCIA DE DELIRIO SEGÚN EL REGIMEN DE VISITAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INCIDENCE OF DELIRIUM ACCORDING TO THE VISITING REGIME IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019 Jul 16;322(3):216–228.

Resumen

Relevancia del tema: Existe incertidumbre sobre el efecto del horario de visitas en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Objetivo: Determinar si una política flexible de visitas familiares en la UCI reduce la incidencia de delirio.

Diseño, ámbito y participantes: Ensayo clínico aleatorizado de análisis por grupos realizado en Brasil que incluyó pacientes, familiares y profesionales de 36 UCI de adultos con horarios de visita restringidos (<4.5 horas por día). Los participantes fueron reclutados desde abril de 2017 hasta junio de 2018, con seguimiento hasta julio de 2018.

Intervenciones: Visitas flexibles (hasta 12 horas por día) apoyadas con educación a la familia (n = 837 pacientes, 652 miembros de la familia y 435 profesionales) o visitas restringidas según horario habitual (mediana, 1,5 horas por día; n = 848 pacientes, 643 miembros de la familia y 391 profesionales). Diecinueve UCI comenzaron con visitas flexibles y 17 comenzaron con visitas restringidas. **Principales resultados y medidas:** El resultado primario estudiado fue la incidencia de delirio durante la estancia en la UCI, evaluada mediante el método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos (CAM-ICU). Los resultados secundarios incluyeron la medición de infecciones adquiridas en la UCI; se evaluó los síntomas de ansiedad y depresión en miembros de la familia usando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (rango, 0 [mejor] a 21 [peor]); y el agotamiento para el personal de la UCI con el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

Resultados: Completaron el ensayo 1685 pacientes (edad media, 58,5 años; 47,2% mujeres), 1060 miembros de la familia (edad media, 45,2 años; 70,3% mujeres), y 737 profesionales (edad media, 35,5 años; 72,9% mujeres). La duración media de las visitas fue significativamente mayor en el grupo de visitas flexibles (4.8 vs 1.4 horas; diferencia de medias, 3.4 horas [IC 95%, 2.8 a 3.9]; $P < .001$). La incidencia de delirio durante la estancia en la UCI no fue significativamente diferente entre el grupo de visitas flexibles versus grupo de visitas restringidas (18.9% vs 20.1%; diferencia de medias, -1.2% [IC 95%, -6.1% a 2.7%]; $P = 0.44$). De 9 resultados secundarios evaluados, 6 no difirieron significativamente entre las visitas flexibles y restringidas, incluidas las infecciones adquiridas en la UCI (3.7% vs 4.5%; diferencia de medias, -0.8% [IC 95%, -2.1% a 1.0%]; $P = 0.38$) y el agotamiento del personal (22.0% vs 24.8%; diferencia de medias, -3.8% [IC 95%, -4.8% a 12.5%]; $P = 0.36$). Para los miembros de la familia, la mediana de ansiedad (6.0 vs 7.0; diferencia de medias, -1.6 [IC 95%, -2.3 a -0.9]; $P < .001$) y los puntajes de depresión (4.0 vs 5.0; diferencia de medias, -1.2 [IC 95%, -2.0 a -0.4]; $P = 0.003$) fueron significativamente mejores con visitas flexibles.

Conclusiones y relevancia: En pacientes de UCI, una política flexible de visitas de familiares, no redujo significativamente la incidencia de delirio en comparación con el grupo de visitas restringidas.

Comentario

El delirium es la alteración de la conciencia con inatención, acompañada de alteraciones cognitivas y/o de la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo (horas/días) y fluctúan en el mismo. Hasta el 80% de los pacientes en (UCI) experimentan delirio debido a problemas médicos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos invasivos, uso de medicamentos o diversos estímulos nocivos (estresores psicológicos, ventilación mecánica, ruido, luz, interrupción o privación del sueño). El delirio se asocia con una mayor duración de la ventilación mecánica y de la estancia en UCI, así como con un mayor riesgo de muerte, discapacidad y disfunción cognitiva a largo plazo.¹ Por lo tanto, el reconocimiento temprano del delirio es importante y el personal de UCI debe dedicar una atención cuidadosa tanto a vigilar la aparición del delirio como a su prevención y manejo.

Valoración de los resultados

El presente estudio concluye que una política flexible de visitas de familiares en UCI, no reduce significativamente la incidencia de delirio en comparación con el grupo de visitas restringidas. La corta duración de la implementación de la política de visitas abierta podría haber influido en el resultado. La visita extendida fue el único factor de protección estudiado para la aparición de delirio aunque la investigación para la prevención del mismo apuesta por un abordaje multimodal empleando entre otros métodos no farmacológicos para reducirlo o prevenirlo disminuir la ansiedad, orientar a los pacientes, reducir el ruido ambiental y el uso de alarmas, establecer un uso de la luz coincidente con los ciclos circadianos de día y noche, y fomentar la movilidad temprana.² La movilización temprana ha demostrado tener distintos efectos beneficiosos en los pacientes ingresados en la UCI, entre los que se destacan la disminución del requerimiento de sedación, de los días de ventilación mecánica, de la estancia en la unidad de cuidados críticos y de la estancia hospitalaria, con algunos autores mostrando también una reducción de la incidencia y de la duración del delirium.³ Estas intervenciones no farmacológicas no han sido evaluadas por los autores. A priori, tampoco se han tenido en cuenta estrategias para prevenir y / o tratar el delirio adquirido en la UCI como la prevención y manejo del dolor, interrupciones diarias de la sedación, minimización de la exposición a las benzodiazepinas y opioides, que podrían haber influido en los resultados primarios de la investigación. El dolor ha sido relacionado con el desarrollo de stress postraumático y delirium, por lo que una adecuada monitorización de la analgesia es esencial para minimizar su aparición. La valoración permanente de los requerimientos de sedación ha mostrado asociarse con la aparición y duración del delirio.

Aunque la etiología del delirio de la UCI es a menudo multifactorial y, a veces, no se comprende completamente, la privación del sueño se considera un factor importante que contribuye a su desarrollo. La monitorización del sueño de los pacientes de la UCI revela que el sueño se ve severamente interrumpido, los pacientes de UCI tienen fragmentación extrema del sueño.^{4,5} A lo largo de todo el conjunto de datos estudiados del presente ensayo no se han recogido aspectos relacionados con la evaluación del sueño de los participantes en el estudio, a pesar de que la interrupción del ciclo sueño-vigilia en la UCI es otro factor de riesgo para el delirio.

Otro dato llamativo del manuscrito fue que aunque en el periodo de visitas abierta se permitía la estancia de los familiares hasta 12 horas, el promedio de las visitas por paciente se situó en 4,8 h, siendo este periodo relativamente corto. No está claro, además, si en el tiempo promedio de visita se incluían los periodos de abandono de los familiares cuando los pacientes eran sometidos a procedimientos críticos. Este factor podría haber influido en el tiempo real de estancia del familiar en la unidad.

No se describe la arquitectura y entorno físico de las UCI participantes, dato interesante ya que en algunos casos, y sobre todo en hospitales antiguos, donde se alejan de las recomendaciones y estándares internacionales, con unidades abiertas y donde conviven varios pacientes y familiares y carezcan de salas de estar acondicionadas pueden verse interferidos aspectos emocionales (miedo, angustia, incertidumbre) que se relacionan con la aparición de delirio.

Existe la creencia entre profesionales que la extensión horaria afecta a los pacientes y familiares al impedir el descanso, intervenir y retrasar cuidados y aumentar el stress e infecciones entre otros.⁶ El periodo de visita abierta no mostró mayor riesgo de infecciones adquiridas o eventos adversos. La evidencia ha demostrado mayores beneficios que riesgos vinculados a la flexibilización de los horarios y participación de familiares. El grupo de visitas flexibles mostró menos ansiedad, depresión y mayor satisfacción respecto al grupo de visitas restringidas. Los profesionales no percibían afectación en la atención al paciente ni conflictos con los familiares durante el periodo de visitas abiertas. Tampoco se observó un aumento el síndrome del desgaste profesional.

A la luz de la evidencia encontrada se puede concluir que las visitas flexibles no generan daño a los pacientes. Los familiares en general, refieren mayor satisfacción con el sistema de visitas abierto. La puesta en acción de las distintas medidas destinadas a disminuir la incidencia de delirium en forma de "paquete de medidas" o "bundle" como el "ABCDEF Bundle" (Awakening and Breathing Coordination, Choice of drugs, Delirium monitoring and management, Early mobility, and Family engagement) parece tener mayor impacto que cuando estas medidas se utilizan por separado.

Bibliografía

1. Park SY, Lee HB. Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. *Acute Crit Care*. 2019;34:117–25.
2. Goulart R, Tonietto T, Barbosa da Silva D, Gutierrez F, Ascoli A, Madeira L, et al. Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study. *Crit Care Med*. 2017;45:1660–7.
3. Morandi A, Brummel NE, Ely EW. Sedation, delirium and mechanical ventilation: The 'ABCDE' approach. *Curr Opin Crit Care*. 2011;17:43–9.
4. Boesen HC, Andersen JH, Bendtsen AO, Jennum PJ. Sleep and delirium in unsedated patients in the intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2016;60:59–68.
5. Mo Y, Scheer CE, Abdallah GT. Emerging Role of Melatonin and Melatonin Receptor Agonists in Sleep and Delirium in Intensive Care Unit Patients. *J Intensive Care Med*. 2016;31:451–5.
6. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *REV. MED. CLIN. CONDES*. 2019;30:120–5.

Juan Carlos Muñoz Camargo (RN MSc)
 Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General
 Universitario de Ciudad Real. Facultad de Enfermería de
 Ciudad Real, Universidad de Castilla la Mancha
 Correo electrónico: investigacionjuancarlos@gmail.com