



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/135d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Cuidados de enfermería del paciente crítico: uso de escalas de sedoanalgesia**

Autores **María del Prado Olmedo Bueno, Ana María Muñoz Ruíz**

Centro/institución Hospital Regional Carlos Haya

Ciudad/país Málaga, España

Dirección e-mail prado.olmedo@gmail.com

RESUMEN

La estancia en una unidad de cuidados intensivos supone un periodo realmente delicado que lleva al paciente a encontrarse en una situación límite y que le exige un esfuerzo al que, con probabilidad, no se está preparado. Esta situación puede provocar estrés, desorientación..., lo que puede llegar a provocar cambios de actitud y reacciones dispares con las que se debe lidiar. Así mismo, no es necesario recordar que durante dicha estancia el paciente es sometido continuamente a diferentes técnicas, tanto invasivas como no invasivas, que inciden, aún más, en ese estado alterado que estamos comentando. A todo ello, se le puede unir que el paciente presente dificultades para poder comunicarse con él, lo que hace aún más complicada la labor de determinar su estado actual y saber las circunstancias que más le disturben. *"Todas estas circunstancias desencadenan una serie de mecanismos de respuesta ante el estrés, con los consiguientes efectos adversos que pueden interferir negativamente en la evolución y el pronóstico de los pacientes" [...]*

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La estancia en una unidad de cuidados intensivos supone un periodo realmente delicado que lleva al paciente a encontrarse en una situación límite y que le exige un esfuerzo al que, con probabilidad, no se está preparado. Esta situación puede provocar estrés, desorientación..., lo que puede llegar a provocar cambios de actitud y reacciones dispares con las que se debe lidiar. Así mismo, no es necesario recordar que durante dicha estancia el paciente es sometido continuamente a diferentes técnicas, tanto invasivas como no invasivas, que inciden, aún más, en ese estado alterado que estamos comentando. A todo ello, se le puede unir que el paciente presente dificultades para poder comunicarse con él, lo que hace aún más complicada la labor de determinar su estado actual y saber las circunstancias que más le disturbren. *“Todas estas circunstancias desencadenan una serie de mecanismos de respuesta ante el estrés, con los consiguientes efectos adversos que pueden interferir negativamente en la evolución y el pronóstico de los pacientes”*.⁶

Conociendo todo ello, se ha de actuar en consecuencia para mitigar, dentro de las posibilidades, todas estas circunstancias. El objetivo es proporcionar a los pacientes un nivel de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor.

En los pacientes críticos se hace imprescindible el uso de sedantes y analgésicos para proporcionarles confort. Esto conlleva la necesidad de realizar una valoración y un control adecuado y constante. Una sedación pobre o una sobredosificación pueden provocar efectos negativos (dolor, ansiedad, taquicardia, depresión respiratoria...² Especialmente se hace necesario este control exhaustivo en el proceso de “destete” del paciente. El hecho de ir reduciendo las dosis o los intervalos en los que se aplica dicha analgesia o sedación conlleva la necesidad de examinar de forma exhaustiva el progreso que se va produciendo en dicho paciente.

Por lo tanto, es preciso vigilar y monitorizar la sedoanalgesia para la calidad de los cuidados en pacientes críticos.

Objetivos

- Conocer los distintos métodos de monitorización para la sedación y analgesia que existen en la práctica clínica orientados a pacientes críticos.
- Analizar la necesidad de protocolos de sedoanalgesia en unidades de cuidados críticos.

Con estos objetivos se quiere conseguir: Proporcionar a los pacientes un nivel de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor.

Material y Método

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Se ha tomado como punto de partida el año 1971, fecha de creación y

puesta en marcha de la sociedad española de medicina intensiva y unidades coronarias (SEMICYUC). Como puntos básicos se ha considerado la Guía Práctica sobre el uso de sedantes y analgésicos en sedantes y adultos críticos del Colegio Americano de Medicina de Cuidados Críticos (2002) y las recomendaciones de la Sección de Cuidados Críticos de la SEDAR.

Por otro lado, y en base a la experiencia personal e información relacionada de los centros, determinar, dentro del conjunto de herramientas que existen para monitorizar la sedación y la analgesia, cuáles de ellas son las más usadas en los centros hospitalarios.

Resultados

Es preciso vigilar y monitorizar tanto el nivel analgésico y sedación (la aparición de lágrimas, taquicardia e hipertensión en un paciente inconsciente puede orientar a la presencia de dolor por una insuficiente analgesia) como las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de O₂) y los posibles efectos secundarios específicos de cada fármaco (respiración, nivel de consciencia, arritmias...). Así mismo, una correcta valoración del dolor es esencial a la hora de llevar a cabo un adecuado tratamiento y mejorar la calidad de los cuidados.

Hablando de sedación, es importante destacar que nos encontramos a la hora de definirla con tres niveles: sedación ligera, sedación moderada y sedación profunda. Estos niveles delimitarán, a su vez, los umbrales que hemos de considerar a la hora de llevar a cabo la monitorización.

Centrándonos ahora en cómo realizar ese control, nos encontramos con que existen distintos métodos de monitorización para valorar la intensidad de dolor y sedación. Estos métodos los podemos englobar dentro de dos grandes grupos: los métodos subjetivos y los métodos objetivos.

Métodos subjetivos

Son, sin duda, los métodos más utilizados en la evaluación clínica y en investigación. Se basan en el informe que el paciente realiza de la intensidad del dolor. Pueden ser de diferentes tipos:

*Valoración del dolor*⁷

Para pacientes conscientes y colaboradores la SEMICYUC recomienda, las escalas siguientes:

- Escala Visual Analógica (EVA): Es la más usada en estudios clínicos. Se muestra al paciente una línea horizontal o vertical con los extremos marcados para “máximo dolor” y “no dolor”; se le solicita que marque un punto en la línea que refleje su dolor y luego se mide la distancia desde el extremo de “no dolor” hasta el punto que marcó el paciente.
- Escala de categoría numérica (ECN): Permite asignar un puntaje a la intensidad de dolor. Aumentando el número de intervalos de puntaje se mejora la sensibilidad del método.

Valoración de la sedación

Una de las escalas más empleadas en la *escala de Ramsay*, que se usa básicamente para evaluar la respuesta y el nivel de sueño de los pacientes en la UCI ⁸. También puede emplearse la escala Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). Es una escala validada y supone a su vez un indicador de calidad básico recomendado por la SEMICYUC y la SEDAR.

El principal inconveniente de estos métodos es, como su propio nombre indica, la subjetividad de los resultados obtenidos. Es decir, podemos usarlo como referencias, pero no como algo fehaciente e inamovible ante otro tipo de pruebas.

Métodos objetivos

Todo método que permita una valoración del dolor independientemente del paciente se puede entender como método objetivo. Podemos destacar:

Valoración del dolor ²

El cuidador valora el grado de dolor del paciente teniendo en cuenta diferentes aspectos que intervienen en la expresión del dolor, considerando el comportamiento externo del paciente (agitación, ansiedad, expresión facial, tiempo de sueño, siendo éste un parámetro de ausencia del dolor y de estabilidad psíquica,...). Por ejemplo, en pacientes que no puedan colaborar, será preciso deducir la intensidad de dolor a partir de signos clínicos, tales como lagrimeo, taquicardia, taquipnea, sudoración, hipertensión... Antes de aumentar la dosis de analgésicos en un paciente que presente algunos de estos signos habrá que descartar otras causas capaces de producir una clínica similar. Por otro lado, se usa la *escala de Andersen*.

- Medición de los parámetros fisiológicos del paciente; entre los cuales se encuentran la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, sudoración...
- Pruebas diagnósticas, que son utilizadas como medio para confirmar el tipo y clase de dolor que padece el paciente: radiografía convencional, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM), ecografía, gammagrafía ósea...

Valoración de la sedación

- *Electroencefalograma (EEG)*: Es una exploración neurofisiológica que se basa en el registro de la actividad bioeléctrica cerebral en condiciones basales de reposo, en vigilia o sueño y durante diversas activaciones (habitualmente hiperpnea y estimulación luminosa intermitente). Este método no se puede disponer de forma continua, principalmente, debido a su complejidad y a la posible malinterpretación de los resultados por la ausencia de neurofisiólogos de presencia física en todas las UCI.
- *Análisis Biespectral (BIS)*: Permite el procesamiento de la señal del EEG a fin de obtener un análisis cuantitativo del registro eléctrico cerebral ⁶. Mediante el análisis posibilita establecer un índice multivariable denominado índice

biespectral. Este índice es un número que varía del 0 al 100 (sin actividad – completamente despierto).

Conclusiones

La prioridad en el manejo inicial del paciente con enfermedad traumática grave es el control de su situación termodinámica y ventilatoria; con lo que, la sedación y analgesia deben adecuarse a estas situaciones.

La analgesia y la sedación han de guardar un delicado equilibrio entre la consecución de una adecuada situación de confort y los efectos adversos que pudieran provocar. Además, deben tener siempre en cuenta las características propias de la situación patológica del paciente y sus comorbilidades.

Es conveniente destacar la importancia de la monitorización del paciente al que se le ha administrado analgésicos y/o sedantes, mediante el uso de las técnicas que se han presentado.

Con el fin de conseguir el mayor beneficio posible para el paciente es necesario que se establezcan dentro de la unidad una serie de protocolos consensuados multidisciplinarios que permitan poder manejar dicha sedación y analgesia por parte de los profesionales que se encuentran a pie de cama: la enfermería.

Se han elegido aquellos métodos más empleados, adecuados y validados para su aplicación al paciente crítico en la práctica diaria. En la actualidad no existe ningún método estándar.

Los más utilizados en la evaluación clínica y en investigación, como método subjetivo para valorar el dolor son EVA y ECN. Para la sedación la escala de RASS, por estar validada, y la de Ramsay por ser la más conocida aunque no esté validada. El método objetivo más empleado y recomendado es el BIS.

Existen estudios que muestran el uso sistemático de protocolos han supuesto una mejora notable de la calidad de los cuidados que reciben los pacientes sedoanalgesiados. Principales sociedades científicas del campo de la medicina intensiva y de la anestesiología recomienda el uso de protocolos de sedoanalgesia que permitan monitorización y manejo de los mismos por los profesionales de enfermería.

La creación y uso de protocolos realizados de forma multidisciplinar (anestelistas, intensivistas, enfermería...) adaptado a la infraestructura y los medios de cada UCI. Debe incluir objetivos periódicos de sedación, una adecuada monitorización con escalas y un algoritmo de ajuste de dosis y retirada de sedoanalgesia supondría una disminución de la estancia en las unidades de cuidados críticos, lo que supondría disminuiría los días de uso de ventilación mecánica, las infecciones nosocomiales, neumonías asociadas a la ventilación mecánica, periodos de dolor y agitación.

Bibliografía

1. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Fármacos Frecuentemente Usados En Cuidados Críticos. 2002.
2. Carrasco G; Cabré LL. Influencia de la Calidad de Sedación Durante el Destete. En: Net A, Mancebo J, Benito S. Retirada de la Ventilación Mecánica. D Springer-Verlag Ibérica, Barcelona. 255-267. 1995.
3. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF, et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. Crit Care Med. 2006; 34:1691-9.
4. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. N Engl J Med. 2000; 342:1471.
5. Brook AD, Ahrens TS, Schaiff R, Prentice D, Sherman G, Shannon W, et al. Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. Crit Care Med. 1999; 27:2609-15.
6. Navarrete P, Cárdenas A. Sedación y analgesia en el traumatizado grave. En: Manual de soporte vital avanzado en trauma. Editorial Masson, 2008 (2ª ed).
7. Pacheco D. Medición del dolor en enfermedades musculoesqueléticas. Medwave. 2008 Dic; 8(11). Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Cursos/3658> [Consultada el 13.2 2012].
8. Esteban.G. Sedoanalgesia extrahospitalaria. SAM. bomberos (Zaragoza). Disponible en: <http://reanimovil.com/docgenerales/sedoanalgesia.pdf> [Consultado 23.7.2013].
9. Protocolo de analgesia y sedación . Complejo hospitalario universitario de Albacete 2011. Disponible en :http://www.chospab.es/area_medica/uci/sedacion.htm [Consultado 12.6.2013].
10. Barranco Ruiz. F, Blasco Morilla, J...Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. España. Uninet. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c120203.html> [Consultado 11.4..2013].
11. Olivia M, Chávez Grimaldi M. Sedación de Pacientes en Ventilación Mecánica. Partel. Medicrit 2005; 2(4):49-54. Disponible en: <http://www.medicrit.com/rev/v2n4/2449.pdf> [Consultado 7.6.2013].