

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

CALIDAD DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO A TRAVÉS DEL EMPLEO DE ESCALAS DE SEDOANALGESIA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Autor principal ANA BELÉN GARCÍA BRAVO

CoAutor 1 GEMA MARIA QUINTANILLA TELLO

CoAutor 2 M JOSÉ PALAZÓN GARCIA

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave monitorización sedación sedación consciente cuidados críticos Anestesia y Analgesia

» Resumen

Una adecuada valoración y control de la sedación supone el pilar básico en el cuidado y tratamiento del paciente crítico, ya que un manejo inadecuado resulta perjudicial, siendo necesaria una evaluación sistemática de la misma, para mantenerse en los niveles más adecuados. A pesar de que existen muchas formas de monitorizar la sedoanalgesia, la práctica clínica en nuestro medio es muy variable. La implantación de protocolos de sedación supondría una disminución de la estancia en las Unidades de Cuidados Críticos, acompañado de una disminución de la incidencia de infecciones nosocomiales y un menor número de episodios de dolor y agitación. De hecho, diversos estudios que muestran el uso sistemático de estos protocolos, han supuesto una mejora notable en la calidad de los cuidados que reciben los pacientes sedoanalgesiadados. Por ello, las principales sociedades científicas del campo de la medicina intensiva y de la anestesiología recomiendan, con un elevado grado de evidencia el uso de protocolos consensuados de sedoanalgesia que permitan la monitorización y manejo de la misma por los profesionales de enfermería.

Existen numerosas formas de evaluar la sedoanalgesia, métodos subjetivos o escalas que evalúan de la sedación superficial, y métodos objetivos que permiten monitorizar la sedación profunda. A pesar de las recomendaciones de expertos, en una gran parte de centros sanitarios no se siguen las directrices estipuladas sobre sedoanalgesia, lo que interfiere en la calidad de los cuidados de los paciente críticos

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La sedación es un componente fundamental del tratamiento de los pacientes de la Unidades de Cuidados Críticos. Una adecuada valoración y control de la sedación supone el pilar básico en el cuidado y tratamiento del paciente crítico, ya que tanto la sobredosificación como la infradosificación son perjudiciales para estos pacientes siendo necesaria una evaluación sistemática de la misma para mantenerse en los niveles más adecuados. De este modo un estado de sobredosificación puede conllevar a un aumento de la incidencia de trombosis venosas, hipotensión, prolongación de la estancia en la UCI, enmascaramiento de complicaciones abdominales o intracraneales, daño pulmonar y neuromuscular e incluso la aparición de síndrome de abstinencia, mientras que un paciente infradosificado puede presentar episodios de miedo, ansiedad, agitación, riesgo de recordar situaciones desagradables relacionadas con la estancia en la unidad, posibilidad de quitarse de forma no intencionada dispositivos médicos, desadaptación a la ventilación mecánica, necesidad de un mayor número de cuidados de enfermería conllevando todo ello finalmente a costes adicionales.

De la práctica diaria en nuestra unidad de críticos, surgió la idea de como los profesionales de enfermería podrían ayudar a disminuir la incidencia de las situaciones anteriores, por lo que se realizó una búsqueda bibliográfica para determinar que herramientas existen para monitorizar la sedación y si se han puesto en práctica en otros centros españoles y en otros países.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

A pesar de que existen muchas formas de monitorizar la sedoanalgesia, la práctica clínica es muy variable. La presencia de protocolos de sedación supondría una disminución de la estancia en las Unidades de Cuidados Críticos, acompañado de una reducción de la incidencia de infecciones nosocomiales y un menor número de episodios de dolor y agitación. De hecho, las recomendaciones encontradas en revisiones actualizadas, señalan la importancia de una evaluación regular e individualizada de la sedación y analgesia, otorgando al uso de escalas un nivel de recomendación fuerte con un nivel de evidencia moderada 1B.

Así, la Guía Práctica sobre el uso de sedantes y analgésicos en pacientes adultos críticos del Colegio Americano de Medicina de Cuidados Críticos (2002) señala entre otras una serie de recomendaciones:

1. Las dosis de sedantes se deben administrar en función de un nivel deseado de sedación, y con reevaluaciones continuas o interrupción diaria con reajustes.
2. Utilizar una guía, algoritmo o protocolo de sedación. Se ha visto una reducción en la duración de la ventilación mecánica, en la estancia hospitalaria en UCI y en la necesidad de traqueostomía en pacientes de UCI con fallo respiratorio agudo cuando la sedación se administraba siguiendo un protocolo de enfermería.

Por otro lado, la Sección de Cuidados Críticos de la SEDAR recomienda además:

1. En cada unidad deben existir protocolos escritos de analgesia y sedación adaptadas a las características de las mismas.
2. Se recomienda utilizar escalas para la valoración individual de la sedo-analgesia y decidir el valor que se desea alcanzar para una determinada escala.
3. Se aconseja reevaluar los objetivos diaria y conjuntamente por facultativos y profesionales de Enfermería.
4. Las variaciones de las dosis pueden ser realizadas por el personal de Enfermería.

Además en caso de la administración endovenosa de la sedoanalgesia, la infusión debería ser manejada con objetivos predeterminados en función de las necesidades puntuales (por ejemplo técnicas que supongan una variación en el estado previo del paciente), tomando siempre las precauciones de los efectos indeseables de los fármacos.

En la actualidad, son pocos los centros sanitarios que de forma multidisciplinar aplican escalas validadas dentro de protocolos de sedación y

analgesia, lo que se traduce en una inadecuada sedación.

Ante el problema detectado, nos hemos planteado una serie de objetivos:

1. Identificar los métodos que existen en la práctica clínica para monitorizar la sedoanalgesia en el paciente crítico.
2. Conocer como la monitorización de la sedoanalgesia a través de escalas mejora la calidad de los cuidados del paciente crítico.
3. Seleccionar el método más adecuado según la evidencia científica, para valorar la sedoanalgesia para su posterior puesta en práctica en la clínica.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Para lograr los anteriores objetivos, se ha realizado un estudio descriptivo a través de revisión bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud. De la revisión bibliográfica se ha obtenido lo siguiente:

Existen numerosas formas de evaluar la sedoanalgesia. De entre ellas, destacan métodos subjetivos o escalas que permiten realizar una evaluación de la sedación superficial y por otro lado, métodos objetivos en los que se emplean dispositivos electromecánicos y que permiten monitorizar la sedación profunda (como pueden ser: electroencefalograma, la variabilidad de la frecuencia cardíaca, Índice bispectral (BIS), la entropía o los potenciales evocados auditivos).

Así, dentro de los métodos subjetivos destacan las siguientes escalas:

1. Escala de agitación-sedación (SAS). Planteada por Riker en 1994 y validada posteriormente en 1999.
2. Escala de valoración de la actividad motora (MAAS). Desarrollada y validada en 1999. Es una adaptación de la anterior.
3. Escala de interacción y serenidad de Vancouver (VICS). Validada en el año 2000. Sus propios autores apuntan como principal limitación que muchas variables miden lo mismo y que no valora la tolerancia a la ventilación mecánica.
4. Escala de agitación-sedación de Richmond (RASS). Desarrollada en 1999 y validada en 2002.
5. Escala Ramsay (RS). Diseñada por Ramsay en 1974. Es la escala más conocida y la más utilizada en las UCIs, pero sin embargo no ha sido validada.
6. Escala de valoración de alerta/sedación por el observador (OAASS). Escala validada para medir la sedación o alerta de un paciente. Presenta múltiples limitaciones (no discrimina entre niveles y se afecta por la subjetividad).

Pero, cabe destacar que no todos estos sistemas son adecuados y válidos para su aplicación al paciente crítico en la práctica diaria. La principal dificultad radica en que, en la actualidad todavía no existe ningún método considerado como el estándar ideal para medir de modo objetivo y fiable el grado de sedación y analgesia de los pacientes críticos.

Se ha objetivado, que la introducción de escalas validadas para la evaluación del grado de sedación se ha asociado a una mejora de los resultados de tratamiento, reducción de incidencia de infecciones nosocomiales, disminución del tiempo de ventilación mecánica, así como un descenso de la mortalidad.

El método subjetivo seleccionado que se ajusta a las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y del Comité de Expertos de la Sección de Cuidados Críticos de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) es la escala RASS, por estar validada, por su aplicación a pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, por valorar estados de agitación y sedación y por su fácil aplicación.

Esta escala es útil en pacientes críticos quirúrgicos y no quirúrgicos, e incluye la valoración de la agitación y el delirio (permite la detección de este en fases precoces), permitiendo realizar la valoración de la sedación en tan solo 20 segundos, por lo que no precisa un entrenamiento especial. Es una de las mejores escalas para monitorizar la sedación en pacientes críticos según los últimos estudios y encuestas realizadas, que le otorgan un nivel de recomendación B1. Además, separa el estímulo verbal y físico. De esa forma el grado de sedación del paciente se puede categorizar de acuerdo al grado de estímulo. Actualmente, es la escala recomendada por el grupo de trabajo de sedación de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) por su relación con las escalas de evaluación del delirio en los pacientes críticos y por el Comité de Expertos de la Sección de Cuidados Críticos de la SEDAR.

Los métodos objetivos más empleados son los que siguen: Electroencefalograma, Índice bispectral (BIS), Entropía y potenciales evocados auditivos. El más recomendado por las principales sociedades científicas y por la evidencia bibliográfica es el BIS.

En el caso de España, no existen datos concretos sobre el uso de protocolos específicos y de escalas de valoración de la sedoanalgesia, por ello, a través de comités de expertos se pretende fomentar su implantación. Así, en los últimos años en diferentes países europeos, tras la publicación de estas guías se ha incrementado el uso de escalas de sedación. En Alemania, se utilizaban escalas de sedación en un 21% de las Unidades de Cuidados Críticos, mientras que tras la publicación de las guías se incrementó en un 46%. Mientras que en Reino Unido el uso de escalas asciende al 88% de Unidades de Críticos (2008).

Por otro lado, y derivado del proyecto de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva) Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico, se destaca dentro de los 20 Indicadores de Calidad más relevantes seleccionados de 120, el hecho de conseguir una adecuada sedación, lo cual se puede obtener a través de la correcta monitorización de la misma. Los 20 indicadores seleccionados fueron considerados por la SEMICYUC como básicos y recomendables en todos los Servicios de Medicina Intensiva.

Los profesionales de enfermería de cuidados críticos constituyen una figura clave a la hora de conseguir un adecuado nivel de sedoanalgesia, ya que, en su actividad diaria, realiza una valoración continua del paciente, lo que le permite detectar cualquier cambio en su estado y por lo tanto un reajuste de las dosis de sedantes y analgésicos. Todo ello, contribuye a una mejora en la calidad de los cuidados en este tipo de pacientes al evitar situaciones tanto de sobrededación como de infrasedación

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El desarrollo del presente trabajo, no ha presentado prácticamente ninguna barrera, tal vez el principal obstáculo ha sido a la hora de acceder a algunas revistas científicas que requerían suscripción para acceder a sus contenidos. La mayoría de los trabajos revisados sobre el uso de escalas de sedoanalgesia están realizadas fuera de España. Habría sido interesante analizar algún estudio que emplease de forma sistematizada escalas de sedoanalgesia incluidas en protocolos de sedación. También hemos observado que la escala más conocida es la escala Ramsay, cuando en realidad ésta no está validada y existe un gran desconocimiento de otras que estando validadas no son bien aceptadas por los profesionales sanitarios

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

En este trabajo no pueden participar la familia, ya que el área de aplicación del mismo es de cuidados críticos quirúrgicos, área en la que el acceso de los familiares queda muy restringido. Pero, de este trabajo se extrae un beneficio para el paciente, ya que el hecho de emplear escalas de sedoanalgesia incluidas en protocolos, supondría la administración de sedación en base de unos criterios validados, lo que mejoraría la adaptación y evolución del paciente crítico.

Por otro lado, la existencia de protocolos de sedación que empleen escalas para el reajuste de la misma supone para la familia, que su familiar enfermo tenga una mejora en los cuidados que se le proporcionan, además de reducir en el paciente episodios innecesarios de ansiedad y agitación y una disminución importante de la estancia hospitalaria.

Este trabajo estaría más enfocado a la participación directa de los profesionales de enfermería y anestesiólogos a la hora de controlar de forma conjunta la sedo-analgésia del paciente, cuya participación es máxima en este sentido.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

A raíz del presente trabajo, se ha propuesto al servicio de anestesia-reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, la realización de un protocolo consensuado multidisciplinar de sedación que permita poder manejar la sedación por parte de los profesionales de Enfermería, valiéndose de la escala RASS. Dicha escala está validada y supone a su vez un indicador de calidad básico (recomendado por la SEMICYUC y la SEDAR).

Actualmente el trabajo propuesto ha sido aceptado por la comisión de ética e investigación de dicho centro, y se están realizando reuniones para la elaboración del protocolo, basándonos en la bibliografía consultada y en las recomendaciones elaboradas por las sociedades científicas y por comités de expertos relacionados con el presente tema (SEDAR y SEMICYUC).