

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"

VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN UCI PEDIÁTRICA: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

Autor principal ROSARIO ESCOBEDO ROMERO

CoAutor 1 ESTIBALIZ DIEZ DE CARLOS

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Neonatología y Pediatría

Palabras clave Withdrawal symptoms opioid benzodiazepines pediatric nursing

» Resumen

Detectamos una falta de unificación de criterios y retraso en el comienzo de prevención del SA. Tras la revisión de la literatura vemos la importancia de las escalas para valorar los síntomas de SA. Es importante tener en cuenta los días que dura el tratamiento sedoanalgésico para estar alerta: pacientes con más de 5 días de sedoanalgesia tienen riesgo de sufrir SA. Se necesita un protocolo que incluya la monitorización del nivel de sedación del paciente y una escala para valorar los síntomas del SA. Dentro de las medidas preventivas por parte de enfermería están: la monitorización de la sedoanalgesia, detección de SA, proporcionar un ambiente tranquilo y confort e informar y educar a los padres para la detección de síntomas y sobre la relajación del niño.

» 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?

Partimos del análisis de un caso que ocurrió en la UCI Pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra en el que trabajamos.

Caso: Niña de 11 meses que ingresó en la unidad de cuidados intensivos de pediatría(UCIP) por sepsis meningocócica, hemodinámicamente inestable, con marcada hipotermia periférica y petequias generalizadas que evolucionaron a necrosis de las zonas afectadas. Desde su ingreso requirió medicación vasoactiva para control de la hemodinámica, transfusión de hemoderivados y pauta antibiótica para combatir la meningitis.

Al ingreso se le intubó y se le conectó a ventilación mecánica(VM) con la que se mantuvo durante 6 días. Para el confort de la paciente y control de la VM, la paciente recibió perfusiones endovenosas continuas de midazolam(MDZ) y fentanilo(FNT) durante todo el tiempo que estuvo intubada. A lo largo de esos días, las dosis de las perfusiones fueron modificadas a criterio de los pediatras para conseguir una adecuada sedoanalgesia.

Tras la extubación, fue necesario seguir con las perfusiones unos días más. La perfusión de MDZ se retiró 3 días más tarde y la de FNT 9 días más tarde que la extubación. Ambas se retiraron de manera progresiva, para evitar el cese brusco de fármaco en sangre.

Día 0: Intubación Día 6 :Extubación Día 9: Stop Midazolam Día 15: Stop Fentanilo

Después de la retirada completa de estas perfusiones, la paciente necesitó bolos de MDZ en momentos concretos en los que estaba agitada y bolos de FNT para la realización de curas y del aseo, ya que estos dos procedimientos eran muy dolorosos para ella por las importantes heridas y necrosis que presentaba en extremidades. Todo ello prolongó el tiempo en el que la paciente dependió de esta medicación.

Durante el tiempo en el que la paciente ya no estaba intubada y se comenzó la tolerancia alimentaria por sonda nasogástrica(SNG), se valoraron signos y síntomas que podían indicar que estuviera apareciendo un síndrome de abstinencia(SA). Dentro de estos signos y síntomas se encontraron alteraciones del sistema nervioso central(SNC) como temblores, irritabilidad, labilidad emocional, bostezos y posibles alucinaciones. También presentó alteraciones del sistema nervioso autónomo como sudoración y fiebres mantenidas a pesar de medicación antipirética. También presentó alteraciones gastrointestinales, vómitos y diarrea, que podían estar relacionados con el SA. La paciente tardó varios días en comenzar a tolerar la alimentación por SNG, requiriendo medicación antiemética y la colocación de una sonda transpilórica para mejorar dicha tolerancia.

Al ver que los síntomas del SA no remitían y que las alucinaciones eran cada vez más evidentes, se decidió comenzar tratamiento con metadona vía oral: se comenzó un día después de retirar la perfusión de FNT y estuvo con dicho tratamiento 11 días. Dentro de este período, se intentó bajar las dosis en una ocasión y la paciente respondió mal, por lo que fue necesario aumentar de nuevo la dosis de metadona. Finalmente se

» 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?

Falta de utilización de escalas para la detección precoz del síndrome de abstinencia a opiáceos y benzodiazepinas:

Aunque las enfermeras registraron los síntomas detectados en la paciente, no existía una unificación de criterios en cuanto a estos síntomas. Para esta unificación, es necesario el uso de protocolos y escalas que ayuden a puntuar objetivamente la existencia de la abstinencia o riesgo de que se produzca.

En 2010 se realizó un estudio en el cual se envió un cuestionario acerca del manejo de la sedoanalgesia y los relajantes musculares a todas las UCIP existentes en España. A este cuestionario contestaron un 80% de ellas, 36 de 45. Entre los diferentes resultados, uno fue que solo un 14% de las unidades emplean habitualmente escalas para la monitorización del SA.[1]

Falta de tratamiento profiláctico del síndrome de abstinencia durante el periodo de sedación y analgesia:

La medida preventiva que se realizó en este caso fue la retirada progresiva de las perfusiones continuas. Esto no es un problema en sí mismo puesto que es una medida correcta y con buenos resultados según la evidencia científica. Realmente el problema que detectamos es que la paciente estuvo muchos días -9 días con MDZ y FNT ,y 15 sólo FNT- y no se realizó tratamiento profiláctico en todo este tiempo. En la literatura hemos encontrado que pacientes que permanezcan con sedoanalgesia durante más de 5 días, sería conveniente comenzar algún tratamiento profiláctico para el SA así como monitorizar sus síntomas.[2][3][4]

La metadona fue administrada como tratamiento sustitutivo cuando ya había síntomas de SA y cuando habían sido retirados tanto el FNT como el MDZ. Teniendo en cuenta los días que la paciente había estado con perfusión de FNT, podría haberse comenzado el tratamiento sustitutivo de manera preventiva desde el día que se comenzó la disminución de la perfusión.

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

Solución aportada a la falta de utilización de escalas para la detección precoz del síndrome de abstinencia a opiáceos y benzodiacepinas:

En cuanto a este problema, es importante que en la propia unidad, los profesionales de enfermería se familiaricen con las escalas existentes. Es de gran ayuda realizar un protocolo con el que los enfermeros puedan servirse de estas escalas para detectar precozmente los síntomas, para poder alertar al personal médico y así instaurar un tratamiento preventivo con el fin de que no evolucione el SA.

Tanto enfermería como los pediatras tienen que dar más importancia a la observación de estos síntomas ya que es un problema de incidencia importante en las unidades de cuidados intensivos[2]. La mayoría de los estudios aportan resultados tras utilizar conjuntamente opiáceos y benzodiacepinas, como en el caso que presentamos y presentan incidencias que varían entre el 35-50%, aunque se llega al 80% según duración del tratamiento y/o dosis acumuladas [3].

Las escalas clínicas nos ayudarán a objetivar, cuantificar y valorar la necesidad de tratamiento [1][3]. Las escalas más nombradas en la literatura para esta valoración son: La Escala Finnegan, la escala Sedation withdrawal score (SWS) y la escala Withdrawal assessment Tool (WAT-1).

La escala Finnegan no está validada para niños mayores por lo que solo se deberá utilizar durante los primeros meses de vida.[3][4].

La SWS es una adaptación de los test neonatales con datos más característicos de niños mayores. Según los autores tiene buena sensibilidad pero no está validada científicamente[1][3][5].

La WAT-1 también tiene una buena sensibilidad y fiabilidad y además es específica para niños mayores[3]. Esta escala es la más recomendada en la literatura por su fácil uso a pie de cama, y porque está desarrollada empíricamente[4][5]. Presenta la desventaja de que requiere varios minutos para llevarla a cabo.[3]

La escala propuesta más recientemente es la Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Scale (SOS), pero esta todavía pendiente de su validación y estimación del punto de corte [3].

Teniendo en cuenta las escalas existentes, cada unidad debería elaborar su propio protocolo con el fin de ayudar a los enfermeros a monitorizar estos síntomas y poder prevenir complicaciones, como es en este caso el SA. La utilización también, de escalas que nos indiquen el grado de sedación del paciente, ayudará al personal de enfermería a detectar el uso excesivo de sedoanalgesia[4]. Diversos estudios desvelan que dichos protocolos, utilizados por enfermería, reducen el número de días que el paciente necesita ventilación mecánica, sedación, disminuye la estancia en la unidad de cuidados intensivos y disminuye también la incidencia del SA[4][5]. Si se hacen esfuerzos por reducir las dosis totales de sedoanalgesia, se reducirá la incidencia del SA.[1] En España, un 55% de las UCIP utilizan escalas para monitorizar la sedoanalgesia del paciente, el resto se guían por los conocimientos derivados de la práctica clínica de los pediatras que estén a cargo de la unidad.[1]

Solución aportada a la falta de tratamiento profiláctico del síndrome de abstinencia durante el período de sedación y analgesia:

La medida preventiva más importante es la utilización de escalas clínicas para valoración de la sedación para evitar el exceso de tratamiento y administrar la menor cantidad posible de fármaco[3]. El SA suele aparecer en pacientes que llevan entre 5 y 10 días de tratamiento[2][3]. De hecho, un artículo publicado en 2010 en la revista de la American Academy of Pediatrics, indica que el 100% de los pacientes que reciben perfusión continua de FNT durante más de 9 días presentarán SA[4]. Si relacionamos estos datos con la elaboración de protocolos, sería interesante incluir en dichos protocolos que los pacientes que alcancen los 5 días de tratamiento sedoanalgésico, hay que englobarlos en un grupo de riesgo de SA[2]. Dentro de este grupo de riesgo, habría que ver que métodos preventivos se pueden llevar a cabo.

Existen diferentes medidas preventivas. La más utilizada en España es la disminución progresiva de los fármacos, un 92% de las UCIP la utilizan[1]. Otra medida que es más usual en UCI de adultos, es la interrupción diaria programada de la perfusión. Sin embargo, en niños, conlleva un alto riesgo de extubación accidental y de agitación por lo que no es recomendable[3][4]. Otros autores proponen utilizar los fármacos en bolos o cambiar de fármacos de modo programado pero no hay evidencia científica que demuestre su eficacia[3].

Es importante nombrar también, la importancia de los cuidados de enfermería tanto de relajación, como cuidado del ambiente del niño para una disminución de la agitación y ansiedad que puede provocar el síndrome de abstinencia[4].

Por último, existen tratamientos que se pueden administrar de manera preventiva antes de que se retiren por completo las perfusiones de sedoanalgesia como la metadona, la naloxona o la ketamina, entre otros.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Cuando elegimos este caso para realizar la comunicación nos parecía interesante puesto que el SA que había presentado esta paciente había sido poco valorado por el personal de enfermería. Teníamos la sensación de saber pocos conocimientos sobre cómo podíamos evitarlo y cuales eran exactamente todos los síntomas con los que se relacionaba este síndrome.

Al realizar la revisión bibliográfica acerca del tema, nos encontramos que casi todos los artículos concluían con que había poca evidencia al respecto, había pocas escalas que estuvieran validadas para la detección del síndrome, o que tuvieran poca aplicación en pediatría. En general, las recomendaciones que aportan todos los estudios sirven de guía pero no concluyen que haya tratamientos o profilaxia que comprueben su

eficacia.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

En las UCIP los padres pueden estar la mayor parte del día con sus hijos. Los padres son los principales cuidadores y referentes de sus hijos, por ello, su compañía se puede considerar una medida sedoanalgésica no farmacológica[1].

Para los padres es una situación difícil y casi siempre desconocida. Por ello es importante procurar quitarles el miedo a lo que rodea a su hijo-ventilador, bombas de perfusión, sondas, etc-e informarles sobre que lo pueden acariciar, besar, hablar, tranquilizar, puesto que su actitud hacia ellos, disminuye la ansiedad y la agitación del niño, incluso cuando está sedado.

Es importante detectar cambios del SNC ya que son posibles síntomas de un SA. En la UCIP, al no conocer cual era la actitud y comportamiento previa al suceso, es difícil valorar si existen cambios. Es en este aspecto también, en el que los padres del niño pueden ayudar al personal de enfermería a detectar posibles alteraciones del comportamiento, como excesiva agresividad, irritabilidad o labilidad emocional.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Cuidados de enfermería no farmacológicos para la prevención y tratamiento del SA.

Utilidad de la musicoterapia en el SA.

Estudios que demuestren la eficacia de protocolos de manejo de la sedoanalgesia en cuanto a reducción de la incidencia del SA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mencía S., Botrán M., López-Herce J., Del Castillo, J. Manejo de la sedoanalgesia y de los relajantes musculares en las unidades de cuidados intensivos pediátricos. *Anales de Pediatría*. 2011. 74: 396-404.
2. Ista E., Van Dijk M., Gamel C., Tibboel D., De Hoog M. Withdrawal symptoms in children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: a literature review. *Assessment remains troublesome* Rev. *Intensive Care Med*, 2007. Vol. 33: 1396-1406
3. Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Protocolo Síndrome de abstinencia en UCIP. [Acceso 25 de Marzo] Disponible en: http://www.secip.com/publicaciones/protocolos/cat_view/68-protocolos/116-sindrome-abstinencia-a-drogas
4. Jin H., Yum M., Kim S., Shin H., Lee E., Ha E., Jong Hong S., Jong Park S. The efficacy of the COMFORT Scale in Assessing Optimal Sedation in Critically Ill Children Requiring Mechanical Ventilation. *Rev. J Korean Med Sci* 2007. 22:693-697
5. Kanwalijeet J.S., Douglas F. Berger J., Harrison R., Kathleen L., Zimmerman J. Et al. Tolerance and Withdrawal from prolonged opioid use in critically ill children. *Rev. Pediatrics*. Mayo 2010. 125: 1208-1225