

PROTOCOLO DE SEDACIÓN EN U.C.I.

M^a Lourdes García Vázquez
Hospital Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

El uso de protocolos de sedación y analgesia permite mejorar desenlaces clínicos relevantes, como son los días de ventilación mecánica (VM) y de estancia en UCI. Ello se consigue:

Al minimizar los periodos de exceso de sedación mediante una apropiada monitorización y registro (escalas Ramsay, RASS...) del nivel de sedación.

El ajuste dinámico de las dosis de fármacos empleados a las necesidades del paciente.

Dos estrategias validadas internacionalmente son la protocolización guiada por enfermería y la suspensión matinal de infusiones sedantes y analgésicos

OBJETIVOS

Asegurar un óptimo nivel de seguridad con comodidad, reduciendo la respuesta al estrés y facilitando la adaptación a la VM, los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y los cuidados de enfermería.

Optimizar el sueño.

Controlar adecuadamente el dolor.

Tratar de minimizar los recuerdos desagradables de su estancia en UCI (amnesia).

Hacer la transición a sedación consciente lo más pronto posible. El paciente puede interactuar con nosotros.

OBSERVACIONES

Uso de vía venosa exclusiva para fármacos sedoanalgésicos para evitar bolos inadvertidos, excepto las soluciones lipídicas que usan otra vía exclusiva (propofol con NTP). El tratamiento no podrá interrumpirse repentinamente. Elección de fármacos basados en su duración de acción presumible, adaptados a la probable duración del tratamiento.

La **sedación segura** parte del conocimiento de las diferentes estrategias de manejo, para salir de un protocolo a otro y retornar nuevamente (interrupción diaria, bolos intermitentes, perfusión continua) Se manejan tres tipos de administración IV:

Perfusión continua

Asegura un nivel constante de sedación

Mayor confort del paciente

Mayor consumo de fármacos

Menor riesgo de sobredosificación

Tiempo de recuperación más largo

Uso en casos que requieran mayor profundidad de sedoanalgesia



Bolos intermitentes

Concentración plasmática variable con niveles de sedación inconstantes

Menor consumo de fármacos

Riesgo de sedación insuficiente

Uso en casos que precisen una sedación y/o analgesia puntual

Interrupción diaria de la sedación (despertares diarios)

Indicados en pacientes que lleven más de 48 horas con VM, cuyo nivel de sedación a primera hora del día (de 7 a 9 horas) sea más profundo que el objetivo a alcanzar, siempre que el objetivo no sea una sedación profunda, y no hayan tenido en las 24 horas previas episodios de agitación o delirium.

¿EXISTEN CONTRAINDICACIONES MÉDICAS? DESCARTAR:

Hipertensión endocraneal

Shock

Síndrome de abstinencia

Lesión pulmonar aguda con altas presiones en la vía aérea y severo compromiso en los índices de oxigenación

Agitación o delirium no tratado en las 24h. previas

Bajo los efectos de bloqueantes neuromusculares

SI NO EXISTEN CONTRAINDICACIONES MÉDICAS:

Propiciar el sueño nocturno y brindar un ambiente cómodo

Realizar aseo diario

Presencia de personal médico

Interrumpir la sedoanalgesia a las 9 horas.

Iniciar nuevo tratamiento farmacológico si está prescrito

Evaluar cada hora con escala de analgesia y sedación para la meta propuesta

Tratar incomodidad inicialmente con medidas no farmacológicas

Si hay dolor, fentanilo al 50% de la dosis suspendida previo bolo de fentanilo de 25-100cgm iv.

Si hay ansiedad o agitación bolo de midazolam 2-5mg iv. si es necesario repetir dosis y el reinicio de la perfusión al 50% de la dosis anterior.

Si agitación o delirio, haloperidol.

