

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES BAJO SEDACION Y
ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO
HEREDIA – PIURA 2012 - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ANA MERCEDES ROMAN GUILLEN

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Mercedes Roman Guillen', is positioned to the right of the printed name.

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 201 - 2017

Fecha de aprobación: 30 Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1658-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Identificación del Problema	4
1.2 Objetivos de la Investigación	6
1.3 Justificación	6
II.- MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes del estudio	8
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	29
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	31
3.1 Recolección de Datos	31
3.2 Experiencia Profesional	31
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	34
IV.- RESULTADOS	37
V.- CONCLUSIONES	45
VI.- RECOMENDACIONES	46
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	50

INTRODUCCION

Los pacientes críticamente enfermos, especialmente aquellos que reciben ventilación mecánica, a menudo tienen dolor, ansiedad, disnea, y otras formas de estrés

Los principios básicos de atención Médica y de enfermería de la UCE son proporcionar comodidad, para mejorar la tolerancia del ambiente de la UCE, y para proporcionar alivio de la angustia. Esto a menudo se logra a través de identificar y corregir factores predisponentes y precipitantes, aplicando medidas no farmacológicas para aumentar la comodidad, y con la administración de medicamentos sedantes y analgésicos.

Los pacientes informan de que el mayor estrés con los que tropiezan incluye dolor derivado de las enfermedad o el dolor causado por la intubación, aspiración de las secreciones, punciones venosas o arteriales, colocación de sondas y curaciones, factores que son extremadamente comunes en las UCE. En consecuencia, no es de extrañar que la mayoría de los enfermos ingresados en la UCE requieran de sedantes y analgésicos intravenosos.

Tanto la inadecuada o excesiva sedación puede tener efectos deletéreos sobre el resultado de los pacientes. El dolor o ansiedad no suficientemente tratados puede resultar en respuestas fisiológicas adversas asociadas con morbilidad y puede aumentar los eventos adversos, como la autoextubación. Es importante reconocer que estas condiciones subyacentes, incluido el delirio y recuerdos alucinatorios, así como las intervenciones terapéuticas pueden influir en la probabilidad de efectos adversos psicológicos a largo plazo.

Por el contrario, la sedación excesiva puede causar depresión respiratoria e hipotensión y ha sido asociada a Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

Finalmente la sobredosificación tiene consecuencias económicas debido a la prolongación de la duración de la VM y la estadía en UCE y hospitalaria.

La concepción más adecuada de personalizar la analgesia y la sedación en el paciente han hecho que se busque cada vez más ese confort, para ello es necesario la adecuada valoración del nivel de dolor y sedación de cada paciente para conseguir el tratamiento adecuado.

Adicionalmente las condiciones del entorno físico, como reducir los ruidos y luces, favorecer la comunicación con el paciente y las visitas flexibles son medidas encaminadas a lograr el confort del paciente.

El cuidado de enfermería está dirigido a la reducción de la ansiedad de los pacientes reduciendo las incertidumbres y la hostilidad del entorno además de apoyarse en fármacos sedantes.

Este informe describe la experiencia del Cuidado De Enfermería En Pacientes Bajo Sedación y Analgesia en La UCE del Servicio de Emergencia Del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura 2012 – 2016 así como las limitaciones y sugerencias para optimizar el manejo de los mismos en esta unidad.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problema

En la Región Piura, la tercera después de Lima en población, el Hospital Regional José Cayetano Heredia administrado por EsSalud, es el de mayor complejidad y se constituye en el hospital referencial de la región y del Norte del País.

Todos los pacientes que pasan por una Unidad de Cuidados Especiales, viven experiencias particulares, relacionadas a su propia enfermedad pero también perciben lo que ocurre con otros pacientes. Los cuidados de enfermería, la monitorización, administración de tratamientos, toma de exámenes, el sometimiento a procedimientos invasivos, los comentarios y discusiones clínicas sobre el estado de salud propio y el de los otros paciente; y en algunos casos los desenlaces fatales de pacientes con los que comparten ese especial ambiente de atención generan en ellos percepciones y vivencias que pueden afectar en mayor o menor grado su estado anímico y emocional repercutiendo negativamente en la recuperación de su salud.

El dolor y la ansiedad en los pacientes graves que son tratados en las unidades de cuidados intensivos con frecuencia no reciben el manejo adecuado por el personal de salud, más del 70% tienen dolor y solo el 63% lo manifiestan, por otro lado solamente la mitad de los pacientes sedados reciben analgesia, únicamente el 40% de casos con falla respiratoria, falla orgánica y sepsis reciben sedoanalgesia; la mayoría de médicos y enfermeras piensan que la sedoanalgesia es adecuada, no obstante el desconocimiento sobre los múltiples efectos deletéreos son perjudiciales. (1)

El paciente crítico presenta cambios fisiopatológicos diversos debido a uno o varios problemas subyacentes, por lo cual la sedación y la

analgesia son parte integral en su tratamiento, ya sea para facilitar la ventilación mecánica o bien para disminuir el esfuerzo cardiaco en situaciones de inestabilidad hemodinámica e incluso cuando son sometidos a diversos procedimientos invasivos, es primordial realizar una adecuada sedoanalgesia con el fin de controlar la respuesta hormonal ante el estrés y evitar alteraciones como taquicardia, hipertensión, hiperglicemia o aumento del catabolismo proteico; efectos que son perjudiciales en el tratamiento y recuperación del paciente. (2)

La situación del paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos con frecuencia es inconfortable manifestado por dolor, privación de sueño, ansiedad que induce a la agitación psicomotriz conllevando a su vez a complicaciones fisiológicas hasta eventos de autoextubación, asincrónica con el ventilador mecánico o retiro involuntario de catéteres arteriales, venosos, nasogástricos o urinarios; de ahí la necesidad de otorgarle a estos pacientes un grado de confort y seguridad con niveles ideales de sedoanalgesia y cuidados de enfermería que requieren los conocimientos necesarios para brindar un adecuado cuidado.

La tendencia actual en sedoanalgesia como procedimiento rutinario es el empleo de fármacos de efecto inmediato, vida media corta a la vez de eliminación rápida y en la Unidad de Cuidados Especiales de este hospital se evidencia que los fármacos que más se utilizan son fentanilo y midazolam, los cuales se utilizan sin valorar adecuadamente el requerimiento o el nivel ideal de sedación de acuerdo a su patología o la situación clínica de cada paciente, refiriendo que la titulación de dosis es "solo aumentar la dosis de infusión si el paciente está despertando" o "administrar bolos de midazolam si el paciente está agitado"; lo cual muestra deficiencias en su manejo y por tanto en el cuidado que brinda para la satisfacción de las necesidades del paciente.

Además esta unidad carece de un protocolo de atención para el cuidado del paciente con sedoanalgesia y no se toma en cuenta muchas veces los riesgos de una inadecuada sedación, la dependencia a fármacos e inmovilización prolongada al mantener al paciente sedado por periodos de tiempo prolongados y sus implicancias en el incremento de costos para la familia. (3)

Por lo expuesto y para centralizar nuestro informe nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el "Cuidado De Enfermería En Pacientes Bajo Sedación y Analgesia en la Unidad de Cuidados Especiales Del Servicio De Emergencia Del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura 2012 - 2016"

1.2. Objetivo

Describir el cuidado de enfermería en pacientes bajo sedación y analgesia en la UCE del servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia – Piura 2012 – 2016

1.3. Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer el Cuidado De Enfermería En Pacientes Bajo Sedación y Analgesia En La Unidad De Cuidados Especiales Del Servicio De Emergencia Del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura realizado entre los Años 2012 – 2016 con el propósito de Evaluar los aciertos y desaciertos que tenemos en la práctica diaria en el manejo de nuestros pacientes; profundizar los conocimientos en cuanto al cuidado de enfermería a los pacientes en sedación y analgesia, el uso adecuado de los medicamentos, mantener y retirar los equipos o procedimientos a los pacientes que indique en su terapéutica médica, administración de medicamentos y medidas complementarias a tomar en cuenta en estos pacientes y de acuerdo a lo

encontrado sugerir la creación y el uso de protocolos científicamente estructurados para el manejo adecuados e integral de analgesia y sedación aplicando escalas de valoración validadas y la aplicación fundamentada de los procesos de atención y cuidados de enfermería en estos pacientes.

Siendo el uso de la sedoanalgesia un procedimiento de rutina en la Unidad de Cuidados Especiales, los conocimientos de la enfermera especialista constituyen un aspecto fundamental en el cuidado del paciente crítico. Por lo que conocer los resultados de este informe por la institución, el departamento de enfermería y el personal que labora en cuidados especiales permitirá además proponer estrategias y acciones de educación continua con el fin de favorecer la calidad de los cuidados del paciente con sedoanalgesia y la atención individualizada que contribuyan a disminuir las estancias prolongadas en la Unidad de Cuidados Especiales.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

A Nivel Internacional:

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) – MINSA CHILE (2008) Realizó la revisión sistemática “Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para pacientes adultos en UCI”, cuyo objetivo fue es recopilar y analizar la información, hoy en día disponible, acerca de la efectividad de los protocolos de sedo analgesia en paciente crítico adulto en función de los siguientes resultados: Prolongación de estadía de los pacientes en UCI y Número de días de conexión a ventilación mecánica. Se realizó análisis por medicamentos, análisis por protocolo y análisis de costos, Se utilizó las siguientes Bases de datos para consultar: Medline, Colaboración Cochrane, Registro de ensayos clínicos. Cochrane, Base de datos DARE de la Universidad de York, LILACS, Internacional Network of Health Technology Assessment Agency (Base de datos de publicaciones), Sociedad de anestesiología de Chile, Sociedad de Medicina Intensiva de Chile, Sociedad de anestesiología USA, sociedad de Medicina Intensiva USA y se seleccionaron 21 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión de esta revisión. Se concluye que La administración de una analgesia y sedación adecuada en el contexto del cuidado del paciente crítico que requiera VM es fundamental en la calidad y seguridad de los cuidados críticos. Según la evidencia se debe utilizar una guía o protocolo para evaluar la sedación del paciente en forma periódica, usando para ello escalas de medición validadas, de modo de realizar diariamente los ajustes de dosis necesarios para evitar la Infra o sobre sedación. También se recomienda la interrupción diaria de la sedación con el mismo objetivo.(4)

Don-Kelena AWISSI, Cindy BÉGIN, Julie MOISAn, Jean LACHAINE, and Yoanna SKROBIK (2011) Montreal, Canadá. Se realiza el estudio "I-SAVE Study: Impact of Sedation, Analgesia, and Delirium Protocols Evaluated in the Intensive Care Unit: An Economic Evaluation" cuyo objetivo fue determinar si la implementación de un protocolo para el manejo de analgesia sedación y Delirio en UCI disminuiría costos. Se utilizó un diseño prospectivo pre y post protocolo, el costo efectividad fue calculado asociando la variación del costo y la efectividad de las Medidas. El total del costo por paciente consistió en la suma de los costos de la adquisición de drogas para sedación analgesia y delirio durante su estadía en UCI y su estadía en UCI. Concluye que el establecimiento de protocolos en el manejo de sedación, analgesia y Delirio es costo efectivo y permite ahorros de casi 1000 dólares por paciente. (5)

Juliana BARR, MD, FCCM1; Gilles L. FRASER, PharmD, FCCM2; Kathleen PUNTILLO, RN, PhD, FAAN, FCCM3; E. Wesley Ely, MD, MPH, FACP, FCCM4; Céline GÉLINAS, RN, PhD et al. (2013) California, Estados Unidos, publica Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit concluye que la agitación y ansiedad ocurren frecuentemente en paciente críticamente enfermos. Los sedantes son comúnmente administrados en pacientes de UCI para tratar la agitación tienen consecuencias negativas. La pronta identificación y tratamiento de las posibles causas de agitación tales como dolor, hipoglicemia, hipoxemia, hipotensión, o intoxicación con drogas y alcohol es importante. Las medidas para reducir la ansiedad y agitación incluyen mantener el confort del paciente, proveer una adecuada analgesia, movilización, optimización del ambiente para mantener los patrones normales del sueño deben ser atendidas antes de administrar sedantes. Los sedantes deben ser administrados para mantener lucidez o sedación profunda de acuerdo a los requerimientos. Los estudios demuestran las consecuencias de la sedación profunda y los

beneficios de mantener niveles ligeros de sedación en pacientes de UCI.
(6)

POZO LAFARGE Tania y otros (2008) CUBA, realizaron un estudio titulado “Caracterización de la sedoanalgesia en pacientes críticos ventilados en Cuidados Intensivos del Hospital Saturnino Lora Santiago”, con el objetivo de caracterizar los pacientes críticos en ventilación mecánica y aplicación de protocolo de sedoanalgesia en la administración de drogas analgésicas y sedantes en UCI que proporcione seguridad y confort en el paciente. Las conclusiones fueron entre otras: “La ventilación artificial mecánica (VAM) requiere muchas veces del uso de fármacos sedantes, analgésicos y relajantes musculares; y la única aproximación real al problema de la administración de éstas drogas, es la estrategia de obtener una titulación dosis- efecto basada en la evaluación objetiva de los requerimientos de cada paciente, usando alguna escala de sedación, para evitar situaciones de infra y sobre sedación”. Se monitorizó el nivel de sedación con la escala de agitación sedación (SAS) y se definió una meta ideal en el nivel de sedación, habitualmente 3-4 (paciente vígil y calmado) o sedación leve. (7)

A Nivel Nacional

FRANCO LAYZA Tatiana, (2010) LIMA, realizo un estudio sobre “Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras en el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometidos a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2010”, el cual tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras en el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica. las conclusiones fueron entre otras: “La mayoría de los profesionales de enfermería tienen conocimientos acerca del cuidado del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica, el 85% de ellos conocen correctamente la definición; y por

encima del 60% conocen sobre los medicamentos a usar, sus efectos adverso, las dosis y medicamentos antagonistas de los mismos para ser usados en caso de una sobredosis, se evidencia también que tienen conocimientos sobre el monitoreo básico del paciente sometido a sedoanalgesia, tienen conocimientos sobre la escala de monitoreo de sedación (RAMSAY)". Hasta una sedación profunda que haga difícil el despertar cuando se quiera iniciar el destete del ventilador mecánico, u otras complicaciones como delirio o dependencia al medicamento". (8)

CAYCAY FERNÁNDEZ Violeta, (2008) EN LIMA, realizó un estudio sobre "Conocimientos y Prácticas que tienen las enfermeras acerca del cuidado del paciente en sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dos de Mayo, 2008", cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras en el cuidado de pacientes con sedación, las conclusiones fueron entre otras: "La mayoría de los profesionales de enfermería en estudio "conocen" acerca del cuidado del paciente con sedación, lo cual influye en brindar una atención integral de calidad y holística tomando precauciones en la prevención de complicaciones de una sedación inadecuada". "En cuanto a la práctica que desarrollan las profesionales durante, la sedación es "adecuada". Sin embargo cabe resaltar que una minoría debe reforzar algunos aspectos que menos practican importantes para intervenir positivamente en el procedimiento evitando al paciente la presunción de complicaciones propias de la sedación". (9)

CHÁVEZ ANTAYHUA Rosa Elena, (2002) LIMA, realizó un estudio sobre "Sedación, Analgesia y Relajación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins- EsSalud", con el objetivo de describir el uso de sedantes, analgésicos y bloqueantes neuromusculares en niños críticamente enfermos, las conclusiones entre otras: "La sedación y analgesia con Midazolam y Fentanilo administrados simultáneamente en un 23% y en forma prolongada (más 6 horas) se usó

en más de la mitad de los pacientes, frecuencia adecuada y con el objetivo de producir ansiolisis y analgesia y facilitar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos. Así mismo no se usa escalas de evaluación en la calidad sedación.” “La infusión de sedantes y analgésicos y bloqueantes neuromusculares, no es seguida de un monitoreo independiente con escalas de evaluación específicas; así mismo no se registra las complicaciones específicas derivadas del uso de estos agentes”. (10)

Miguel BARREDA DE LA CRUZ, (2006) AREQUIPA, el cual es un trabajo de tipo longitudinal, prospectivo y observacional, se desarrolla en la unidad de cuidados intensivos de Hospital Nacional de Sur, donde ingresan todos los pacientes con más de 48 horas de ventilación mecánica, así como los que cumplan con criterios clínicos y radiológicos de neumonía asociada al ventilador. A estos pacientes se les realizo broncofibroscopia y aspirado bronquial para tomar muestras y cultivarlas. Se evaluó: edad, intubación difícil, tiempo de intubación, frecuencia de cambio de TET, frecuencia de nebulización, protección gástrica, antibioprofilaxis, puntuación de APACHE, SOFA y etiología. (11)

Por los estudios revisados se puede evidenciar que hay estudios relacionados con conocimientos sobre sedación en las unidades de cuidados intensivos, sin embargo es importante realizar un estudio sobre los conocimientos del profesional de enfermería sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia a fin de fomentar la elaboración de estrategias orientadas a mejorar la calidad de atención de enfermería.

A nivel regional no se ha presentado ningún trabajo de investigación con este tipo de estudio.

2.2. Marco conceptual

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON SEDOANALGESIA

La sedación y analgesia es un punto primordial en el tratamiento global del paciente crítico. En efecto en todos los pacientes críticos, especialmente cuando se encuentran en ventilación mecánica, es primordial realizar una buena sedación y analgesia, con el fin de controlar la respuesta hormonal ante el estrés (taquicardia, hipertensión, hiperglucemia, aumento del catabolismo proteico) que puede ser perjudicial para el paciente.

La Asociación Americana de Anestesiología y Medicina Crítica define la sedoanalgesia como la disminución del nivel de conciencia que permite al paciente un estado relajado y tranquilo libre de ansiedad y ausencia del dolor a estímulos nocivos, a la vez le permita tolerar procedimientos dolorosos mientras mantienen una adecuada función cardiorrespiratoria y la capacidad de responder a órdenes verbales y/o táctiles. (12)

La sedoanalgesia nos permite una perfecta adaptación del paciente al ventilador, lo cual en algunos casos es extremadamente necesario. Así se obtiene los objetivos de la sedoanalgesia que incluyen: control del dolor, ansiolisis y disminución de la actividad motora, amnesia, depresión respiratoria, que puede facilitar la ventilación mecánica y finalmente facilitar el sueño. Es importante tener en cuenta que la agitación en estos pacientes puede ser debida a problemas graves como hipoxia, incorrecto funcionamiento del ventilador, obstrucción del tubo etc. los cuales deben descartarse de forma sistemática, antes de decidir que se trata de "deficiente sedación". Así mismo el ambiente ruidoso y habitualmente de discomfort debido a las múltiples procedimientos invasivos, evaluaciones continuas y terapias a los que son sometidos los pacientes, son circunstancias que pueden producir ansiedad y dolor, a su vez puede

producir agitación que conlleve a inestabilidad hemodinámica, autolesiones, retiro de catéteres intravasculares, extubaciones accidentales, etc. por todo ello requiere la necesidad de una sedoanalgesia adecuada.

Los objetivos más importantes de estas dos intervenciones son proporcionar un óptimo nivel de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor; así mismo facilitar la adaptación al ventilador mecánico, los procedimientos de diagnóstico, terapéutico y los cuidados de enfermería. (13)

El objetivo de la sedoanalgesia en el enfermo crítico es proporcionar comodidad, disminuir la ansiedad y mitigar el dolor especialmente en las situaciones con severo compromiso hemodinámico e insuficiencia respiratoria que precisan ventilación mecánica, en las cuales es importante conseguir una buena adaptación con el ventilador así como descenso del consumo de oxígeno.

Para lo cual se debe obtener en cada momento el nivel de sedación óptimo, según la situación clínica del paciente, para ello se utiliza las escalas para evaluar el nivel de sedación y ajustar las dosis de drogas al nivel deseado. Siendo la escala más utilizada en la clínica la de Ramsay. Para elegir la sedoanalgesia en la unidad de Cuidados Intensivos, se recomienda tomar en cuenta:

- Los diagnósticos del paciente.
- Evaluar el estado mental antes de iniciar la sedación ya que constituye el lineamiento basal.
- Los requerimientos del paciente y/o del tratamiento analgesia, ansiólisis, parálisis, etc.
- Medicación previa

INDICACIONES:

- ✓ Alivio del malestar, la ansiedad y el miedo.
- ✓ Control de la agitación.
- ✓ Inducción del sueño.
- ✓ Facilitar la ventilación mecánica.
- ✓ Producir anestesia para parálisis farmacológica.
- ✓ Situaciones especiales: Técnicas diagnósticas y terapéuticas,
- ✓ Síndrome de abstinencia alcohólica, Hipertensión Intracraneal,
- ✓ Edema Cerebral, etc.

SITUACIONES ESPECIALES:

- ✓ Ventilación mecánica.
- ✓ Procedimientos invasivos.
- ✓ Debridación de heridas.
- ✓ Traqueotomías.
- ✓ Tubo de toracotomías.
- ✓ Endoscopia diagnóstica.

COMPLICACIONES DE UNA INADECUADA SEDACION:

INFRASEDACIÓN

La infrasedación (o sedación insuficiente) desprotege al paciente crítico, expuesto a niveles elevados de ansiedad y estrés, de la «respuesta al estrés» generada ante la lesión (sepsis, traumatismo, isquemia). El paciente con sedación insuficiente sufre miedo, ansiedad, trastornos del sueño, desorientación y agitación, lo que se asocia a un peor pronóstico. Esta situación conlleva un incremento del riesgo para la autorretirada de dispositivos y para las necesidades de cuidados de enfermería. Además, el aumento del consumo de oxígeno y de la actividad del sistema autónomo con el aumento del trabajo miocárdico que puede ser especialmente deletéreo en determinados pacientes críticos.

SOBRESIEDACIÓN

El empleo de dosis elevadas o de pautas que combinan sedantes puede dar lugar a la sobresedación del paciente, que se asocia a una prolongación del tiempo de ventilación mecánica (y, por lo tanto, a las complicaciones relacionadas con la misma como son el aumento de la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, barotrauma, hemorragia digestiva alta, bacteriemia, trombosis venosa profunda, colestasis y sinusitis) y de estancia en la UCI, a un mayor consumo de recursos sanitarios y a la dificultad para monitorizar la evolución neurológica. (14)

FÁRMACOS MÁS USADOS EN SEDOANALGESIA:

BENZODIACEPINAS

Son sedantes moderados con un potente efecto ansiolítico y amnésico, sin poder analgésico. Deprimen moderadamente la respiración y el sistema cardiovascular, sobre todo al administrarlas junto con opioides, anestésicos generales u otros hipnótico-sedantes. Con su administración a largo plazo se desarrolla tolerancia, pero son raros los casos de adicción o síndromes de privación. Junto con los opioides, son los fármacos más frecuentemente usados para conseguir la sedoanalgesia deseada para el paciente. Producen depresión del sistema nervioso central de forma dosis dependiente, progresivamente presentan ansiolisis, amnesia anterógrada, sedación consciente, sedación profunda y anestesia; presentan actividad anticonvulsivante en el 80% de los pacientes en status epilépticos. Relajan la musculatura esquelética, no producen analgesia y mantienen una relativa estabilidad hemodinámica.

MIDAZOLAM

Dada su corta vida media y su hidrosolubilidad (que permite la administración intravenosa continua), es probablemente la única BZD

adecuada para la sedación prolongada en el paciente grave. Dosificación: Inducción 0.1-0.4 mg/kg (menor en ancianos). Para el mantenimiento debe ajustarse; de forma general se administran 0.05- 0.2 mg/kg/h. Se debe reducir la dosis a la mitad en caso de insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina menor de 10 ml/min; si el aclaramiento es mayor, no requiere ajustes. Tras un bolo, se tiene un efecto máximo a los 5-10 minutos, con una duración de acción de 30-120 minutos. Su acción finaliza principalmente por su rápida redistribución a los tejidos periféricos, siendo su vida media de 4 horas aproximadamente. En administración continua, la duración de sus efectos clínicos es más prolongada, pudiendo tardar dos o más días en despertar un paciente con una administración continuada de 5 mg/h durante 7 días. Debido a que se acumula en los tejidos periféricos, y tras cesar su administración comienza la redistribución desde estos al espacio intravascular, haciéndose su eliminación dependiente del aclaramiento más que de la redistribución a los tejidos. Se calcula que su vida media de eliminación puede alcanzar hasta 48 horas o más, aumentando en los pacientes ancianos y obesos por estar su aclaramiento disminuido o ser mayor el volumen de distribución respectivamente, así como en los que presentan insuficiencia hepática (disminución de su metabolización) e insuficiencia renal (acumulación de su metabolito activo). Como se señala más arriba, sus efectos se pueden revertir con un antagonista de las benzodiazepinas, el flumazenil, que requiere infusión continua para evitar la resedación; y se potencian (sedación y depresión cardiorespiratoria) con el uso de opioides. Se recomienda no usar midazolam en infusión continua en pacientes cirróticos. En los pacientes con insuficiencia hepática, la vida media de eliminación del midazolam aumenta entre 2 y 3 veces, y el aclaramiento disminuye en un 50%. Se ha demostrado encefalopatía hasta 6 horas después de su administración en pacientes cirróticos, en infusión para la sedación en la endoscopia digestiva. Sin embargo, puede utilizarse como

sedante en pacientes cirróticos, para endoscopia de vías digestivas altas, en dosis de 30 a 50 µg/kg en pacientes.

OPIÁCEOS

Los analgésicos opiáceos son un grupo de fármacos que se caracterizan por actuar sobre receptores farmacológicos específicos que se encuentran distribuidos en el SNC y SNP produciendo analgesia, farmacodependencia, depresión respiratoria y efectos psicológicos subjetivos.

FENTANILO

Son agonistas sobre los receptores μ , con una potencia muy superior a la morfina. Se utilizan fundamentalmente durante la anestesia. El fentanilo es unas 80 veces más potente que la morfina. Es muy lipofílico, por lo que actúa rápidamente tras su administración, con un efecto máximo a los 4-5 minutos. La depresión respiratoria puede presentarse a los 2 minutos de la administración intravenosa. Se une en un elevado porcentaje a proteínas (60-80%); la proporción aumenta en situación de alcalosis. Se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina, aunque su aclaramiento se mantiene en presencia de insuficiencia renal. Atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica. La duración de la acción es corta, de 30 a 60 minutos, debido a la rápida redistribución desde el cerebro a otros tejidos donde no tiene actividad. Si se administran dosis elevadas o repetidas, se saturarán dichos tejidos, con lo que se consigue prolongar la acción del fentanilo, aunque no aumentará la intensidad del efecto. Su efecto analgésico se acompaña de sedación e indiferencia. Produce depresión respiratoria en el mismo grado que la morfina.

VALORACIÓN DE LA SEDACIÓN:

Para intentar proporcionar una valoración objetiva del nivel de conciencia en pacientes sedados, hoy en día se utilizan diferentes escalas de puntuación basadas en la observación de signos clínicos que presenta el

enfermo. Con ellas se pretende disminuir en lo posible la subjetividad individual y poder monitorizar cambios temporales en el nivel de sedación. La escala de sedación de Ramsay es la más utilizada y fue validada hace más de 30 años específicamente para valorar el nivel de sedación. Incluye sólo una categoría de agitación en su graduación, lo que la hace muy poco útil para cuantificar el nivel de agitación, sin embargo sigue siendo la más utilizada.

ESCALA DE SEDACION RAMSAY

Fue diseñada por Ramsay, Savage, Simpson y Goodwin en el año 1974 para medir la eficacia de la sedación, desde entonces es la más utilizada se confeccionó específicamente como sistema objetivo de puntuación para medir la 22 sedación inducida por drogas. Resulta eficaz tanto para medir el nivel de reactividad y somnolencia en pacientes críticos sedados, como para la evaluación postoperatoria tras la anestesia general. Tiene el inconveniente de que no es muy precisa en la evaluación de la agitación y del exceso de sedación. Los niveles de sedación adecuados para la mayoría de los enfermos estarían entre el 2 y el 4, aunque en los momentos en los que aumente la estimulación del enfermo, como durante la aspiración traqueal, o en otras situaciones como cuando es precisa una ventilación totalmente controlada, o bien en pacientes con hipertensión intracraneal refractaria en los que se pretende controlar la PIC, es necesario profundizar la sedación.

ESCALA DE SEDACION RAMSAY

- Nivel 1: Paciente con ansiedad y agitación o inquieto.
- Nivel 2: Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
- Nivel 3: Paciente dormido, responde a estímulos verbales.
- Nivel 4: Paciente dormido con respuesta rápida a estímulos.

- Nivel 5: Paciente dormido con respuesta lenta a estímulos.
- Nivel 6: Paciente dormido con ausencia de respuesta a estímulos. (15)

NIVELES DE SEDACIÓN:

Para administrar la sedación y analgesia se han agrupado en diferentes secciones, de acuerdo con las condiciones específicas que caracterizan al grupo de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de la siguiente forma:

- Paciente que precisa sedación consciente.
- Paciente con delirio y síndromes de abstinencia.
- Pacientes sin Intubación Endotraqueales ni asistencia ventilatoria.
- Pacientes con ventilación mecánica (VM).
- Pacientes en proceso de retirada del tubo endotraqueal y de la VM.
- Poblaciones especiales: Pacientes traumatizados, ancianos y embarazadas.
- Pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular, Paciente neurológico y neuroquirúrgico.
- Paciente con insuficiencia renal o hepática.
- Paciente que requiere procedimientos especiales (traqueotomía, tubos o sondas torácicas, lavado peritoneal, curaciones y desbridamiento de heridas o quemaduras).
- Estrategias no farmacológicas o terapias complementarias.

SEDACION SUPERFICIAL:

Es el grado deprimido de la consciencia pero responde con normalidad a órdenes verbales. El objetivo es mantener a los pacientes despiertos o con un grado de sedación que permita un fácil despertar, lo que posibilita una evaluación más fácil del dolor, un mejor contacto del paciente con el personal sanitario y la familia y una cooperación en técnicas como la fisioterapia respiratoria o la evaluación neurológica.

SEDACION MODERADA:

Es el grado en el cual el paciente tiene deprimido el nivel de consciencia pero responde o recupera bien a un estímulo táctil y/o verbal más intenso. Aunque mantiene una vía aérea permeable, sus funciones ventilatorias y cardiovascular están discretamente deprimidas, aunque se mantienen dentro de los rangos fisiológicos de la normalidad.

SEDACIÓN PROFUNDA:

Es el grado en el cual el paciente no puede recuperar la consciencia ante un estímulo, la función ventilatoria y cardiovascular están deterioradas y requieren de soporte ventilatorio.

Los casos en los que buscaremos este grado de sedación son:

- Pacientes en ventilación mecánica en los que es importante inhibir el estímulo respiratorio como ARDS severo.
- Pacientes que requieren bloqueantes neuromusculares.
- Pacientes con hipertensión intracraneal, estatus epiléptico o psicosis aguda.
- Pacientes en los que se realiza limitación del esfuerzo terapéutico.
- Pacientes en los que se realizan técnicas diagnósticas y/o terapéuticas agresivas que requieren sedación profunda.

SEDACION CONSCIENTE:

Se requiere la evaluación objetiva de la presencia y cuantificación de la agitación de todo paciente con riesgo de desarrollarla en una Unidad de Cuidados Intensivos, mediante una escala de medición validada (RASS o SAS). Debe hacerse de forma sistemática y por personal entrenado en su aplicación. Se recomienda la sedación consciente de los pacientes que necesiten una valoración periódica de su estado de consciencia, debido a una enfermedad crítica o a un procedimiento complejo que pueda complicarse gravemente con síntomas neurológicos. Se puede definir la

sedación consciente como la depresión mínima del nivel de conciencia que permite al paciente mantener su vía aérea permeable. Desde un enfoque más operacional (al lado de la cama del enfermo), se considera «sedación consciente» aquella en la que el paciente preserva una respuesta apropiada a la estimulación verbal o táctil, con mantenimiento de los reflejos de la vía aérea y ventilación espontánea adecuada. Habitualmente la situación cardiovascular se mantiene estable. Se puede administrar durante diferentes procedimientos terapéuticos, diagnósticos o quirúrgicos, cuando se necesite una evaluación neurológica frecuente, durante el acoplamiento a la VM no invasiva, para la adaptación a las modalidades espontáneas de ventilación invasiva, o durante el proceso de retirada de intubación endotraqueal.

Se recomienda el uso de dexmedetomidina, en dosis titulada según la respuesta (bolos o infusión), para la sedación consciente en situaciones terapéuticas, diagnósticas o quirúrgicas menores. Así mismo produce analgesia, ansiolisis y sedación, que ha sido descrita como consciente. Adicionalmente no produce depresión respiratoria 27 clínicamente significativa, lo cual facilita el manejo de estos pacientes desde el punto de vista de la respiración y del mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea.

ENTORNO FISICO:

Para modular las condiciones externas que pueden afectar la tranquilidad del paciente: ruido, vigilia-sueño, visitas, conversaciones inadecuadas. Se debe promover el sueño en la UCI, para lo que se tomarán todas las medidas necesarias, en especial las medidas no farmacológicas. El sueño es importante para la recuperación de los pacientes. Medidas objetivas y subjetivas de la calidad del sueño en la UCI muestran una importante alteración del sueño. Esta privación es un estrés adicional, que puede acarrear consecuencias adversas como el compromiso del sistema inmune, humoral y celular, el incremento del consumo de oxígeno y la

producción de CO₂ y la alteración de la termorregulación. Entre las causas que pueden producir la alteración del sueño en los pacientes que se encuentran en la UCI están las evaluaciones médico enfermería, las pruebas diagnósticas, el ruido, la luz nocturna, el dolor, la incomodidad y los procedimientos invasivos. Es importante que, en lo posible, se respete el sueño de los pacientes que son admitidos en la UCI. Para ello se puede recurrir a medidas complementarias para promover el sueño como: control de la luz ambiental, masaje, musicoterapia, sincronización de las actividades con ciclo circadiano, disminución de ruido. Es importante la valoración de la enfermera o el uso de una escala para el control del sueño. Se recomienda tomar todas las medidas necesarias para la disminución del ruido en la UCI. Una medida complementaria puede ser el uso de tapones auriculares, para así disminuir la percepción del ruido. El ruido en la UCI proporciona un ambiente hostil para el paciente, con la consecuente alteración del sueño y la aparición de ansiedad. El ruido en la UCI es producido por alarmas, ventiladores mecánicos, teléfonos y conversaciones del personal. Los niveles por encima de los 80 decibelios deben ser evitados y los niveles por debajo de 35 decibelios favorecen el sueño. Una medida complementaria puede ser el uso de tapones auriculares para disminuir la percepción de ruido por parte del paciente. Se recomienda respetar, en la medida de lo posible, el ritmo vigilia-sueño, disminuyendo la intensidad de la luz por la noche, así como las intervenciones de enfermería o los procedimientos.

SEGURIDAD DEL PACIENTE:

SUJECIÓN MECÁNICA

Las sujeciones son usadas en la UCI para mantener los tratamientos que requieren técnicas invasivas cuando los pacientes no pueden entender su necesidad. El objetivo principal de la inmovilización de los pacientes es evitar la retirada, de forma deliberada o accidental, de los dispositivos médicos como tubos endotraqueales, sondas nasogástricas, catéteres

venosos, catéteres arteriales, tubos de drenaje y sondas urinarias, así como impedir la lesión involuntaria al personal de salud debido a la alteración del estado cognoscitivo. También puede ser necesaria para limitar los movimientos del paciente cuando éstos estén contraindicados; por ejemplo, en una fractura espinal, para facilitar la realización de procedimientos en los que el paciente no puede colaborar, y finalmente en pacientes psiquiátricos. El personal de enfermería es quien toma la decisión de usar la inmovilización de los pacientes. Cada institución debe desarrollar internamente un programa para asegurar la calidad de la atención, en concordancia con los principios y políticas para un adecuado uso de las inmovilizaciones físicas. El uso de sujeción mecánica sólo en situaciones clínicas apropiadas, y no como un procedimiento de rutina. Cuando la sujeción sea usada, debe ser claro su beneficio. No debe utilizarse más de 24 horas. Su uso por más tiempo requiere nuevas órdenes escritas. Se sugiere reevaluar la posibilidad de retirar la sujeción cada 8 horas.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Los cuidados de enfermería al paciente en la unidad crítica deben encaminarse a conseguirle la mayor comodidad física, psíquica y evitar complicaciones. Estos cuidados son necesarios para conseguir un tratamiento adecuado para conseguir la recuperación de la salud con las mínimas complicaciones y secuelas posibles. Todo esto implica la importancia de la vigilancia y monitorización que se debe llevar a cabo en estos pacientes, a fin de evitar los problemas y complicaciones durante el tratamiento y cubrir las necesidades físicas y psicológicas del paciente.

Los cuidados de la enfermera van dirigidos a:

- Acciones encaminadas a conseguir el máximo confort del paciente.
- Evitar situaciones que aumente la irritabilidad.

- Mantener entorno óptimo en el proceso de retirada de sedoanalgesia. Maniobras rápidas y eficaces tras administración de bolos de sedación si se precisan durante la ejecución de técnicas que puedan aumentar el dolor: movilización, aspiración de secreciones, curas, etc. Manejo con técnica estéril de la vía aérea.
- Teniendo la vía aérea aislada, como en todos los casos, lo primero será decidir el nivel de sedación adecuado a la situación del paciente, y después administrarle los fármacos elegidos.

El nivel de sedación varía en función del estado del paciente; los fármacos se escogerán en función de la situación fisiopatológica del paciente, duración de la sedación requerida, mejor conocimiento de su manejo y finalmente por aspectos económicos. Se pretende en general mantener al paciente con un sueño ligero de fácil despertar, sin dolor ni ansiedad, a ser posible, con amnesia del proceso, y colaborador. Además, dada la situación del paciente, debe conseguirse su adaptación a la ventilación mecánica, tolerancia al tubo endotraqueal, producir reposo muscular y reducir el consumo de oxígeno.

La sedación normalmente se usa inicialmente para evitar la ansiedad del paciente, consiguiéndose fácilmente con una benzodiazepina, pero estos fármacos no tienen poder analgésico ni antipsicótico por sí mismos. Sea cual sea el fármaco usado, se debe controlar su efecto para evitar las sedaciones prolongadas. Para conseguir el nivel adecuado de sedación la enfermera debe seguir una estrategia apropiada, que puede incluir los siguientes pasos:

- Excluir problemas graves que requieran terapia específica.
- Valorar manejo no farmacológico de la desorientación y ansiedad.
- Identificar el problema central que causa agitación (dolor, ansiedad, privación del sueño). Selección de la droga más apropiada según el problema central.

- Iniciar la terapia a bajas dosis, aumentando posteriormente si es preciso para alcanzar el nivel de sedación deseado.
- Valoración frecuente de la necesidad de tratamiento y ajuste de tasa de infusión, para ello la enfermera deberá valorar el nivel de sedoanalgesia utilizando un protocolo o guías de atención del servicio.
- Si un solo fármaco falla, cuando se administra a dosis adecuada, considerar la adición de un segundo fármaco de la misma familia o de otra clase. Se debe tener en cuenta también que las asociaciones en muchos casos tienen efecto sinérgico, permitiendo utilizar dosis más bajas. La sedación debe ser individual, cada paciente necesita una dosis distinta.
- Se deben utilizar sedantes que se aproximen lo más posible al agente sedante ideal. Este debería poseer una vida media corta, una acción, metabolización y eliminación rápida y con mínimo efecto acumulativo. Su administración debe ser sencilla y carecer de reacciones adversas, como la depresión respiratoria y cardiovascular. Además su metabolización habría de ser independiente de las funciones hepática y renal. Comunicar y registrar cualquier reacción adversa. (15)

ENFERMERIA INTENSIVISTA:

La enfermera cumple su rol profesional apoyándose en su propia disciplina, en su experiencia como cuidadora y con otras ciencias como la administración, la economía, psicología, etc. para desarrollar cuidados de enfermería a individuos y grupos, en forma efectiva y eficiente con el fin de lograr un cambio positivo en su estado de salud (Soto,1996).

Para ello es imprescindible contar con los conocimientos suficientes que le permitan lograr, obtenidos mediante el conocimientos científico trata de conocer las diversas áreas de la realidad obtenidos a través de la búsqueda intencionada y para lo cual se delimita los objetivos que se

persiguen, su utilización permite entender los cambios fisiopatológicos que el paciente presenta, sirve de guía en la toma de decisiones oportunas y evitar complicaciones que pueden ser prevenidas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que la calidad técnica de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes en un programa de garantía y mejora de la calidad, principalmente porque ellos aumentan el uso eficiente de los recursos, reducen el riesgo de lesiones asociados con los servicios de salud ofrecidos y aumentan la satisfacción del paciente-cliente en sus demandas. Las mejoras de la calidad de la educación y de los servicios de salud son interdependientes: son como un círculo virtuoso. (OPS, 1997, 1998).

SEDACIÓN Y ANALGESIA DEL PACIENTE CRÍTICO:

Los pacientes críticamente enfermos, especialmente aquellos que reciben ventilación mecánica (VM), a menudo tienen dolor, ansiedad, disnea, y otras formas de distrés. Los principios básicos de atención de la UCI son proporcionar comodidad, para mejorar la tolerancia del medio ambiente de la UCI, y para proporcionar alivio de la angustia. Esto a menudo se logra a través de identificar y corregir factores predisponentes y precipitantes, aplicando medidas no farmacológicas para aumentar la comodidad, y la administración de medicamentos sedantes y analgésicos. Los pacientes informan de que el mayor estrés con los que tropiezan incluye dolor, privación de sueño, y la presencia de tubos en la nariz y la boca, factores que son extremadamente comunes en la UCI. En consecuencia, no es de extrañar que la mayoría de los enfermos ingresados en la UCI requieran de sedantes y analgésicos intravenosos. Tanto la inadecuada o excesiva sedación puede tener efectos deletéreos sobre el resultado de los pacientes. El dolor o ansiedad no suficientemente tratados puede resultar en respuestas fisiológicas adversas asociadas con morbilidad y puede aumentar los eventos

adversos, como la autoextubación. Es importante reconocer que estas condiciones subyacentes, incluido el delirio y recuerdos alucinatorios, así como las intervenciones terapéuticas pueden influir en la probabilidad de efectos adversos psicológicos a largo plazo. Por el contrario, la sedación excesiva puede causar depresión respiratoria e hipotensión y ha sido asociada a Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Finalmente la sobrededación tiene consecuencias económicas debido a la prolongación de la duración de la VM y la estadía en UCI y hospitalaria. Dos estrategias se han propuesto para manejar la sedoanalgesia en UCI: una estrategia que propone un protocolo de sedación dirigido por enfermeros, y una estrategia de interrupción diaria de la sedación. El intento de ambas estrategias es individualizar el manejo de la sedación (ajustar el nivel de sedación a un objetivo individual para cada paciente) y minimizar la sobrededación y sus complicaciones previniendo la acumulación de analgésicos y sedantes. (15)

La sedación y analgesia es un punto primordial en el tratamiento global del paciente crítico. En efecto en todos los pacientes críticos, especialmente cuando se encuentran en ventilación mecánica, es primordial realizar una buena sedación y analgesia, con el fin de controlar la respuesta hormonal ante el estrés (taquicardia, hipertensión, hiperglucemia, aumento del catabolismo proteico.) que puede ser perjudicial para el paciente. Además la sedoanalgesia nos permite una perfecta adaptación del enfermo al ventilador, lo cual en algunos casos es extremadamente necesario. Así pues los objetivos de la sedoanalgesia incluyen: control del dolor, un control insuficiente del dolor puede ocasionar un aumento de la ansiedad del paciente, ansiolisis y disminución de la actividad motora, amnesia, depresión respiratoria, que puede facilitar la ventilación mecánica y finalmente facilitar el sueño. Es importante tener en cuenta que la agitación en estos pacientes puede ser debida a problemas graves como hipoxia, incorrecto funcionamiento del ventilador, obstrucción del tubo etc.

Los cuales deben descartarse de forma sistemática, antes de decidir que se trata de " deficiente sedación".

2.3. Definición de términos

ANALGESIA

Situación en la que se perciben los estímulos nociceptivos pero no se interpretan como dolor.

SEDACION

Es el control efectivo y seguro del dolor, ansiedad y movimiento, para permitir la realización de un procedimiento en forma adecuada, o lograr una homeostasis ante una situación crítica de tal manera que se proporciona un grado apropiado de pérdida de la memoria y disminución de la conciencia. (17)

SEDACION PALIATIVA

La sedación paliativa puede aplicarse en cualquier ubicación (domicilio, hospital o centro residencial) siempre que se puedan cumplir los criterios descritos. Tanto el seguimiento (monitorización) de un paciente bajo sedación paliativa como la ejecución de los ajustes necesarios para lograr los objetivos establecidos en el rango detallado en las órdenes médicas deben ser llevados a cabo por un profesional de la enfermería con experiencia en cuidados paliativos. Si el paciente está en su domicilio, dicho profesional puede entrenar a los familiares en la supervisión y el ajuste de la administración de medicamentos, supervisándolo estrechamente. Para el seguimiento de la respuesta del paciente se recomienda usar una herramienta específica (escala de Ramsay) para garantizar que todos los profesionales que participan en el cuidado puedan valorar si el grado de sedación del paciente es el acordado. (18).

Unidad de Cuidados Especiales es un espacio de asistencia clínica que se desarrolla para la atención de aquellos pacientes de emergencia que padecen o pueden padecer de manera inminente un compromiso severo de sus funciones vitales, en este lugar se cuenta con un recurso humano y tecnológico altamente calificado para la adecuada atención de los pacientes que requieren los servicios.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos:

Para la realización de dicho estudio de experiencia profesional en enfermería se llevó a cabo la recolección de datos, se utilizó los registros de enfermería, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio, método descriptivo de corte transversal, ya que permite presentar los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado.

La recolección de datos se realizó en el Hospital III José Cayetano Heredia se cuenta con un banco estadístico de datos muy relevantes.

Para implementar el estudio se realizaron los trámites administrativos pertinentes para la obtención de la autorización de la Dirección Médica del hospital, así mismo con el Departamento de jefatura de enfermería del servicio de emergencia y la Coordinadora de Enfermería del servicio de Emergencia. Luego se realizaron las coordinaciones con la enfermera de turno a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando de 15 a 20 minutos previo consentimiento informado.

3.2. Experiencia profesional

Yo, Ana Mercedes Román Guillen Licenciada en enfermería, ingrese a EsSalud el 01 de junio del 2002 hasta la actualidad con cargo de enfermera nivel 3. Inicie mi trabajo como enfermera asistencial en el Hospital de Apoyo II – II Sullana en donde trabaje los primeros meses en el Programa del Adulto Mayor, luego pase al área de emergencia en donde me desempeñe más o menos por casi un año, dándome cuenta que mi vocación es la parte asistencial y desde ya el área de emergencia. Luego se pudo realizar algunos cambios en dicho Hospital en donde la afluencia de pacientes era mayor ya que es Hospital nivel II, los pacientes

delicados eran transferidos al Hospital Cayetano en donde ahora laboro, me pude dar cuenta que yo quería avanzar más en mi carrera profesional. Acepte en el año 2004, ser secretaria general del SINESS en donde aprendí mucho sobre nuestros deberes y derechos como enfermera, fue una experiencia maravillosa, conocí a muchas colegas muy capacitadas en todo sentido como profesionales, y como luchadoras por nuestros derechos, se logró mucho en ese momento la nivelación de nuestra profesión, conocí a Baisman; asistí a muchas reuniones en Lima.

Luego pedí mi cambio al Hospital Cayetano Heredia en Piura en donde luego de dos años en Sullana empecé a trabajar en emergencia (tópico) para mí era sentirme en lo que yo quería ya que es mi vocación, trabajé un par de meses en esa área con médicos y colegas muy experimentadas en donde aprendí mucho y también me impulsaban a estudiar y capacitarme. Pasaron algunos meses y estando en la jefatura la licenciada Patricia Gástelo me programo para estar en UVI (unidad de vigilancia intensiva) de emergencia que luego por una capacitación de la Coordinadora en Lima lo cambiaran el nombre a UCE (unidad de cuidados especiales), fue muy importante para mí la confianza y también porque había habido cambios en el servicio en donde bajaron varias enfermeras de cuidados intensivos al área de UCE en donde la exigencia era mayor, aprendí mucho el manejo de pacientes críticos tanto por los médicos y enfermeras. Además que no me gusta quedarme a tras se me permitió estudiar y avanzar para poder estar de igual a igual con las colegas, claro siempre respetando su experiencia.

Estando trabajando en UCE me llamaron para hacer algunos turnos en clínicas en las mismas unidades (manejo de paciente crítico), trabajé por un tiempo y esa clínica (Hospital Privado del Perú) me ofrecieron realizar la labor como jefa de enfermeras en la cual me desempeñe por dos años, gane mucha experiencia en la parte administrativa y estando en esos 2 trabajos tenía que recibir muchas llamadas telefónicas y muchas veces en

la UCE las respondía porque te llamaban para todo, claro que incomodaba pero tenía que hacerlo a veces a escondidas por las jefas y jefes del servicio donde actualmente trabajo.

La descripción de mi área laboral se da a través de las siguientes características:

La organización del servicio de UCE cuenta con 5 profesionales de enfermería capacitadas en esta área crítica, 5 técnicos capacitados, un intensivista que pasa visita a los pacientes que se encuentren en dicho lugar.

Los recursos humanos que se brindan en dicho servicio son paciente, enfermera, doctor y técnico en enfermería y todo el equipo de salud que coopera con los usuarios.

La infraestructura es adecuada ya que hay una buena iluminación y ventilación, hay 5 camas para los pacientes críticos, un estar de enfermería con su equipo respectivo, estantes en donde se encuentran todos los insumos que se utilizan, baño, cuentan con equipos para monitoreo y oxigenación, etc.

Las prestaciones que brinda el servicio mayormente son en diagnósticos como DCV ya sea isquémico y hemorrágico, TEC, ICC, EPOC, Shock Hipovolémico, HDA, IMA, problemas hepáticos, convulsiones, derrames, comas, etc.

Las funciones que desarrollo actualmente en el campo de la salud son las siguientes:

En el área asistencial me desempeño en el manejo adecuado de la sedoanalgesia en los usuarios que tengo a cargo en dicho servicio, leo la historia clínica o el kardex para ver si son alérgicos a las diferentes medicinas al colocárselas, su intimidad del paciente, colaboro con lo que

se pueda en el cuidado del paciente postrado, con respecto a los familiares les digo lo que está ocurriendo con sus pacientes, etc.

En el área administrativa pues realizo mis notas de enfermería de acuerdo a como va evolucionando el paciente, el tratamiento que prescribe el médico, escribo en el kardex, apoyo a los estadísticos en dichos diagnósticos que se presentan.

En el área docencia pues apoyo a los internos tanto de enfermería como medicina con mis conocimientos respectivos, me comunico con los familiares como está evolucionando su paciente, como se encuentra en qué estado que es lo que le falta y lo que quieran saber.

En el área investigación mantener un adecuado mejoramiento en lo que es la sedoanalgesia, el dolor que presente cada paciente, realizar una guía de sedoanalgesia para ver los cuidados de los profesionales de la salud en el manejo de estos medicamentos.

3.3. Procesos realizados

Un día me sentí tan incómoda cuando un paciente me contaba que veía que las enfermeras y médicos hablan mucho por teléfono y es que es parte del sistema que ahora adoptamos. Luego un paciente me conto que habían muchas risas en el servicio.

De acuerdo a los avances científicos y tecnológicos que nos ofrece la globalización, los que ejercemos la ciencia de la salud nos vemos obligados a fortalecer en forma permanente la calidad de atención. El mantenernos capacitados y actualizados nos permite responder y potencializar competencias técnicas y científicas en la atención del paciente, que requiere una constante preparación de quienes brindan el servicio con calidad y calidez.

Todo paciente sometido a una estrategia de Sedación y/o Analgesia deberá ser evaluado periódicamente (2 veces por cada turno de enfermería como mínimo) para determinar el nivel de sedación al igual que para el desarrollo de abstinencias y delirium.

En el caso de pacientes conectados a asistencia ventilatoria mecánica (AVM) suelen experimentar ansiedad, miedo y dolor. Estos síntomas pueden influir en la capacidad de tolerar la ventilación mecánica debido al desarrollo de patrones respiratorios asincrónicos con el respirador, aumento del consumo de O₂ y de la producción de CO₂, inestabilidad hemodinámica, hipoxemia, alteraciones en la ventilación pulmonar, etc. Se debe valorar la efectividad del nivel de sedación (o sedoanalgesia) del paciente mediante escala de evaluación de Ramsay, y tener presentes en el caso de desadaptación el estado hemodinámico, patologías de base y antecedentes (como alcoholismo), la presencia de dolor, fiebre y factores de incomodidad o ansiedad; fundamental en pacientes en pre-weaning, se define como nivel adecuado de sedación al de 3 o 4 de la escala de Ramsay.

Generar un protocolo de sedación para evitar la sobredosificación y adaptar las terapias a las necesidades del paciente en cada momento, titulando las medicaciones necesarias obteniendo una "sedación dinámica". Plantear en el tratamiento diario el objetivo de sedación para cada paciente, revisando como mínimo 1 vez por turno si se cumple, además se deben establecer las pautas de actuación con ajuste de dosis y de retirada de la sedación si procede para cumplir el nivel de sedación pautado.

Adaptar la profundidad de la sedación a las circunstancias y necesidades en las que se encuentre el paciente, inducción en los cuidados de enfermería o descanso nocturno, con sedación superficial durante la exploración médica o visita del familiar.

Caso relevante: mi mamá vino de visita a Piura porque somos de Ica y se enfermó, cayó muy grave tenía 60 años de edad, falleció era joven pues tenía una enfermedad que luchaba por años (artritis reumatoidea) usaba corticoides, no sé qué paso si le picó algún insecto pero presentó una sepsis. Dentro de su dolor y teniendo que sedarla algunas veces se percató de muchas cosas que pasaban en el servicio, teléfonos (que nosotros usábamos si teníamos otros trabajos como yo que trabajo en otro lugar), risas, palabras inapropiadas que luego me di cuenta que no estaba haciendo bien en algunas cosas, lo iba dejando y tratar de no hacerlo en el servicio, se habló con la jefa en ese momento y nos supervisaba más, se dejó de utilizar menos los celulares, se tiene en cuenta cuando los pacientes están sedados y luego despertar porque te indican muchas cosas que han percibido.

Este trabajo lo hago con mucho cariño porque mi madre que siempre estuvo conmigo acompañándome en mis logros me abrió los ojos para mejorar en mi trato con los pacientes, el tener a alguien tan importante en esa unidad (UCE) como es tu madre te pone mal porque no sabes qué hacer si atender a tu madre o a los demás, es más te vuelves hasta torpe.

Luego de unos días me la lleve a Lima viajando en avión por el Hospital falleció en Ica.

Esta experiencia laboral se la dedico a mi gordita linda, mi madre un ejemplo a seguir. Espero mejorar en el servicio, ser más humana con los pacientes porque a todos los usuarios merecen un trato justo con buena calidad y sencillez, ser apática con los demás y ponerme en el lugar del otro.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

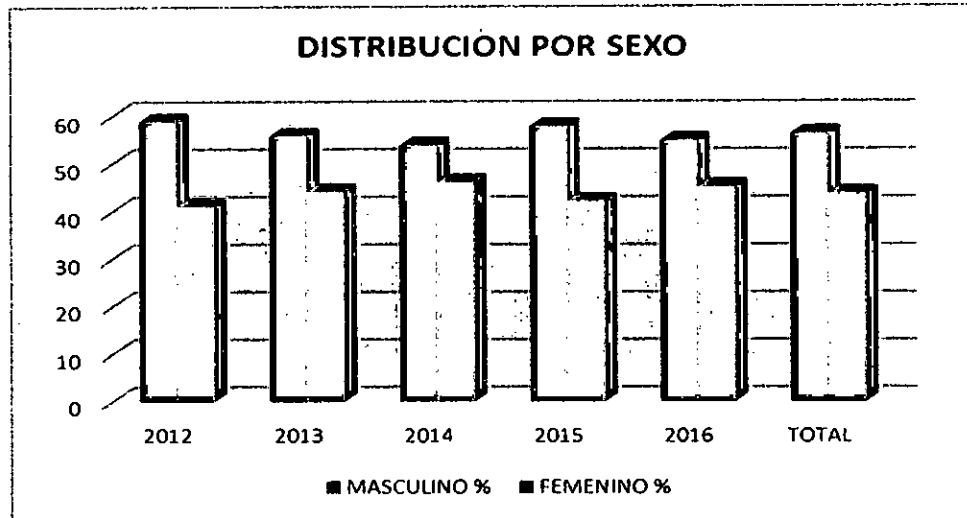
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DE EMERGENCIA HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA PIURA 2012 – 2016 SEGÚN Y SEXO

	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL
2012	250	58.96	174	41.04	424
2013	219	55.87	173	44.13	392
2014	216	53.87	185	46.13	401
2015	231	57.89	168	42.11	399
2016	237	54.86	195	45.14	432
TOTAL	1153	56.30	895	43.70	2048

Fuente: Libro de registro de ingresos y egresos de pacientes de la unidad de cuidados especiales de emergencia del Hospital Cayetano Heredia

GRÁFICO 4.1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DE EMERGENCIA HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA PIURA 2012 – 2016 SEGÚN Y SEXO



Fuente: Libro de registro de ingresos y egresos de pacientes de la unidad de cuidados especiales de emergencia del Hospital Cayetano Heredia

COMENTARIO: En el cuadro podemos observar que el total de pacientes que ingresaron al servicio de UCE de emergencia durante los 5 años fue de 2048 pacientes, de los cuales el 56.3% fueron de sexo masculino y 43.7 % del sexo femenino.

CUADRO 4.2

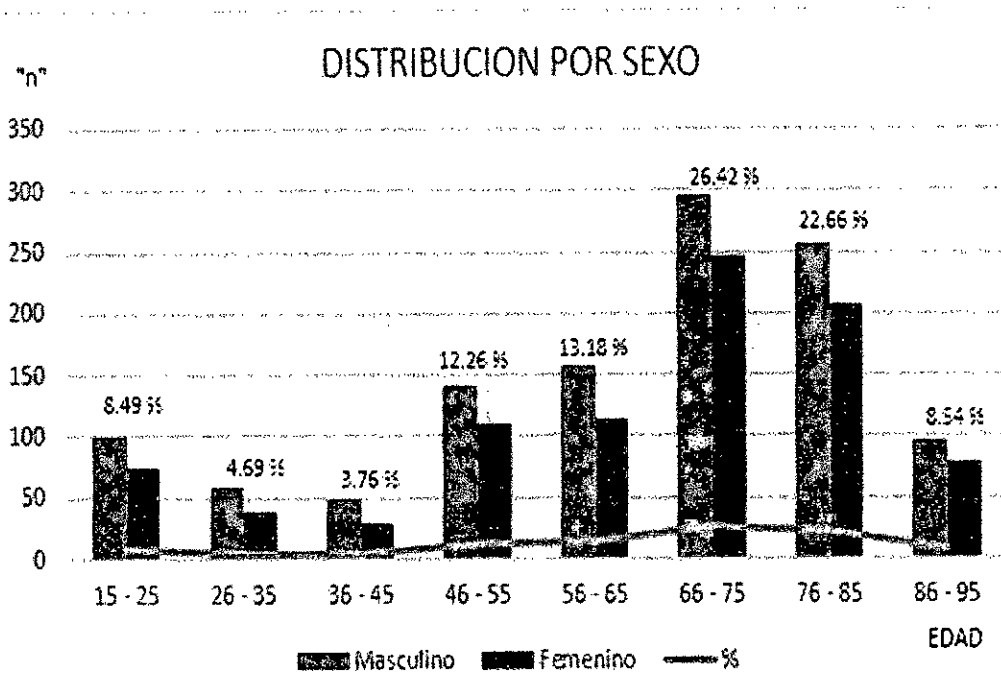
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADMITIDOS EN UCE DE EMERGENCIA HOSPITAL CAYETANO HEREDIA PIURA 2012 – 2016 SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO

GRUPO ETÁREO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
15 - 25	100	74	174	8.49
26 - 35	58	38	96	4.69
36 - 45	49	28	77	3.76
46 - 55	141	110	251	12.26
56 - 65	157	113	270	13.18
66 - 75	295	246	541	26.42
76 - 85	257	207	464	22.66
86 - 95	96	79	175	8.54
Total	1153	895	2048	100.00

Fuente: Oficina de estadística e Informática del Hospital Regional Cayetano Heredia

GRÁFICO 4.2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADMITIDOS EN UCE DE EMERGENCIA HOSPITAL CAYETANO HEREDIA PIURA 2012 – 2016 SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO



Fuente: Oficina de estadística e Informática del Hospital Regional Cayetano Heredia

COMENTARIO: En el cuadro podemos observar que el mayor número de pacientes pertenece al grupo etáreo de 66 a 75 años con 541 pacientes seguido del Grupo de 76 a 85 años con 464 pacientes.

CUADRO 4.3

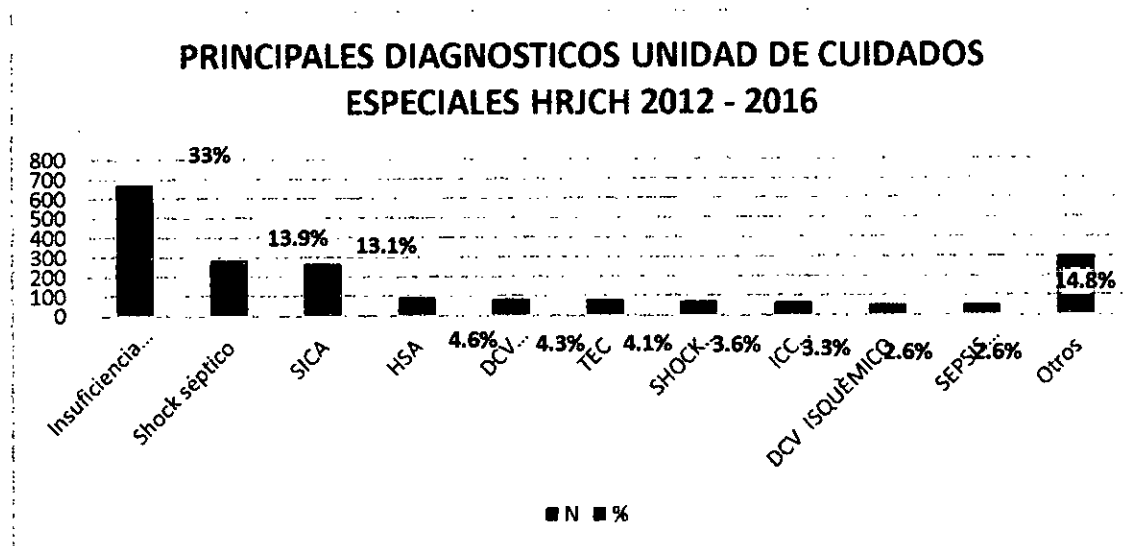
PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA PIURA DEL 2012 AL 2016

DIAGNÓSTICO	N	%
Insuficiencia respiratoria	676	33.01
Shock séptico	285	13.92
SICA	270	13.18
HSA	94	4.59
DCV HEMORRÁGICO	88	4.30
TEC	84	4.10
SHOCK MULTIFACTORIAL	74	3.61
ICC DESCOMPENSADA	68	3.32
DCV ISQUÉMICO	53	2.59
SEPSIS PULMONAR	53	2.59
Otros	303	14.79
TOTAL	2048	100.00

Fuente: Oficina de estadística e Informática del Hospital Regional
Cayetano Heredia

GRÁFICO 4.3

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA PIURA DEL 2012 AL 2016



COMENTARIO: En el cuadro podemos observar que el principal diagnóstico de ingreso de pacientes en UCE de emergencia es insuficiencia respiratoria seguida de shock séptico y un porcentaje alto de pacientes con síndromes coronarios agudos.

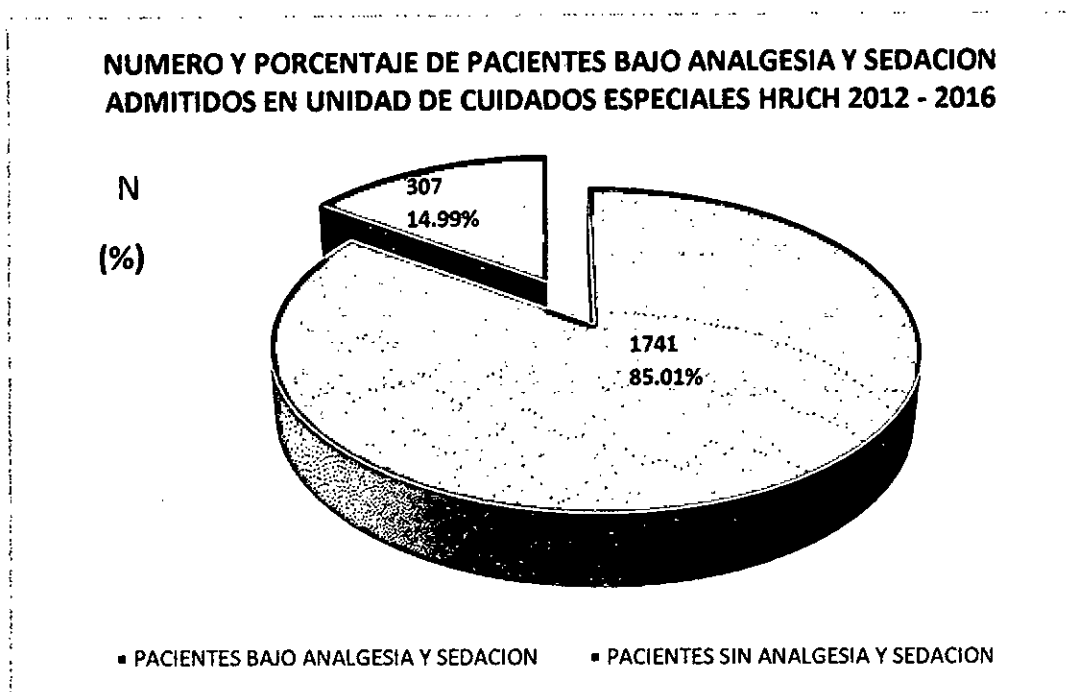
CUADRO 4.4

NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES BAJO ANALGESIA Y SEDACIÓN ADMITIDOS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA PIURA DEL 2012 AL 2016

TOTAL PACIENTES	PACIENTES BAJO ANALGESIA Y SEDACION	
	Número	Porcentaje %
2048	1741	85.01

Fuente: Registros y hojas de monitoreo de enfermería de los pacientes admitidos en Unidad de Cuidados especiales de emergencia del Hospital Cayetano Heredia Piura 2012 – 2016

GRÁFICO 4.4



Fuente: Registros y hojas de monitoreo de enfermería de los pacientes admitidos en Unidad de Cuidados especiales de emergencia del Hospital Cayetano Heredia Piura 2012 – 2016

COMENTARIO: En cuadro número observamos que 1741 pacientes que corresponde al 85.01% de los pacientes admitidos en UCE recibieron sedo analgesia.

CUADRO 4.5

**PRINCIPALES COMPLICACIONES DE ANALGESIA Y SEDACIÓN DE
LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCE DEL HOSPITAL CAYETANO
HEREDIA PIURA 2012 AL 2016.**

INFRA SEDACION	Nº	%
Autoagresión retiro de catéteres y sondas	196	11.25
Aumento de las catecolaminas e inestabilidad hemodinámica	245	14.07
Aumento del consumo de oxígeno	223	12.08
Ansiedad severa	62	3.56
Desarrollo de Sd. De estrés post traumático	-	-
HIPER SEDACIÓN		
Aumento del tiempo de ventilación Mecánica	119	6.83
Complicaciones Cerebrales y cognitivas	-	-
Severa Depresión respiratoria (Hipoxia, Hipercabia, Arresto cardiaco)		

Fuente: Registros y hojas de monitoreo de enfermería de los pacientes admitidos en Unidad de Cuidados especiales de emergencia del Hospital Cayetano Heredia Piura 2012 – 2016

COMENTARIO: En el cuadro podemos observar que la mayoría de complicaciones observadas en pacientes con sedoanalgesia es por infra sedación y de ellas las principales son por aumento de catecolaminas (14.5%) y autoagresión (11.25%).

A pesar de haber observado alteraciones del contenido de la conciencia en pacientes con reingresos y al alta de UCE, no tenemos evaluación ni seguimiento para determinar la magnitud de complicaciones y/o daños cerebrales y cognitivos ni del desarrollo de estrés post traumático

V. CONCLUSIONES

- a. La Labor que desarrollan los profesionales durante, la sedación es adecuada; Sin embargo cabe resaltar que se debe reforzar algunos aspectos para intervenir positivamente en el procedimiento evitando, al paciente, complicaciones propias de la sedación.
- b. Es fundamental realizar una buena analgesia, lo cual además puede disminuir las necesidades de sedantes
- c. La sedo analgesia es un aspecto principal dentro del manejo global de un paciente crítico. Se debe hacer una selección del fármaco más idóneo para cada paciente, de una forma individual. La sedo analgesia aplicada a los diferentes pacientes se administró sin valorar adecuadamente el requerimiento o el nivel ideal de sedación.
- d. Esta Unidad no cuenta con protocolo de manejo de pacientes con sedoanalgesia.
- e. La unidad de cuidados especiales en la emergencia del Hospital Cayetano Heredia de Piura es indispensable porque contribuye a resolver de manera temporal y/o definitiva la situación de emergencia de los pacientes que ingresan a la misma y cumple muchas veces la función de una unidad de cuidados intensivos.

VI. RECOMENDACIONES

- a. En la Unidad de Cuidados Especiales se deben elaborar guías y/o protocolos de atención de enfermería para el cuidado de pacientes con sedoanalgesia.
- b. Realizar un adecuado registro de intervenciones y complicaciones que se observan en los pacientes con sedoanalgesia y reuniones periódicas de evaluación de las mismas.
- c. Elaborar programas de educación continua, actualización y entrenamiento que involucre a todo el personal médico y de enfermería respecto al uso de escalas y dosificación de medicamentos en sedoanalgesia para mejorar la calidad de atención al usuario en la parte asistencial.
- d. Motivar y capacitar de forma periódica al personal responsable de la toma de decisiones, en los aspectos relacionados a la implementación del protocolo.
- e. Suministrar los recursos humanos, financieros, materiales, técnicos, y de información para la ejecución total de la propuesta.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dr. Víctor M. Whizar-Lugo, Dr. Juan C. Flores-Carrillo, Dr. Guillermo Marín-Salazar, Enf. Arturo Benavides-Vázquez. Diagnóstico y Tratamiento del Dolor Agudo del Paciente Crítico. 2008; 20(2): p. 85 - 90.
2. VILLEGAS, F., ROMO A. Analgesia y Sedación en Unidad de Cuidados intensivos. Rev Bras Anesthesiol. 2010 Noviembre - Diciembre; 60(6): p. 360 - 365.
3. García Navarro S, Fernández Vázquez M, Cumbreza Díaz EM. CUIDANDO A LA FAMILIA EN UCI. Biblioteca Las Casas. 2007 Oct; 3(2).
4. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). Efectividad de Protocolos. 2008 Apr. UNA REVISIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA.
5. Awissi DK1, Bégin C, Moisan J, Lachaine J, Skrobik Y. I-SAVE study: impact of sedation, analgesia, and delirium protocols evaluated in the intensive care unit: an economic evaluation. 2012 Enero..
6. Juliana Barr MFLFyo. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients. 2013 Enero; 41(1): p. 263 - 306.
7. Dra. Tania Pozo Lafargue, Dra. Kareny Matos Borrego, Dra. Oneiris Cobas Martín, Dra. Zadis Navarro Rodríguez¹ y Dra. Lourdes Obrador de Zaya. Caracterización de la sedoanalgesia en pacientes críticos ventilados. Revista Cubana Medicina Intensiva y Emergencias. 2009; 8(3).

8. Franco Layza T. Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre el cuidado del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Agosto - Setiembre 2011. Biblioteca Virtual Em Saùde. 2011.
9. Violeta CF. "Conocimientos y Prácticas que tienen las enfermeras acerca del paciente en sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos. 2008..
10. Chávez Antayhua RE. Sedación, analgesia y relajación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins - Essalud. 2002..
11. Aire JRR. Factores de riesgo de neumonía asociada a ventilación mecánica en el Hospital Regional Docente Clínico. 2014. Para optar el Título de Especialista en Neumología.
12. Adrián Gutiérrez, Javier. Manual de ANALGESIA Y SEDACIÓN Madrid: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2009.
13. E. Celis-Rodríguez y otros. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. 2013 Noviembre; 37(2).
14. M.B. ESTÉBANEZ-MONTIEL, , M.Á. ALONSO-FERNÁNDEZ y otros. Sedación prolongada en Unidades de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. 2008; 32(1): p. 19 - 30.
15. D. SR. PRINCIPIOS DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS.

16. SEDACIÓN Y ANALGESIA DEL PACIENTE CRÍTICO. 2010..
17. RUEDA. AD. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA. 2014..
18. Semis. JS. Guía de sedación paliativa: recomendaciones para los profesionales de la salud de las Islas Baleares. 2013 ENERO..

ANEXOS

