

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Revisión Crítica: Rol de Enfermería en el manejo del paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica en el área de emergencia

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTOR

Lourdes Fiorella Rodriguez Ubillus

ASESOR

Rosio del Pilar Mesta Delgado

<https://orcid.org/0000-0003-4635-3170>

Chiclayo, 2021

Revisión Crítica: Rol de Enfermería en el manejo del paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica en el área de emergencia

PRESENTADA POR:

Lourdes Fiorella Rodriguez Ubillus

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

APROBADA POR:

Aurora Violeta Zapata Rueda

PRESIDENTE

Indira Ruth Puican Orbezo

SECRETARIO

Rosio del Pilar Mesta Delgado

VOCAL

Dedicatoria

Andiara, fruto de mi vientre. Mi vida, mis logros y cada paso son para ti.

Agradecimientos

A mis padres, mi hija y mi novio por ser mi más grande apoyo y la motivación que necesito para continuar.

A la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, mi alma mater en pregrado y ahora en posgrado, por haberme acogido durante la realización de la segunda especialidad profesional de Enfermería en Emergencias y Desastres.

A mis maestras y colegas de la especialidad de emergencias y desastres, por brindarme su apoyo, confianza, conocimientos y dedicación durante mi aprendizaje.

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Introducción.....	7
Capítulo I: Marco Metodológico.....	11
1.1 Tipo de investigación.....	11
1.2. Metodología	11
1.3. Formulación De la pregunta según esquema Ps.....	13
1.4. Viabilidad y pertinencia de la pregunta.....	14
1.5. Metodología de búsqueda de información	14
1.6. Síntesis de la evidencia encontrada a través de la guía de validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro	20
1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados.....	22
1.8. Nivel De evidencia y grado de recomendación / utilidad.....	23
Capítulo Ii: Desarrollo del comentario crítico.....	24
2.1. El artículo para revisión	24
2.2. Comentario crítico	25
2.3. Importancia De los resultados.....	30
2.4. Nivel de evidencia.....	30
2.5. Respuesta a la pregunta.....	30
Conclusiones	31
Recomendaciones	32
Referencias Bibliográficas	33
Anexos	37

Resumen

Esta investigación titulada “Rol de enfermería en el manejo del paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica en el área de emergencia”, tiene como objetivos identificar el rol que tiene la enfermera(o) en el cuidado del paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica y reconocer la importancia del rol que desempeña enfermería. Investigación secundaria, se abordó la metodología de Enfermería basada en evidencias. Se formuló la pregunta clínica ¿Cuál es el rol que debe tomar en cuenta el personal de enfermería frente a un paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica? .Para la recolección de información, se emplearon bases de datos como Ciberindex Evidentia, Cuiden Plus, Science Direct y Google Académico. La información fue validada a través de la lista de validez aparente de Gálvez Toro, tomando un total de 10 investigaciones relacionadas con el tema, de las cuales 5 cumplieron con los criterios de evaluación. Finalmente se tomó la investigación titulada Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos, empleando la guía CASPe para evaluación metodológica. En respuesta a la pregunta clínica, se destaca que el personal de enfermería cumple un rol preponderante en el control y manejo de la sedoanalgesia del paciente en ventilación mecánica, resaltando el uso y práctica de la sedación consciente o ligera en pacientes que no requieren de sedación profunda, el abandono de uso de opioides y benzodiazepinas, así como la sedación inter diaria. Se resalta el uso continuo de escalas valorativas y la participación activa de la familia.

Palabras claves: Rol, enfermería, sedación, analgesia.

Abstract

This research entitled "Nursing role in the management of the critical patient with sedoanalgesia in mechanical ventilation in the emergency area", aims to identify the role of the nurse in the care of the critical patient with sedoanalgesia in mechanical ventilation and recognize the importance of the role that nursing plays. Secondary research, the evidence-based nursing methodology was addressed. The clinical question was formulated: What is the role that the nursing staff should take into account when dealing with a critical patient with sedoanalgesia on mechanical ventilation? To collect information, databases such as Ciberindex Evidentia, Cuiden Plus, Science Direct and Google Academic were used. The information was validated through Gálvez Toro's list of face validity, taking a total of 10 investigations related to the subject, of which 5 met the evaluation criteria. Finally, the investigation entitled Nursing management of conscious sedation in intensive care units was taken, using the CASPe guide for methodological evaluation. In response to the clinical question, it is highlighted that the nursing staff plays a preponderant role in the control and management of the sedation and analgesia of the patient on mechanical ventilation, highlighting the use and practice of conscious or light sedation in patients who do not require sedation. treatment, the abandonment of opioid and benzodiazepine use, as well as interdaily sedation. The continuous use of rating scales and the active participation of the family are highlighted.

Keywords: Role, nursing, sedation, analgesia

Introducción

El ingreso de un paciente al área de emergencia (específicamente al área de shock trauma) exige la movilización de diversos recursos, tanto de equipos, insumos y de personal capacitado. El enfermero de emergencia debe poseer los conocimientos y habilidades para el manejo especializado del paciente críticamente enfermo, buscando en muchos casos, su resucitación y estabilización. Es usual, que el paciente crítico requiera de la aplicación de diversas técnicas invasivas que contribuyan a su recuperación, tales como el cateterismo venoso, inserciones de líneas arteriales y la colocación de tubos orotraqueales que aseguren la vía aérea y posteriormente, si lo requieren, su conexión a equipos de ventilación mecánica.¹

Es usual que, a lo largo de su estancia, los pacientes que están conectados a un soporte ventilatorio, también se vean sometidos a múltiples procedimientos como pruebas diagnósticas, movilización, venopunciones, higiene y la inserción o retirada de dispositivos, siendo una de las terapias fundamentales para el manejo de estos pacientes, la administración de sedantes y analgésicos. Al requerir altas dosis de estos fármacos de forma prolongada, y en perfusión continua, es necesaria una monitorización que nos permita conocer el grado de consciencia del paciente, así como el nivel de dolor o malestar para adecuar la analgesia y garantizar un correcto nivel de sedación.²

En las unidades de cuidados críticos, son muchos los pacientes a los que se administran sedantes y analgésicos de forma conjunta. Es aquí, en donde la enfermería cobra un rol esencial en el cuidado, dada la necesidad de valorar y monitorizar su respuesta a la sedo analgesia para evitar una infra o sobre sedación, o un tratamiento ineficaz para el manejo del dolor.³

La Sedoanalgesia permite a los pacientes tolerar y disminuir el trauma al estar dependientes de un respirador e intubados durante un tiempo corto o prolongado, así como, en otras áreas el proporcionar el mayor confort al estar sometidos a procedimientos incómodos y que puedan ser dolorosos al disminuir la ansiedad, otorgar analgesia y por lo tanto, mejorar el confort.^{4,5}

La sedación puede definirse como el estado de disminución de la conciencia del entorno, manteniendo o no, los reflejos protectores, la percepción del dolor, la capacidad de mantener la

vía aérea permeable y la ventilación espontánea.⁶ La sedación en la práctica clínica se ha empleado a lo largo de los años para evitar complicaciones, reducir la ansiedad y provocar amnesia en pacientes con ventilación mecánica, ya que el estrés post-traumático en estos pacientes parece desarrollarse con mayor facilidad que en pacientes cuya estancia haya estado libre de ventilación mecánica⁷.

Algunas de las investigaciones señalan que la infrasedación se asocia con una mayor incidencia de agitación, disincronía con el ventilador, retirada accidental de dispositivos intravenosos y arteriales, de monitorización y de soporte ventilatorio. Si nos referimos a sobrededación, múltiples estudios aseguran que un nivel precoz de sedación profunda conlleva una prolongación en el tiempo de ventilación mecánica, de estancia en áreas críticas y, finalmente un aumento en la mortalidad.⁸

Durante el desarrollo de la actividad profesional, es común ver este tipo de pacientes, quienes en su mayoría, requieren de tratamiento sedoanalgésico, siendo además común encontrar diversos problemas causados por una infra o supra sedación. Cuando el paciente no está correctamente sedado, se evidencian problemas como desacople al ventilador mecánico, lo que complica la mejoría en la corrección de alteraciones de tipo oxigenatorio además, se ha experimentado situaciones en las que el paciente se retira el tubo, lo que ocasiona lesiones a nivel de glotis, alto riesgo de aspiración y dificultad para la reintubación, lo cual termina siendo potencialmente mortal para el paciente. Por otra parte, la sobre sedación, provoca dificultad del destete al ventilador mecánico, prolongación de la estancia hospitalaria, aumento de gastos, tanto para la entidad de salud como para la familia, riesgo de lesiones por la postración y tardíamente, problemas del sueño en los pacientes.

Aun cuando el paciente no precisa niveles altos de sedación, la sobre sedación es algo frecuente, y esto se debe principalmente a las creencias del personal respecto al sufrimiento de los pacientes ingresados en unidades críticas, el miedo a los eventos adversos provocados por la infrasedación, y por último, a un mal criterio enfermera/paciente, ya que será más fácil monitorizar a un paciente sedado que a un paciente despierto y ventilando^{8,9}.

Lo descrito en el párrafo anterior es algo que comúnmente se evidencia en los argumentos de los profesionales de salud, quienes manifiestan “es mejor tenerlo bien sedado

para que tolere la ventilación...” “prefiero que esté bien dormido para evitar que se saque el tubo”, “... prefiero que esté bien sedado para que no esté sonando el ventilador a cada rato...”

Por otro lado, la analgesia es el conjunto de procesos que tiene como objetivo la reducción o alivio del dolor. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”.^{10,11} El dolor en el paciente crítico, puede advertirse mediante el reconocimiento de signos característicos. Entre ellos destaca la taquicardia, el aumento del consumo miocárdico, reducción de la capacidad pulmonar y del peristaltismo, inmunosupresión e hipercoagulabilidad¹². Además, el dolor puede desembocar en una gran variedad de complicaciones como el aumento de la ansiedad del paciente, la agitación, desorientación, aparición de delirio, disfunción pulmonar, síndrome de estrés post-traumático, aumentar el riesgo de afectación pulmonar e infecciones y en definitiva, provocar el incremento de la mortalidad y morbilidad del paciente crítico.¹³

En nuestra práctica en las unidades de área crítica, es común ver diversos signos en el paciente que reflejan el tratamiento con analgésicos por debajo de los requerimientos del paciente, encontrando datos como la asincronía con el ventilador mecánico, desaturación, hipertensión arterial, taquipnea, aumento de la producción de secreciones y agitación psicomotora, lo que denota, la importancia de monitorizar tales manifestaciones y asegurar la correcta administración analgésica. Si bien la prescripción de la sedoanalgesia corresponde a un acto médico, es el profesional de enfermería quien debe valorar constantemente la respuesta del paciente y modificar su dosificación de acuerdo a su criterio clínico y cognoscitivo.

Además de reconocer las respuestas del paciente frente al proceso de sedoanalgesia, es necesario además, conocer la forma de preparación de los medicamentos utilizados y el procedimiento para su administración, siendo necesario el empleo de equipos radiopacos para su infusión y su interacción con otros fármacos.

Sin embargo, esto no se observa en nuestra realidad ya que al momento de la práctica clínica, se evidencia en algunos profesionales la mala práctica en la preparación y administración, quienes en algunos de los casos, ya sea por desconocimiento o falta de insumos, las enfermeras mezclan ambos medicamentos (Fentanilo y Midazolam) en un solo recipiente diluidos en solución salina sin poder valorar correctamente la concentración de analgesia y sedación que está recibiendo en el paciente, y sin poder ajustar la velocidad de infusión.

También fue común encontrar preparaciones con más de 24 horas de dilución y administrados conjuntamente con medicamentos que usualmente provocan interacción, lo cual reduce su efecto farmacológico ya que no se tiene en cuenta el tiempo de vida media del medicamento.

Entonces por todo lo mencionado, que conocer los diferentes procesos y recomendaciones para establecer la sedación y disminuir el dolor en el paciente crítico, es esencial para este, en la medida que contribuirá a su estabilización y mejoría clínica progresiva. Es importante recalcar que el profesional de enfermería juega un papel fundamental para contribuir en la seguridad y mantener el estado de salud del paciente críticamente enfermo, pues en sus manos recae el cuidado inicial, la motorización, el pensamiento crítico y su amplio raciocinio para la práctica de intervenciones complejas basadas en conocimiento y en la evidencia diaria.

Esta investigación es importante puesto que da a conocer, el rol del profesional de enfermería en la correcta administración y manejo de la terapia de sedoanalgesia en el paciente crítico de emergencia, el cual es fundamental para contribuir en la seguridad y mejoría de su estado de salud.

Los objetivos de la investigación están orientados a identificar el rol que tiene la enfermera(o) en el cuidado del paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica y reconocer la importancia del rol que desempeña enfermería en el manejo de paciente crítico con sedoanalgesia en emergencia

CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO

1.1 Tipo de Investigación

La investigación secundaria es un proceso de revisión de la literatura científica basada en criterios fundamentalmente metodológicos y experimentales que selecciona estudios cuantitativos y cualitativos, para dar respuesta a un problema, a modo de síntesis, previamente abordado desde la investigación primaria¹⁴.

El objetivo fundamental de la investigación secundaria es intenta identificar qué se conoce del tema, qué se ha investigado y qué aspectos permanecen desconocidos. Resumir/ sintetizar información sobre un tema o problema. Se puede definir a la investigación secundaria como el proceso de búsqueda de información, análisis e integración de los resultados con la finalidad de actualizar conocimientos y/o identificar la evidencia científica disponible sobre un tema¹⁵.

La investigación secundaria trata de realizar una cuidadosa revisión de los estudios teóricos y prácticos que ya se han realizado y que tienen relación con el problema planteado. Esta revisión se debe hacer porque no existe campo del conocimiento, completamente nuevo o inexplorado. Todo estudio debe tomar elementos del pasado y reconocer lo que otras personas o investigadores han hecho. Por eso la revisión de la literatura puede iniciarse directamente en el acopio de las fuentes primarias, situación que ocurre cuando el investigador conoce la ubicación de la información y se encuentra familiarizando con el campo de estudio¹⁵.

1.2. Metodología

El presente informe de investigación está basado en la metodología de Enfermería Basada en la evidencia (EBE). La EBE se define como «la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de las enfermeras, pero que considera un enfoque reflexivo e interpretativo que es el que permite hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad particular de la enfermera¹⁶.

Sackett lo definió como “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente”¹⁷, siendo cuatro sus bases conceptuales: la investigación, la experiencia del profesional, la preferencia y valores de los usuarios y los recursos disponibles.

Lo que prima en la actualidad es un abordaje conceptual que pone énfasis en la incorporación de la investigación en la atención a la salud, de ahí que se hable de una Práctica Basada en la Evidencia.

Metodológicamente este modelo nos propone una forma de actuar en base a cinco etapas: ¹⁸

Formulación de preguntas clínicas: Esta pregunta surge en el día a día del profesional y tiene una naturaleza práctica. Pone en duda lo que se hace y cómo se hace. En este caso, la práctica del día a día en el área de emergencia, nos hizo reflexionar sobre el adecuado manejo de la terapia de sedoanalgesia en el paciente crítico en ventilación mecánica, lo que permitió la elaboración de la pregunta clínica ¿Cuál es el rol que debe tomar en cuenta el personal de enfermería frente a un paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica?

Localización de la información: Mediante un procedimiento sistemático y estructurado de búsqueda de información científica, se trata de localizar las mejores recomendaciones basadas en la investigación para dar respuesta a la pregunta clínica. Es nuestro campo de trabajo o prácticas nuestra mejor locación, y a través de investigaciones primarias podremos fundamentar el proceso. En esta etapa se procedió a la búsqueda de investigaciones que se dirijan a resolver la pregunta clínica. En un primer momento se seleccionaron las palabras claves, las mismas que fueron traducidas al inglés y portugués, lo que permitiera expandir los criterios de búsqueda, posteriormente se establecieron diversas fórmulas de búsqueda con el empleo de operadores booleanos, utilizando principales buscadores como Ciberindex Evidentia, Cuiden Plus, Science Direct y Google académico de donde se seleccionaron un total de 10 investigaciones.

Posteriormente se procedió al análisis de validez de cada una de ellas, mediante la guía de validación de Gálvez Torro, de las cuales, solo 5 cumplieron con todos los criterios evaluados.

Contextualización. Lectura crítica: es importante no aceptar como válido todo lo que leemos porque no siempre es así. Mediante la lectura crítica conseguimos seleccionar la información

válida. Se trata de un proceso en el que se evalúa el diseño y la metodología de un estudio, la calidad de los datos y se analizan e interpretan los resultados. Para ello disponemos de unos instrumentos, las guías de lectura crítica, que facilitan esta tarea. Además, la lectura crítica permite hacer un análisis del contexto en el que se pretenden implementar las evidencias localizadas en la fase anterior. Finalmente la investigación que estuvo sujeta a la revisión crítica fue “Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos”, para lo cual se empleó la guía CASPe para su evaluación metodológica.

Es importante señalar que la revisión solo se desarrolló hasta esta etapa.

Implementación: Una vez que se dispone de la información necesaria que responda a la pregunta clínica, es el momento de llevar a cabo esa nueva intervención o cambio de procedimiento.

Evaluación: Paralelamente a la fase anterior, se trata de comprobar si ese cambio que se ha introducido en la práctica, es efectivo y proporciona mejores resultados que la intervención que se realizaba previamente.

1.3. Formulación de la pregunta según esquema PS

Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Paciente o Problema	Paciente adulto de prioridad I, que requiere manejo adecuado de la sedoanalgesia, en el área de Shock Trauma.
S	Situación	Falta de conocimiento de rol y manejo por parte de enfermería para brindar un cuidado eficiente en la administración de sedoanalgesia en el paciente crítico.

Pregunta clínica formulada:

¿Cuál es el rol que debe tomar en cuenta el personal de enfermería frente a un paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica?

1.4. Viabilidad y pertinencia de la pregunta

La viabilidad de la investigación se fundamenta en lo común que es la administración de sedoanalgesia en pacientes críticos y la gran cantidad de información que existe al respecto, así como de antecedentes, lo que permitirá el desarrollo de la revisión y brindar un adecuado fundamento durante el análisis crítico. La pregunta es pertinente en la medida que la problemática anteriormente descrita, no solo es algo que se da a nivel local, y que su mala práctica puede tener consecuencias negativas en la recuperación del estado de salud de la persona grave, siendo necesario exponer la mejor evidencia posible que asegure un tratamiento eficiente y libre de complicaciones.

1.5. Metodología de Búsqueda de Información

Para la búsqueda de investigaciones, se partió por establecer las palabras claves que dirigieran los criterios de búsqueda. Posteriormente, con el empleo de operadores booleanos, se procedió a la formulación de ecuaciones de búsqueda (Rol and sedoanalgesia/ Enfermería and sedoanalgesia/ Nursing and sedation/ Enfermería and sedación), los mismos que fueron insertados en bases de datos como Ciberindex Evidentia, Cuiden Plus, Science Direct y Google académico. La búsqueda tuvo una duración aproximada de 3 meses, iniciando en marzo del 2021 a junio del 2021, teniendo como criterios de inclusión, investigaciones que se han desarrollado en áreas críticas, pacientes adultos que se encuentren en emergencia que ocupen cama Shock Trauma u observación, investigaciones como máximo 5 años de antigüedad y en diferentes idiomas (español, inglés y portugués).

Entre las principales limitantes para la búsqueda, se tuvo que la mayoría de las investigaciones se desarrollaron en áreas de cuidados intensivos y no de emergencias, además del poco manejo del idioma inglés, sobre todo en la parte técnica del lenguaje.

Cuadro N°03: Paso 1: Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Rol	role	função	función
Enfermería	Nursing	Enfermegem	Servicio
Sedoanalgesia	Sedation	sedação	sedación

Cuadro N° 04: Paso 2: Registro escrito de la búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados
Civerindex Evidentia	13/03/2021	Rol and sedoanalgesia	17	2
Cuiden Plus	12/04/2021	Enfermería and sedoanalgesia	4	1
SciencieDirec	04/05/2021	Nursing and sedation	1	1
Google Académico	06/06/2021	Enfermería and sedación	1357	6

Cuadro N° 05: Paso 3: Ficha para recolección Bibliográfica

Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
N. Regueiro-Díaza, L. Díaz-Castellanoa, L. Torres-Valverdea, L. Alonso-Pérez, M.M. Landívar-Redondoa, R. Muñoz-Pasína, L.J. Terceros-Almanzab, S. Temprano-Vázquezb, J.Á. Sánchez-Izquierdo-Rierab	Un primer paso hacia una analgesedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica ¹⁹	Vol. 27. Núm. 4.páginas 155-167 (Octubre - Diciembre 2016)	https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-un-primer-paso-hacia-una-S1130239915001121	Español	Estudio de cohorte con series contemporáneas
Cala Hernández, Francisco Javier; Gómez-Llusá García, Rocío	Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en unidades de cuidado intensivo: una revisión narrativa ²⁰ .	Artículo - 2018	https://repositorio.uam.es/handle/10486/684700	Español	Revisión narrativa

Carpio Tentalean Lisbet	Conocimiento del enfermero de UCI – UCIN en el control de sedoanalgesia del paciente con ventilación mecánica, propuesta de formato de valoración Chiclayo ²¹ 2017 ²¹ .	2017	http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1343/1/TM_CarpioTantaleanLisbet.pdf.pdf	Español	Cuantitativo, descriptivo, propositivo.
Acebal Morales Olaya.	Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos ²² .	2020	https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691416/acebal_morales_olaya.pdf?sequence=1	Español	Revisión Narrativa.
Alayo Cuzcano, Cristina Georgette. Castañeda Alfaro, Irene Isabel. Tarrillo Valcazar Chris Maribel.	Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos pediátricos ²³ .	2018	https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos_AlayoCuzcano_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Español	Cuantitativo, descriptivo, simple.

Taffarel, Pedro; Bonetto, German; Jorro Barón, Facundo; Meregalli, Claudia.	Sedación y analgesia en pacientes con asistencia ventilatoria mecánica en unidades de cuidados intensivos pediátricos de Argentina ²⁴ .	Arch. argent. pediatr; 116(2): 196-203, abr. 2018.	https://pesquis.a.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-887460	Español	Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico.
Santos, Nerea; Pérez, Garbiñe; García, Silvia; Mintegi, Santiago.	Procedimientos de sedoanalgesia pediátricos: formación y práctica profesional de los enfermeros en los servicios de urgencias españoles ²⁵ .	Emergencias (Sant Vicenç dels Horts) ; 32(2): 143-145, abr. 2020.	https://pesquis.a.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-188168	Español	Estudio multicéntrico, descriptivo y transversal.
Guido Hernández Montenegro.	Impacto de la aplicación de un protocolo de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Nacional Hipólito Unanue ²⁶	2015	https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13169/Hernandez_Montenegro_Guido_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Español	Comparativo, prospectivo, longitudinal.

<p>John W. Devlin, PharmD, FCCM (Chair); Yoanna Skrobik, MD, FRCP(c), MSc, FCCM (Vice-Chair); Céline Gélinas.</p>	<p>Guías de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación/sedación, el delirium, la inmovilidad y las alteraciones del sueño en pacientes adultos en la UCI²⁷</p>	<p>Guías PADIS 2018</p>	<p>https://www.sccm.org/getattachment/Research/Guidelines/Guidelines-for-the-Prevention-and-Management-of-Pa/PADIS.pdf?lang=en-US</p>	<p>Español</p>	<p>Guía de práctica clínica</p>
<p>Sarmiento Villavicencio, Fabiola Vásquez Vera, Karim Janet</p>	<p>Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para reducir el tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las Unidades de Cuidados Intensivos²⁸.</p>	<p>2020</p>	<p>http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4194/T061_43676432_09998750_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	<p>Español</p>	<p>Revisión sistemática</p>

1.6. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro

Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
Un primer paso hacia una analgosedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica	Estudio de cohorte con series contemporáneas	Responde todas las preguntas	Puedo aplicarlo
Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en unidades de cuidado intensivo: una revisión narrativa.	Revisión narrativa	Responde todas las preguntas	Puedo aplicarlo
Conocimiento del enfermero de UCI – UCIN en el control de sedoanalgesia del paciente con ventilación mecánica, propuesta de formato de valoración Chiclayo 2017.	Cuantitativo, descriptivo, propositivo.	Responde 3 de las 5 preguntas	No puedo aplicarlo
Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos.	Revisión narrativa.	Responde todas las preguntas.	Puedo aplicarlo.
Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.	Cuantitativo, descriptivo simple.	Responde 1 de las 5 preguntas.	No puedo aplicarlo.
Sedación y analgesia en pacientes con asistencia ventilatoria mecánica en unidades de cuidados intensivos pediátricos de Argentina.	Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico.	Responde 4 de las 5 preguntas.	No puedo aplicarlo.
Procedimientos de sedoanalgesia pediátricos: formación y práctica	Estudio multicéntrico,	Responde 2 de las 5 preguntas	No puedo aplicarlo.

profesional de los enfermeros en los servicios de urgencias españoles.	descriptivo y transversal.		
Impacto de la aplicación de un protocolo de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	Comparativo, prospectivo, longitudinal.	Responde 2 de las 5 preguntas.	No puedo aplicarlo.
Guías de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación/sedación, el delirium, la inmovilidad y las alteraciones del sueño en pacientes adultos en la UCI.	Guía de práctica clínica.	Responde todas las preguntas.	Puedo aplicarlo
Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para reducir el tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las Unidades de Cuidados Intensivos.	Revisión sistemática	Responde todas las preguntas.	Puedo aplicarlo

1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados

Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Lista a emplear
1. Un primer paso hacia una analgosedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica	Estudio de cohorte con series contemporáneas.	Bobenrieth Astete
2. Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa.	Revisión narrativa	CASPe
3. Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos.	Revisión narrativa.	CASPe
4. Guías de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación/sedación, el delirium, la inmovilidad y las alteraciones del sueño en pacientes adultos en la UCI.	Guía de práctica clínica.	AGREE
5. Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para reducir el tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las Unidades de Cuidados Intensivos.	Revisión sistemática	AGREE

1.8. Nivel de evidencia y grado de recomendación / utilidad

Cuadro N° 07: Nivel de evidencia y grado de recomendación / utilidad²⁹				
Título de la Investigación	Tipo de Investigación	Metodología	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación
1. Un primer paso hacia una analgesia más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica	Cuantitativo	Estudio de cohorte con series contemporáneas.	Moderada	B
2. Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa.	Cuantitativo	Revisión narrativa	Moderada	B
3. Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos.	Cuantitativo	Revisión narrativa.	Alta	A
4. Guías de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación/sedación, el delirium, la inmovilidad y las alteraciones del sueño en pacientes adultos en la UCI.	Cuantitativo	Guía de práctica clínica.	Alta	A
5. Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para reducir el tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las Unidades de Cuidados Intensivos.	Cuantitativo	Revisión sistemática	Moderada	A

CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

2.1. El Artículo para Revisión

a. Título de la Investigación secundaria que desarrollará.

Rol de enfermería en el manejo del paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica en el área de emergencia.

b. Revisor(es):

Lic. Enf. Lourdes Fiorella Rodríguez Ubillús

c. Institución:

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

d. Dirección para correspondencia:

Psje Rio Chancay 175 urb Federico Villarreal. 2do piso. **Correo electrónico:** fiorell03@hotmail.com

e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:

Acebal O. Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos. [Tesis]; 2020. [Consultado el 06 de junio del 2020]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691416/acebal_morales_olaya.pdf?sequence=1

f. Resumen del artículo original

Objetivo. Conocer el manejo de la sedación consciente por parte de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos. **Metodología.** Se realiza una revisión narrativa a partir de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Cinahl, Cochrane, Medes, IBECS, ScienceDirect, Dialnet y SciELO. Las estrategias de búsqueda se consolidan mediante la utilización de lenguaje controlado y libre, a través de los operadores booleanos [AND] y [OR]. Tras aplicar los filtros de publicaciones en los últimos 5 años, idiomas: inglés, castellano y portugués, especie humana, grupo de edad: adultos a partir de 18 años y texto completo disponible, se seleccionan los 25 artículos que más se ajustan a los criterios de inclusión. **Resultados/Discusión.** La lectura y el análisis de los resultados seleccionados dieron lugar a las siguientes áreas

temáticas: Sedación consciente. Beneficios e inconvenientes en función del nivel de sedación; Analgesia. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; Sedación, agitación y protocolos de analgosedación. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; Delirio. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; y situación actual y actitud ante la sedación consciente. **Conclusiones.** Aplicar un tratamiento o protocolo de analgosedación basado en la sedación consciente proporciona múltiples beneficios como una reducción en el tiempo de ventilación mecánica o de estancia en la UCI. Sin embargo, la práctica habitual aún está muy lejos de seguir las recomendaciones de las sociedades científicas, por lo que se hace evidente la necesidad de educar a los profesionales sanitarios, principalmente a las enfermeras, en el manejo de fármacos y escalas para poder llevar a cabo un correcto manejo de la analgosedación y el delirio, proporcionando así un cuidado de calidad a los pacientes críticos²².

Palabras clave: sedación consciente, analgesia, dolor, delirio, unidades de cuidados intensivos, enfermería.

2.2. Comentario Crítico

Es importante mencionar que tras la validación de las 10 investigaciones, uno de los estudios validados, fue desarrollado bajo metodología de revisión sistemática y otro bajo la metodología de guía de práctica clínica, los cuales cuentan con un nivel de evidencia alto, sin embargo, dentro del desarrollo de ambos estudios, no abordaron de forma específica el rol del enfermero en el manejo de sedoanalgesia, por lo tanto el estudio seleccionado para la revisión crítica fue: Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos, desarrollado bajo una metodología de revisión narrativa.

El comentario crítico se empleó para evaluar la calidad metodológica, su importancia y utilidad en la práctica clínica; para ello, se utilizó la guía desarrollada por CASPe³⁰, la cual es una herramienta corta (10 preguntas) y todas ellas comienzan con un par de preguntas de eliminación (aquel artículo que no supere estas preguntas, puede ser desestimado). El resto de preguntas exploran la calidad metodológica de los diseños de investigación y su aplicación en el medio local.

El investigador desarrolló el estudio motivado en que el personal de enfermería aún no maneja un consenso respecto al manejo adecuado de la sedoanalgesia del paciente crítico. El estudio tuvo como objetivo conocer el manejo de la sedación consciente por parte de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos²².

Como se plantea en su fundamentación y objetivo, la revisión narrativa tuvo un tema principal de abordaje, el cual fue la sedación consciente del paciente crítico y que además fue necesario tratar otros tópicos de relevancia en el manejo del paciente crítico en VM, resaltando la importancia del cuidado y responsabilidad del profesional de enfermería en el control de la sedoanalgesia en unidades críticas, empleo de escalas de valoración, control del dolor, empleo de fármacos no opiáceos y la participación activa de la familia en el cuidado.

Dentro de su desarrollo metodológico, el investigador utilizó 17 palabras claves para la búsqueda, las mismas que fueron procesadas en las bases de términos MeSH y DeCS, lo que permitió establecer criterios de búsqueda científica, así mismo, tales términos fueron traducidos al idioma inglés y portugués, lo que posibilitó una mayor cobertura al momento de la recolección de información²².

Posteriormente cada uno de los términos se conjugaron entre sí mediante el empleo de operadores boléanos [AND] y [OR], siendo introducidos en bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Cuiden, Cinhal, Cochrane, Medes, IBECS, ScienceDirect, Dialnet y SciELO. Los filtros empleados en esta base de datos fueron: publicaciones en los últimos 5 años, con acceso al texto completo, en adultos a partir de los 19 años, en la especie humana y en los idiomas inglés, español y portugués. De los 8109 artículos encontrados en todas las bases de datos consultadas, y tras la lectura de título y resumen, se seleccionan 203 para su lectura completa. De éstos, se descartan los 107 que están repetidos. De los 96 artículos restantes, finalmente se seleccionaron 25 que se ajustaron a los objetivos de la revisión. Además, se decide incluir una Guía de Práctica Clínica del año 2013 encontrada a través de la base de datos de Pubmed por su relevancia para el presente trabajo²².

Tras la revisión de las investigaciones, se desarrollaron 5 tópicos, relacionados al manejo de la sedoanalgesia del paciente crítico. El primero de ellos está relacionado con el manejo de la sedación consciente del paciente crítico, con lo cual se busca un estado de analgosedación óptimo, evitando la infra o suprasedación. Diversos estudios han demostrado lo innecesario que resulta la sedación profunda en las primeras 48 horas, dado que se ha asociado a complicaciones como mayor estancia hospitalaria, aumento de delirio, estrés postraumático, demora en el despertar, limitándose esta técnica solo a pacientes con insuficiencia respiratoria grave con asincronía paciente-ventilador, el uso de bloqueantes neuromusculares, en pacientes con lesiones cerebrales graves y en aquellos con estatus epiléptico^{22,24,25}.

La mínima sedación posible, sedación consciente o ligera, es un estado en el que se logra que el paciente esté tranquilo, cómodo y colaborador, idealmente, puede estar despierto para mantener el contacto visual, interactuar con el personal sanitario y los miembros de la familia y participar en la terapia física, pero se le permite quedarse dormido cuando no se le interrumpe. Este estado corresponde a un valor de -1/0 en la escala de RASS, lo que contribuye a mantener un estado hemodinámico estable, buenos reflejos y una ventilación espontánea adecuada²².

El segundo tópico aborda la analgesia, monitorización, tratamiento y manejo enfermero. En este apartado, se resalta la administración de analgesia previa al desarrollo de actividades de enfermería, puesto que en el estudio realizado por Palacios et al³¹, identifican que entre las experiencias de mayor dolor se encuentra el reposicionamiento, seguido de la aspiración endotraqueal y el cuidado de la boca. Es por ello que se resalta la evaluación continua del dolor, pues un manejo adecuado del mismo, evita diversas complicaciones como la alteración del estado hemodinámico, asincronía con el VM, estrés, episodios de psicosis y mala calidad del sueño^{21,22}.

Las principales escalas empleadas en el paciente con sedación consciente se encuentran la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala Numérica del Dolor (NRS) y para pacientes bajo sedación, pero que mantengan su función motora y los comportamientos de la persona sean observables, se podrán emplear las escalas Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) y/o la Behavioral Pain Scale (BPS). Resulta importante

valorar en pacientes bajo sedación profunda, otros signos como expresiones faciales, excitación psicomotriz o asincronía entre el paciente y el ventilador^{22,26}.

Entre los principales fármacos empleados para el manejo de la sedación se encuentran los opiáceos como la morfina, fentanilo, codeína, oxicodona, entre otros, y que pese a la gran cantidad de efectos negativos que poseen sobre la recuperación del paciente, estos aún siguen usados en áreas críticas. Al respecto, el estudio realizado por Olmos, et al³², recalcan los efectos secundarios que posee el uso de opioides en pacientes sometidos a ventilación mecánica, tales como delirium, náuseas, depresión respiratoria, retención urinaria, espasmo de la vía biliar, íleo, constipación e inmunosupresión, que pueden empeorar los resultados de estos pacientes aún después del alta de la UCI.

Por contraparte, el estudio propone un abordaje farmacológico multimodal, que postule el uso de AINEs sobre los opiáceos, o un manejo conjunto de ambos, con el objetivo de reducir los efectos de negativos de estos últimos²².

Además de la terapia farmacológica se recomienda la aplicación de otras medidas, como rehabilitación física precoz, la movilización temprana, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, terapias de relajación, acupuntura, aromaterapia, así como la facilitación de herramientas que favorezcan la comunicación, además recomiendan la información sobre el estado de salud, pues ello ayuda a reducir el nivel de ansiedad y a tolerar mejor la estancia y reducir la percepción de dolor. Resulta también importante, asegurara un adecuado patrón del sueño, como la sincronización de las actividades con el ciclo circadiano y control del ruido y la luz ambiental²².

El tercer tópico de relevancia, aborda el uso de protocolos de sedoanalgesia y el manejo de la agitación. El estudio recalca la existencia de protocolos establecidos para el manejo mínimo de la sedación y el gran impacto en la mejora del paciente, sin embargo, recalcan también que solo el 50% llevan a cabo dicho protocolo.

Entre las estrategias de manejo se recomiendan primero el control de la analgesia y posteriormente la sedación. La aplicación de la sedación ligera abordada anteriormente y la interrupción diaria de la sedación, la cual ha demostrado mejoras en los resultados clínicos, disminuyendo la duración de la VM y la estancia en UCI. Si el paciente no

tolera la interrupción, ya que pueden aparecer episodios de confusión, agitación y ansiedad, se reinicia la sedación continua a la mitad de la dosis, y si está despierto y tranquilo, se valora la posibilidad de realizar una prueba de ventilación espontánea e intentar su extubación^{22,28}.

Con lo que corresponde al empleo de escalas de valoración, se recomienda su aplicación de forma sistemática, al menos una vez por turno, siendo las más utilizadas y recomendadas por las sociedades científicas, las escalas SAS y RASS, ya que muestran las mejores correlaciones y los mejores resultados, además de ser válidas, confiables y fácilmente aplicables²².

Aunque el uso de benzodiacepinas siguen siendo los fármacos de mayor elección, estos se asocian a mayores complicaciones y morbimortalidad, frente a ello, se deben emplear sedantes ideales, los mismos que se definen, como aquellos que presenta mínimos efectos hemodinámicos y no interacciona con otros fármacos, que no produce depresión respiratoria ni toxicidad, con una vida media corta y una eliminación independiente de la función de los órganos, además de tener un bajo coste²². Al respecto la guía propone como fármacos ideales al propofol y la dexmedetomidina. De esta última, se ha comprobado los efectos benéficos en el proceso de sedación, puesto que asemeja un patrón similar al sueño, asegura un adecuado despertar ante un estímulo externo y ante la suspensión del estímulo, el paciente vuelve al estado de sedación.

El cuarto tópico, aborda el cuidado enfermero en cuanto al manejo del delirio, empleando dentro de las medidas farmacológicas la administración de haloperidol, el uso de dexmedetomidina, cuyos beneficios fueron postulados en el párrafo anterior y antipsicóticos atípicos como la olanzapina, la risperidona y la quetiapina se recomienda como alternativa²². Dentro de los cuidados no farmacológicos, se encuentra el empleo de agentes estimulantes que promuevan el sentido de orientación de la persona, como llamarla por su nombre, decirle la fecha y hora del día, abrir ventanas durante el día y reducir los estímulos luminosos, sonoros y procedimentales durante la noche, como colocar antifaces, tapones en los oídos, apagar las luces, musicoterapia y movilización temprana.

Por último, el estudio asume la importancia de educación del personal sanitario en un correcto manejo de la sedoanalgesia del paciente crítico y sobre todo, a la ruptura de paradigmas que se contraponen a su favorable recuperación.

2.3. Importancia de los resultados

Es estudio destaca que el personal de enfermería cumple el rol preponderante en el control y manejo de la sedoanalgesia del paciente en ventilación mecánica, resaltando el uso y práctica de la sedación consciente o ligera en pacientes que no requieren de sedación profunda, el abandono de uso de opioides y benzodiazepinas, así como la sedación inter diaria. Se resalta el uso continuo de escalas valorativas y la participación activa de la familia en el tratamiento.

2.4. Nivel de evidencia

Tras la evaluación de la metodología aplicada y la relevancia en la aplicación práctica de los resultados, se aplicó la escala de valoración GRADE para determinar el nivel de evidencia y grado de recomendación de la revisión narrativa evaluada, encontrando un nivel de evidencia alta y un grado de recomendación A.

2.5. Respuesta a la pregunta

Después del análisis metodológico del estudio, así como de sus resultados, se concluye que el profesional de enfermería es el responsable de mantener un rol activo en el manejo de la sedoanalgesia del paciente en ventilación mecánica, siendo indispensable elaborar protocolos de cuidado, que promuevan el manejo de la sedación mínima y que permita obtener una evolución continua y favorable de la patología clínica. El rol del enfermero no solo debe ir encaminado al empleo de terapias farmacológicas, sino además del uso continuo de escalas de valoración y tratamiento no farmacológico en el

alivio del dolor, asincronía del ventilador, reducción del estrés, de la agitación psicomotora y de los estados de delirio, facilitando en todo momento la participación activa de la familia.

Conclusiones

- Tras la elaboración de esta revisión, queda demostrada la importancia de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos. Los niveles más altos de conciencia en los pacientes permiten llevar a cabo una exploración más completa de su estado cognitivo y del nivel de dolor que experimentan en cada momento, permitiendo la mejora del tratamiento. También facilita la comunicación y colaboración de los pacientes con los profesionales sanitarios, favoreciendo la participación activa en su proceso de recuperación. Les permite, además, interactuar con sus familiares y seres queridos, asegurando el apoyo emocional necesario.
- El dolor, la ansiedad y el delirio presentan una alta prevalencia en la UCI, lo que se asocia con un aumento de la morbimortalidad. Entre las medidas más importantes se encuentran: proporcionar una analgesia adecuada mediante una estrategia multimodal intentando reducir el consumo de opiáceos, establecer un protocolo de sedación dirigido a objetivos en función de la situación clínica del paciente, evitando la sedación profunda y el consumo de benzodíacepas, y, por último, individualizar los cuidados médicos y de enfermería del paciente, haciendo hincapié en sus necesidades y favoreciendo la participación de la familia en los cuidados.
- Se han identificado los fármacos y escalas más empleadas y adecuadas para el manejo de la analgesia y el delirio en las UCI, además de diferentes medidas y tratamientos no farmacológicos que son de gran utilidad para la prevención y el manejo del dolor y el delirio, favoreciendo la calma, el confort y la cooperación del paciente.
- Se ha podido observar que, a pesar de las recomendaciones de las sociedades científicas y de la gran cantidad de evidencia disponible, la práctica habitual aún está muy lejos de seguir estas recomendaciones. La principal barrera para su implementación es la actitud

y las creencias de los profesionales sanitarios, principalmente de las enfermeras, ya que hay multitud de estudios que defienden que el manejo de los protocolos de analgesia debe ser dirigido por ellas. Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de educar a los profesionales en el manejo de fármacos, escalas y cuidados para poder llevar a cabo un manejo adecuado de la analgesia y el delirio en el paciente crítico. Se han conseguido muchos cambios en los últimos años, pero es necesario seguir avanzando en el manejo de la sedación consciente.

Recomendaciones

- Se recomienda a todo el personal de enfermería que labora en el área de emergencia, contar con especialidad en cuidado de paciente crítico y emergencia para así poder brindar cuidado con fundamento y de calidad al paciente que requiere sedoanalgesia y ventilación mecánica.
- Fomentar el liderazgo y empoderamiento de enfermería para establecer guías y protocolos de sedoanalgesia para el manejo óptimo del paciente crítico en ventilación mecánica.
- Realizar capacitaciones continuas del personal que labora en áreas críticas, sobre la gran relevancia de la sedación consciente y la ruptura de paradigmas tradicionales respecto a la sedación profunda y el uso de medicación cuyos efectos contraproducentes, han sido científicamente comprobados.
- Establecer un programa de cuidados con la familia, lo que permita su participación en el cuidado activo de la persona bajo sedación, puesto que se ha comprobado su eficacia en el alivio del dolor, estrés y situaciones de delirio secundarios a la hospitalización en estas unidades.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Estébanez Montiel MB, Alonso Fernández MA, Sandiumenge A, Jiménez Martín MJ, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Sedación prolongada en unidades de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2008;32 Supl 1:19-30.
- 2.- Chen W, Miao C. The Effect of Anesthetic Technique on Survival in Human Cancers: A Meta-Analysis of Retrospective and Prospective Studies. *PLoS One* 2013; 8(2). <https://goo.gl/eTsfPZ> (último acceso 20 mayo 2019).
- 4.- Celis Rodríguez Edgar. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva* 2013;37(8):519-574. *Anestesia en México* 2008;20(2)85-9
- 5.-Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
- 6.- Carvajal F., Ocampo F., Reyes G., Jaramillo J., Duque J., Cardenas J., et al. *Temas Selectos En Anestesia Para la práctica de la medicina general*. 1ª ed. Colombia: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.; 2018.
- 7.- Gallego López J., Soliveres Ripoll J., Carrera Hueso J., Solaz Roldán C. *Monitorización Clínica*. 2ª ed. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2009.
- 8.- C, Salluh J. Perceptions and practices regarding delirium, sedation and analgesia in critically ill patients: a narrative review. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 25(2):155-161 Brasil.2013
- 9.- Raurell Torredà, M; Burgos Cordón, A; Conejo Caravaca, A; Corcuera Pastor, I. Evaluación de la sedación mediante la escala Richmond en pacientes con ventilación mecánica de larga duración. *Revista Rol de Enfermería*. 38(7-8):533-538. España- 2015
- 10.- Chen W, Miao C. The Effect of Anesthetic Technique on Survival in Human Cancers: A Meta-Analysis of Retrospective and Prospective Studies. *PLoS One* 2013; 8(2). <https://goo.gl/eTsfPZ> (último acceso 10 de noviembre 2018).
11. Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T, Larrasquitu Sánchez A, Romay Pérez A, Millán Santos I. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación

mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva*. Madrid 2011; 22(1):3-12.

12.- Frade Mera MJ, Guirao Moya A, Esteban Sánchez ME, Rivera Álvarez J, Cruz ramos AM, Bretones Chorro B. Análisis de 4 escalas de valoración de la sedación en el paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2009;20(3):88-94.

13.- Arias S, Sánchez MM, Sánchez R, Gallardo Mj, Santos RI, Frutos F. Implementación de un protocolo de sedación dirigido por enfermería: efecto sobre el nivel de sedación y la retirada accidental de tubos y catéteres. *Enferm Intensiva*. 2008;19:71-7.

14.- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe 1996 Pág. 5-35.

15.- ARIES GALICIA, Fernando. Introducción a la metodología de investigación en ciencias de la administración y del comportamiento. Ed. Trillas. México, 2003.

16. Sacket DL, Rosenberg WMC, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is and What it isn't. *BMJ*. 1996; 312:71-72.

17. Gálvez Toro A, Román Cereto M, Ruiz Román MJ, Hederle Valero C, Morales Asencio JM, Gonzalo E, Romero MN. *Enfermería Basada en Evidencias: aportaciones y propuestas*. *Index de Enfermería*. 2003; 40-41: 47-50.

18. Gálvez Toro A. *Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados* (2ª edición). Granada: Fundación Index, 2007.

19. Regueiro N, et al. Un primer paso hacia una analgesedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica. *EnfermIntensiva*. [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 02 de febrero de 2021]. 27(4):155---167. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-un-primer-paso-hacia-una-S1130239915001121>

20. Cala F, Gómez R. Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en unidades de cuidado intensivo: una revisión narrativa. [Internet]; 2018. [Consultado el 02 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684700>

21. Carpio L. Conocimiento del enfermero de UCI – UCIN en el control de sedoanalgesia del paciente con ventilación mecánica, propuesta de formato de valoración chichayo 2017. [Tesis Maestría]; 2017. [Consultado el 06 de junio del 2021]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1343/1/TM_CarpioTantaleanLisbet.pdf.pdf

22. Acebal O. Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos. [Tesis]; 2020. [Consultado el 06 de junio del 2020]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691416/acebal_morales_olaya.pdf?sequence=1
23. Alayo C, Castañeda Alfaro, Irene Isabel. Tarrillo Valcazar Chris Maribel Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. [Tesis]; 2018. [Consultado el 06 de junio del 2021]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos_AlayoCuzcano_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Taffarel P, Bonetto G, Jorro F, Meregalli C. Sedación y analgesia en pacientes con asistencia ventilatoria mecánica en unidades de cuidados intensivos pediátricos de Argentina. Arch. argent. Pediatr. [Revista en internet]; 2018. [Consultado el 13 de marzo de 2021]. 116(2). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-887460>
25. Nerea S, Pérez G, García S, Mintegi S. Procedimientos de sedoanalgesia pediátricos: formación y práctica profesional de los enfermeros en los servicios de urgencias españoles. Emergencias [Revista en internet]; 2020. [Consultado el 13 de marzo del 2021] 32(2). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-188168>
26. Hernández G. Impacto de la aplicación de un protocolo de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Nacional Hipólito. [Internet]; 2015. [Consultado el 13 de marzo de 2021]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13169/Hernandez_Montenegro_Guido_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Devlin J, Skrobik Y, Gélinas C. Guías de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación/sedación, el delirium, la inmovilidad y las alteraciones del sueño en pacientes adultos en la UCI. [Internet]; 2018. [Consultado el 12 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.sccm.org/getattachment/Research/Guidelines/Guidelines/Guidelines-for-the-Prevention-and-Management-of-Pa/Guia-PADIS.pdf?lang=en-US>
28. Sarmiento F, Vásquez K. Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para reducir el tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las Unidades de Cuidados Intensivos. [Internet]; 2020. [Consultado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4194/T061_43676432_09998750_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Alonso P, et al. La evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de las recomendaciones: el sistema GRADE. [En internet]; 2020. [Consultado el

06 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/la-evaluacion-calidad-evidencia-graduacion-fuerza-recomendaciones-sistema-grade/>

30. Santamaría R. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe). Nefroplus. [Revista en internet]; 2017. [Consultado el 06 de julio de 2021]. 9(1):100-101. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nefroplus-485-pdf-X1888970017612483>

31. Palacios X, Pulido J, Ramos D. Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema. Rev. Univ. Ind. Santander Salud. [Revista en internet]; 2017. [Consultado el 16 de junio de 2021] 49(2): 380-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072017000200380

32. Olmos, et al. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. REV. MED. CLIN. CONDES. [Revista en internet]; 2019. [Consultado el 06 de junio de 2021]. 30(2) 126-139. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019300215>

Anexos**Anexo N° 1**

Cuadro N° 01: Descripción del Problema		
1	Contexto-Lugar	
2	Personal de Salud	
3	Paciente	
4	Problema	
4.1	Evidencias internas: Justificación de práctica habitual	
4.2	Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica	
5	Motivación del problema	

Anexo N°02

CHEK-LIST ABREVIADA DE VALIDEZ Y UTILIDAD APARENTES

Título de la investigación a validar: Un primer paso hacia una analgosedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica		
Metodología: Estudio de cohorte		
Año: 2016		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Estudio de cohorte con series contemporáneas, realizado en UCI polivalente de hospital terciario, febrero-noviembre de 2013-2014. Criterios de inclusión: ventilación mecánica \geq 24 h y sedación en infusión continua. Se monitorizó sedación con Richmond Agitation-Sedation Scale o índice biespectral y analgesia con escala verbal numérica o escala indicadora de conductas dolorosas. Variables de estudio: tiempo de ventilación mecánica, tiempo de destete, tiempo de soporte ventilatorio, tiempo de vía aérea artificial, tiempo de sedación en infusión, dosis diaria y frecuencia de uso de fármacos sedantes y analgésicos, estancia y mortalidad en UCI y hospitalaria, mediciones Richmond Agitation-Sedation Scale, índice biespectral, escala verbal numérica y escala indicadora de conductas dolorosas.	Al implementar un protocolo multidisciplinar de evaluación sistemática y manejo de la analgosedación se consigue una correcta monitorización y mayor adecuación de las dosis a las necesidades del paciente, mejorando los resultados.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Los resultados de esta investigación me sirven para resolver mi pregunta tomando ya que se proponen actividades a realizar durante la estancia del paciente con Ventilación mecánica y sedo analgesia.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los conocimientos planteados se pueden aplicar a mi medio y realidad.	Puedo aplicarlo

¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Protocolo multidisciplinar de evaluación sistemática y manejo de la analgesedación del paciente crítico con ventilación mecánica frente a la praxis habitual.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Se incluyeron 153 ingresos, 75 preintervención y 78 postintervención, edad $55,7 \pm 13$ años, 67% hombres. Ambos grupos fueron similares en cuanto a edad, motivo de ingreso y APACHE. Se disminuyó sin significación estadística el tiempo de ventilación mecánica 4 (1,4-9,2); 3,2 (1,4-8,1) días; $p = 0,7$, días de sedación 6 (3-11); 5 (3-11) días; $p = 0,9$, estancia hospitalaria 29 (18-52); 25 (14-41) días; $p = 0,1$, mortalidad UCI 8 vs. 5%; $p = 0,4$ y hospitalaria 10,6 vs. 9,4%; $p = 0,8$. Las dosis diarias de midazolam y remifentanilo disminuyeron 347 (227-479) mg/día; 261 (159-358) mg/día; $p = 0,02$ y 2.175 (1.427-3.285) mcg/día; 1.500 (715-2.740) mcg/día; $p = 0,02$ respectivamente. Se incrementó el uso de remifentanilo (32 vs. 51%; $p = 0,01$), dexmedetomidina (0 vs. 6%; $p = 0,02$), dexquetoprofeno (60 vs. 76%; $p = 0,03$) y haloperidol (15 vs. 28%; $p = 0,04$) y el uso de cloruro morfíco descendió (71 vs. 54%; $p = 0,03$). Se incrementó el número de valoraciones y registro de Richmond Agitation-Sedation Scale 6 (3-17); 21 (9-39); $p < 0,0001$, escala indicadora de conductas dolorosas 6 (3-18); 19 (8-33); $p < 0,001$ y escala verbal numérica 4 (2-6); 8 (6-17); $p < 0,0001$.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa.		
Metodología: Revisión narrativa.		
Año: 2018		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	En el presente trabajo se pretende identificar las últimas líneas de revisión y recomendación de las prácticas de sedoanalgesia en pacientes sometidos a Ventilación Mecánica (VM) en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), observar la representación del rol de la enfermera y la importancia otorgada a esta figura, y explorar la monitorización utilizada para los niveles de sedación y necesidad de analgesia en este contexto.	Es preciso trabajar la educación del personal, en especial el de enfermería, que presenta más barreras para el avance de la sedoanalgesia, siendo un pilar básico en la monitorización y manejo del paciente crítico. Se debe promover la concienciación del personal de UCI en el seguimiento y aceptación de protocolos/estrategias en vez de centrar la investigación en su renovación.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Los resultados de esta investigación me sirven para resolver mi pregunta ya que está dirigida a observar la representación del rol de la enfermera.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si son aplicables y se adaptan a mi contexto.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Las evidencias son seguras, ya que la investigación cuenta con consentimiento informado y cuenta con fuentes de investigación fidedignas.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Revisión narrativa. La búsqueda se realizó en cinco bases de datos cuya especialización es las Ciencias de la Salud: CUIDEN, SciELO, Cochrane, CINAHL y PUBMED, desde 2013 a 2018.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Conocimiento del enfermero de UCI – UCIN en el control de sedoanalgesia del paciente con ventilación mecánica, propuesta de formato de valoración Chiclayo 2017.		
Metodología: Cuantitativo, descriptivo, propositivo.		
Año: 2017.		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se obtuvo que el mayor porcentaje de los encuestados (60%), tuvo un nivel de conocimientos regular respecto al control de sedoanalgesia, lo que permitió estructurar una propuesta de un formato de valoración diaria que contiene tres escalas ya validadas.	Los resultados detallan el nivel de conocimientos en el personal encuestado, sin embargo no establecen las medidas correctas de cuidado que deben emplearse.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	No se establece el rol que debe tener el enfermero en el cuidado del paciente con sedoanalgesia.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	La investigación elabora una propuesta de intervención que puede ser aplicada en el medio local.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la institución universitaria.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	El estadístico de fiabilidad (alfa de crombach del Software SPSS24) del cuestionario de conocimientos en control de sedación y analgesia tuvo un valor numérico de 0.765 (24 elementos o preguntas).	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos.		
Metodología: Revisión bibliográfica		
Año: 2020		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Dentro del rol del profesional de enfermería en el manejo de la sedo analgesia se encuentra la valoración mediante el uso de escalas del dolor y analgesia, además de uso de medios no farmacológicos como masajes, respeto del ritmo circadiano y acompañamiento familiar. Se aconseja uso de sedantes no benzodiazepínicos y la interrupción interdiaria de la sedación.	El estudio demuestra que las medidas no solo deben estar limitadas a la infusión de sedoanalgesia, por lo contrario destaca el rol importante de la enfermera en el manejo, valoración y retiro del mismo.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	La investigación responde a la interrogante planteada respecto al rol del profesional de enfermería en el manejo del dolor.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	El estudio aborda medidas de valoración y administración de la medicación empleada en sedo analgesia del paciente en VM, lo cual es una práctica muy utilizada en nuestro medio local.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio no detalla los criterios éticos abordados para el desarrollo de la investigación. Sin embargo dentro de los criterios de búsqueda, se han tenido como indicadores que las investigaciones hayan sido trabajados en pacientes mayores de 18 años y que hayan asegurado el empleo de principios éticos.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Dada la metodología del estudio, la investigación explica detalladamente los pasos que se siguieron desde la selección de las palabras claves, los operadores booleanos empleados (AND, OR) y las bases de datos utilizadas: Pubmed, Cuiden, Cinhal, Cochrane, Medes, IBECs, ScienceDirect, Dialnet y SciELO. De los 203 artículos seleccionados, solo 25 pasaron a revisión.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.		
Metodología: Cuantitativo, descriptivo simple.		
Año: 2018.		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El mayor porcentaje del personal encuestado tiene un nivel de conocimiento medio respecto a la valoración del paciente con sedoanalgesia, así mismo no se practica una valoración constante del mismo.	Los resultados intentan demostrar el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la sedoanalgesia y el nivel de práctica, mas no establece el rol que debe de poseer esta en el manejo y control de la terapia.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Los resultados encontrados no se dirigen a responder a la pregunta clínica, así mismo como a los objetivos del estudio.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los resultados no exponen los procedimientos que deben realizarse en el medio puesto que solo evalúan la parte cognoscitiva y la aplicación de medidas estandarizadas.	No puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Se detalla el empleo de principios éticos en la ejecución del estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	El estudio no detalla el uso de fórmulas estadísticas que aseguren la confiabilidad y validez de los resultados.	No
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Sedación y analgesia en pacientes con asistencia ventilatoria mecánica en unidades de cuidados intensivos pediátricos de Argentina.		
Metodología: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico.		
Año: 2018		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El 18% (N= 8) utiliza un protocolo de sedoanalgesia de seguimiento estricto, mientras que el 58% (N= 26) siguen un protocolo "tácito" producto de la automatización en la práctica. Las drogas más utilizadas son el midazolam para sedación y fentanilo para analgesia. El 31% (N= 14) de las UCIP monitorizan la sedación con escalas de evaluación (Ramsay modificada y/o Comfort). El 4% (N= 2) realizan la interrupción diaria de la sedación en forma programada. En pacientes de difícil sedación, la dexmedetomidina es la droga más utilizada como coadyuvante. El 73% (N= 33) de las unidades utilizan bloqueantes neuromusculares ante indicaciones precisas, y un monitoreo clínico. El 20% (N= 9) de las UCIP tienen un protocolo de destete para la sedoanalgesia, la morfina y lorazepam son las drogas más frecuentemente utilizadas.	El estudio plantea cuales son las medidas de evaluación de la escala de sedoanalgesia aplicada, así como las circunstancias de su aplicación, los medicamentos más usados y la eficacia de uno sobre otro.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Los resultados planteados pueden ser empleados para dar respuesta a la pregunta clínica.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Las prácticas que se describen en el estudio pueden ser aplicadas por el personal de enfermería en nuestro medio.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio no detalla la aplicación de principios éticos ni su aprobación por algún comité de ética.	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los datos fueron representados como mediana y su respectivo intervalo intercuartilo o como porcentaje; fueron analizados con el programa STATA 13.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Procedimientos de sedoanalgesia pediátricos: formación y práctica profesional de los enfermeros en los servicios de urgencias españoles.		
Metodología: Estudio multicéntrico, descriptivo y transversal.		
Año: 2020		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	391 de los encuestados (85,9%) refirió utilizar escalas pediátricas de valoración del dolor en su práctica diaria. Sin embargo, más del 60% de los encuestados confiaban más en sus propias impresiones. Se registró una gran variedad de medicaciones para el manejo del dolor y la ansiedad en los niños: midazolam 367 (80%), crema EMLA (lidocaína y prilocaína) 362 (79%), gel LAT (lidocaína, adrenalina y tetracaína) 354 (77%), óxido nítrico 315 (69%), fentanilo 276 (60%), ketamina 240 (52%), cloruro morfíco 226 (49%), cloruro de etilo 155 (35%) y propofol 78 (17%). La formación en sedoanalgesia pediátrica de los enfermeros de los SU españoles es escasa y no está sistematizada; la práctica profesional es heterogénea y con áreas susceptibles de mejora.	El estudio demuestra que la mayor parte del personal de enfermería realiza una valoración de la sedoanalgesia basándose en la experiencia clínica, así mismo se exponen los principales medicamentos empleados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El estudio solo cuantifica el porcentaje en la aplicación de escalas de valoración y administración de sedoanalgesia, mas no expresa el rol que debe tener en el cuidado de la administración de estos.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los resultados no responden al problema planteado.	No puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio no especifica cómo es que se aplicaron los principios bioéticos en la investigación.	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Tanto para el análisis univariante como para el multivariante se obtuvo en valor de $p < 0.05$, así mismo se contó con un índice de confianza del 95% para ambas variables.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Impacto de la aplicación de un protocolo de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Nacional Hipólito Unanue.		
Metodología: Comparativo, prospectivo, longitudinal.		
Año: 2015		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los resultados evidencian que la aplicación de un protocolo de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Nacional “Hipólito Unanue”, reduce el empleo de midazolam y fentanilo, lo cual es concordante con datos clínicos y farmacocinéticos que documentan el impredecible comportamiento de éstos cuando se usa en infusión continua en pacientes críticos. Se resalta además la importancia del rol de la enfermera en la atención de pacientes con sedoanalgesia.	El estudio resalta la importancia del uso de escalas de valoración del estado de sedoanalgesia en el paciente con ventilación mecánica y la importancia de la dosificación de acuerdo a la valoración realizada.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El estudio resalta la importancia del personal de enfermería en la valoración mediante el uso de escalas de sedoanalgesia y su implicancia en el ajuste de dosis de acuerdo a su valoración.	Lo resuelve parcialmente
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	La investigación destaca el rol del profesional de enfermería, mas no establece detalladamente su implicancia en la atención del paciente con sedoanalgesia.	Puede aplicarse bajo ciertas condiciones
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No se detallan los principios éticos empleados	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Solo describe el proceso de recolección de datos, mas no especifica los métodos estadísticos empleados.	No
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Guías de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación/sedación, el delirium, la inmovilidad y las alteraciones del sueño en pacientes adultos en la UCI.		
Metodología: Guía de práctica clínica		
Año: 2018		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	De acuerdo a la revisión realizada se establecieron 5 grandes tópicos de investigación referidas al dolor, sedación, delirium, inmovilidad y prácticas relacionadas con el sueño. En cada una de ellas se demostraron las mejores prácticas basadas en la evidencia.	Respecto al cuidado del personal de enfermería se ha resaltado la importancia en el manejo permanente de escala de verificación del estado de sedoanalgesia y la cuantificación de dosis diaria. No se ha demostrado la eficacia en el empleo de medidas de contención en la prevención de riesgos. Se ha correlacionado mayores consecuencias en cuanto al despertar por el uso de opioides.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El estudio demuestra una gran relevancia en la presentación de resultados, sin embargo no precisa el rol del profesional de enfermería en el manejo del paciente bajo sedoanalgesia.	Lo resuelve parcialmente
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	El estudio detalla las diversas intervenciones en el manejo del paciente con sedoanalgesia que tienen aplicación práctica en nuestro medio.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Los investigadores describen que el estudio siguió un método riguroso de búsqueda y que se veló porque cada investigación respetara el empleo de principios éticos.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	La guía realizó la revisión de investigaciones desde el año 1991 hasta el 2015, en 5 bases de datos empleando la metodología GRADE para la evaluación de cada una de las investigaciones recolectadas.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Título de la investigación a validar: Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para reducir el tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las Unidades de Cuidados Intensivos.		
Metodología: Revisión sistemática		
Año: 2020		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El 80% de los artículos demostraron que el uso de protocolos de sedoanalgesia es efectivo para la reducción del tiempo en ventilación mecánica resaltando el papel importante que juega la enfermera en este proceso de acuerdo a una asertiva valoración.	Un protocolo estandarizado de sedoanalgesia en las unidades de cuidados intensivos de los diferentes establecimientos de salud brindaría un adecuado soporte oxigenatorio y ventilatorio, minino tiempo de sedación, destete oportuno del ventilador mecánico (7-10 días) y la reducción de enfermedades asociadas al uso prolongado del ventilador mecánico.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	EL estudio destaca la importancia del profesional de enfermería en el manejo de escalas de valoración para el control y manejo de sedoanalgesia en el paciente en ventilación mecánica.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Las escalas de valoración, así como las medidas de cuidado pueden ser aplicadas en nuestra realidad hospitalaria.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La evaluación crítica de los artículos científicos revisados cumplió con los principios de bioética al momento de su ejecución.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Para la recolección de datos se emplearon las siguiente bases de datos: Cochrane, Lilacs, Scielo, Medline Pubmed, Google Académico siendo analizados según la escala Grade para determinar su fuerza y calidad de evidencia.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Anexo N° 3

Plantilla para evaluación de una Revisión Sistemática: CASPe

INTERROGANTES	RESPUESTA	COMENTARIO
¿Los resultados de la revisión son válidos?		
¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	La investigación buscó conocer el manejo de la sedación por parte de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos.
¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se realizó una búsqueda sistemática de la información, en diversas bases de datos como Pubmed, Cuiden, Cinhal, Cochrane, Medes, IBECS, ScienceDirect, Dialnet y SciELO, incluyendo artículos desde el año 2015, tomando artículos de tipo cuantitativo y cualitativo de relevancia científica y que ayudaron a responder a los objetivos de la investigación.
¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	De los 96 artículos revisados a profundidad, finalmente 25 fueron sujetos a evaluación y formaron parte del desarrollo del estudio, tomando investigaciones de importantes bases de datos y revistas científicas, en idioma español, inglés y portugués, y pese a que se consideró tomar estudios de los últimos 5 años, se optó por incluir un estudio del 2013 por su relevancia científica.
¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El investigador empleó un lenguaje controlado mediante los términos MeSH, combinando las palabras clave con los operadores booleanos [AND] y [OR]. Se utilizaron importantes bases de datos de revistas científicas de renombre internacional pasando a revisión un total de 8109

		artículos encontrados en todas las bases de datos consultadas, de los cuales finalmente 25 pasaron el filtro de selección, tras la lectura de resúmenes y artículos completos.
Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En base a los resultados encontrados, la investigación se estructuró en diferentes tópicos que requirió la unificación de los resultados para dar consistencia científica a cada uno de los temas abordados.
¿Cuáles son los resultados?		
¿Cuál es el resultado global de la revisión?	La lectura y el análisis de los resultados seleccionados dieron lugar a las siguientes áreas temáticas: Sedación consciente. Beneficios e inconvenientes en función del nivel de sedación; Analgesia. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; Sedación, agitación y protocolos de analgosedación. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; Delirio. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; y situación actual y actitud ante la sedación consciente.	
¿Cuál es la precisión del resultado/s?	<p>El control de la sedación es una terapia útil y muy efectiva en el manejo ventilatorio del paciente crítico, en el cual, es necesario abordar al paciente, con el mejor estado de consciencia que le permitan realizar un trabajo conjunto en el cuidado y que contribuya a un mejor destete, menor costos y estancia hospitalaria.</p> <p>Las guías han demostrado que el personal de enfermería, es el principal profesional responsable del manejo de la sedoanalgesia, el cual deberá emplear escalas de valoración continua, aceptadas internacionalmente, además de aplicar otras técnicas de alivio del dolor, como el control de actividades según el ritmo circadiano del paciente, cambios posturales, evitar las zonas de presión y el apoyo familiar en las terapias de cuidado.</p>	

¿Son los resultados aplicables en tu medio?		
¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Los resultados abordados en el estudio, contempla una serie de medidas de aplicación práctica semejante a nuestra realidad local, lo que permite su fácil aplicación, sin embargo, aún es necesario, romper con ciertos paradigmas médicos respecto al uso de sedación profunda, que tal como refiere el estudio, se ha demostrado la poca eficacia de la sedoanalgesia profunda del paciente en VM, práctica que aún sigue siendo aplicada en cuidados críticos.
¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El estudio ha abordado diversas áreas temáticas que exponen la mayor parte de problemas asociados al tratamiento de sedoanalgesia del paciente crítico, así como los cuidados que debe realizar el enfermero frente a cada uno de ellos.
¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El estudio ha demostrado que la aplicación de técnicas en el tratamiento de sedoanalgesia basada en la evidencia, tiene un gran impacto clínico positivo en el manejo del paciente crítico, como reducir el tiempo de estancia hospitalaria, mejorar la evolución del estado crítico, reducir las complicaciones y la reducción de costos.

Anexo N° 4

INVESTIGACIÓN SUJETA A INVESTIGACIÓN

Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos.

INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain (IASP) (1) define el dolor como: “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Puede afectar significativamente la vida de las personas, ya que puede llegar a ser altamente incapacitante. Es una de las razones más comunes de visita médica y baja laboral, ya que puede acarrear importantes problemas tanto emocionales como psicológicos (2). Existen diferentes clasificaciones en lo referente al dolor: En función del perfil temporal o duración del mismo, este puede ser agudo o crónico. El dolor agudo es limitado en el tiempo y presenta una relación directa con la causa que lo produce. Actúa como advertencia y tiene función protectora. El dolor crónico, por el contrario, es un trastorno multifactorial que dura más de 6 meses y que se acompaña de un importante componente psicológico (2,3). En lo que a intensidad respecta, el dolor puede ser leve, moderado o severo. El dolor leve es el menos intenso y permite llevar a cabo las actividades cotidianas. El dolor moderado presenta una intensidad que obstaculiza las actividades habituales y requiere un tratamiento con opioides menores. El dolor severo es el más intenso, ya que afecta tanto a las actividades cotidianas como al descanso de la persona que lo sufre. Este tipo de dolor requiere un tratamiento con opioides mayores (2). Según la patogenia puede ser neuropático, nociceptivo o psicógeno. El dolor neuropático se produce como consecuencia de un estímulo directo sobre el SNC o por una lesión de vías nerviosas periféricas. El dolor nociceptivo es el más común, y la causa es un estímulo doloroso sobre los nociceptores. Presenta una función protectora, ya que informa al organismo de la existencia de una lesión. Existen dos tipos: el somático y el visceral. El primero se produce por una excitación anormal de los nociceptores somáticos presentes en la piel, los músculos, los ligamentos, las articulaciones o los huesos. El segundo se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales y suele irradiarse a zonas alejadas del lugar de origen (dolor referido). Por último, el dolor psicógeno es aquel en el que interviene el entorno psico-social de la persona, es decir, la causa es psicológica (2,3).

La analgesia es el procedimiento por el que se elimina la sensación dolorosa mediante el bloqueo artificial de las vías o mediadores que la transmiten, o bien por desconexión de los centros del dolor (4). El manejo óptimo del dolor se consigue combinando fármacos con diferentes mecanismos y lugares de acción, además de diversas vías de administración o técnicas analgésicas, hasta conseguir el objetivo terapéutico. Este concepto recibe el nombre de analgesia multimodal y proporciona ventajas como un espectro de acción amplio, mayor eficacia, mejor cumplimiento del tratamiento y mejor coeficiente eficacia-seguridad (5).

Empleando este tipo de analgesia se consigue disminuir la dosis administrada de cada uno de los fármacos y un mayor confort analgésico con los mínimos efectos adversos (6). La sedación se define como la inducción farmacológica de un estado de disminución de la consciencia sin que se produzca una pérdida de la misma, y del que se puede despertar al paciente con una llamada o un leve estímulo doloroso (7,8). Su objetivo es inducir un estado en el que la persona se encuentre cómoda, libre de dolor o recuerdos desagradables y en el que tolere procedimientos que pudiesen ser molestos, manteniendo la función cardiorrespiratoria. Es fundamental que la sedación sea efectiva y segura, proporcionando estabilidad hemodinámica y los menores efectos adversos posibles (5,8). Según la clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA), se pueden definir cuatro niveles de sedación, de menor a mayor grado de profundidad, tal y como se puede ver en la Tabla 1. El paso de uno a otro puede darse en cualquier momento de manera precipitada, por lo que es necesario mantener una estrecha vigilancia de estos pacientes, ya que las medidas de seguridad cambian en función de la sedación (5,9).

Las Unidades de Cuidados Intensivos son servicios que ofrecen asistencia multidisciplinar a pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte 3 respiratorio o lo precisan junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; además de todos aquellos pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico (10). Además de las UCI, los pacientes críticos también pueden ser tratados en las Unidades de Reanimación Post-Quirúrgica, donde la sedación consciente también es frecuente. Suelen estar compuestas por dos unidades: una unidad de recuperación post-anestésica (URPA) o sala del despertar, donde los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente se recuperan de la anestesia, y/o por una unidad de cuidados críticos post-quirúrgicos, en la que ingresan pacientes que precisan una mayor atención, es decir, cuidados intensivos ante posibles complicaciones y desestabilizaciones tras la cirugía (11). Se ha demostrado que una correcta monitorización de la sedoanalgesia puede mejorar la práctica clínica, reducir el consumo de recursos y la ventilación mecánica (VM), y disminuir la morbilidad. Conocer el nivel de analgesia va a permitir identificar las situaciones en las que la persona sienta dolor y corregirlas de inmediato. Además, permite identificar y corregir casos de infra- o sobredación que pueden influir de forma negativa en la evolución de los pacientes críticos. (12). En cuanto a las escalas para valorar el dolor, se debe tener en cuenta que en las UCI existen diferentes tipos de pacientes y, por lo tanto, es fundamental escoger la que más se ajuste a las características de cada uno de ellos (13). En los pacientes conscientes y comunicativos se pueden utilizar las siguientes escalas: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Descriptiva Verbal (EDV), Escala Numérica Verbal (ENV), y Termómetro de Dolor de Iowa (IPT). En pacientes sin capacidad de comunicación se hace uso de indicadores fisiológicos junto con las siguientes escalas de comportamiento: Behavioral Pain Scale (BPS), Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), Escala de Campbell, Escala sobre Conductas Indicativas de Dolor (ESCID), Escala Non Verbal Pain Scale (NVPS) y Colorado Behavioral Numerical Pain Scale (CBNPS). Solo las dos primeras han sido evaluadas respecto a su validez y confiabilidad en pacientes críticos (5,13). Actualmente, existen más de 30 escalas para valorar el grado de sedación del paciente. Todas ellas incluyen los cambios que se producen en el nivel de consciencia ante estímulos de distinta intensidad. Al igual que ocurre con la medicación, no existen estudios que demuestren que una escala sea mejor que otra (12). Entre las más utilizadas se encuentran: la Escala de Ramsay, la

Sedation-Agitation Scale (SAS), la Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) y la escala Mindful Attention Awareness Scale (MASS) (5,12). 4 Se han realizado estudios con el objetivo de averiguar cuáles son los fármacos más adecuados a la hora de sedoanalgesiar a un paciente, llegando a la conclusión de que, por lo general, no hay ninguno mejor que otro, ya que la elección está determinada por la tradición y la familiaridad más que por la evidencia (14). La ausencia de dolor es fundamental para conseguir una recuperación adecuada. Los analgésicos más empleados en las UCI son la morfina y el fentanilo, seguidos del remifentanilo, el sufentanilo, el alfentanilo, la codeína, la meperidina, el tramadol, el paracetamol y el metamizol. Los bloqueantes neuromusculares se emplean principalmente para la realización de determinadas técnicas y procedimientos como por ejemplo la intubación. También es común el uso de AINEs, antidepresivos, anticonvulsivos y neurolépticos como coadyuvantes para la analgesia (5,15). Los sedantes más utilizados en las UCI son el midazolam, el lorazepam y el diazepam (benzodiacepinas), el propofol (anestésico intravenoso de acción corta) y la dexmedetomidina (agonista de los receptores alfa-2). El remifentanilo (opioide) también posee efectos sedantes (14). El delirio, también conocido como “síndrome de UCI”, “síndrome confusional agudo” o “psicosis funcional”, es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes sedados en la UCI, y se puede definir como una alteración transitoria y reversible del estado mental, de inicio brusco y evolución fluctuante, con una etiología multifactorial y que cursa con síntomas de desorientación, agitación, e incluso ideas paranoides o alucinaciones. Es frecuente a partir del tercer día de ingreso en la UCI y suele desaparecer cuando el paciente se va de alta a planta (16). Entre las escalas para valorar su presencia se encuentran: Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) e Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) (17). Uno de los métodos más empleados para monitorizar el grado de sedación, normalmente la sedación profunda, es el BIS o índice biespectral, que analiza el patrón de ondas cerebrales del electroencefalograma y lo convierte en un número. Las cifras pueden variar entre 0 (supresión de EEG) y 100 (paciente despierto) (18). Para tratar el tema de la sedación en la UCI es importante abordar también la bioética y el marco legal. Para ello, es fundamental recordar los 4 principios de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (19). Respecto al marco legal son importantes la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (20) y el Código Deontológico de la Enfermería Española (21).

1.1 CONTEXTUALIZACIÓN

Desde hace unos años, se han llevado a cabo estudios que demuestran los beneficios de administrar la mínima sedación posible al paciente crítico, siempre teniendo en cuenta las características individuales sobre su estado de salud. A pesar de esto, la sedación profunda en pacientes con sedoanalgesia y, en la mayoría de los casos, con VM, tiene una prevalencia mayor a la recomendada en las guías clínicas (22). Normalmente, la sobrededación se debe a las creencias del personal sanitario y, en muchas ocasiones, a una ratio enfermera-paciente inadecuada en relación con la carga de trabajo, ya que se cree que es mucho más fácil monitorizar a un paciente sedado que a uno que está despierto y ventilado (22). Se recomienda el uso de escalas para alcanzar un nivel óptimo de sedación y, aun así, algunas encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá y Dinamarca, muestran que tan solo el 50% de las UCI hacen uso de una escala para valorar tanto el nivel de sedación como el de analgesia. La

situación no es muy diferente en nuestro país (22). Además, a pesar de la gran cantidad de evidencia existente sobre los efectos adversos como consecuencia de un manejo subóptimo del dolor, éste sigue siendo mal evaluado y tratado en las unidades de cuidados intensivos. Se ha demostrado que menos de la mitad de los pacientes ingresados en la UCI tiene un control adecuado del dolor (13,22).

1.2 FUNDAMENTACIÓN

La sedoanalgesia es esencial en los pacientes críticos. Su finalidad es favorecer la comodidad del paciente y mejorar su tolerancia al tratamiento y a los cuidados de enfermería, además de conseguir objetivos terapéuticos (22). Las guías recomiendan conseguir rangos de sedación consciente en los pacientes críticos y, antes de aplicar un protocolo de sedación o de interrupción diaria de la misma, se debe considerar el uso de escalas para valorar el dolor, que es una de las principales causas de incomodidad y delirio, siendo fundamental controlarlo para conseguir niveles óptimos de sedación (22). Paulatinamente, los profesionales sanitarios se están dando cuenta de los beneficios que trae consigo instaurar una sedación ligera en el paciente crítico. Creo que es importante abordar este tema, ya que, a pesar de las últimas recomendaciones de las guías de práctica clínica y los estudios llevados a cabo durante la última década, todavía hay gran cantidad de UCI en las que se lleva a cabo un manejo subóptimo de la sedación.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Conocer el manejo de la sedación consciente por parte de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos.

Objetivos secundarios:

- Conocer los beneficios y los inconvenientes de la sedación consciente.
- Conocer los fármacos más empleados para la sedoanalgesia en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Conocer las escalas más empleadas por las enfermeras en las Unidades de Cuidados Intensivos en relación con el nivel de sedación y la analgesia.
- Conocer los cuidados proporcionados por la enfermera a pacientes con sedación consciente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, y para poder dar respuesta a los objetivos planteados, la metodología más adecuada es la revisión narrativa o de la literatura. Una revisión narrativa permite conocer el estado actual del tema sobre el que se quiere investigar mediante la recuperación de la bibliografía existente. La finalidad de este diseño es resumir y llevar a cabo una interpretación y un análisis crítico de la literatura, siempre desde el punto de vista de los autores (23,24). Para llevarla a cabo, se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Cuiden, Cinhal, Cochrane, Medes, IBECS, ScienceDirect, Dialnet y SciELO, lo que nos permitirá encontrar la mejor y más actualizada evidencia científica disponible. En primer lugar, se lleva a cabo una búsqueda en Google Académico para realizar una primera aproximación hacia el tema del presente trabajo. Se

localizan las palabras clave en lenguaje libre que, posteriormente, serán traducidas a lenguaje controlado en términos MeSH y DeCS (en las bases de datos en castellano) para así poder completar las búsquedas.

Se utilizaron palabras en lenguaje libre que no tenían ninguna correspondencia en lenguaje controlado: Escala de Sedación, Escalas, Escalas de valoración, Beneficios, Ventajas, Limitaciones y Desventajas. Para realizar la búsqueda bibliográfica se combinan estos términos junto con los operadores booleanos [AND] y [OR]. La búsqueda se limita, según las posibilidades de cada base de datos, mediante los filtros: publicaciones en los últimos 5 años, idiomas: inglés, castellano y portugués, especie humana, grupo de edad: adultos a partir de 18 años y texto completo disponible. No se discriminan estudios en función de su tipología, ya que se incluyen artículos tanto cuantitativos como cualitativos. Además, se establecen unos criterios de inclusión y de exclusión para escoger los artículos más relevantes y pertinentes de acuerdo al objetivo de estudio.

Criterios de inclusión y criterios de exclusión.

Para la selección de los artículos más relevantes y pertinentes de acuerdo al objetivo de estudio del trabajo, se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos con acceso al texto completo.
- Artículos redactados en inglés, castellano y portugués.
- Artículos que comprendan el grupo de edad a partir de los 18 años (adultos).
- Artículos que traten sobre la raza humana.
- Artículos que aborden el tema de la sedación consciente o sedoanalgesia.
- Artículos cuyo contenido tenga relación con los objetivos del trabajo.

Criterios de exclusión:

- Artículos publicados antes del 2015.
- Artículos que no tengan posibilidad de acceso al texto completo.
- Artículos que no estén redactados en inglés, castellano o portugués.
- Artículos con una muestra cuyo rango de edad sea inferior a los 18 años.
- Artículos que hagan referencia a pruebas diagnósticas o terapéuticas y cirugías de cualquier tipo.
- Artículos cuyo contenido no se corresponda con los objetivos del trabajo.

Descripción de los resultados de búsqueda.

- PUBMED

Para llevar a cabo las búsquedas bibliográficas en esta base de datos, se emplea el lenguaje controlado mediante los términos MeSH, combinando las palabras clave con los operadores booleanos [AND] y [OR]. En algunas de las estrategias de búsqueda se ha utilizado el lenguaje

libre por no existir ningún término MeSH que se asemeje a la palabra o expresión deseada. También se ha hecho uso del truncamiento nurs* para ampliar la búsqueda. Los filtros empleados en esta base de datos han sido: publicaciones en los últimos 5 años, con acceso al texto completo, en adultos a partir de los 19 años, en la especie humana y en los idiomas inglés, español y portugués. Tras realizar las estrategias de búsqueda fueron devueltos un total de 1639 artículos, de los cuales se seleccionaron 66. Los 1573 artículos restantes se descartaron tras la lectura de título y resumen.

- CINAHL.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en Cinahl, se emplea la búsqueda avanzada mediante los términos del lenguaje controlado MeSH, combinándolos con los operadores booleanos [AND] y [OR]. En algunas de las estrategias de búsqueda se ha utilizado el lenguaje libre por no existir ningún término MeSH que se asemeje a la palabra o expresión deseada. También se incluyen los términos recomendados por la base de datos al redactar las estrategias de búsqueda. Para llevar a cabo la búsqueda se selecciona el modo “booleano/frase” y se eligen los ampliadores: aplicar palabras relacionadas, buscar también dentro del texto completo de los artículos y aplicar materias equivalentes. Además, se escogen los siguientes filtros para limitar la búsqueda: texto completo, fecha de publicación: marzo 2015 – marzo 2020, all adult, humano y artículos en los idiomas inglés, español y portugués. Tras realizar las estrategias de búsqueda se obtuvieron un total de 1092 artículos, de los cuales se seleccionaron 19. Los artículos restantes fueron descartados tras la lectura de título y resumen.

- COCHRANE.

En esta base de datos se realiza una búsqueda avanzada con los términos MeSH que aparecen en la tabla 5, unidos por los operadores booleanos [AND] y [OR]. En algunas estrategias de búsqueda se hace uso del lenguaje libre al no haber ningún término del lenguaje controlado que se asemeje a lo que buscamos. Los filtros aplicados son: publicaciones de los últimos 5 años y “search word variations”. En esta base de datos el total de artículos devueltos fue de 763, de los cuales se acabaron seleccionando 16. El resto fueron descartados tras la lectura de título y resumen por no ajustarse a los criterios de inclusión previamente establecidos.

- CUIDEN.

La estrategia de búsqueda se lleva a cabo mediante la utilización del lenguaje controlado del tesoro DeCS, combinando las palabras clave mediante los operadores booleanos [AND] y [OR] en la opción de búsqueda avanzada. Se hace uso de la búsqueda mediante palabras clave y resumen. Se aplican los filtros de últimos 5 años y acceso al texto completo. El total de artículos recuperados fue de 138, de los cuales se acabaron seleccionando 15 tras la lectura de título y resumen.

- DIALNET.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en esta base de datos, se combinan los términos del lenguaje controlado DeCS con los operadores booleanos [AND] y [OR], haciendo uso también del lenguaje libre cuando es necesario. Los filtros utilizados fueron: publicaciones de los últimos 5 años, con acceso al texto completo e idiomas español, inglés y portugués. El total de

artículos recuperados en esta base de datos fue de 207, de los que finalmente se seleccionaron 7. Los artículos restantes se descartaron tras la lectura de título y resumen por no ajustarse a los criterios de inclusión previamente establecidos.

- IB ECS.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica, se emplea la búsqueda avanzada y se combinan los términos MeSH del lenguaje controlado con los operadores booleanos [AND] y [OR]. Se utilizan términos del lenguaje libre en algunas estrategias de búsqueda. La base de datos no permite seleccionar filtros, aun así, solo son elegidos los artículos publicados en los últimos 5 años y con posibilidad de acceso al texto completo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión escogidos para el trabajo. En total se obtuvieron 722 artículos, de los cuales se seleccionaron 22. Los 700 artículos restantes se descartaron tras la lectura de título y resumen.

- MEDES.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se emplea la opción de búsqueda avanzada. Se combinan los términos del lenguaje controlado DeCS con los operadores booleanos [AND] y [OR], y se selecciona la opción de buscar en “todos los campos”. Se utilizan términos del lenguaje libre para completar algunas estrategias de búsqueda. Medes no da la opción de limitar la estrategia de búsqueda mediante filtros, por lo que se siguen los criterios tanto de inclusión como de exclusión seleccionados para el trabajo. Tras realizar las estrategias de búsqueda se obtuvieron un total de 456 artículos, de los que finalmente se seleccionaron 10. El resto fueron eliminados tras la lectura de título y resumen, ya que no se ajustaban a los criterios de inclusión establecidos.

- SCIENCE DIRECT.

Para realizar la búsqueda bibliográfica en esta base de datos se hace uso de la búsqueda avanzada. Se emplea el lenguaje controlado MeSH, combinando los términos con los operadores booleanos [AND] y [OR]. En algunas estrategias de búsqueda se emplea el lenguaje libre, al no existir ningún término MeSH que se asemeje. Se limita la búsqueda a los artículos publicados en los últimos 5 años y a aquellos que permitan acceder al texto completo de forma gratuita. En esta base de datos se obtuvieron un total de 2775 artículos, de los cuales se acabaron seleccionando 29. Se descartaron aquellos que, tras la lectura de título y resumen, no se ajustaban a los criterios de inclusión previamente establecidos.

- SCIELO.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en SciELO se hace uso de la búsqueda avanzada. Se emplean los términos del lenguaje controlado MeSH y DeCS y se combinan con los operadores booleanos [AND] y [OR]. Se utiliza el lenguaje libre en aquellas búsquedas en las que no hay un término del lenguaje controlado que se asemeje a lo que se necesita. La búsqueda se lleva a cabo con la opción de “todos los índices” y los filtros seleccionados son: artículos publicados en los últimos 5 años e idiomas inglés, español y portugués. Tras realizar las estrategias de búsqueda se recuperaron un total de 316 artículos, de los que finalmente se seleccionaron 18. Los 298 artículos restantes fueron descartados tras la lectura de título y resumen.

De los 8109 artículos encontrados en todas las bases de datos consultadas, y tras la lectura de título y resumen, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionan 203 para su lectura completa. De éstos se descartan los 107 que están repetidos. Por lo tanto, quedan 96 artículos que se leen en profundidad, seleccionando los 25 que se ajustan a los objetivos de la revisión. Además, se decide incluir una Guía de Práctica Clínica del año 2013 encontrada a través de la base de datos de Pubmed por su relevancia para el presente trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la lectura en profundidad de los artículos seleccionados y, con el propósito de responder a los objetivos planteados para el desarrollo de este trabajo, se proponen las siguientes áreas temáticas:

3.1 Sedación consciente. Beneficios e inconvenientes en función del nivel de sedación.

En el año 2017 los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), publicaron unas recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos (25), que se irán introduciendo a lo largo del trabajo para contrastar información.

La sedoanalgesia es fundamental en el manejo de los pacientes críticos en las unidades de cuidados intensivos. Su objetivo es proporcionar un nivel óptimo de comodidad y 16 seguridad, reduciendo los niveles de ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor (26,27).

Un manejo adecuado también va a facilitar la aplicación de cuidados de enfermería y técnicas de soporte vital, aunque su uso no está libre de complicaciones, derivadas normalmente de una infra- o sobreutilización que puede complicar la evolución y pronóstico del paciente e incrementar los costes sanitarios. Por esta razón es tan importante conseguir un nivel de analgosedación óptimo, mediante la aplicación de estrategias seguras, adaptándose a las necesidades del paciente y garantizando su máximo bienestar, minimizando los eventos adversos (28). Entre las complicaciones asociadas a la infrasedación se encuentran: miedo, ansiedad, trastornos del sueño, agitación, delirio, desadaptación a la VM, etc. En cuanto a las derivadas de la sobredación destacan: retraso en el despertar, aumento del tiempo de VM y de las complicaciones asociadas a la misma, aumento del delirio, del síndrome de estrés postraumático, de la estancia tanto en la UCI como en el hospital, etc (27,28). Hace unos años, en las UCI predominaba la sedación profunda, y existe evidencia que demuestra que en algunas todavía sigue prevaleciendo un exceso en la administración de sedantes (29). Se debe evitar su administración de forma innecesaria, principalmente en los primeros días de ingreso, ya que las observaciones de múltiples estudios sugieren un vínculo entre la sedación profunda temprana (en las primeras 48-72 horas) y un gran número de complicaciones, sobre todo a largo plazo (27,29). Por lo tanto, solo debería emplearse en situaciones en las que esté indicado como en la insuficiencia respiratoria grave con asincronía paciente-ventilador, en el uso de bloqueantes neuromusculares, en pacientes con lesiones cerebrales graves y en aquellos con estatus epiléptico (27). Actualmente existe una amplia evidencia acerca de que el uso de la mínima

dosis de sedación posible trae consigo importantes beneficios, como la disminución del tiempo de VM, de las dosis y tiempos de sedación, de la incidencia de neumonía asociada al respirador y de delirio, además de la disminución de la estancia tanto en la UCI como en el hospital. Esto es debido a que se reduce el tiempo desde el comienzo del destete a la extubación, disminuye la frecuencia de las traqueostomías y hay una menor incidencia de trastornos psicológicos durante el periodo de hospitalización y tras el alta (26,28).

La sedación consciente o ligera se centra en mantener al paciente en un estado en el que esté tranquilo, cómodo y colaborador. Idealmente, puede estar despierto para mantener el 17 contacto visual, interactuar con el personal sanitario y los miembros de la familia y participar en la terapia física y ocupacional, pero se le permite quedarse dormido cuando no se le interrumpe (29). Supone la depresión mínima del nivel de conciencia y permite al paciente conservar estabilidad a nivel cardiovascular y la vía aérea permeable, manteniendo buenos reflejos y una ventilación espontánea adecuada (26). Este estado es equivalente a una puntuación en la escala RASS de -1/0 para algunos autores (29), mientras que para otros la calificación es de -2 a +1 (con un ideal de 0) (27). Con este grado de sedación se deberá prestar especial atención a la aparición de episodios de asincronía con el respirador o agitación, ya que podría ser necesario modificar algunos parámetros del ventilador o administrar analgesia de rescate (27). Se recomienda en pacientes que no necesitan sedación profunda y especialmente en aquellos que requieran una valoración periódica de su estado de conciencia, ya sea debido a una enfermedad crítica o a un procedimiento complejo como la adaptación a las modalidades espontáneas de VM, el acoplamiento a la ventilación mecánica no invasiva, o durante la retirada del tubo endotraqueal (25,26). Mistraletti et al. (30) llevaron a cabo un estudio en el que analizan la percepción del estrés en pacientes sometidos a sedación consciente, comparando la perspectiva de los mismos con la del personal sanitario que los atiende y la de sus familiares. El dolor, la privación del sueño, la sed, la presencia de tubos, la incapacidad para moverse libremente, la ausencia de sus seres queridos y las dificultades a la hora de comunicarse son considerados los factores más estresantes. Algunos de los referidos por los pacientes, como la presencia de tubos en la boca o no poder comunicarse, están relacionados con instrumentos empleados para mantener su estabilidad, por lo que muchas veces no se puede hacer demasiado al respecto. No obstante, hay otros factores como no poder dormir u oír ruidos extraños que pueden dejar de ser estresantes gracias a intervenciones enfermeras como reorientar al paciente (30). El nivel de estrés asociado al ingreso en UCI está sobreestimado tanto por los profesionales sanitarios como por los familiares, siendo las enfermeras los miembros del equipo multidisciplinar que más sobreestiman el nivel de estrés al que están sometidos los pacientes con sedación consciente, especialmente en los factores que están relacionados con el entorno, y subestimando los relacionados con el sueño, la monitorización y el aparataje de la unidad. El estudio concluye que una sedación ligera está asociada con un menor nivel de estrés del que se estima y puede facilitar la práctica, 18 principalmente de las enfermeras, al conocer los factores que suponen un mayor estrés para los pacientes (30).

3.2 Analgesia. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero.

El dolor es una de las experiencias más traumáticas que experimentan las personas que ingresan en una UCI (31). Los estudios publicados hasta el momento lo consideran un problema por

estar mal evaluado y tratado. Más del 50% de los pacientes críticamente enfermos experimenta dolor durante su estancia en la UCI (32,33). Aproximadamente el 75% informa dolor intenso, el 30% dolor en reposo y el 50% dolor durante los procedimientos de enfermería (34). Está considerado como el quinto signo vital y si es intenso induce una respuesta al estrés y una estimulación simpatoadrenérgica que provoca taquicardia e hipertensión, entre otros. El dolor, especialmente en los pacientes sedados, puede presentarse como agitación o delirio, y cuando se maneja mal, puede tener secuelas psicológicas a largo plazo como ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático o dolor crónico. A nivel sistémico produce una respuesta inflamatoria, hiperglucemia, inmunosupresión, hipercoagulabilidad, aumento del catabolismo y deterioro en la cicatrización de heridas. Además, se relaciona con alteraciones en el patrón del sueño que afectan negativamente al estado de salud de la persona. Todos estos factores pueden conducir a una mayor estancia tanto en la UCI como en el hospital, además de a una mayor mortalidad (27,32,35).

El dolor experimentado por los pacientes se puede clasificar en cuatro categorías (29,32):

- Dolor crónico preexistente o requisitos de analgesia, provocado por ejemplo por síndromes de dolor neuropático crónico o adicción a opioides.
- Dolor agudo relacionado con la enfermedad, como es el caso de una cirugía, un trauma musculoesquelético o un dolor visceral relacionado con la inflamación.
- Dolor o molestia continua relacionada con el tratamiento en la UCI, provocado por ejemplo por el tubo endotraqueal y la VM, los cuidados relacionados con los cambios de posición, la aspiración traqueal, la fisioterapia, etc.
- Dolor intermitente en el procedimiento, como el que se puede producir durante la inserción de un drenaje o la realización de una traqueotomía.

Se han realizado estudios con el objetivo de identificar el nivel de dolor de los pacientes antes y después de las intervenciones enfermeras, además de los procedimientos más propensos a aumentar el dolor. Los resultados de Ayasrah (33) confirmaron que los 19 pacientes experimentan dolor en reposo, lo que se asocia con una mayor intensidad de dolor durante los cuidados de enfermería de rutina. En cuanto a los procedimientos más dolorosos, sus hallazgos coinciden con los de Palacios-Espinosa et al. (36), situando el reposicionamiento como la técnica más dolorosa, seguido de la aspiración endotraqueal y el cuidado de la boca. La administración de analgesia suplementaria de manera previa al inicio de cualquier procedimiento nociceptivo podría ser una opción útil para disminuir el dolor de estos pacientes (25,33). El reconocimiento temprano y la monitorización del dolor son esenciales para su correcto manejo, permitiendo ajustar no solo la medicación analgésica, sino también la sedante. Además, permite reducir el tiempo de VM, la estancia en la UCI y el número de infecciones. Algunos autores incluso han encontrado una reducción de la mortalidad, y, en consecuencia, de los costes (26,32,33,36). La evaluación del dolor es un deber de los profesionales sanitarios, y su negación y devaluación supone errores éticos y fallas en la excelencia de la práctica profesional (33,34). Menos del 50% de los profesionales de UCI lo evalúa, e incluso cuando se hace, es con poca frecuencia. La falta de capacitación para su evaluación por parte del personal sanitario es un factor citado frecuentemente como causa del mal manejo del dolor (32). Los principios fundamentales para su evaluación en pacientes críticos son (32):

- Comprender e identificar las causas de la angustia atribuibles al dolor.
- Evaluar el dolor, la sedación y el delirio mediante el uso de escalas validadas, de forma regular y precisa, usando toda la información en conjunto.
- Tener en cuenta que los signos vitales no deben usarse solos en la evaluación del dolor, aunque pueden emplearse como señal para una evaluación adicional.

La evaluación de los signos vitales está cuestionada por parte de algunos autores y guías de práctica clínica (25,26,33,36), afirmando que pueden ser engañosos, ya que es posible que se vean afectados por otros factores tales como los medicamentos y las condiciones fisiológicas subyacentes (33). Si se dieran de forma súbita se podría sospechar de la presencia de dolor, pero normalmente aparecen de manera irregular y, teniendo en cuenta las características del paciente crítico, resultan inespecíficas (26), por lo que no es recomendable utilizar únicamente los signos vitales ni tampoco instrumentos observacionales que los incluyan. Deben considerarse datos necesarios, pero no suficientes (25,36). 20 Para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado del dolor es necesario el uso de herramientas confiables que ayuden en su detección y medición (35). Los pacientes que se someten a evaluaciones periódicas tienen más probabilidades de tener niveles más bajos de sedación, un aumento del uso de terapias analgésicas multimodales no opioides y analgesia preventiva antes de los procedimientos dolorosos (32). Para llevar a cabo la valoración del dolor y, al tener un carácter subjetivo, el autoinforme es el “estándar de oro”, ya que es la medida más válida y confiable (26,32,33,36). Por lo tanto, en pacientes conscientes y orientados que pueden comunicarse, se recomienda la utilización de herramientas tales como la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala Numérica del Dolor (NRS). Son las más utilizadas, ya que son fáciles de aplicar y además están aceptadas y validadas para la evaluación y el monitoreo del dolor (26,27,29,32,36). La Escala Descriptiva Verbal (ARS) también se considera válida (36) y Celis-Rodríguez et al. (26) refieren que la máxima sensibilidad y el mayor valor predictivo se obtienen con la Escala Visual Numérica (EVN). Narayanan et al. (32) describen brevemente tres de las escalas mencionadas:

- EVA: los pacientes pueden marcar su dolor en una línea de 100 milímetros, con descriptores verbales en cada extremo (0: sin dolor) y (100: dolor muy intenso).
- NRS: los pacientes califican el dolor en una escala de 11 puntos (0: sin dolor) y (100: dolor intenso).
- Escala de Calificación Verbal (VRS): escala de 4 puntos en la que el dolor puede clasificarse como 1: ausente, 2: leve, 3: moderado y 4: grave

Autores como Rahu et al. (37) otorgan valores diferentes a la escala NRS, presentándola como una barra horizontal que contiene números y una indicación del nivel de dolor junto a ellos. La puntuación va desde (0: sin dolor) hasta (10: el peor dolor posible). Por otro lado, en pacientes que se encuentran sedados, con trastornos en el nivel de conciencia o intubados sin posibilidad de comunicación, se debe sospechar de la presencia de dolor a partir de expresiones faciales, excitación psicomotriz o asincronía entre el paciente y el ventilador (27,29,33). Las directrices internacionales recomiendan el uso de escalas basadas en indicadores conductuales de dolor

para pacientes que no pueden autoinformarlo, siempre que se mantenga su función motora y los comportamientos de la persona sean observables, como la Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) y/o la Behavioral Pain Scale (BPS) (35), 21 que además pueden emplearse para la monitorización de la respuesta terapéutica del dolor. Deben ser aplicadas de manera periódica, idealmente cada 4-6 horas y formando parte de un protocolo de actuación y evaluación, antes y después de realizar aquellos procedimientos que puedan provocar o exacerbar el dolor (25,27,29). La CPOT evalúa cuatro indicadores (Ver Imagen 1), puntuando cada uno con un número entre 0 y 2. La puntuación final varía entre 0 y 8, y a partir de 2 tiene una alta sensibilidad y especificidad para predecir un dolor significativo en pacientes postoperatorios de la UCI expuestos a un procedimiento doloroso (32,34). La BPS utiliza observaciones clínicas para evaluar tres indicadores (Ver Imagen 1), puntuando cada uno con un número entre 1 y 4. La puntuación final varía entre 3 y 12 y el paciente necesitará manejo del dolor a partir de 6. Esta escala ha sido validada por grupos independientes del que la desarrolló y ha demostrado tener una correlación adecuada con las escalas subjetivas. Además, se ha desarrollado una versión modificada para su uso en pacientes no intubados, sustituyendo el ítem de adaptación a la ventilación mecánica por el de vocalización (26,32,34,37).

En la última revisión realizada de estas escalas (año 2019), se ha llegado a la conclusión de que ambas presentan buenas propiedades psicométricas y buena confiabilidad, siendo válidas y fiables para su aplicación en pacientes críticos incapaces de autoinformar su dolor. Los profesionales sanitarios las consideran herramientas útiles, ya que son fáciles de usar y memorizar. Se recomienda su uso de manera simultánea para obtener una detección y evaluación más precisas del dolor (34).

En el año 2011 se validó la escala ESCID como una herramienta útil para evaluar el dolor en pacientes adultos con VM e incapaces del autoinforme. Fue desarrollada a partir de la escala Campbell original, propuesta por el grupo de trabajo de sedación y analgesia de la SEMICYUC, que presenta dos limitaciones: nunca ha sido sometida a estudios de validación en pacientes críticos y no es aplicable a pacientes con VM porque no la incluye como indicador. En la versión validada de la escala ESCID, el indicador “vocalización” fue reemplazado por “cumplimiento de la ventilación mecánica”. Además, se incluyeron más indicadores y cada uno de ellos se definió y cuantificó con mayor precisión para minimizar la subjetividad del observador (35). Tiene buenas propiedades psicométricas, ya que presenta una alta consistencia interna en sus cinco dominios, aunque ésta disminuyó de manera significativa en pacientes muy sedados, al igual que ocurre con las escalas BPS y CPOT. Muestra un alto grado de correlación con la BPS, por lo que es una herramienta válida y confiable. Presenta mayor fiabilidad en pacientes con patologías médicas y ha sido validada al español (35). Rahu et al. (37) elaboraron un estudio para evaluar la validez y la sensibilidad de 6 escalas para valorar el dolor: BPS, Adult Nonverbal Pain Scale (ANVPS), COMFORT, FLACC, Pain Assessment Behavioral Scale (PABS) y FACES-nurse.

- ANVPS: formada por 5 ítems: cara, actividad/movimiento, defensa, fisiológico I (signos vitales), fisiológico II (temperatura, dilatación pupilar). El rango de puntuación va de 0 a 10. Los números más bajos indican menos dolor.

- COMFORT: presenta 8 ítems: estado de alerta, agitación, respuesta respiratoria, movimientos físicos, tono muscular, tensión facial, presión arterial y frecuencia cardiaca. Si la puntuación final está entre 8-16 el paciente está sobresedado, entre 17-26 sedado adecuadamente y entre 27-40 sedado inadecuadamente.
- FLACC: formada por 5 ítems: F: face (cara), L: legs (piernas), A: activity (actividad), C: cry (llanto) y C: consolability (confortabilidad). El rango de puntuación va desde 0 hasta 10. Los números más bajos indican menos dolor.
- PABS: presenta 5 ítems: cara, agitación, tono muscular, vocalización y confortabilidad. El rango de puntuación va de 0 a 10. Los números más bajos indican menos dolor. - FACES-nurse: adaptada a partir de la escala FACES (para pacientes comunicativos) para que pueda ser utilizada por la enfermera a la hora de valorar el dolor del paciente.

Las 6 escalas mostraron una alta sensibilidad para valorar el dolor tanto antes como durante los procedimientos dolorosos, y se llegó a la conclusión de que ninguna es superior a otra. A pesar de que se deben evitar las escalas que incluyan signos vitales, como la ANVPS y la COMFORT, ambas presentaron una alta sensibilidad. El estudio concluye que se debe tener precaución con la escala FACES, ya que la subjetividad puede llevar a una mala interpretación del nivel de dolor (38). Los principios básicos para el manejo del dolor en la UCI son muy similares a los del entorno perioperatorio. Los algoritmos que enfatizan la analgesia adecuada antes de la sedación (analgo-sedación o analgesia primero) reducen la necesidad de sedantes y, por lo tanto, la duración de la VM sin aumentar la incidencia de extubaciones accidentales o el trastorno de estrés postraumático (32). Los pacientes críticos generalmente presentan múltiples trastornos fisiológicos, lo que influye en el perfil farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos. Los principios fundamentales para el tratamiento del dolor en la UCI son (32):

- Utilizar un enfoque multimodal.
- Asegurar un enfoque holístico mediante la combinación de intervenciones no farmacológicas y farmacológicas (analgesia sistémica y técnicas locorreionales).
- Dirigir la analgesia a objetivos individualizados, con reevaluaciones periódicas y siempre evitando las infusiones continuas prolongadas
- Enfatizar en la analgesia antes de la sedación y en la interrupción diaria de la misma, de la que se hablará más adelante.

El concepto de analgesia multimodal fue descrito inicialmente para pacientes postoperatorios. Las vías y receptores del dolor son numerosos y complejos, así que el enfoque multimodal consiste en el uso simultáneo de diferentes tipos de analgésicos, con diferentes mecanismos de acción, a dosis bajas para modular las diferentes vías y receptores, consiguiendo así el mejor beneficio. Su objetivo es reducir el uso de opioides, apoyándose en analgésicos y medidas no farmacológicas. Además de la reducción de la dosis, también permite disminuir los efectos adversos y las complicaciones, todo esto mejorando la eficacia de la analgesia (25,27,32). Las modalidades para el manejo del dolor incluyen analgesia sistémica y regional. En cuando a la primera, no hay evidencia para apoyar la superioridad de un analgésico sobre otro en cuidados intensivos. Se recomienda la vía intravenosa, ya que el inicio de acción del fármaco es más

rápido, además de presentar mayor biodisponibilidad. Así también se evitan problemas de absorción que se pueden dar en estados de baja perfusión (32). Los opioides se consideran el pilar principal para el tratamiento del dolor en la UCI, sin embargo, sus efectos secundarios y tóxicos son frecuentes. Efectos tales como la sedación, depresión respiratoria, euforia, delirio, alucinaciones, náuseas y vómitos, hipotensión arterial, bradicardia, inmunosupresión, etc., favorecen la prolongación de la estancia en UCI y pueden empeorar los resultados de los pacientes incluso después del alta. Además, su uso prolongado produce tolerancia, dependencia y abstinencia, por eso es fundamental evaluar regularmente el dolor, reduciendo las tasas de infusión si se logran los objetivos (26,27,29,32). A pesar de esto y dada su potencia analgésica, los opioides siguen siendo el analgésico de primera línea, siendo los más frecuentes la morfina, el fentanilo, el remifentanilo y el alfentanilo, mientras que los menos usados son el tramadol, la codeína, la diamorfina y la oxicodona.

Los analgésicos no opioides (Ver tabla 13), así como los fármacos utilizados en el tratamiento del dolor neuropático y los AINEs tienen efectos sinérgicos al asociarlos con los opioides, permitiendo un ahorro en la dosis de los mismos y logrando mejores resultados analgésicos (27).

Los fármacos para tratar el dolor neuropático, como los anticonvulsivos, los antidepresivos y los neurolepticos, ayudan a controlar el dolor en pacientes tolerantes a los opioides, facilitan su rotación y son útiles en la abstinencia de opioides y alcohol. Los anticonvulsivos como la carbamacepina, la gabapentina y la pregabalina son más eficaces en el tratamiento del dolor crónico, aunque últimamente están comenzando a utilizarse para tratar el dolor agudo y para prevenir el dolor crónico postoperatorio. Entre los efectos adversos más comunes se encuentran la somnolencia y la confusión. Los antidepresivos tricíclicos son útiles para el dolor crónico y neuropático y sus efectos secundarios incluyen boca seca, sedación, arritmias e hipotensión postural (27,32). Los AINEs tienen propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias. Se pueden utilizar como terapia principal en el control del dolor o asociados a opiáceos como parte del enfoque multimodal, aunque tienen un uso limitado en la UCI y, por lo general, se evitan. Como consecuencia de los efectos adversos potencialmente graves que pueden producir en algunas personas, su uso debe restringirse a pacientes postoperatorios estables sin disfunción renal, hepática o plaquetaria (27,32). La analgesia regional se puede utilizar en determinados pacientes para el manejo del dolor postoperatorio de la cirugía cardíaca, del traumatismo de tórax y de las intervenciones toracoabdominales mayores. Proporciona un manejo analgésico adecuado, facilidad para realizar la fisioterapia respiratoria y disminución del tiempo de VM e incidencia de la neumonía nosocomial (26). Respecto al manejo no farmacológico, algunas opciones pueden ser la rehabilitación física precoz, la movilización temprana, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, terapias de relajación, acupuntura, aromaterapia, así como la facilitación de herramientas que favorezcan la comunicación. Estas intervenciones pueden contribuir a un mejor manejo del dolor, aunque no son necesariamente fáciles de proporcionar (26,27,29,32). Según Celis-Rodríguez et al. (26), los masajes en la espalda y en los pies durante 5-10 minutos promueven la relajación y mejoran el sueño, al igual que la musicoterapia. En pacientes con VM, ésta se asocia con una disminución de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la ansiedad. En la guía también

queda reflejada la necesidad de informar al paciente tanto de su enfermedad como de los procedimientos que se realizan, ya que la falta de información provoca un incremento de la ansiedad, por lo que se recomienda favorecer la comunicación efectiva con los pacientes. Aquellos con VM que no están sedados o están con sedación consciente, pueden tener una mayor autonomía y sensación de bienestar al poder comunicarse con los profesionales y los familiares. Además, se recomienda el uso de gestos, movimientos con la cabeza e imágenes, entre otros. 27 La promoción del sueño es fundamental para la recuperación de los pacientes. Las alteraciones del mismo pueden provocar eventos adversos como compromiso del sistema inmune, humoral y celular, alteración de la termorregulación, incremento del consumo de oxígeno y producción de CO₂, deterioro neurológico y delirio, por lo que se deben tomar medidas como: sincronización de las actividades con el ciclo circadiano y control del ruido y la luz ambiental (26,30). El dolor es una experiencia sensorial, emocional y afectiva. Por eso deben considerarse los aspectos psicológicos y su impacto tanto en el paciente como en la familia, ya que el 75% de los familiares muestra síntomas de ansiedad y depresión durante el ingreso (30). Los factores psicológicos se consideran mediadores de la percepción, el mantenimiento y la exacerbación del dolor, por lo que se recomienda un abordaje interdisciplinario del mismo, incluyendo una interacción entre medicina, enfermería y psicología, además de permitir la participación de la familia a la hora de valorar la presencia de dolor (36). Es importante hablar de las úlceras por presión (UPP), ya que tienen mucha relación con el nivel de dolor que experimenta el paciente y, por lo tanto, con la necesidad de una analgesia adecuada. Los pacientes críticos tienen un mayor riesgo de desarrollarlas como consecuencia de su estado de salud, el tratamiento farmacológico y la inmovilidad a la que están sometidos, entre otros. Algunos estudios han encontrado relación entre las UPP y un aumento de la morbimortalidad y de la estancia en UCI, además de infecciones graves como bacteriemia y sepsis. Su prevención es fundamental para mejorar la atención al paciente y reducir los costes económicos asociados (38,39,40). Para valorar el riesgo y poder llevar a cabo una prevención adecuada, se aconseja, además de realizar una evaluación de la piel por turno, utilizar de forma sistemática una EVRUPP validada. Existen 7 escalas validadas en pacientes críticos, 3 específicas (Cubbin-Jackson, Norton Mod. Bienstein y Jackson-Cubbin) y 4 generalistas (Norton, Waterlow, Braden y Braden Mod. Song-Choi) (38,39). Hay mucha controversia sobre qué escala es la más adecuada. Dos Santos Zimmermann et al. (40) refieren que la más utilizada es la escala de Braden. Para Zuo et al. (39) las más usadas son las de Braden y Waterlow, aunque para Roca Biosca (38) la primera presenta un poder predictivo moderado-bajo. Por otro lado, las escalas EMINA y EVARUCI, ambas españolas, presentan una fiabilidad interobservador muy alta, mientras que su validez y capacidad predictiva muestran que son poco eficaces para la detección del riesgo utilizando los puntos de corte sugeridos por los autores. 28 En cuanto a las medidas que se pueden adoptar para prevenir las UPP se encuentran: movilización, cambios posturales y protección local ante la presión, control de la humedad y protección de la piel frente a la misma, mantener una buena hidratación y nutrición, cuidado de la piel en riesgo, etc. (38,39).

3.3 Sedación, agitación y protocolos de analgosedación. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero.

La agitación se puede definir como la presencia de movimientos frecuentes de la cabeza, los brazos o las piernas y/o desadaptación al respirador. Se caracteriza por una mayor actividad motora y mental que se manifiesta en forma de comportamiento inapropiado, pensamientos desorganizados y pérdida de autocontrol (26,41). Tiene una alta incidencia durante la primera semana de ingreso en UCI, especialmente durante los 3 primeros días (41). Puede ser consecuencia de dolor, ansiedad, delirio, síndrome de abstinencia, etc. y puede comprometer la seguridad del paciente, ya que a menudo oculta los diagnósticos y retrasa el comienzo del tratamiento. Para evitar una sedación innecesaria es importante diagnosticar la causa y no dedicarse únicamente a tratar los síntomas (29). Como se ha comentado con anterioridad, el objetivo de la sedación es proporcionar confort al paciente y su correcto manejo es vital para reducir la incidencia de agitación y evitar complicaciones asociadas como autoextubación, extracción de dispositivos, caídas, lesiones, etc. (27,41,42). Diferentes ensayos clínicos han demostrado los beneficios de utilizar un protocolo de sedación y, aun así, tan solo el 54% de los intensivistas los utiliza. Los factores que pueden influir en esta negativa por parte de médicos y enfermeras a su implementación pueden ser la preocupación por poner en riesgo al paciente y aumentar su disconfort, además del potencial incremento de la carga de trabajo. Para que el protocolo funcione es necesaria su aplicación estricta y la participación de todo el equipo, que tiene que ser educado de forma permanente (27). Debe ser elaborado desde una perspectiva multidisciplinar, y adaptado a cada centro y tipo de paciente. Se debe centrar primero en la analgesia y luego en la sedación, llevando a cabo una adecuada monitorización de las mismas y del delirio mediante el uso de escalas validadas, incluyendo objetivos y una reevaluación periódica de los mismos, ajustando las dosis de sedantes para evitar una infra- o sobredosificación (25,27,28). Sin embargo, existen otras estrategias:

La interrupción diaria de la sedación ha demostrado mejoras en los resultados clínicos, disminuyendo la duración de la VM y la estancia en UCI. Además, parece reducir la sedación y el tiempo de estancia hospitalaria, aumentando las tasas de supervivencia, y se ha probado que reduce los síntomas de estrés postraumático a largo plazo. Si el paciente no tolera la interrupción, ya que pueden aparecer episodios de confusión, agitación y ansiedad, se reinicia la sedación continua a la mitad de la dosis, y si está despierto y tranquilo, se valora la posibilidad de realizar una prueba de ventilación espontánea e intentar su extubación (26,27,43). Existe bastante controversia, ya que algunos autores refieren que la adicción de esta medida en pacientes con un protocolo de analgosedación no aumenta los beneficios (27). Otra estrategia es la sedación ligera temprana dirigida a un objetivo, que consiste en administrar al paciente la menor sedación posible en función de la situación clínica en la que se encuentre (43), cuyos beneficios han sido expuestos con anterioridad. Se recomienda establecer y redefinir periódicamente el objetivo de la sedación para cada paciente, evaluando la respuesta al tratamiento de forma continua (26). Finalmente se encuentra la estrategia de no sedación. Se ha demostrado que los pacientes sometidos a esta técnica presentan menor duración de la VM y de la estancia en la UCI que los pacientes con interrupción diaria de la sedación. Sin embargo, la agitación y el uso de haloperidol son más frecuentes (29,43). Frade-Mera et al. (28)

recomiendan la asociación de la interrupción diaria de la sedación y un protocolo, que debería ser guiado por enfermeras, ya que son las encargadas de valorar de forma continuada al paciente, detectando cambios, administrando medicación y monitorizando sus efectos y eficacia, entre otros. Los resultados evidencian una mejora en la monitorización de la analgesedación, en el establecimiento de objetivos y en la seguridad y calidad tras la aplicación del protocolo dirigido por enfermeras. Otros autores también recomiendan su implementación por parte del equipo de enfermería (26). En cuanto a la valoración del nivel de sedación, se debería utilizar una herramienta válida, confiable y factible. En los últimos años se han validado gran cantidad de escalas, siendo las más aceptadas las siguientes: Escala de Ramsay, Motor Activity Assessment Scale (MASS), Adaptation to the Intensive Care Environment (ATICE), Minnesota Sedation Assessment Tool (MSAT), Vancouver Interaction and Calmness Scale (VICS), Sedation-Agitation Scale (SAS) y Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) (26,27). Se recomienda su aplicación de forma sistemática, al menos una vez por turno, y por personal 30 entrenado (25,26). Lo ideal es que valore tanto el nivel de agitación como el de sedación, este último basándose en la capacidad del paciente para reaccionar a estímulos (26).

Las más utilizadas y recomendadas por las sociedades científicas son las escalas SAS y RASS, ya que muestran las mejores correlaciones y los mejores resultados, además de ser válidas, confiables y fácilmente aplicables (26,27,42). La SAS tiene 7 categorías (Ver Imagen 3), ha sido validada por varios grupos y está bien aceptada por enfermería para valorar el grado de sedación y agitación. La RASS cuantifica tanto el grado de agitación como la profundidad de la sedación (Ver Imagen 4) y está ampliamente aceptada. La Escala de Ramsay también es una de las más utilizadas. Valora en 6 niveles la situación del paciente, correspondiendo solo uno a la agitación (Ver Imagen 5), por lo que no está recomendada para valorar la presencia de la misma (26). Es válida, confiable y presenta una alta correlación con las escalas SAS y RASS (42). Respecto al BIS, las guías clínicas lo recomiendan únicamente para evitar una infra- o sobrededación en pacientes que requieren un bloqueo neuromuscular o en aquellos en los que no sea factible el uso de escalas clínicas (26). El uso de sedantes puede tener consecuencias que deben conocerse, monitorizarse y prevenirse, ya que pueden provocar un aumento de la mortalidad, de los costes, de la duración de VM y estancia tanto en la UCI como en el hospital, además de delirio, trastornos depresivos y estrés postraumático (27,32,41,42). El sedante ideal es aquel que presenta mínimos efectos hemodinámicos y no interacciona con otros fármacos, que no produce depresión respiratoria ni toxicidad, con una vida media corta y una eliminación independiente de la función de los órganos, además de tener un bajo coste. Los fármacos más empleados para la sedación en UCI son las benzodiacepinas (midazolam y lorazepam), el propofol y la dexmedetomidina. Existe evidencia que demuestra que la infusión de benzodiacepinas, sobre todo a dosis altas y durante un tiempo prolongado, se asocia con un aumento de la morbimortalidad. A pesar de esto, y aunque su uso está en descenso, aún siguen siendo los sedantes más utilizados, sobre todo el midazolam, ya que el lorazepam produce más efectos secundarios (27,43). Los sedantes no benzodiacepínicos y de acción corta pueden ajustarse rápidamente y su uso puede ayudar a minimizar la profundidad y duración de la sedación (25,29,43), por lo que para conseguir una sedación superficial el propofol y la dexmedetomidina son los fármacos de elección (Ver Tabla 14) (26).

La dexmedetomidina ha ido ganando relevancia durante los últimos años, ya que, además de tener una acción corta y una alta especificidad, proporciona analgesia, ansiolisis y 32 sedación consciente, permitiendo mejorar la calidad de la analgesia y ayudar a la rotación de opioides. Puede producir efectos adversos como hipotensión o bradicardia (26,32,44). Proporciona una calidad única de sedación consciente que se asemeja al sueño natural o fisiológico, permitiendo el despertar del paciente ante estímulos externos. Al despertar, coopera y obedece órdenes sencillas, y cuando se suspende el estímulo reanuda el nivel previo de sedación. La dexmedetomidina permite que el paciente mantenga el tono muscular y los movimientos espontáneos, además de la ventilación, ya que no produce depresión respiratoria. También deprime el reflejo nauseoso y mejora la tolerancia traqueal, lo que lo hace muy útil durante el periodo de extubación (44). Es fundamental abordar el concepto eCASH, ya que resume a la perfección el manejo óptimo de la sedoanalgesia en UCI. Se trata de un enfoque propuesto para mejorar la atención al paciente y los resultados clínicos a través de la analgesia y la sedación leve, iniciados temprano como una prioridad de la atención. El alivio efectivo del dolor es la primera prioridad, haciendo uso de una analgesia multimodal y flexible diseñada para minimizar el consumo de opioides. La sedación es secundaria al alivio del dolor y, siempre que sea posible, debe basarse en agentes que puedan ajustarse al objetivo previamente establecido y que debe estar sometido a revisiones y ajustes regulares. La meta es reducir el consumo de benzodiacepinas y eliminar los sedantes lo antes posible. Este abordaje permite facilitar la promoción del sueño, las estrategias de movilización temprana y la mejor comunicación de los pacientes con los profesionales sanitarios y los familiares. Todo esto puede ayudar a la rehabilitación y evitar el aislamiento, la confusión y las complicaciones psicológicas de la estancia en UCI a largo plazo (29).

3.4 Delirio. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero

El delirio se puede definir como una disfunción orgánica aguda que se caracteriza por trastornos en la atención, desorganización del pensamiento, disfunción cognitiva y trastornos del estado de conciencia. Suele presentar un comienzo agudo y un curso fluctuante y normalmente es reversible (27). Su incidencia se encuentra aproximadamente entre 32-36% y hasta 60-80% en pacientes con VM, siendo mayor en unidades médicas que quirúrgicas (26,31,43,45,46,48). Se asocia con un aumento de la estancia en la UCI y en el hospital, con mayores requerimientos de VM, mayores costes derivados de la atención, deterioro cognitivo, trastornos amnésicos posteriores y mayor mortalidad tanto intra- como extrahospitalaria (26,27,31,43,45-48). Además, provoca un mayor número de extubaciones no planificadas y, por lo tanto, reintubaciones, extracciones de catéteres y neumonías nosocomiales (46). Existen 3 subtipos de delirio: hiperactivo, hipoactivo y mixto. Los dos últimos son los más comunes, siendo el hipoactivo el de peor pronóstico (27,48). Es importante mencionar también el delirio subsindrómico, cuyas condiciones no cumplen todos los criterios para un diagnóstico médico, ya que los signos aparecen en un número menor. Igualmente se asocia con un aumento de la estancia en la UCI y en el hospital (45). En el estudio realizado por Soler Bastos et al. (45), el 22.3% de los pacientes presentaron delirio y el 49.7% delirio subsindrómico. Estos resultados demuestran la importancia que tiene la identificación precoz de los signos de delirio, previniendo así su aparición. Existen diversos factores relacionados con la aparición de delirio.

Entre los predisponentes se encuentran: sexo masculino, edad avanzada (>65 años), deterioro cognitivo previo, alcoholismo, tabaquismo, fragilidad, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar y uso previo de fármacos psicoactivos. En relación a los factores precipitantes asociados a la patología destacan: motivo de ingreso (sepsis, insuficiencia respiratoria), gravedad clínica (valorada por SAPS, APACHE II o SOFA score), medicación psicoactiva, drogas (opioides, benzodiazepinas, morfina), alteraciones del medio interno, desnutrición, fiebre, dolor, coma, uso de drenajes, tubos y catéteres, necesidad de VM, número de intubaciones y retención urinaria. Asimismo, los altos requerimientos transfusionales se asocian con delirio postoperatorio. Entre los factores precipitantes relacionados con el ambiente se encuentran: aislamiento, ruido, ausencia diaria de luz natural, interrupciones del sueño, contención física, trasfencia a otras 34 unidades e instrumentalización, entre otros. Además, cuantos más días de ingreso en UCI, mayor riesgo de delirio (26,27,43,45,48).

Para predecir la aparición de delirio en el paciente crítico e iniciar las medidas preventivas se recomienda el uso del modelo predictivo PREDiction of DELIRium in ICu patients (PRE-DELIRIC). Se trata de un modelo validado basado en la presencia de 10 factores de riesgo registrados durante las primeras 24 horas de ingreso en la UCI: edad, APACHE II, tipo de admisión o de paciente, admisión de urgencia, infección, sedación, uso de morfina u opioides, compromiso neurológico o coma, nivel de urea y acidosis metabólica (26,27). Presenta un valor predictivo aceptable (46) y se ha demostrado la existencia de una buena correlación entre este modelo y el posterior desarrollo de delirio (27). Su detección temprana permite corregir los factores de riesgo e instaurar las medidas terapéuticas apropiadas de manera precoz. Por lo tanto, en lo que respecta al diagnóstico y monitorización, se recomienda utilizar la escala validada CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). Presenta una adecuada sensibilidad y especificidad, valorando 4 parámetros clínicos mediante la observación de: un cambio agudo del estado de conciencia o fluctuación del mismo, un déficit en la atención, la presencia de pensamiento desorganizado y el nivel de conciencia. Para que el delirio sea diagnosticado, el paciente debe cumplir con los dos primeros puntos asociados a la positividad del tercero o el cuarto. (26,27). Todo paciente con una puntuación de -3 a +4 en la escala RASS debería ser valorado con esta escala (26). La escala CAM-ICU-7 fue elaborada por Khan et al. (47) a partir de las escalas RASS y CAM-ICU con el objetivo de desarrollar una nueva herramienta para valorar la gravedad del delirio. Los resultados mostraron que se trata de una escala válida, confiable y práctica, que predice significativamente los resultados clínicos de mortalidad, alta y duración de la estancia en UCI. Los autores, además, hacen referencia a la escala DRSR-98, válida, confiable y con fuertes propiedades psicométricas para medir la gravedad del delirio, aunque su uso en UCI es limitado debido a las dificultades que aparecen a la hora de aplicarla. La escala validada ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) fue desarrollada para diagnosticar el delirio en el paciente crítico, aunque también es útil para detectar tipos de delirio subclínicos (26). Su uso por parte de las enfermeras es esencial para identificar y monitorizar tanto el delirio como el delirio subsindrómico en pacientes con sedación leve (45). A pesar de su utilidad, la tasa de falsos positivos es del 36% (26). 35 Otra escala capaz de identificar el delirio subsindrómico es la Nu-DESC (Escala de Cribado del Delirio de Enfermería), aunque a diferencia de la ICDSC no valora la falta de atención, característica propia del delirio (47). En cuanto al tratamiento farmacológico, se recomienda el haloperidol como fármaco de elección, ya que reduce la gravedad de los síntomas y la duración

del delirio. Además, el uso de dexmedetomidina y/o antipsicóticos atípicos como la olanzapina, la risperidona y la quetiapina se recomienda como alternativa (25,26). Pese a ello, el uso de estos fármacos de manera profiláctica no da buenos resultados, aunque se necesitan más estudios para probarlo. Lo ideal es procurar la discontinuación del tratamiento tan pronto como se haya controlado el episodio de delirio (27). La gran mayoría de intervenciones enfermeras empleadas para prevenir el dolor se utilizan también en la prevención del delirio, ya que, como se ha podido apreciar a lo largo del trabajo, ambos están estrechamente relacionados. Una intervención fundamental es la estimulación sensorial con el fin de orientar al paciente en persona, tiempo y espacio. Se puede llevar a cabo mediante el estímulo con relojes, televisores, móviles y calendarios, llamar a la persona por su nombre e informar sobre la fecha, la hora, el lugar de hospitalización y el desarrollo de su condición clínica diariamente, estimular la memoria con preguntas, proporcionar objetos personales, facilitar fotos de familiares y amigos, abrir las ventanas durante el día y disminuir la exposición a la luz artificial por la noche, además de limitar los procedimientos y reducir el ruido durante las horas de sueño para favorecer la calidad del mismo, favorecer el uso de tapones y antifaces, musicoterapia, movilización temprana, evitar la inmovilización mediante el uso de sujeciones siempre que sea posible, facilitar la comunicación con la familia, etc. Con estas intervenciones se reduce hasta un 40% la incidencia de delirio (26,27). Los resultados de un estudio realizado con el objetivo de identificar las medidas no farmacológicas más utilizadas por las enfermeras mostraron que la más común fue la orientación verbal del paciente en espacio y tiempo, seguida de facilitar la presencia de familiares en la UCI y evitar las sujeciones mecánicas, favoreciendo la movilización temprana. Además, se le da mucha importancia a la necesidad de favorecer la calidad de sueño, hacer uso de las escalas y reducir los factores de riesgo del delirio (48). Como resumen de los temas tratados en este trabajo es importante mencionar el paquete de medidas o “bundle” ABCDEF (Awakening and Breathing Coordination, Delirium assessment, Early exercise and mobilization, Family) que tiene como objetivo mantener 36 al paciente calmado, cómodo y colaborador mediante una analgesia adecuada, una sedación mínima y el acompañamiento de su familia y seres queridos. Además, se ha demostrado que su implementación reduce la probabilidad de desarrollar delirio (27).

3.5 Situación actual y actitud ante la sedación consciente

Un estudio realizado en las UCI españolas mostró que más de la mitad de las unidades encuestadas disponían de un protocolo de analgosedación, sin embargo, aún estamos lejos del nivel de Estados Unidos y otros países europeos, al igual que ocurre con la implementación de medidas no farmacológicas. Además, se identificó un amplio margen de mejora a la hora de monitorizar el dolor, la sedación y el delirio de los pacientes. (31). Guttormson et al. (49) consideran que la actitud de las enfermeras es fundamental a la hora de seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica, por lo que realizaron un estudio con el objetivo de explorar sus actitudes y prácticas en relación a la sedación. Según los resultados, el parecer de las enfermeras ha cambiado durante la última década, sin embargo, más de la mitad de las que fueron entrevistadas aun piensan que es imprescindible para el manejo de pacientes críticos.

La gran mayoría de los estudios consultados para la elaboración de este trabajo coinciden en la necesidad de educar a los profesionales sanitarios. Se requieren programas de capacitación y educación apropiados dentro de las UCI, que traten principalmente sobre herramientas validadas para monitorizar la sedación, la analgesia y el delirio, y sobre el manejo de fármacos (28,29,31,35,36,48,49).

FORTALEZAS

Como fortaleza destaca la inclusión de aspectos que son clave en el manejo del paciente crítico que recibe un tratamiento de sedoanalgesia, y que en un principio no fueron contemplados para formar parte del estudio, como es el caso de las úlceras por presión. Además, es importante señalar la gran cantidad de bases de datos consultadas y estrategias de búsqueda realizadas, lo que ha permitido obtener un gran número de artículos.

LIMITACIONES

Las barreras lingüísticas suponen la limitación principal a la hora de elaborar el presente trabajo. Es posible que existan publicaciones de interés que respondan al objetivo del estudio en idiomas diferentes al inglés, el español o el portugués. Destaca también el acceso restringido a determinados artículos, lo que limitó el análisis de los documentos devueltos en la sentencia de búsqueda