

Sedación/agitación: valoración enfermera mediante la *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*

Descripción breve del caso

Mujer (Rosa) de 47 años, sin antecedentes personales de interés. Historia de 5 días de evolución de fiebre, tos y dolor en hemitórax izquierdo con sensación disneica. En urgencias presenta taquicardia, taquipnea e hipotensión por lo que ingresa en UCI.

Se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI) pero fracasa por taquipnea y trabajo respiratorio, requiriendo intubación orotraqueal con $PO_2/FiO_2 < 100$.

Se realiza decúbito prono precoz, en las primeras 24h, y se inicia analgesia con CI. Mórfico 0,025 mg/kg/h, sedación profunda con midazolam a 0,30 mg/kg/h y relajación en perfusión a 2,5 mcg/Kg/min. El quinto día de tratamiento se retira relajación y al séptimo se inicia retirada de sedación descendiéndola a la mitad según algoritmo adjunto.

ESTÉBANEZ-MONTIEL MB ET AL. SEDACIÓN PROLONGADA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

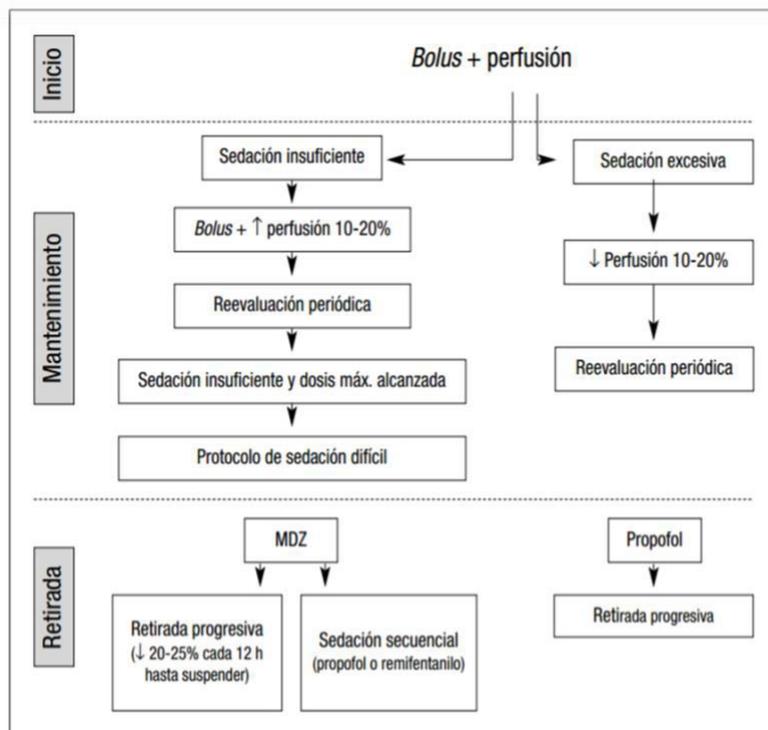


Figura 3. Algoritmo de propuesta de protocolo de sedación prolongada. MDZ: midazolam.

Escena 1:

En el video se observa que al comenzar el aseo la enfermera encuentra a Rosa muy desadaptada del ventilador (en VC con presiones altas, tosiendo, mordiéndose tubo y con muchas asincronías), hipertensa y taquicárdica.

Ante un episodio de agitación la enfermera debe siempre descartar la presencia de dolor. Como se trata de una paciente no comunicativa conectada a ventilación mecánica las enfermeras aplican la ESCID. El resultado es una ESCID de 8 (músculo facial=1 / tranquilidad=2 / tono muscular=1 / adaptación a la VM=2 / confortabilidad=2); valor que indica un dolor muy intenso y por lo tanto requiere de la administración de analgesia de rescate, por lo que se procede a administrar un bolo de fentanilo.

Se administran 50 mcg de fentanilo en bolo e incrementamos la dosis lineal de cloruro mórfico a 0,031mg/kg/h, mejorando la taquicardia e hipertensión.

Escena 2:

En el video se observa que pese a la analgesia, Rosa continúa con movimientos frecuentes, inquieta y muy desadaptada por lo que se valora el nivel de sedación/agitación con la *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS).

Valoración de la sedación/agitación

Una vez garantizada la analgesia del paciente y tras valorar y corregir todas las causas reversibles de ansiedad (hipoglucemia, hipoxemia, trastornos hidroelectrolíticos...), debemos valorar el nivel de sedación con una escala validada, para ajustar las dosis sedantes y conseguir que dicho nivel coincida con el objetivo de sedación establecido para la paciente.

La monitorización de la sedación con una escala validada y el trabajo con objetivos de sedación es el primer paso a seguir para alcanzar un nivel de sedación óptimo y seguro.

La RASS es una herramienta de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes críticos. Ha sido validada tanto en paciente ventilado como en pacientes no ventilados. Es la escala que más información nos ofrece tanto en la fase de agitación como en la de sedación debido a los 10 niveles que describe, su puntuación oscila entre -5 y +4, el RASS de cero se refiere a pacientes en alerta sin aparente agitación o sedación. Los niveles inferiores a cero significan que el paciente tiene un cierto grado de sedación y los superiores a cero que tiene algún grado de agitación. Tiene una elevada correlación entre el nivel de sedación y los sistemas de monitorización objetivos (EEG y BIS), además de una buena correlación con la aparición del delirio una vez detectada la presencia o ausencia de atención.

Por otro lado, es fundamental la aplicación de medidas no farmacológicas para disminuir la ansiedad de la paciente como bien aplica la enfermera en video: la orientación, el contacto físico, la voz cálida, suave y tranquilizadora, los mensajes positivos sobre su evolución y las indicaciones de como colaborar y favorecer una buena evolución.

A la vez que la enfermera trata de orientar y tranquilizar a la paciente debe valorar la escala RASS. Para ello observaremos a la paciente:

- Si está despierta, inquieta o agitada, puntuar de 0 a +4.
- Si no está despierta; le llamaremos por su nombre (sin tocarla) y pediremos que abra los ojos y mire al examinador.
- Si abre los ojos o responde con movimientos, puntuaremos de -1 a -3.
- Si no responde a la llamada, estimularemos a la paciente dándole palmadas en el hombro o frotándole el esternón y puntuar -4 o -5 según respuesta.



La paciente presenta un RASS de +2, con movimientos frecuentes y desadaptación de la ventilación mecánica.

Hay que tener claro que un paciente puede tener un RASS de +2 sin pasar previamente por un RASS de -2 a 1, es decir, que puede tener un RASS de +2 sin dirigir mirada y mantener contacto visual.

Se decide la administración puntual de propofol en bolo lento para alcanzar los objetivos de analgesia y sedación preestablecidos para la paciente.

Para alcanzar un nivel de sedación óptimo es necesario definir un objetivo de sedación diario consensuado por los miembros del equipo y reevaluado periódicamente. Los protocolos de sedación, en base a algoritmos normalizados, guiados por enfermeras permiten reajustar las dosis en infusión y administrar bolos mediante una estrecha monitorización de la sedación con herramientas validadas, para alcanzar un objetivo diario de sedación definido.

Siempre que sea posible mantendremos a los pacientes en rango de sedación ligera (RASS -2 a 0) favoreciendo la sedación consciente y dinámica adaptándola a sus necesidades de cada momento del día. Por otro lado, debemos prevenir la sobredosificación en aquellos pacientes susceptibles de padecerla, como son los que tienen un objetivo de sedación moderada profunda (RASS -3 a -5).

Bibliografía

- Devlin, JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Medicine*. 2018; 46(9): e825–e873.
- Celis-Rodríguez E, Díaz Cortés JC, Cárdenas Bolívar YR, Carrizosa González JA, Pinilla DI, Ferrer Zaccaro LE, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for the management of sedoanalgesia and delirium in critically ill adult patients. *Med Intensiva*. 2019: S0210-5691(19)30192-5. doi: 10.1016/j.medin.2019.07.013.
- DAS-Taskforce 2015, Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, et al. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version. *Ger Med Sci*. 2015;12;13:Doc19. doi: 10.3205/000223.
- Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *Eur J Anaesthesiol*. 2017;34(4):192-214. doi: 10.1097/EJA.0000000000000594
- Estébanez, MB. Alonso, MA. Sandiumenge, A. Jimenez M. Sedación prolongada en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2008;32:19–30.
- Frade MJ, Regueiro N, Díaz L, Torres L, Alonso L, Landívar MM, et al. Un primer paso hacia una analgosedación más segura. *Enferm Intensiva*. 2016;27(4):155–67. doi: 10.1016/j.enfi.2015.10.002
- Ramos Delgado I, Samsó Sabé E. Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación mecánica. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2007;54:302–12.