Sistematización de Experiencia del Profesional de Enfermería relacionado a Sedación, Analgesia y Delirium, según recomendaciones de Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) 2019.

Gladys Jara Rojas[1]

1. UPC adulto Complejo Asistencial Victor Rios Ruiz

La sistematización de procesos realza la vivencia como sustrato de aprendizaje, es una herramienta de estudio social cualitativa, desarrolla aprendizaje centrado en detectar, abordar, resolver problemas de manera transversal e interdisciplinar. La metodología de marco lógico permite recoger información, visualizar problemática, priorizar intervención, preparar plan de acción, monitorear, evaluar la mejora continua de procesos. Dada las “percepciones” del equipo clínico, en el mayor uso de sedantes y opioides, más días de estada uci, delirium de muy difícil manejo, etc, se decidió sistematizar el proceso de sedación, analgesia y delirium y su relación con las recomendaciones de SOCHIMI 2019. 1.- Objetivo General Sistematizar experiencia del Profesional de Enfermería relacionado a Sedación, Analgesia y Delirium, según recomendaciones de Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) 2019. 2.- Objetivos Específicos 1.Conocer la forma de trabajo de enfermería en relación a sedación, analgesia y delirium. 2.Generar Protocolo actualizado de analgosedación basado en recomendaciones SOCHIMI 2019 ajustado a la experiencia del profesional de enfermeria de UPC Adulto. 3.Generar programa de capacitación a profesionales de enfermería que trabajen en UPC Adulto, que tengan a su cuidado pacientes bajo analgosedación. 4.Crear Algoritmo de intervención dinámica de analgosedación guiada por metas y ajustada por enfermería. Se realizo una encuesta, semiestructurada, dividida en 2 grandes áreas: perfil sociodemográfico, profesional y académico; y experiencia clínica, con preguntas de índole dicotómica y abiertas divididas en: anamnesis, fármacos, monitoreo, BPS., CAM-ICU. El escalón de inicio un 70% comienza entre 10-12, 20% entre 7-9, 2,5% en 3. El monitoreo un 67,5% utiliza CONOX, seguido 42,5% BIS, SAS alcanza 17,5%, disincronía 10%, clínica 22,5%. De la escala BPS, el 80% no la conoce, un 20% si la conoce, de ellos un 62,5% sabe que mide dolor, el 100% no la aplica. La escala CAM-ICU 35% la conoce, de ellos 35,7% sabe que mide delirium, un 100% no la aplica. ¿Cómo nos ha ido? Se realizó algoritmo abreviado, con cuadros de consulta (bolos de rescate, analgesia coadyudante, uso de antisicóticos), se crearon cartillas con nuevas asociaciones, la dosificación va por: mg/kg./hr., ug./kg./hr, las escalas aumentaron de 12 a 16. El escalón de inicio actual sugerido es 8 sedación profunda y 4 sedación superficial. Conclusión. El escalón de inicio el 52% utilizo 8, seguido 33,5% 10-12, y 11% sobre 14 dado en pacientes con Dg. De status convulsivos, y 3,5% utilizó 6 o menores. De la evaluación del CAM-ICU el 2,5% realiza evaluaciones al llegar al SAS 4, igual porcentaje la evaluación de BPS. El uso de sedación profunda ha disminuido en el tiempo, prescripción y evaluación, sin embargo, es necesario acompañar permanentemente al equipo de enfermería en el uso dinámico del algoritmo, inicio, mantención y retirada, aplicación de escalas BPS, CAM-ICU, SAS.