



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Trabajo Académico**

Conocimientos y prácticas de enfermeras en aplicación de escalas de sedoanalgesia a pacientes en ventilación mecánica, Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica de Lima, 2024

**Para optar el Título de**  
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

**Presentado por:**

**Autor:** Mora Vera, Gratimiano

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0000-4139-1405>

**Asesor:** Mg. Montoro Valdivia, Marcos Antonio

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6982-7888>

**Lima – Perú**

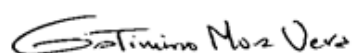
**2024**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

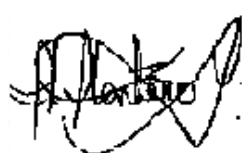
Yo, Mora Vera, Gratimiano, Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado "Conocimientos y prácticas de enfermeras en aplicación de escalas de sedoanalgesia a pacientes en ventilación mecánica, Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica de Lima, 2024", Asesorado por el Docente Mg. Montoro Valdivia, Marcos Antonio, DNI N° 09542548, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6982-7888>, tiene un índice de similitud de 16 (Dieciseis) %, con código oid:14912:363389568, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor(a)  
 Mora Vera, Gratimiano  
 CE N° 003847932



.....  
 Firma del Asesor  
 Mg. Montoro Valdivia, Marcos Antonio  
 DNI N° 09542548

Lima, 02 de Febrero de 2024

## **DEDICATORIA**

Dedico mi trabajo principalmente a Dios, quien me dio la vida y me ayudó a llegar a este momento clave en mi desarrollo profesional. Dedico este proyecto a quienes lo hicieron posible junto conmigo.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al todopoderoso quien me permitió iniciar y realizar esta especialización, instrumento fundamental para mis emprendimientos futuros. Agradezco a quienes me apoyaron, familiares, amigos y docentes.

**Asesor: Mg. Montoro Valdivia, Marcos Antonio**  
**Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6982-7888>**

**JURADO**

**Presidente** : Mg. Palomino Taquire, Rewards

**Secretario** : Mg. Valentin Santos, Efigenia Celeste

**Vocal** : Mg. Matos Valverde, Carmen Victoria

**ÍNDICE**

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Jurado	v
Índice	viii
Resumen	ix
Abstract	x
<b>1. EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodológica	5

1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitación de la investigación	6
1.5.1. Temporal	6
1.5.2. Espacial	6
1.5.3. Población o unidad de análisis	7
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Formulación de hipótesis	22
2.3.1. Hipótesis general	22
2.3.2. Hipótesis específicas	22
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>24</b>
3.1. Método de la investigación	24
3.2. Enfoque de la investigación	24
3.3. Tipo de investigación	24
3.4. Diseño de la investigación	24
3.5. Población, muestra y muestreo	25
3.6. Variables y operacionalización	27
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28



3.7.1. Técnica	28
3.7.2. Descripción de instrumentos	28
3.7.3. Validación	29
3.7.4. Confiabilidad	29
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Aspectos éticos	30
<b>4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>31</b>
4.1. Cronograma de actividades	31
4.2. Presupuesto	32
<b>5. REFERENCIAS</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>41</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia	42
Anexo 2: Instrumentos	44
Anexo 3: Consentimiento informado	50
Anexo 4: Informe de originalidad	51

## RESUMEN

El **Objetivo** del proyecto en cuestión es “Determinar cuál es la relación entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, 2024”.

La **metodología** es cuantitativa, correlacional y no experimental, utilizando un método hipotético deductivo. La población objeto estudio se tomará en cuenta a 80 del personal de enfermería que laboren en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica de Lima, se realizará una encuesta en forma de cuestionario, mientras que, para la segunda variable, se utilizará una técnica de observación con una ficha de verificación, ambos instrumentos de parte del trabajo de Anco 2023. Instrumentos validados por cinco profesionales, dos médicos, un estadístico, una enfermera de UCI y una enfermera de investigación. Evaluaron la homogeneidad y concordancia mediante la prueba V de Aiken, y el resultado fue de 0,83 y 0,87 para cada variable respectivamente. En cuanto a la confiabilidad de los instrumentos, la prueba de Kuder Richardson para la primera variable (alfa = 0,75) y el coeficiente Kr (20) para la segunda variable (alfa = 0,86). Utilizando el test de Kuder-Richardson (KR-20) comprobando la confiabilidad con valores de 0,81 y 0,85 para cada variable. Para verificar la comprobación de hipótesis se utilizará la correlación Rho Spearman.

**Palabras clave:** Conocimientos, Prácticas, Escalas de Sedoanalgesia, Ventilación Mecánica.

## ABSTRACT

The objective of the project in question is “Determine the relationship between the knowledge and practices of nursing staff on the application of sedoanalgesia scales to patients on Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit of a Clinic in Lima, 2024”. The methodology is quantitative, correlational and non-experimental, using a hypothetical deductive method. The population under study will be 80 nursing personnel working in the Intensive Care Unit of a clinic in Lima, and a questionnaire survey will be carried out, while for the second variable, an observation technique will be used with a verification sheet, both instruments from the work of Anco 2023. Instruments validated by five professionals, two physicians, a statistician, an ICU nurse and a research nurse. They evaluated homogeneity and concordance by means of Aiken's V test, and the result was 0.83 and 0.87 for each variable respectively. Regarding the reliability of the instruments, the Kuder Richardson test for the first variable ( $\alpha = 0.75$ ) and the Kr coefficient (20) for the second variable ( $\alpha = 0.86$ ). Using the Kuder-Richardson test (KR-20) checking reliability with values of 0.81 and 0.85 for each variable. To verify the hypothesis testing, the Rho Spearman correlation will be used.

**Key words:** Knowledge, Practices, Sedoanalgesia Scales, Mechanical Ventilation.

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La sedoanalgesia es ahora un componente esencial de la terapia en pacientes críticamente enfermos, particularmente si el paciente recibe ventilación mecánica (VM), que es común en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (1).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que los errores médicos ocasionan la muerte de alrededor de 3 millones de personas cada año, lo que representa uno de cada diez pacientes. Igualmente determinó que el alivio del dolor es un derecho fundamental y que incurre en una falta de ética grave aquel profesional de la salud que impida a un ser humano el acceso a la posibilidad de alivio del mismo (2).

Cabe resaltar que, debido a que los pacientes no pueden manifestarse de modo verbal con el personal cuidador, por causa de intubación traqueal, alteración de la conciencia, somnolencia y efectos secundarios farmacológicos, evaluar el dolor y la sedación es un desafío; como resultado, menos de la mitad de los profesionales evalúan el dolor en estas circunstancias. Por ello la importancia de los conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en VM en la UCI (3).

En este sentido, es necesario que las enfermeras controlen el dolor y el grado de sedación del paciente sometido a respiración mecánica para efectivizar la dosis adecuada; como consecuencia, el paciente en VM pasaría menos tiempo en la UCI. Según encuestas mundiales, a pesar de que más del 70% de los pacientes críticamente enfermos experimentan dolor como taquicardia, hipertensión y desaturación, con frecuencia no reciben el tratamiento adecuado. Asimismo, sólo la mitad de los pacientes sedados experimentan suficiente analgesia (4).

Seguidamente en España se realizó la investigación denominada educación de profesionales de enfermería en la analgesedación de pacientes críticos con ventilación mecánica en UCI. El objetivo fue adquirir los conocimientos básicos sobre ventilación mecánica y Analgesedación para empezar a trabajar en UTI. Fue un proyecto educativo para los enfermeros que van a comenzar a trabajar en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario 12 de octubre. Se concluyó que el profesional de enfermería tenga los conocimientos anatómo-fisiológicos del 8 cuerpo humano para que sus cuidados sean específicos en cada momento y, además, en la UTI la importancia de estar familiarizado con todos los equipos, técnicas y protocolos de cada unidad para dar así una asistencia efectiva y de calidad (5)

Asimismo, en estos estudios se aconsejan básculas para obtener una cantidad ideal de sedación. Por otro lado, encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá y Dinamarca demuestran que sólo el 50% de las unidades críticas emplean escalas para medir tanto la sedación como la analgesia (8). De igual manera, el 69% de los pacientes críticamente enfermos en Chile reciben sedación que no está regulada de manera efectiva, lo que hace que el malestar prevalezca en estos pacientes, según una revisión exhaustiva de 36 estudios académicos (7).

En Perú realizaron el estudio denominado Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para reducir el tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las Unidades de Cuidados Intensivos. El objetivo fue sistematizar las evidencias sobre la efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para la reducción del tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las unidades de cuidados intensivos. 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 (6).

Ahora bien, datos de investigaciones peruanas muestran que el 50% de todo el personal de enfermería está familiarizado con la sedoanalgesia, incluyendo la terminología, los medicamentos de uso habitual y los posibles efectos adversos. Además, técnicas de evaluación como la escala de sedación RASS indican un conocimiento fundamental de la monitorización básica de pacientes sedados y con ventilación mecánica. Además, estos estudios muestran una falta de comprensión sobre los objetivos de la sedación y cómo transmitir la cantidad ideal de sedación prevista por parte de las enfermeras (9).

Igualmente, cabe resaltar que la enfermera intensivista cumple la función de cuidado diario analizando continuamente los cambios del paciente durante los procedimientos invasivos teniendo en cuenta la condición subyacente del paciente. También vale la pena señalar que lograr y monitorear eficazmente la sedación y analgesia es la piedra angular de la atención de los pacientes críticos en la Unidad de Cuidados Intensivos que requieren sedación y analgesia sostenida (10).

De esta manera, después de observar que en UCI de la clínica objeto de estudio aún se cometen aun algunas faltas respecto al conocimiento y práctica sobre las escalas de sedación, ya que se descubrió que los enfermeros a menudo no valoran adecuadamente el nivel de sedoanalgesia y no utilizan adecuadamente la escala de sedación RASS. También se pasan por alto los peligros de una sedación insuficiente y excesiva, que puede provocar complicaciones en pacientes hospitalizados durante un período prolongado. Como resultado, se ha considerado importante la comprensión y la aplicación adecuadas entre los enfermeros para ofrecer a los pacientes críticos un nivel ideal de comodidad y seguridad mientras obtienen cantidades aceptables de sedoanalgesia.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es la relación entre conocimientos de valoración de la sedoanalgesia y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos?

¿Cuál es la relación entre conocimientos de valoración de agitación-sedación y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos?

¿Cuál es la relación entre conocimientos de valoración del dolor y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos?

¿Cuál es la relación entre conocimientos de valoración de la VM y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar cuál es la relación entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, 2024.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar cuál es la relación entre conocimientos de valoración de la sedoanalgesia y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Identificar cuál es la relación entre conocimientos de valoración de agitación-sedación y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Identificar cuál es la relación entre conocimientos de valoración del dolor y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Identificar cuál es la relación entre conocimientos de valoración de la VM y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

Referente al aporte teórico, el presente estudio tendrá como iniciador para cerrar brechas en cuanto al ámbito de la investigación, pues este tema sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia junto a la administración de fármacos en servicio de cuidados intensivos, es poco explorado en el gremio de enfermería, por ello la importancia de este análisis, ya que aumentará la contribución en conocimientos para siguientes investigaciones que aborden la misma problemática.



En la misma línea, la investigación se basará en dos teorías, por un lado, según la perspectiva de la teórica enfermera Patricia Benner, que afirma que las enfermeras desarrollan talentos a través de una acumulación progresiva de información y experiencia con los pacientes. Por otro lado, asegura que es necesario una amplia variedad de conocimientos desde perspectivas humanísticas y científicas para comprender la tarea de la profesional de enfermería.

#### **1.4.2. Metodológica**

La justificación metodológica, siendo la calve en toda investigación, en este trabajo toma importancia porque el diseño de investigación seguido se trata de un método basado en formulación de hipótesis, con enfoque cuantitativo y alcance correlacional, lo cual indica que puede servir de guía a otras actividades investigativas referentes al tema que aborda las mismas variables de este estudio. Además, se desplegará un procedimiento de recolección de datos y análisis estadísticos acordes a esta investigación para medir las variables de manera exitosa, por medio de la aplicación de instrumentos validados a nivel nacional en los últimos años, manejando métodos que han sido modificados y puestos en práctica por pruebas pilotos para asegurar la confiabilidad de los mismos.

#### **1.4.3. Práctica**

En cuanto a la aportación práctica, la investigación mejorará las competencias profesionales de enfermería en unidades críticas, respecto a aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes con VM. La enfermera facilitará una conducta reflexiva en el manejo del paciente crítico con sedoanalgesia y ventilación mecánica invasiva igualmente le permitirá identificar los niveles de sedación, así como permitirle un alto nivel de calidad en el cumplimiento de sus funciones especializadas que requieren de mucha precisión, en el paciente

internado, fortaleciendo así los conocimientos y prácticas que buscan asegurar el bienestar del paciente, ya que cada prescripción médica y administración de medicamentos debe gestionarse de manera diferente según el nivel de criticidad normal del paciente para limitar posibles interacciones y reducir el riesgo de daño al estado clínico del usuario.

De este modo, los resultados de este proyecto serán de utilidad para los jefes de enfermería y las instituciones de salud junto a los servicios de unidades críticas.

Entre las características de las competencias profesionales, se puede mencionar que la profesional competente es la que cuenta con conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados en el sentido que el individuo sabe hacer, sabe estar. Las competencias implican las capacidades y son producto de una serie de distintos factores distintos entre sí, poseer ciertas capacidades no significa ser competente. Para ser competente es necesario usar los recursos, es un proceso de práctica acción constante. El saber hacer al es imitar o aplicar rutinariamente los recursos de los saberes propios del individuo. Por ello las competencias exigen saber encadenar las instrucciones y no aplicarlas aisladamente.

## **1.5. Delimitaciones de la investigación**

### **1.5.1. Temporal**

El trabajo tendrá una duración estimada en un periodo de duración de enero a mayo 2024.

### **1.5.2. Espacial**

La investigación se desarrollará en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, Distrito Lima-Perú.

### **1.5.3. Población o unidad de análisis**

La población objeto estudio se tomará en cuenta a 80 del Personal de Enfermería del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### A nivel internacional

Espejo (11) el año 2019, en Bolivia se propuso “Determinar las competencias cognoscitivas y la práctica del enfermero en la atención de pacientes críticos con sedoanalgesia en la UCI”. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal. Con muestra de 12 participantes, la técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resulta que solo el 8,3 por ciento tiene un nivel excelente de conocimientos, mientras que el 58,3 por ciento tiene un nivel regular. Se llega a la conclusión de que el nivel predominante es el regular, además que existe relación entre las variables estudiadas.

Hernández, (12) el año 2019, en Ecuador se propuso “Determinar la actitud de los enfermeros con respecto a la administración de sedantes y relajantes a pacientes con VM”. El estudio fue de campo, no experimental, cuantitativo y correlacional. A una muestra de 30 enfermeras que trabajan en la UCI se les aplicó un instrumento de cuestionario. Resulta que el grupo investigado posee el 50 % del conocimiento y el 55,3% del componente afectivo. El 68,9% representó el componente conductual, lo que significó que los tres componentes estaban por debajo del promedio esperado. Sin embargo, la conducta del grupo en relación con los parámetros investigados fue inferior al 56,5% de lo esperado. En conclusión, según el estudio, la prevalencia del conocimiento y la actitud de las enfermeras son regulares y se relacionan significativamente.

Telechea et al. (13) el año 2019, en Uruguay se propusieron “Estimar la cantidad de sedoanalgesia utilizada y cuidado en niños críticamente enfermos con VM”. Investigación correlacional, cuantitativa, observacional, descriptiva y prospectiva, con muestra de 37 pacientes. Se utilizó un registro acumulativo durante un período de seis meses para recopilar

datos. Los resultados indicaron que el promedio de días de AVM fue de 3,7. La causa más común de AVM fue patología respiratoria (n=34). Se encontró una discrepancia entre las dosis recomendadas de opiáceos, benzodiacepinas y paralizantes musculares. Se observó una disminución en las dosis acumulativas de midazolam, fentanyl y atracurio en comparación con años anteriores. En conclusión, las variables de estudio se asocian significativamente, además, se observó una reducción en las dosis promedio utilizadas de cada fármaco.

Carani (14) el año 2019, en Bolivia se propuso “Evaluar el conocimiento y las prácticas del profesional de enfermería sobre la evaluación de sedoanalgesia en pacientes con VM” Un análisis de corte transversal cuantitativo, correlacional y descriptivo. Población de 15 enfermeras; la encuesta como estrategia de aplicación. Resultados, el 87 % sabe sobre la sedoanalgesia, el 47 % sabe su objetivo, el 100 % respondió correctamente a los casos indicados de sedoanalgesia, solo el 13 % sabe sobre complicaciones y el 80 % usa la misma escala para evaluar el estado de agitación y sedación. En cuanto a la práctica, el cuarenta por ciento realiza práctica aceptable y el sesenta por ciento realiza práctica buena. Se encontró que los profesionales de enfermería tienen un conocimiento medio y una práctica buena, lo que indicó también una correlación significativa entre las variables.

Bravo (15) el año 2019, en Bolivia se propuso “Determinar las competencias cognitivas y prácticas de la enfermera en sedoanalgesia en la UCI”. Estudio descriptivo, cuantitativo, correlacional y transversal, con 24 enfermeros (as) y un cuestionario con lista de observación como instrumentos. Los resultados mostraron que el 38% tenía conocimientos inadecuados, el 8% tenía conocimientos elevados y el 54% tenía una comprensión regular. En la actualidad, el 22% desobedece y el 78% coopera. Al final, los resultados apoyaron la hipótesis ya que el 54% de los encuestados tenía conocimientos regulares, el 78% siguió el procedimiento observado y el 22% no. Conclusión, las variables de estudio se relacionan de manera significativa.

### **A Nivel Nacional**

Cahuana et al. (16) el año 2022, en Cuzco se propuso “Determinar la asociación entre el conocimiento y la práctica en el enfermero sobre valoración de sedo analgesia en pacientes en UCI”. Estudio transversal, enfoque cuantitativo, correlacional. Estudio censal de 58 profesionales de enfermería. Método de cuestionario y ficha de observación. Los resultados indicaron que el 10,3% tenía un alto grado de práctica en la evaluación de la sedoanalgesia, mientras que el 32,8% tenía un nivel deficiente. En cuanto a los conocimientos, el 32,8% tenía un buen nivel y el 37,9% un nivel bajo. Conclusiones, los conocimientos y las prácticas se relacionan de manera significativa, además, tienen un gran impacto en cómo se realiza la evaluación de la sedoanalgesia con pacientes de UCI.

Cruzado (17) el año 2023, en Trujillo se propuso “Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas en la evaluación de niños con sedoanalgesia que reciben VM”. Estudio descriptivo, cuantitativo y correlacional. Se aplicó un cuestionario de conocimientos y una lista de verificación con 35 enfermeros. Conclusiones, los conocimientos de las enfermeras fueron principalmente medios (62,9%), con una minoría de niveles bajos (25,7%) y altos (11,4%); las conductas de las enfermeras fueron principalmente satisfactorias (65,7%) y menos aceptables (34,3%). En conclusión, no existe correlación ( $p=0,0973$ ) entre el grado de conocimientos de las enfermeras y sus técnicas de evaluación de un niño con sedoanalgesia que recibe respiración mecánica.

Carrión et al. (18) el año 2022, en Callao se propusieron “Determinar la correlación entre las prácticas sedo analgésicas de las enfermeras y su comprensión en pacientes con VM”. Estudio correlacional, descriptivo y cuantitativo. Muestra de 20 enfermeros (as) técnica de encuesta y observación. Los resultados mostraron que, en cuanto a los conocimientos tras la sedoanalgesia, el 40% de las enfermeras tenían conocimientos deficientes y el 55%, conocimientos regulares. Conclusiones, las dos variables de investigación no se correlacionan.

Se debe supervisar la administración de evaluaciones continuas al personal de enfermería sobre el cuidado y tratamiento de pacientes con sedoanalgesia y en ventilación mecánica.

Canal (19) el año 2021, en Cusco se propuso “Describir el nivel de conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería en cuestión de pacientes tratados con VM”. Estudio de alcance descriptivo, no experimental, transversal cuantitativo, correlacional y la población de estudio fue de 40 enfermeros los cuales fueron evaluados mediante cuestionarios. Los resultados muestran que el 60,6% tiene experiencia variada, el 42,2% ha trabajado en hospitales del MINSA y en clínicas privadas, y el 92,50% tiene experiencia avanzada en la unidad de cuidados intensivos o en urgencias. Sin embargo, el 92,5% de los encuestados sabe bastante sobre ventilación mecánica (VM), el 87,5% sabe bastante sobre manejo de VM y el 85% sabe mucho sobre sedoanalgesia en VM.

Aquino (20) el año 2020, en Callao se propuso “Determinar el conocimiento de la enfermera en gestión de la ventilación asistida y las prácticas asistidas”. Investigación cuantitativa, diseño correlacional, de corte trasversal, con muestra de 30 enfermeros y un cuestionario con guía de observación. Resultados, el 50% de los participantes asistieron con regularidad. Del mismo modo, se observaron problemas leves en el control de la ventilación, destacando el 53,3% de las dificultades en la dimensión de prevención de lesiones. Llegamos a la conclusión de que la formación de las enfermeras en el manejo de la respiración asistida y su impacto en la aparición de problemas están correlacionados de forma estadísticamente significativa ( $p = 0,023$ ).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Primera variable: Conocimientos sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia**

#### **a. Conceptualización de conocimientos**

En esta disciplina existen varios conceptos y vocabulario debido a la evolución de diversas perspectivas sobre el conocimiento en los últimos años. Se requiere una aclaración debido a la riqueza y diversidad de estas nociones y creencias. El significado se produce cuando los modelos figurativos y basados en signos se combinan con la actividad del cerebro humano. Esta información, según varios autores, es en su mayor parte implícita o tácita, tiene poca o ninguna codificación y es sumamente difícil de transmitir. Las instituciones pueden mejorar su capacidad para recopilar información y conocimientos y aplicarlos para resolver problemas y tomar decisiones mediante el uso de la gestión del conocimiento (21).

El conocimiento es la comprensión y el análisis que utiliza una persona para determinar qué hacer o no hacer en una situación particular. En su estudio, Otero et al. Señale que, si bien es crucial comprender las causas de la adopción o modificación de hábitos, el conocimiento por sí solo no garantiza el mejor curso de acción. Instan a los pacientes a obtener los conocimientos necesarios para controlar su diabetes y a ser monitorizados en el tiempo para ayudarles en la toma de decisiones (22)

#### **b. Características del conocimiento**

Ciertos atributos deben estar presentes para que algo se considere conocimiento. Objetividad o respeto a la independencia del sujeto; necesidad, cuando no puede ser de otra manera y lo hace sin importar el tiempo o el lugar; y necesidad, cuando es indispensable, necesaria y necesaria. Si una afirmación está respaldada por un argumento, hecho u otra evidencia, se valida y se considera universal (23).

#### **c. Conceptualización del conocimiento científico**

Contrariamente a la creencia popular, la ciencia moderna y su producción son empresas relativamente nuevas, con el objetivo de estudiar la realidad empírica y el avance de la humanidad durante los 200 años anteriores. Podemos partir de una premisa ontológica básica, sin entrar en la cuestión de qué es la realidad empírica: todo lo que existe tiene existencia, pero no todo lo que existe es real. La realidad actual no es un bloque único y homogéneo, sino que se compone de varios niveles o sectores, cada uno con su propio conjunto de características. Un ejemplo muy básico podría servir para ilustrarlo. Aunque las radiaciones infrarroja y ultravioleta siempre han estado ahí, sólo su descubrimiento y posterior investigación han permitido al ser humano comprender su existencia (24).

#### **d. Dimensiones del Conocimiento sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia**

- **Dimensión 1: Conocimientos de valoración de la sedoanalgesia**

Es la motivación fundamental del enfermero practicante, brindándole acceso a soluciones a los problemas de su entorno. Estas soluciones pueden provenir del conocimiento común, empírico, científico o teórico, que permite comprender los fenómenos mediante la investigación y la observación. Es la aplicación particular de una idea que combina habilidades y destrezas aprendidas mediante la práctica constante con el lenguaje o la observación (25).

Sin embargo, la práctica se define como una acción que, al utilizar una lista de verificación, puede clasificarse como buena, mala o promedio, así como precisa o inexacta, superficial, aceptable o inadecuada. Esto se debe a que se consideran un conjunto de habilidades que pueden adquirirse mediante la experiencia, el lenguaje y la investigación (25).

- **Dimensión 2: Conocimientos de valoración de agitación-sedación**

La agitación en pacientes críticamente enfermos puede ser provocada por enfermedades comunes o por daños al sistema nervioso central inducidos por fármacos. Se caracteriza por los frecuentes movimientos de cabeza, brazos y piernas del paciente y una mala adaptación al



ventilador que continúa a pesar de los esfuerzos de los cuidadores por calmar al paciente. Las variables que inducen agitación se pueden clasificar según su origen:

✓ **Origen exógeno (externo) o tóxico-orgánico:** Aparecen de la nada durante una enfermedad o como resultado de una intoxicación. Entre los medicamentos que pueden agitar a una persona se incluyen disulfiram, barbitúricos, atropina, fenitoína, corticosteroides y fenotiazinas. Las convulsiones, los hematomas subdurales, los accidentes cerebrovasculares, la encefalopatía hipertensiva, la sepsis, el hipotiroidismo, la psicosis puerperal y la hipoglucemia son ejemplos de causas orgánicas tóxicas de agitación. La nefropatía y las encefalopatías asociadas con insuficiencia hepática y renal pueden inducir potencialmente agitación incidental.

✓ **De origen psicógeno:**

Las circunstancias estresantes en individuos con personalidades propensas que pierden rápidamente la compostura se conocen como orígenes psicógenos. De origen endógeno: Psicosis maníaco-depresivas y esquizofrenia (26).

La escala RASS, que examina la cantidad de sedación y agitación de un paciente en una unidad de cuidados críticos y emplea tres fases bien definidas para obtener una puntuación que oscila entre menos cinco y más cuatro, se utiliza ampliamente para evaluar la pseudoanalgesia en pacientes. El tiempo que el paciente mantiene contacto visual con la báscula se utiliza para medir su nivel de somnolencia. Un paciente con puntuación cero (0) está despierto y no está agitado ni drogado; los valores por debajo de cero denotan una cierta cantidad de sedación, mientras que los niveles por encima de cero denotan un cierto nivel de agitación (27).

- **Dimensión 3: Conocimientos de valoración del dolor**

Históricamente, la definición de dolor ha sido una experiencia emocional y sensorial desagradable relacionada con un posible daño tisular o que surge de él. Es crucial recordar que

el dolor trasciende los límites tradicionales, y este concepto ha generado críticas por descuidar a las personas que son incapaces o ignorantes de su cuerpo. Tanto niños como adolescentes y adultos pueden utilizar las reconocidas escalas de evaluación del dolor (28).

Las seis caras pintadas seguidas componen la Escala de calificación del dolor facial de Wong & Baker. Una sonrisa de satisfacción no transmite dolor, y cuando la sonrisa empeora, se convierte en una expresión de pánico, que transmite el peor tipo de sufrimiento. La escala de dolor de Hester y Foster se basa en el uso de fichas de póquer. Se utilizan cuatro chips para indicar diferentes niveles de dolor: el primero indica la menor cantidad de dolor, el segundo indica un poco más de malestar, el tercero indica la mayor agonía y el cuarto indica lo peor. Clasificación del dolor verbal de Tesler y Saavedra: esta escala utiliza palabras y números para indicar el dolor de manera verbal. Las categorías son: ningún dolor (0), leve (1), considerable (2), mucho (3) e insoportable (4) (29).

- **Dimensión 4: Conocimientos de valoración de la Ventilación Mecánica**

Se requiere una formación continua en estos tratamientos, especialmente en la selección y colocación de la interface y en la atención de los problemas, incluida la agitación y la movilización/drenaje de las secreciones respiratorias. Los conocimientos en VM dependen del equipamiento de la unidad. Dado que la elección y la colocación de la interfaz determinan el nivel de comodidad del paciente y evitan las fugas involuntarias excesivas, que son cruciales para lograr una sincronización óptima entre el paciente y el ventilador, el conocimiento de estos factores por parte del personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el éxito de la terapia. La humidificación de los gases es otro componente fundamental, sobre todo para los pacientes cuya VM dura más de seis horas, ya que una humedad baja está relacionada con el desarrollo de secreciones espesas y atelectasias, que pueden empeorar el fallo de la VM y hacer necesaria una fisioterapia respiratoria intensiva (30).

#### **d. Teoría de Bárbara Carper “Los patrones de conocimiento de enfermería”**

Carper habla de cómo es necesaria una amplia gama de conocimientos desde perspectivas humanísticas y científicas para comprender plenamente la naturaleza de los principios filosóficos de la enfermería, los principios rectores de la profesión y la naturaleza de la enfermería misma. Los patrones de conocimiento de Carper se incorporaron a la práctica y la instrucción de la enfermería desde el principio, ya que se pensó que eran esenciales para demostrar que se dominaba el campo. Cada patrón representa una categoría de información que puede interpretarse, verificarse y comprenderse. También presentan una mayor variedad de epistemologías y dificultan la labor enfermera. Todos los patrones de información deben incorporarse juntos para facilitar la toma de decisiones lógicas y deliberadas de las enfermeras clínicas. Ignorar esto podría dificultar la toma de decisiones sensatas y afectar negativamente la calidad de la atención brindada (31).

### **2.2.2. Segunda variable: Prácticas sobre la Aplicación de las Escalas de Sedoanalgesia**

#### **a. Definición de práctica**

Se define como una habilidad o habilidad que se desarrolla a través de la práctica y el ejercicio regular de una actividad específica. A través de la experiencia y la observación, cada enfermero (a) aprende una gran variedad de aptitudes que luego pone en práctica. Cualquier acción que puede medirse mediante una lista de control y se clasifica como práctica correcta o incorrecta se denomina práctica (32).

#### **b. Aplicación de las Escalas de Sedoanalgesia**

Cuando un paciente está conectado a VM se debe vigilar su estado constantemente, por la presencia del dolor y los sedantes administrados. Esto disminuye el tiempo que se requiere para usar ventiladores y permanecer en la UCI. Las escalas ayudan en la detección del dolor. Para un paciente que se comunica verbalmente se puede emplear la escala numérica verbal (0

a 10), que requiere un mayor grado de conocimiento que la escala descriptiva verbal de 4 puntos (VRS-4), en la que el dolor puede estar ausente = 1, leve = 2, moderado = 3 o extremo = 4. Los números en la escala de descripción serían los siguientes: sin dolor = 0, leve = 1-3, moderado = 4-6 y agudo = 7-10. No se aceptan calificaciones superiores a tres en la escala verbal o numérica.

Se pueden reconocer los signos de dolor, como taquicardia y presión arterial alta. Estos cambios no se limitan a la unidad de cuidados críticos; también pueden ser causados por vasopresores, bloqueadores beta-adrenérgicos, fármacos antiarrítmicos, sedantes y estados fisiológicos (miedo, shock, hipoxia e infección). Cuando un paciente no puede hablar por sí mismo, debemos utilizar tácticas alternativas. La Escala de Dolor Conductual (BPS), que tiene puntos que van del 3 al 12, se puede utilizar para cuantificar las expresiones faciales, los movimientos físicos, los patrones de respiración y la tensión muscular, además del dolor (33).

### **c. Dimensiones de las prácticas sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia**

- **Dimensión 1: Antes de la sedoanalgesia.**

Este componente evalúa las habilidades que debe tener una enfermera para brindar sedación y ventilación mecánica invasiva a los pacientes antes de un turno de 12 horas. La enfermera debe exhibir un cierto conjunto de habilidades al brindar atención al paciente críticamente enfermo antes de administrar sedoanalgesia.

Los procedimientos principales son:

- ✓ Instalación de suministros y equipos.
- ✓ Confirmación de la funcionalidad del dispositivo.
- ✓ Confirmación de los medicamentos que se le administrarán.

- **Dimensión 2: Durante la sedoanalgesia**

Esta dimensión mide las competencias que debe poseer una enfermera para proporcionar sedación analgesia y ventilación mecánica invasiva a un paciente a lo largo de un turno de 12 horas. Las principales prácticas son:

- ✓ Administración y preparación de la medicación.
- ✓ Seguimiento de la respuesta sedoanalgésica.
- ✓ Utilización de la escala RASS.
- ✓ Confirmación de los efectos sedantes.

- **Dimensión 3: Después de la valoración de la sedoanalgesia**

Esta dimensión mide las competencias que todo profesional de enfermería debe poseer tras el tratamiento de un paciente pediátrico que requiere ventilación mecánica invasiva y sedoanalgesia del enfermero tras el tratamiento de pacientes jóvenes sometidos a VM invasiva y analgesia sedante.

- ✓ Transición de la sedoanalgesia.
- ✓ Evaluación de la conciencia (34).

#### **d. Teoría “De principiante a experto” de Patricia Benner**

La enfermería, según Benner, implica compasión, saber cómo se sienten realmente las personas con respecto a la salud y la enfermedad, e interactuar con el medio ambiente. Para estimular el desarrollo de información, habilidades y actitudes que contribuyan a las competencias esenciales para brindar a los pacientes una mejor atención de calidad, define la profesión utilizando una técnica fenomenológica interpretativa.

Los avances científicos y tecnológicos exigen que estas capacidades se actualicen. Da Silveira insta a los lectores a considerar la posibilidad de seguir una mayor educación para ser capaces de brindar cuidados de enfermería conectados con un cambio de paradigma en la existencia cotidiana. Basado en el modelo de adquisición y desarrollo de competencias, que

sostiene que un estudiante comienza como aprendiz y gradualmente gana experiencia y capacidad para manejar una variedad de situaciones hasta convertirse en un experto, Benner realiza importantes aportes al campo de la práctica clínica de enfermería (35).

El cuidado y las competencias de enfermería en el área clínica La esencia de enfermería es velar por la salud y el bienestar del paciente que se sintetiza en una acción primordial esta labor la define Busquets como cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida. Por ello enfermería trata de planificar la atención desde esta perspectiva, cuidar es cuidar a la persona concreta planteando alternativas a la cosificación y consideración del paciente y su situación como un problema a resolver. Se debe partir de ello para tener como resultado la satisfacción de la persona con relación al cuidado que recibe por parte de la enfermera en todos sus contextos (47)

#### **e. Intervención de enfermería:**

El profesional de enfermería es el principal gestor de los cuidados que se les brindan a los pacientes y su intervención marca una diferencia en su estado de salud. La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado. Las características del trabajo que se desarrolla en una UTI requieren que el enfermero posea amplia experiencia clínica y madurez suficiente para hacer frente a la toma de decisiones difíciles con implicaciones morales y éticas (47).

#### **f. Bioética en enfermería intensiva dilemas éticos en la asistencia al paciente críticos en las UTI**

Los hospitales y las Organizaciones Sanitarias públicas están, en la actualidad, constituyendo comités éticos clínicos y de investigación para intentar mejorar la calidad asistencial. A la bioética le corresponde como función básica el estudio de la conducta humana, fijándose en los principios morales y los valores extendiéndose en los campos de las Ciencias

Biológicas y la atención de la salud; pretende educar moralmente a los individuos resolviendo problemas que se plantean tanto en el ámbito de la biología como de la medicina. La medicina en los últimos años ha sobrepasado límites que se creían infranqueables como son el principio y final de la vida. 32 hasta los años 60 la PCR (parada cardiorrespiratoria) era considerada como el fin para un individuo, sin embargo, con las técnicas actuales de RCP (reanimación cardiopulmonar) se permite la recuperación de la parada, si bien es cierto que en algunos casos las secuelas son tan importantes que la calidad de vida que le queda al sujeto dista enormemente de lo que entenderíamos por una vida digna.

#### **g. Dilemas éticos en la asistencia al paciente críticos en la UTI:**

Lo único que justifica que el paciente sea sometido a las condiciones de este servicio tan específico es que la patología que sufra sea recuperable. Lo contrario se saltaría el principio de no maleficencia. La beneficencia es una obligación importante en este servicio. La retirada o no instauración del soporte vital en situaciones sin expectativa de recuperación: todos los pacientes son tributarios de recibir las medidas de soporte vital disponibles para buscar la recuperación del paciente; sin embargo, la evolución clínica posterior puede no ser la esperada y conducir a situaciones en las que las posibilidades de recuperación con una calidad de vida aceptable sean muy remotas o imposibles; las medidas de soporte vital pueden retrasar más la muerte en estos casos y estaríamos incurriendo en lo que conocemos con encarnizamiento terapéutico. El exceso terapéutico puede llegar a vulnerar los principios éticos: la dignidad, la no maleficencia, la justicia. (47).

### **2.2.3. La Sedoanalgesia**

#### **a. Definición**

Es la técnica para tratar el dolor y el malestar en una unidad de cuidados intensivos (UCI) antes de administrar un medicamento sedante. A veces se la denomina sedación basada en analgesia o sedación con analgesia primero. También puede referirse al proceso que permite al médico realizar una variedad de terapias de emergencia de manera más fácil y segura al inducir somnolencia, analgesia, ansiolisis e incluso amnesia. El uso de medicamentos analgésicos, sedantes y/o disociativos para brindar analgesia, somnolencia y/o control del movimiento mientras se realizan procedimientos terapéuticos o de diagnóstico que involucran ansiedad y/o dolor también se conoce como sedoanalgesia procesal (36).

Una sedoanalgesia adecuada puede ayudar a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) que sufren regularmente dolor, agitación, ansiedad, monitorización intrusiva o la necesidad de procedimientos invasivos o ventilación mecánica a sentirse menos incómodos mientras reciben atención de enfermería. Particularmente en aquellos que reciben ventilación mecánica, ya que reduce el uso de oxígeno, mantiene un vínculo agradable entre el paciente y el ventilador, protege al paciente de recordatorios de su enfermedad potencialmente mortal y lo protege de posibles traumas físicos y psicológicos (37).

#### **b. Niveles de sedoanalgesia**

El grado de profundidad de sedación se puede representar como un continuo con múltiples niveles:

- ✓ La sedación mínima, también conocida como ansiolisis, es un cambio ligero en el estado cognitivo que reduce la ansiedad.
- ✓ La depresión de la conciencia moderada se caracteriza por la sedación moderada, consciente o sedo-analgesia en sí misma. Se responde con frecuencia a estímulos



táctiles y órdenes verbales. Espontáneamente mantiene un estado respiratorio y hemodinámico estable.

- ✓ La depresión de la conciencia significativa ocurre durante la sedación profunda. Solo responde a estímulos repetidos o dolorosos. La alteración de los reflejos protectores de la vía aérea puede requerir asistencia respiratoria. El ritmo cardíaco sigue siendo estable.
- ✓ La anestesia general indica una completa pérdida de conciencia. Es insensible a los estímulos dolorosos. Asistencia respiratoria es necesaria para evitar la depresión respiratoria. Y el estado hemodinámico puede cambiar (38).

El nivel ideal de sedoanalgesia dependerá no solo de la técnica empleada, sino también de las características personales de cada paciente. En general, en los procedimientos propios de la UCIP, queremos que los pacientes reciban un nivel de sedación moderado, que se define como el estado que les permite tolerar procedimientos incómodos con una función cardiorrespiratoria adecuada. No obstante, la sedación profunda suele ser necesaria para operaciones fuera de la UCIP, como pruebas de diagnóstico por imagen que requieren mantener a los niños quietos. Sin embargo, a veces puede utilizarse una sedación suave, sobre todo en pacientes más jóvenes (39).

### **c. Sedación en el paciente crítico:**

La utilización de fármacos sedantes es una práctica diaria en los pacientes internados en las UTI. Estos fármacos a menudo se utilizan por vía intravenosa en regímenes de infusión continua. Su empleo tiene el propósito de brindar confort, reducir la ansiedad, prevenir las complicaciones asociadas a la agitación y (en situaciones especiales) disminuir el consumo de oxígeno optimizando la interacción entre el paciente y el ventilador. Sin embargo, el uso de estos fármacos puede tener consecuencias a corto y largo plazo que deben ser conocidas,

monitoreadas y prevenidas, ya que predisponen a un aumento de la morbilidad, fundamentalmente expresadas en una prolongación de la AVM, una mayor estadía en la UTI y en el 36 hospital, así como una mayor incidencia de delirium, trastornos depresivos y estrés postraumático (41).

#### **d. Fármacos utilizados para analgesia (en combinación con sedación)**

Aparte de sus evidentes beneficios analgésicos, los opiáceos son la piedra angular de la terapia porque también tienen propiedades sedantes, antitusivas e hipnóticas. A finales de la década de 1980 se clasificaron en OP1 (antiguo delta), OP2 (antiguo kappa) y OP3 (antiguo mu) debido a su trabajo sobre los receptores opioides. El receptor OP3 media la mayoría de los efectos conocidos. La depresión respiratoria y la parálisis gastrointestinal son efectos secundarios indeseables. Los opioides más recientes se acumulan menos y tienen menos efectos adversos. Pero también es fundamental tener en cuenta los métodos analgésicos alternativos, como el paracetamol, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los métodos localizados (como las infusiones epidurales) (40).

#### ✓ **Morfina**

Este medicamento se utiliza con frecuencia. Todos los demás opiáceos son comparables a la morfina, aunque algunos medicamentos más recientes ofrecen ventajas únicas. La cantidad necesaria para la analgesia varía mucho y puede administrarse en infusión continua o en bolos periódicos (dificultades con efectos mínimos y máximos, pero menor acumulación). Los dos principales subproductos del metabolismo de la morfina, el morfina-3-glucurónido y el morfina-6-glucurónido (M-6-G), se forman principalmente en el hígado. Ambos son eliminados por los riñones y se acumulan en caso de insuficiencia renal. La acción sedante autónoma de larga duración es otra característica de la M6-G.

#### ✓ **Midazolam:**

Es una benzodiazepina hidrofílica de acción corta que se une al receptor GABA postsináptico. Su duración entre 20-60 minutos. Es un compuesto lipofílico en la sangre y alta mezcla a proteínas; se asimila en el hígado, produciendo la alfahidroximidazolam metabolito que tiene acción sedante y se elimina por vía renal. La dosis es de 0.03 – 0.3 mg/kg y la dosis de mantenimiento 0.03 – 0.2 mg/kg y la su dosis máxima es 10 mg. El efecto adverso produce es depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular en paciente crítico además de hipotensión, bradicardia, somnolencia, amnesia, mareos, inestabilidad, depresión respiratoria, laringoespasma y broncoespasma. (X)

✓ **Ketamina:**

Es un agente anestésico de administración intravenosa cuyo efecto produce analgesia profunda, amnesia y sedación, actúa uniéndose a los receptores N metilD aspartato, crea una disociación entre el sistema límbico y la corteza, evita que los centros receptores de estímulos perciban, así como auditivos, visuales o dolorosos. Su ventaja es estabilidad cardiovascular relativa; en cuanto a la función respiratoria mejora la distensibilidad pulmonar, aunque hay que tener en cuenta que provoca laringoespasmos con inflamación de vías aéreas superiores. En los neonatos y lactantes su administración rápida produce depresión respiratoria, la dosis 0.5 mg/kg por vía endovenosa en perfusión continua a 0.2 – 0.5mg/kg/h. El efecto adverso que produce es alucinaciones, depresión respiratoria, laringoespasma, efectos musculoesqueléticos, estimulación cardiovascular, ataxia y elevación de la presión intracraneana. (40).

✓ **Propofol**

Es un alquifenol con propiedades sedantes, hipnóticas y también anti hemáticas. Se desconoce su mecanismo real de acción, aunque existen varias postulaciones. Presenta un

inicio de acción rápido con una vida media corta. Su apariencia física es 39 blanquecina. En infusión continua no presenta problemas de acumulación. Por sus características farmacocinéticas, permite un fácil control del nivel de sedación, al igual que una temprana recuperación del nivel de consciencia tras el cese de su administración (unos 10/15 minutos), lo que permite realizar evaluaciones frecuentes mediante diferentes sistemas, como pueden ser escalas, de la situación neurológica de los pacientes. (40)

✓ **Fentanilo**

Uno de los opiáceos sintéticos más potentes es el fentanilo. Se anuncia como un opiáceo de inicio rápido y acción corta. Aunque no se acumula en la insuficiencia renal, la duración del efecto se aproxima a la de la morfina con una infusión prolongada. Es apropiado para la analgesia en pacientes hemodinámicamente inestables y no produce histamina (40)

✓ **Alfentanil**

El alfentanilo, uno de los opiáceos sintéticos más recientes, actúa cinco veces más rápido que el fentanilo debido a su menor volumen de distribución; sin embargo, al ser menos soluble en lípidos, la acumulación de alfentanilo es menos probable. También actúa con seguridad en casos de insuficiencia renal, con una semivida igual a la del fentanilo. Es un potente antitusígeno con escasos efectos secundarios cardiovasculares.

✓ **Remifentanilo**

El remifentanilo posee muchas de las cualidades deseadas del analgésico y sedante ideal para la UCI. El remifentanilo es un opioide de acción muy corta metabolizado por esterases sanguíneas y tisulares inespecíficas. Tiene un inicio de acción rápido y no se acumula tras la infusión, incluso en disfunción orgánica. Esto permite una recuperación predecible, facilitando la interacción y la evaluación del paciente y, por lo tanto, permite un destete más corto. Muchos

afirman que el remifentanilo puede ayudar a controlar la estadía en sala crítica. Sin embargo, es muy caro y cada UCI tendría que determinar su propio análisis de costes (41).

✓ **Dexmedetomidina**

Genera la disminución de la actividad motora, la estabilidad mental, y posibilita un mejor cuidado por parte del médico, del enfermero y del fisioterapeuta. Sus metabolitos son inactivos, y la eliminación es por la orina y por las heces. La analgesia y la sedación están relacionadas con el vínculo que existe con los receptores noradrenérgicos centrales. Puede modular la inhibición descendente a partir del locus coeruleus, con la liberación de noradrenalina. (41).

**e. Escalas y medidas para la sedación:**

En los pacientes críticos es imprescindible el uso de sedantes para proporcionar confort. La sedación inadecuada puede provocar numerosos efectos secundarios (dolor, depresión respiratoria, ansiedad, taquicardia). Cuando hablamos de sedación, distinguimos cuatro niveles de profundidad, existen diferentes métodos para conocerlas, estos métodos pueden ser tanto subjetivos como objetivos (como también ocurre en la analgesia). Según los estudios más recientes, se debe utilizar una guía o protocolo que evalúe de forma regular el nivel de sedación del paciente, usando una escala para ello, reajustando las dosis para evitar la infra/sobre sedación, siendo más frecuente esta última. (41).

✓ **Escala Ramsay:**

Se usa básicamente para evaluar la respuesta y el nivel de sueño de los pacientes en UTI. No está validada, pero es ampliamente utilizada en la clínica diaria y en estudios comparativos, está basada en tres estados de paciente despierto y tres de paciente dormido. Numerosos estudios concluyen que esta escala, aunque no está validada es de las más utilizadas. 42 En un estudio que analiza 4 escalas de valoración de la sedación mantiene que esta escala tiene una fuerte correlación con el resto de escalas ya validadas. Desde que surgió esta escala, con el paso de los años han aparecido multitud de escalas validadas, con la finalidad

de encontrar la escala ideal. Es la escala de evaluación de la sedación que requiere un menor tiempo en su aplicación por su sencillez. (47).

✓ **EL RASS**

Es una de las medidas recomendadas para determinar el nivel de sedación en la UTI, ya que es una herramienta adecuada para medir el estado de sedación entre los cuidadores de habla persa con un coeficiente de concordancia adecuado. Ely ya ha confirmado la validez y fiabilidad del RASS 13 y Sessler (47).

✓ **BIS**

En la actualidad hay varios dispositivos de monitorización de la sedación profunda basados en sistemas de interpretación electroencefalografía (BIS, Entropia, SEDline o PSA, Narcotrend, Cerebral State Monitor, Snap Monitor), potenciales evocados o ambos. En la actualidad, el monitor BIS es el más usado, con el que mayor experiencia hay, y además está aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para la monitorización de la profundidad anestésica mediante el análisis biespectral del electroencefalograma. (47).

## **f. Seguridad y efectividad de la sedoanalgesia en el paciente crítico**

La búsqueda de una sedoanalgesia basada en criterios de calidad y seguridad es un tema relevante en el paciente crítico. El uso de protocolos permite mejorar desenlaces clínicos relevantes, como los días de VM y estancia en la unidad. Muchas sociedades médicas de países extranjeros recomiendan la evaluación del dolor (junto con la evaluación del nivel de sedación y existencia de delirio) en pacientes ingresados en terapia intensiva. De esta manera buscan cumplir con las exigencias de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization's standards. Se pretende proporcionar al paciente crítico un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y desorientación, facilitando el sueño y controlando el dolor. Una de las recomendaciones son los sistemas de monitorización de la

sedación, que permiten medir y evaluar de forma periódica y planificada aspectos relevantes de la asistencia mediante el uso de indicadores de calidad. Los indicadores de calidad son instrumentos de medida que identifican la presencia de un suceso y su intensidad y deben ser fiables, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia. (47).

#### **g. Principios para la analgesia y la sedación**

- Establecer objetivos
- Re-evaluar a menudo
- Medir la intensidad del dolor y de la sedación con escalas validadas
- Seleccionar medicamentos con base en características importantes y evidencias
- Seleccionar fármacos seguros para la población de riesgo
- Evitar la sedación excesiva
- Controlar el dolor y la agitación
- Elegir técnicas de fácil utilización
- Utilizar protocolos, algoritmos y guías.

### **2.3. Formulación De Hipótesis**

#### **2.3.1. Hipótesis general**

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, 2024.

**Ho:** No existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, 2024.

### 2.3.2. Hipótesis específicas

**Hi1:** Existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos de valoración de la sedoanalgesia y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Hi2:** Existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos de valoración de agitación-sedación y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Hi3:** Existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos de valoración del dolor y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Hi4:** Existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos de valoración de la VM y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.



### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

En este estudio se empleará el enfoque hipotético-deductivo, que contiene una serie de peculiaridades y técnicas para realizar investigaciones científicas. Investigar fenómenos, formular hipótesis, llegar a conclusiones, comparar resultados empíricamente, crear pronósticos y confrontar los hechos son algunos de estos procedimientos (42).

#### **3.2. Enfoque de la investigación**

La metodología de este proyecto de investigación será de carácter cuantitativo, teniendo en cuenta los conocimientos objetivos, conectarlos con los estándares y prácticas de las ciencias naturales, desarrollar teorías basadas en análisis investigativos, compararlas y sacar conclusiones (43).

#### **3.3. Tipo de investigación**

La investigación, que será aplicada, tiene como objetivo abordar las dificultades que surgen al evaluar el conocimiento y la práctica del profesional de enfermería con respecto a la administración de fármacos vasoactivos en la unidad de cuidados críticos (44).

#### **3.4. Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación será no experimental, la cual se define como la realización del estudio de las variables sin hacer considerables modificaciones, donde se observa la realidad de manera empírica y se ejecuta la investigación. Del mismo modo este diseño será de corte transversal, que igualmente depende de la observación del investigador lo que le permite la recolección de datos de las variables estudiadas en un período de tiempo sobre una

población específica. Finalmente, este diseño es de nivel correlacional, cuyo objetivo del estudio es constituir una correlación entre las dos variables analizadas (45).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población:**

La población en este estudio estará conformada por 80 enfermeras que laboren en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima. Siendo esta el conjunto de sujetos u objetos que se examinarán en una investigación, junto con las instancias que cumplen ciertos estándares (46).

**3.5.2. Muestra:** Dado que 80 enfermeras es el número mínimo necesario para una investigación, la muestra estará formada por el mismo número que la población.

**3.5.3. Muestreo:** Asimismo, el muestreo, en este caso será censal.

#### **Criterios de inclusión**

- Personal enfermero que laboren en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima.
- Personal de enfermero que voluntariamente firma el consentimiento informado y participa en el estudio.

#### **Criterios de exclusión**

- Personal enfermero que no laboren en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima.
- Personal de enfermero que voluntariamente no firma el consentimiento informado y no participa en el estudio.

### 3.6. Variables y operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
<b>V1:</b>  <b>Conocimientos sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia</b>	Es una necesidad intrínseca de las enfermeras poder dar respuesta a las preguntas que surgen en su entorno y ser capaz de utilizar los conocimientos empíricos, científicos y teóricos cotidianos que permiten explicar los fenómenos a través de la experimentación y la observación (21).	Conocimientos de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, cuya variable será medida con un cuestionario.	Conocimientos de valoración de la sedoanalgesia	Ítems 1-7	Ordinal  Respuesta correcta = 1 punto  Respuesta incorrecta = 0 puntos	Alto de 18 a 22
			Conocimientos de valoración de agitación-sedación	Ítems 8-16		Medio de 13 a 17
			Conocimientos de valoración del dolor	Ítems 17-18		Bajo de 0 a 12
			Conocimientos de valoración de la VM	Ítems 19-22		
<b>V2:</b>  <b>Prácticas sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia</b>	La práctica consiste en el uso de un conjunto de destrezas adquiridas por todo enfermero profesional a través de la observación o la experiencia. El término "práctica" se refiere a una acción que puede medirse utilizando una lista de comprobación y clasificarse como práctica correcta o errónea (28).	Prácticas para cumplir con la bioseguridad en los procedimientos en las prácticas del personal de enfermería sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, cuya variable será medida con una ficha de observación.	Antes de la valoración de la sedoanalgesia	Ítems 1- 6	Ordinal  Si = 1 punto  No = 0 puntos	De 0 – 12 Práctica deficiente
			Durante de la valoración de la sedoanalgesia	Ítems 7- 13		De 13 – 15 Práctica adecuada
			Después de la valoración de la sedoanalgesia	Ítems 14-15		

### **3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnicas**

La primera variable de este estudio se medirá utilizando la metodología de la encuesta, y la segunda variable se medirá utilizando el método de la observación. Para extraer información de los datos adquiridos y observar la impresión del encuestado en el momento de la recogida de datos, asimismo la encuesta formula preguntas basadas en las dimensiones y los indicadores de las variables (47).

#### **3.7.2. Descripción de instrumentos**

##### **Instrumento 1: Conocimientos sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia.**

En este estudio se empleará la versión modificada del instrumento de Anco, que se utilizó en Perú en 2023, para esta variable de manera similar. El estudio empleará un cuestionario de dos partes. La primera parte recogerá información básica de los participantes, y la segunda parte contará con 22 preguntas de opción múltiple, cada una de las cuales otorgará una puntuación de 1 por una respuesta correcta y 0 por una respuesta incorrecta. Cada profesional de enfermería podrá ser clasificado en función de la puntuación global, que variará de cero a 22 puntos.

En una escala de medición: Respuesta correcta = 1 punto; Respuesta incorrecta = 0 puntos y escala valorativa de alto de 18 a 22; medio de 13 a 17 y bajo de 0 a 12 (48).

##### **Instrumento 2: Prácticas sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia.**

En este estudio se empleará para esta variable de manera similar la versión modificada del instrumento de Anco, que se utilizó en Perú en 2023. Una lista de verificación se considera un instrumento para la recopilación de datos; evalúa quince aspectos diferentes utilizando

respuestas binarias para determinar si una enfermera cumple o no con las evaluaciones, por ello su escala de medición será de Si = 1 punto; No = 0 punto. Y escala valorativa: de 0 – 12 práctica deficiente; de 13 – 15 práctica adecuada (48).

### **3.7.3 Validación**

#### **Instrumento 1: Conocimientos sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia.**

En este estudio se empleará la versión modificada del instrumento de Anco, que se utilizó en Perú en 2023, para esta variable de manera similar. Instrumento validado por cinco profesionales, mediante la prueba V de Aiken, y el resultado fue de 0,83 (48).

#### **Instrumento 2: Prácticas sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia.**

En este estudio se empleará la versión modificada del instrumento de Anco, que se utilizó en Perú en 2023, para esta variable de manera similar. Instrumento validado por cinco profesionales, mediante la prueba V de Aiken, y el resultado fue de 0,87 (48).

### **3.7.4 Confiabilidad**

#### **Instrumento 1: Conocimientos sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia.**

Este estudio empleará la versión modificada del instrumento de Anco, que se utilizó en Perú en 2023, para esta variable de manera similar. Utilizando el test de Kuder-Richardson (KR-20) se comprobó la fiabilidad del instrumento de conocimiento cuyo resultado fue de 0,81 lo que demostró que el instrumento de conocimiento era fiable (48).

#### **Instrumento 2: Prácticas sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia.**

Este estudio empleará la versión modificada del instrumento de Anco, que se utilizó en Perú en 2023, para esta variable de manera similar. Utilizando el test de Kuder-Richardson

(KR-20) se comprobó la fiabilidad del instrumento de conocimiento cuyo resultado fue de 0,85 lo que demostró que el instrumento de conocimiento era fiable (48).

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Después de conseguir que aprueben del proyecto, se procederá a conseguir los permisos correspondientes en la coordinación del servicio de UCI del hospital objeto de estudio. Se concertará un calendario de actividades para la recolección de la información.

Los datos recogidos de los pacientes de la UCI mediante las herramientas de investigación se cargarán en el programa estadístico IBM SPSS Statistics v.26. Acto seguido se harán los análisis estadísticos correspondientes con la recolecta de la data, utilizando el coeficiente de correlación de Rho Spearman para la contrastación de hipótesis propuestas.

### **3.8. Aspectos éticos**

**Principio de Autonomía:** Se informará a los participantes que tendrán libertad de participar en el estudio, por lo cual si aceptan deben firmar el consentimiento informado.

**Principio de Beneficencia:** Se informará a los participantes que tendrán beneficios y ventajas al participar del estudio manteniendo su reputación e integridad como personal profesional.

**Principio de No Maleficencia:** Se informará a los participantes la garantía de no sufrir daño porque el proyecto es estrictamente de índole académica.

**Principio de Justicia:** Se informará a los participantes que será tratado con respeto e igualdad sin diferencias raciales o sociales.

## **4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

#### 4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2024																			
	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Problemática	■	■	■	■	■	■														
Información bibliográfica			■	■	■	■	■													
Marco teórico						■	■	■	■											
Justificación							■	■	■											
Objetivos de la investigación								■	■	■										
Enfoque de estudio								■	■	■										
Diseño de investigación									■	■	■									
Población									■	■	■									
Técnicas e instrumentos									■	■	■									
Aspectos éticos													■	■	■	■				
Métodos de análisis													■	■	■	■				
Aspectos Administrativos													■	■	■	■				
Anexos																	■	■	■	
Aprobación del proyecto																	■	■	■	
Sustentación de informe final																				■

#### 4.2. Presupuesto

<b>BIENES</b>	<b>COSTO (SOLES)</b>
Material de procesamiento de datos	400.00
Material de impresión	400.00
Material de escritorio	400.00
<b>SUB TOTAL</b>	1200.00
<b>SERVICIOS</b>	<b>COSTO (SOLES)</b>
Movilidad interna	300.00
Asesoría	1500.00
Fotocopias y encuadernado	150.00
Empastado	150.00
Copia de Proyecto empastado	450.00
<b>SUB TOTAL</b>	3.750.00
GASTOS DE CONTIGENCIA 10%	500.00
<b>TOTAL</b>	4.250.00

## 5. REFERENCIAS



1. Alayo C, Castañeda I, Tarrillo C. 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 de posgrado]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2018. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos\\_AlayoC\\_uzcano\\_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos_AlayoC_uzcano_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente. [Internet]. [Consultado 5 dic 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- G. Leonardo S. El paciente crítico crónico. [Internet]. 2019; 30 (2): 160-170. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-el-paciente-critico-cronico-S0716864019300239>
3. Quisilema J, Cordero I, González O. Sedoanalgesia con midazolam-ketamina en el paciente crítico ventilado mecánicamente. Rev cuba anestesiología reanim [Internet]. 2017; 16 (2): 52-62. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182017000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182017000200007&lng=es).
4. Cruz A. Guía para el manejo de la analgesia y la sedación en el paciente crítico con Asistencia Respiratoria Mecánica. [Internet] 2018; 25. Disponible en: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cruzadriana2018.pdf>
5. Novillo J. Educación de profesionales de enfermería en la analgesia y sedación de pacientes críticos con ventilación mecánica en UCI. España. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 25 de agosto de 2022]; URL Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/57916/1/PFG001240.pdf>.
6. 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. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 5 de septiembre de 2022]; URL Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UWIE\\_a825edd6487c9d01923bc13c81d0e46d](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UWIE_a825edd6487c9d01923bc13c81d0e46d).

7. Rivas E, Alarcón M, Gatica V, Neupayante K, Schneider M. Escalas de calificación del dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. Enfermería. Montevideo. [Internet]. 2018; 7 (1): 57-73. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S239366062018000100057&lng](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S239366062018000100057&lng)

8. Acebal O, Casilla M. Manejo enfermero de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos. [Tesis de posgrado]. España: Universidad Autónoma de Madrid, 2020. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691416/acebal\\_morales\\_olaya.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691416/acebal_morales_olaya.pdf?sequence=1)

9. Chávez M. Conocimiento y prácticas sobre los cuidados de enfermería a pacientes con sedoanalgesia en ventilación mecánica de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2020. [Tesis de posgrado]. Perú: Universidad Peruana Unión, 2020. Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3301/Melina\\_Trabajo\\_Especialidad\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3301/Melina_Trabajo_Especialidad_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

10. Álvarez M, Guamán S, Quiñones J. Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. CAMBIOS-HECAM [Internet]. 2019; 18(1): 96-10. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/392>

11. Espejo P. Competencias cognoscitivas y práctica del profesional de enfermería en la atención del paciente con sedoanalgesia, Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés La Paz-Bolivia, Gestión 2019. [Tesis de posgrado]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, 2019. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/24837>

12. Hernández Y. Actitud del profesional de enfermería ante la administración de sedantes y relajantes a pacientes conectados a ventilación mecánica. RUCS [Internet]2019; 2(2): 099-116. Disponible en: <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1251>
13. Telechea H, Idiarte L, Pardo L, Mondada S, Silva A, Silveira L et al. Evaluación del uso de sedación y analgesia en niños con asistencia ventilatoria mecánica. Arco. pediatra Urug. [Internet]. 2019; 90 (1): 6-11. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168812492019000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168812492019000100006&lng=es).
14. Carani C. Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica, Unidad de Cuidados Intensivos Clínica La Paz, Prosalud Tercer Trimestre Gestión 2019. [Tesis de posgrado]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, 2019. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/24815>
15. Bravo S. Competencias cognitivas y técnicas en la profesional de enfermería sobre sedoanalgesia, Unidad De Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital Del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” Gestión 2019. [Tesis de posgrado]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, 2019. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/24037>
16. Cahuana Y, Yupaiccana B. Conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedo analgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos de ESSALUD Cusco – 2022. [Tesis de posgrado]. Perú: Universidad Nacional del Callao, 2022. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7357>
17. Cruzado K. Conocimiento y práctica de la enfermera sobre la valoración del niño con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica. [Tesis de posgrado]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, 2023. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/5b15f40a-bec1-4825-9ffc-bb4c7931566c>

18. Carrión R, Huaraca M. Conocimientos y prácticas de cuidado en pacientes con ventilación mecánica bajo sedoanalgesia de enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2022. [Tesis de posgrado]. Callao: Universidad Nacional del Callao, 2022. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7698/TESIS%20CARRION%20-%20HUARACA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Canal V. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería en pacientes con ventilación mecánica en emergencia Covid, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco-EsSalud Cusco, 2021. [Tesis de posgrado]. Perú: Universidad Andina del Cusco, 2021. Disponible en: [https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/4595/Viviana\\_Tesis\\_bachiller\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/4595/Viviana_Tesis_bachiller_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Aquino G, Ñaña L. El entrenamiento de la enfermera en el manejo de ventilación asistida y su efecto en la incidencia de complicaciones en el servicio de emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2020. [Internet]. Perú: Universidad Nacional del Callao, 2020. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5372>
21. Esparza R, Rubio J. La pregunta por el conocimiento. Saber [Internet]. 2016; 28 (4): 813-818. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01622016000400016&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622016000400016&lng=es).
22. Moncada J. Origen y desarrollo de la teoría del conocimiento. [Internet]. 2019; 10. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/328/3281358004/html/>
23. Guirado A, Gimenez Y, Mazzitelli C. La enseñanza, el aprendizaje y el conocimiento científico desde la perspectiva de futuros profesores de Ciencias Naturales. Educación. [Internet] 2022; 31(60), 197-214. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18800/educacion.202201.009>

24. Da Silva E, Pomim Valentim M, De La Mano González M. El conocimiento científico en el contexto de los sistemas nacionales de innovación de Brasil y España. *Rev. cuba. inf. cienc. salud* [Internet]. 2020; 31(4): e1564. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-21132020000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132020000400009&lng=es).
25. Rodríguez C, Peñaloza N, Parra J, Moreno, A. Sedación para procedimientos en el servicio de urgencias. *Universitas Médica*. [Internet]. 2021; 62 (1), 33- 45. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.seda>
26. Rodríguez R. Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos sobre el cuidado de lesiones por presión en pacientes COVID19 bajo efectos de Sedoanalgesia en una Clínica Privada, Lima-2021 [Tesis de posgrado]. Perú: Universidad Norbert Wiener, 2022. Disponible en: [http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6059/T061\\_45713553\\_S.pdf?sequence=1](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6059/T061_45713553_S.pdf?sequence=1)
27. Alejos G, Angeles A, Martinez J. Concordancia de valoraciones del dolor entre la Escala de Conductas Indicadores de Dolor y Behavioral Pain Scale. *Rev. Enferm.Neurol* [Internet]. 2020; 21 (2): 157-65. Disponible en: <https://www.revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/404>
28. Aquino I, Ruiz Chacón M. Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de cuidados intensivos COVID de un hospital de Tarapoto, 2023. [Tesis de posgrado]. Perú: Universidad Peruana Unión, 2023. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6580>
29. García M, Giménez C, Alcántara S, Chamorro C. Protocolos de analgosedación en pacientes con infección por coronavirus en caso de desabastecimiento. recomendaciones del grupo de trabajo de sedación, analgesia y delirium de la sociedad española de medicina

intensiva, crítica y unidades coronarias (SEMICYUC). [Internet]. 2020. Disponible en: <https://semicyuc.org/wpcontent/uploads/2020/05/PROTOCOLO-ANALGOSEDACION-COVIDSEMICYUC-V2.pdf>

30. Guerrero M, Guamán S, Quiñones J. Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Cambios-Hecam [Internet]. 2019; 18 (1): 96-10. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/392>

31. Escobar B, Sanhueza O. Patrones de conocimiento y expresión de Carper en el cuidado de enfermería: Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2018; 7(1): 27-42. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S239366062018000100027&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S239366062018000100027&lng=es).

32. Meléndez S. La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de Covid-19: experiencias de alumnos. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 8, 00004. 2020. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-78902020000800004](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800004)

33. Telechea H, Idiarte L, Pardo L, Mondada S, Silva A, Silveira L et al. Evaluación del uso de sedación y analgesia en niños con asistencia ventilatoria mecánica. Arco. pediatra Urug. [Internet]. 2019; 90 (1): 6-11. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168812492019000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168812492019000100006&lng=es)

34. Fernández J, Heras E, Hernández B, Jiménez A, Martínez A, López J et al. Resultados tras la implementación de un protocolo de sedoanalgesia para procedimientos en el ámbito hospitalario. Rdo. chile pediatra [Internet]. 2019; 90 (6): 649-656. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-410620190006000649&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-410620190006000649&lng=es).

35. Carrillo A, Martínez C, Taborda C. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner a la formación de enfermería. *Rev. Enfermer Cubano*. [Internet]. 2018; 34 (2): e1522. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192018000200015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192018000200015&lng=es)
36. Taínta M, Arteché Y, Martín I, Salas V, Goñi R. Conocimientos y actitudes de enfermeras de una unidad de cuidados intensivos sobre el dolor de los pacientes. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2020; 43 (2): 177-187. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0872>.
37. Donato M, Carini , Meschini MJ, Saubidet I, Goldberg A, Sarubio M, et al. Consenso para el manejo de la analgesia, sedación y delirium en adultos con síndrome de distrés respiratorio agudo por COVID-19. *Rev bras ter intensiva* [Internet]. 2021;33 (1): 48–67. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210005>
38. Ferrer L, Díaz J, Cárdenas Y, Vergara M, Garay M et al. Alternativas de sedación, analgesia, relajación y delirio en pacientes con COVID-19. Revisión narrativa. *Medicina crítica. (Col. Mex. Med. Crít.)* [Internet]. 2022; 36 (5): 296-311. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S244889092022000500296&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244889092022000500296&lng=es)
39. Acedo C, Rodríguez B. Sedación paliativa. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2021; 14 (2): 93-97. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2021000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009&lng=es).
40. Vega E, Cardulis O, Rojas O, Ojeda J, Díaz de la Rosa Claudia. Analgosedación con propofol y fentanilo en la colonoscopia. *Rev Cuba Anestesiol Reanim* [Internet]. 2022; 21 (3): e829. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182022000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182022000300003&lng=es).
41. Cabo E, Dávila, Morejón J, Acosta E. Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. *Medisur* [Internet]. 2020; 18 (4): 694-705. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000400694&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400694&lng=es)

42. Bernal C. Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Tercera edición. Prentice Hall. [Internet]. 2019; Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2019-pdf.pdf>
43. Herbas B, Rocha E. Metodología científica para la realización de investigaciones de mercado e investigaciones sociales cuantitativas. Revista Perspectivas, [Internet]. 2019; (42), 123-160. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1994-37332018000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1994-37332018000200006&lng=es&tlng=es).
44. Mollenhauer K, Moraga E, Bernasconi R. Modelo instrumental para proyectos complejos. Poliedro Propuesta de Valor Académico. Bitácora Urbano Territorial, Bogotá. [Internet] 2020; 30 127-140. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/bitacora.v30n2.81661>.
45. Pineda F, Téllez C, Gutiérrez R. Metodología Aplicada en la Redacción de Trabajos Monográficos de Tipo Revisión Sistemática. Higo [Internet]. 2023; 13 (1): 2-19. Disponible en: <https://revistasnicaragua.cnu.edu.ni/index.php/elhigo/article/view/8050>
46. Sánchez J, Fernández M, Díaz J. Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. Revista Científica Uisrael. [Internet]. 2021; 8 (1), 107-121. Disponible en: <https://doi.org/10.35290/rcui.v8n1.2021.400>
47. Anco G. Conocimientos sobre la valoración de sedo analgesia y prácticas del profesional de enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, 2023. [Tesis de posgrado] Perú: Universidad Norbert Wiener, 2023. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9635/T061\\_40473228\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9635/T061_40473228_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



48. Carrillo A. García L. Cárdenas C. Díaz I. Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. España. [en línea]. 2013. [fecha de acceso 18 de septiembre de 2022]; URL Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S1695-61412013000400021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1695-61412013000400021).

## **6. ANEXOS**

## Anexo 1. Matriz de Consistencia

### Título: “Conocimientos y prácticas de enfermeras en aplicación de escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica, Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica de Lima, 2024”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una Clínica de Lima, 2024?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuál es la relación entre conocimientos de valoración de la sedoanalgesia y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica? ¿Cuál es la relación entre conocimientos de valoración de agitación-sedación y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica? ¿Cuál es la relación entre conocimientos de valoración del dolor y las prácticas del personal de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica? ¿Cuál es la relación entre conocimientos de valoración de la VM y las prácticas de las enfermeras sobre la</p>	<p><b>Objetivos generales</b> Determinar cuál es la relación entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una Clínica de Lima, 2024.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar cuál es la relación entre conocimientos de valoración de la sedoanalgesia y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica. Identificar cuál es la relación entre conocimientos de valoración de agitación-sedación y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica. Identificar cuál es la relación entre conocimientos de valoración del dolor y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica. Identificar cuál es la relación entre conocimientos de valoración de la VM y las prácticas de las enfermeras sobre la</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una Clínica de Lima, 2024. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una Clínica de Lima, 2024.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos de valoración de la sedoanalgesia y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica. Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos de valoración de agitación-sedación y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica. Hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos de valoración del dolor y las prácticas de las</p>	<p><b>V1:</b> <b>Conocimientos sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia.</b></p> <p>Conocimientos de valoración de la sedoanalgesia</p> <p>Conocimientos de valoración de agitación-sedación</p> <p>Conocimientos de valoración del dolor</p> <p>Conocimientos de valoración de la VM</p> <p><b>V2:</b> <b>Prácticas sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia</b></p> <p>Antes de la valoración de la sedoanalgesia</p>	<p><b>Método de investigación</b> Hipotético deductivo Enfoque será cuantitativo <b>Tipo de investigación</b> Aplicada <b>Diseño de la investigación</b> No experimental, Corte transversal Correlacional</p> <p><b>Población y muestra</b> La población objeto estudio se tomará en cuenta a 80 del personal de enfermería que laboren en el área de la UCI de una Clínica de Lima.</p> <p><b>Técnica e Instrumentos:</b> Encuesta/Observación</p> <p>Cuestionario/Lista de verificación</p>

---

<b>y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica?</b>	aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica.	enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica. Hi4: Existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos de valoración de la VM y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la UCI de una clínica.	Durante de la valoración de la sedoanalgesia  Después de la valoración de la sedoanalgesia
--	--	--	--

---

## **Anexo 2.**

### **6.2. Instrumentos**

#### **CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE SEDOANALGESIA**

##### **I. Presentación:**

Estimados participantes el siguiente cuestionario es anónimo, lo cual garantizará su confiabilidad de sus respuestas brindadas, por lo que se les pide por favor puedan responder las siguientes preguntas con honestidad, responsabilidad y su mayor colaboración.

##### **II. Instrucciones:**

Responda a las siguientes preguntas con sinceridad y objetividad, marcando con una x la respuesta que considere más útil. Agradezco de antemano su ayuda y prometo mantener su anonimato. Lee detenidamente las preguntas y marca con un aspa (x) o con un circulo (0) la respuesta correcta según su criterio.

##### **III. Datos Generales:**

###### **Edad:**

20 – 30 ( ) 30 – 40 ( ) 40 a más ( )

###### **Sexo:**

Masculino ( ) Femenino ( )

###### **Estado Civil:**

Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Divorciado ( )

###### **Tiempo de servicio:**

a) Menor de 1 año ( ) b) De 1 a 10 años ( )

c) De 11 a 20 años ( ) d) de 21 a 30 años ( )

##### **IV. Contenido.**

Conocimientos sobre el cuidado al paciente con sedo analgesia sometidos a ventilación mecánica invasiva.

###### **1) ¿Cómo definiría paciente con sedo analgesia sometido a ventilación mecánica invasiva?**

a) Un paciente en coma.

b) Un paciente dormido.

- c) Un paciente dormido, sin dolor y sedado.
- d) Un paciente ansioso.

**2) ¿Cuál es el objetivo más importante de la sedo analgesia?**

- a) Facilitar la ventilación mecánica.
- b) Alivio de la ansiedad y del dolor.
- c) Mejorar las funciones vitales.
- d) Inducción del sueño.

**3) ¿En qué casos se indica la sedo analgesia?**

- a) Paciente consciente
- b) Paciente con PCR
- c) Paciente con ventilación mecánica
- d) Paciente con drenaje pleural

**4) ¿Cuáles son complicaciones de la sedo analgesia?**

- a) Sueño profundo, estado de coma
- b) Sopor y delirio
- c) Sedación superficial
- d) Infrasedación o sobredación

**5) ¿Cuáles son los medicamentos más usados para sedo analgesia en la unidad de críticos?**

- a) Flumazenil y ketamina
- b) Tiopental y morfina.
- c) Fentanilo y Midazolam.
- d) Propofol y Metamizol.

**6) ¿Cuál es el efecto adverso más común de estos medicamentos?**

- a) Trastornos digestivos
- b) Hipotensión Sistólica
- c) Taquicardia Sinusal
- d) Depresión respiratoria

**7) ¿Qué debe monitorizar la enfermera en un paciente con sedo analgesia sometido a ventilación mecánica invasiva?**

- a) Pulso, AGA, F.R
- b) Llenado capilar, PVC, glicemia
- c) Nivel de conciencia, Sat O<sub>2</sub>, P.A, F.R.,F.C
- d) PAM, F.R, PIC.

**8) ¿Qué escala se utiliza para evaluar estado de agitación – sedación en paciente con ventilación mecánica?**

- a) Escala de GLASGOW
- b) Escala Visual Analógica
- c) Escala de RASS
- d) Escala de Sedo analgesia

**9) ¿Con qué frecuencia debe aplicarse la escala en el paciente?**

- a) Cuatro veces al día
- b) Una vez al día
- c) Dos veces al día
- d) Cuantas veces sea necesario

**10) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación profunda según la escala de RASS? (RASS-4)**

- a) Despertares breves con contacto visual con la voz (<10 segundos)
- b) No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico
- c) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
- d) Compite con el ventilador

**11) ¿Cómo considera Ud. al paciente somnoliento según la escala de RASS? (RASS1)**

- a) Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada.
- b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
- c) Alerta y Calmo
- d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo

**12) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación moderada según la escala de RASS? (RASS-3)**

- a) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
- b) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
- c) Movimiento (sin apertura de ojos) a la llamada
- d) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (>/= 10 seg)

**13) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación ligera según la escala de RASS? (RASS-2)**

- a) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
- b) Alerta y Calmo

- c) Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos)
- d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo

**14) ¿Cómo considera Ud. al paciente Inquieto según la escala de RASS? (RASS+1)**

- a) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz ( $\geq 10$  seg)
- b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
- c) Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
- d) Despertares breves con contacto visual con la voz ( $<10$  segundos)

**15) ¿Cómo considera Ud. al paciente Alerta y Calmo según la escala de RASS? (RASS 0)**

- a) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
- b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
- c) Ausencia de respuesta a la voz, pero con movimientos o apertura de los ojos a la estimulación física
- d) Alerta y Calmo

**16) ¿En paciente con ventilación mecánica y PEEP alto, que RASS debería manejar?**

- a) RASS -4
- b) RASS 0
- c) RASS +1
- d) RASS +3

**17) ¿Qué escala de valoración del dolor en paciente con ventilación mecánica, o paciente no comunicativo bajo sedación profunda conoce Ud.?**

- a) Escala Visual Análoga EVA
- b) ESCID
- c) Behavioural Pain Scale (BPS)
- d) B y C

**18) La EVA se aplica en pacientes:**

- a) Con ventilación mecánica
- b) Conscientes y comunicativos
- c) Sedados
- d) Ninguna de las anteriores

**19) ¿Cómo define ventilación mecánica invasiva?**

- a) Es la utilización de oxígeno para ventilación del paciente.
- b) Es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.



- c) Es un instrumento que ayuda a la ventilación del paciente
- d) Es la intervención de apoyo ventilatorio

**20) ¿Cuál es el objetivo de ventilación mecánica?**

- a) Mantener al paciente dormido.
- b) Mantener, normalizar o manipular el intercambio gaseoso
- c) Mantener al paciente relajado.
- d) Mantener al paciente sedado y relajado.

**21) ¿Cuáles son las indicaciones de ventilación mecánica?**

- a) Agitación continua, tiraje, incontinencia urinaria.
- b) Estado mental: agitación, Excesivo trabajo respiratorio, tiraje, uso de músculos accesorios, signos faciales, Fatiga de músculos inspiratorios, Agotamiento general de paciente, Hipoxemia.
- c) Agotamiento general del paciente, agitación, tiraje, taquipnea, ahogamiento ureteral.
- d) Estado mental, agitación, estado de coma.

**22) ¿Cuáles son los modos más conocidos de ventilación mecánica invasiva?**

- a) S. Mandatorio A/P SIMV,
- b) CPAP. P A/C, V A/C, SIMV.
- c) V A/C, V CPAP, ALEATORIO
- d) SIMV, INVASIVO, CPAP

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRÁCTICA SOBRE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE SEDOANALGESIA

### Presentación:

Esta lista de verificación es un listado de procedimientos realizados por el personal de enfermería. Deben reaccionar colocando una cruz (x) en la casilla correspondiente a la acción.

### I. Datos Informativos:

Servicio: ----- Fecha: ----- Hora de observación: -----

### II.

### Procedimientos:

PRÁCTICA	VALORACIÓN		
	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>ANTES DE LA SEDO ANALGESIA</b>			
1.Comprueba la operatividad del equipo a usar			
2.Ventilador mecánico			
3.Corrugados			
4.Humidificación			
5.Bombas infusoras			
6.Fármacos Prepara el material y equipo			
<b>DURANTE LA SEDO ANALGESIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
7.Preparación correcta de fármacos			
8.Titulación de las infusiones de sedo analgesia			
9.Monitorio de funciones vitales			
10.Valoración de la sedación según escala de RASS			
11.Valoración del dolor según escala BPS			
12.Identifica signos de complicaciones y posibles efectos adversos			
13.Registra en historia clínica			
<b>DESPUÉS LA SEDO ANALGESIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
14.Registra en historia clínica			
15.Registra evaluación de estado de conciencia			

### Anexo 3. Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIE-VRI

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener  
 Investigadores : Mora Vera, Gratimiano  
 Título : “Conocimientos y Prácticas de las enfermeras sobre las Escalas de Sedoanalgesia a Pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, 2024”

**Propósito del estudio:** Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “Conocimientos y Prácticas de las enfermeras sobre las Escalas de Sedoanalgesia a Pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, 2024”. Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener *Mora Vera, Gratimiano* El propósito es: “Determinar cuál es la relación entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la aplicación de las escalas de sedoanalgesia a pacientes en Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Lima, 2024”.

**Procedimientos:**

Si usted decide participar en este estudio se le solicitará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y participar voluntariamente
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta
- Firmar el consentimiento informado

La encuesta puede demorar unos 20 a 30 minutos y los resultados se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

**Riesgos:** Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Su participación en el estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

**Beneficios:** Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

**Derechos del participante:**

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con *Mora Vera, Gratimiano* al 000000000 y/o ante la presidencia del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, telf. 7065555 anexo 3285. [comité.etica@uwiener.edu.pe](mailto:comité.etica@uwiener.edu.pe)

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

---

**Participante**

**Nombres:**

**DNI:**

---

**Investigadora**

**Nombre:**

**DNI:**

## ● 16% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	3%
2	<b>hdl.handle.net</b> Internet	2%
3	<b>uwiener on 2023-09-10</b> Submitted works	1%
4	<b>uwiener on 2023-10-26</b> Submitted works	1%
5	<b>uwiener on 2024-03-29</b> Submitted works	<1%
6	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Internet	<1%
7	<b>repositorio.unac.edu.pe</b> Internet	<1%
8	<b>uwiener on 2024-03-03</b> Submitted works	<1%