



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 enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia  
en pacientes en cuidados intensivos en un hospital, Lima 2024

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

**Presentado por:**

**Autora:** Caldas Castañeda, Marina Glory


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0003-3537-3229>

**Asesora:** Mg. Paniora Allca, Nancy

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7694-824X>

**Lima – Perú**

**2024**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

Yo, Marina Glory Caldas Castañeda, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Conocimientos y prácticas de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en Cuidados Intensivos en un Hospital, Lima 2024” Asesorado por el docente: Mg. Paniora Allca Nancy, DNI 40186944 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7694-824X> tiene un índice de similitud de 18 (Dieciocho) % con código OID: 1412:410176730 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)  
 Marina Glory, Caldas Castañeda  
 DNI: ...09611082.....



.....  
 Firma del Asesor  
 Mg. Paniora Allca, Nancy  
 DNI: ...40186944.....

Lima, 02 de diciembre de 2024



## **DEDICATORIA**

Dedicado en honor a mi hermosa familia y mi compañero de vida quienes me han brindado todo su apoyo incondicional para la elaboración y culminación de este nuevo proyecto dentro de mi vida profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis maestros por contribuir en mi formación profesional como enfermera intensivista, a la Mg. Paniora Allca, Nancy por su incondicional apoyo en el asesoramiento y desarrollo de este trabajo, también en mi formación como investigadora.

## Índice

<b>1. EL PROBLEMA .....</b>	<b>9</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	9
1.2 Formulación del problema.....	12
1.2.1 Problema general.....	12
1.2.2 Problemas específicos .....	13
1.3 Objetivos.....	14
1.3.1 Objetivos general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
1.4 Justificación .....	15
1.4.1 Teórica.....	15
1.4.2 Metodológica.....	16
1.4.3 Práctica .....	16
1.5 Delimitación de la investigación .....	17
1.5.1 Temporal .....	17
1.5.2 Espacial .....	17
1.5.3 Recursos .....	17
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1 Antecedentes.....	17
2.2 Bases teóricas .....	20
2.3 Formulación de hipótesis.....	47
2.3.1 Hipótesis general .....	47
2.3.2 Hipótesis específicas .....	47
<b>3. METODOLOGÍA .....</b>	<b>48</b>
3.1 Método de investigación.....	48
3.2 Enfoque de investigación.....	48
3.3 Tipo de investigación.....	48
3.4 Diseño de investigación.....	48
3.5 Población, muestra y muestreo .....	36
3.6 Variables y Operacionalización.....	51
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	52
3.7.1 Técnica .....	52
3.7.2 Descripción de instrumentos .....	52

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos .....	54
<b>4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>56</b>
4.1 Cronograma de actividades.....	56
4.2 Presupuesto.....	57
<b>5. REFERENCIAS.....</b>	<b>58</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	71
Anexo 2: Instrumento .....	74
Anexo 3: Consentimiento informado .....	79

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación tendrá como **objetivo**: “Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024”. **Metodología**: Esta investigación será hipotético-deductivo, con un enfoque cuantitativo porque se recoge información objetiva que puede ser medida y cuantificada, de tipo descriptivo Correlacional, con diseño no experimental porque en la investigación no se buscó realizar alguna modificación o intervención a las variables, la muestra estará conformada por 80 enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, los instrumentos a emplear será un Cuestionario sobre Conocimientos de sedoanalgesia y una Guía de observación o check list ya validados para medir las prácticas de las enfermeras en pacientes con sedoanalgesia, los datos obtenidos se ingresarán en una base de datos y luego serán procesados por el programa estadístico SPSS versión 25.

**Palabras clave**: conocimiento, prácticas, sedoanalgesia, enfermería, cuidados intensivos.

## **ABSTRACT**

The present research project will aim to: “Determine the relationship between the level of knowledge and the practices of nursing staff regarding the assessment of sedoanalgesia in patients in the intensive care unit of a Hospital in Lima, 2024.” Methodology: This research will be hypothetical-deductive, with a quantitative approach because objective information is collected that can be measured and quantified, of a descriptive correlational type, with a non-experimental design because the research did not seek to make any modification or intervention to the variables, the sample will consist of 80 nurses who work in the intensive care unit of a hospital in Lima, the instruments to be used will be a Questionnaire on Knowledge of sedation and an observation guide or check list to measure the practices of nurses in patients with sedation. The data obtained will be entered into a database and then processed by the statistical program SPSS version 25.

Keywords: knowledge, practices, sedation, nursing, intensive care.

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Sedación y analgesia son vocablos que se tienen una variedad de condiciones farmacológicas, desde la sedación mínima (ansiolítica) hasta la sedación máxima o general. Se debe fijar que el grado de sedación dependerá: de la dosis del fármaco aplicada al paciente, susceptibilidad o rechazo al fármaco, sinergia entre dos o más fármacos, edad, estado general, etc.; no obstante, el nivel de sedación puede cambiar de uno a otro paciente, todo dependiendo del procedimiento a realizar. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo describe a modo de “una vivencia sensorial y sensitivo fastidioso, relacionado a un daño del tejido ya sea real o potencial”. Se refiere a una vivencia individual que es distinta en cada individuo, con diferentes dimensiones: del sensorio, emotivo, mental, psíquico y conductual (1)

A nivel mundial, se determinan que en la unidad de cuidados intensivos más del 69% de hospitalizados estaban con una sedación inadecuada; 30.6 %, presentaba sedación perfecta, 15.4 % poseen una escasa sedación y 54.0 % presentaban una exagerada sedación, demostrando que gran número de enfermeras no tienen los conocimientos necesarios para la administración correcta y adecuada de sedoanalgesia al paciente que permanece en cuidados intensivos lo cual puede conllevar a resultados complejos que pueden agravar o empeorar la vida de la persona hospitalizada (2)

Así mismo a nivel internacional se describe a la sedoanalgesia en la UCI una actividad rutinaria, cuya finalidad es mitigar el dolor y la inquietud, de igual manera permitir la ejecución realización de las actividades y actos médicos, con la finalidad de el fin de optimizar la vivencia del paciente en el tiempo que reciba el soporte y conforme con las estudios realizados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), en España, se notificó 1424 casos en UCI, 943 son eventos sin

daño y 481 son eventos adversos. El 74% están referidos a las diferentes actividades de cuidado que se realizan como administración de medicación, de vía aérea, ventilador mecánico y manejo de los accesos vasculares. (3)

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado la agencia utilizar los protocolos de analgesia y sedación según la necesidad o conveniencia de la salud de los personas hospitalizados, que por lo general tiene un alto índice de abordaje en circunstancias en por las que el paciente tienen que afrontar condiciones críticas, por lo que es indispensable que el 100% de enfermeras tengan las competencias y capacidades de nivel especializado en la parte de conocimiento y técnica procedimental para brindar la seguridad de conservar la salud de la persona enferma cuando tenga que estar sometido a estados de sedación o analgesia (4).

Del mismo modo, la sedoanalgesia fue descrita por la Asociación Americana de Anestesiología y Medicina Crítica como una terapéutica que facilita aminorar el estado de conciencia para impedir que el paciente padezca, de igual modo estará en un cuadro más calmado, sereno y de letargo, esto le facilitara al paciente soportar los procesos dolorosos al tiempo que se vigila su estado respiratorio y de esta manera pueda superarse para contestar a las indicaciones que demuestren su recuperación o mejora (5).

La enfermera para una valoración del paciente con ventilador mecánico bajo los resultados de la sedoanalgesia viene empleando la escala de RASS con puntuaciones desde -5 a +4 brindando una apropiada opción para la valoración de sedación siendo su ventaja fundamental la valoración de los distintos grados de sedación (ligera, modera, profunda y muy profunda) los cuales son monitorizados gracias a los puntajes obtenidos de igual manera vigilante hasta un estado de alteración o agitación. A través de una adecuada valoración de enfermería se va a poder reconocer las circunstancias en las cuales el paciente que está sometido a un ventilador mecánico percibe dolor y esto permitirá hacer las

correcciones de manera inmediata, corrigiendo el exceso de sedación que pueden repercutir negativamente en la recuperación del paciente (6).

Así mismo un informe en el Perú demostró que del 100% de los profesionales de enfermería, el 50 % muestra un grado de conocimiento acerca de la sedación y analgesia, a partir de los conceptos y los medicamentos más usados así como las reacciones adversas que estos pueden conseguir, de igual manera acerca de la escala Ramsay, demuestran una capacidad mínima acerca de la monitorización básico a los pacientes con sedación y ventilación mecánica, por otra parte el estudio también demuestra que existe una deficiencia acerca de los conocimientos y objetivos de la sedoanalgesia de igual manera acerca de mostrar un excelente nivel de una sedación esperada. (7)

De otro lado la sedoanalgesia es señalada por el médico intensivista, siendo el personal de enfermería la responsable de la estricta actividad de monitorizar y realizar la comunicación precisa para poder fijar una sedación segura y efectiva, segura para conseguir una adecuada hemodinamia y con mínimas secuelas, dado que la mayor parte de las alteraciones provenientes de la sedoanalgesia pueden ser evitados. Por lo mismo la enfermera especialista en cuidados intensivos debe tener la capacidad de identificar la baja o el exceso de sedación, siendo esta última la más constante en presentarse. El manejo adecuado del dolor evita complicaciones; por ende, el profesional enfermero debe identificar las señales de dolor, empleando las escalas autorizadas, para no equivocarse en la necesidad de administrar analgesia y elevar equivocadamente la dosis de la sedación. (8)

Por tal razón, además de aplicar fármacos para la sedación y analgesia, la enfermera intensivista igualmente es la encargada de la valoración constante y la vigilancia de la estabilidad hemodinámica del paciente en el transcurso de todo proceso hasta el post proceso o trasladado a otro servicio, sala de observación o recuperación; implicando esto realizar un control del estado neurológico, pulmonar, estado oxigenatorio y estado hemodinámico, a

administrar diferentes tipos de terapéuticas, como la oxigenoterapia, para ayudar o recuperar la funcionabilidad cardíaca y respiratoria. (9)

Por último, la valoración va a facilitar al personal de enfermería estructurar los cuidados adecuados que permitirán realizar una selección adecuada del tratamiento así mismo también determinar qué tan efectivo ha resultado lo administrado. Esta valoración es necesario realizarla de manera regular con la finalidad de realizar los ajustes de dosis adecuados. Es indispensable recalcar que las exigencias de sedación son diferentes para cada tipo de paciente, de igual modo durante su permanencia esto va a ir variando todo dependiendo de su evolución diaria en la UCI, por lo cual es importante especificar una terapia individualizada de acuerdo con las necesidades y requerimientos de sedoanalgesia que requiera el paciente. (10)

Por lo tanto, este proyecto se presenta con la finalidad de determinar la relación entre el conocimiento y la práctica que tiene la enfermera especialista en la manipulación y/o cuidados de pacientes bajo sedoanalgesia ya que la finalidad del profesional es el cuidado del paciente en procura de buscar su recuperación, bienestar y confort y no causarle daño o discapacidad por lo que se formula la siguiente interrogante.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación que existe entre conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima 2024?

### 1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión valoración de la analgesia de conocimientos, y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión valoración de la agitación sedación de conocimientos y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión valoración del dolor de conocimientos y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión valoración de la ventilación mecánica de conocimientos, y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación que existe entre conocimientos y la dimensión antes de la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación que existe entre conocimientos y la dimensión durante la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación que existe entre conocimientos y la dimensión después de la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general**

¿Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar la relación que existe entre la dimensión valoración de la analgesia de conocimientos, y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Identificar la relación que existe entre la dimensión valoración de la agitación sedación de conocimientos y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Identificar la relación que existe entre la dimensión valoración del dolor de conocimientos y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Identificar la relación que existe entre la dimensión valoración de la ventilación mecánica de conocimientos, y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Identificar la relación que existe entre conocimientos y la dimensión antes de la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Identificar la relación que existe entre conocimientos y la dimensión durante la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Identificar la relación que existe entre conocimientos y la dimensión después de la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Teórica**

El progreso del presente proyecto posibilitara entender y conocer información teóricos-practico modernizado a cerca de las variables a estudiar las cuales permitirán fortalecer los conocimientos y prácticas del profesional enfermero, intentando concienciar y relacionar las diferentes escalas de valoración con el fin de tener una labor más organizado y unificado que beneficiará a la institución ayudando a incrementar la excelencia en la atención y reduciendo los efectos adversos que puedan presentarse durante el tiempo de cuidado del paciente bajo sedación y analgesia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

En ese aspecto la teoría de enfermería que se presenta aquí es la teoría del triple impacto sustentada por Florence Nightingale, quien asume la relevancia de tres factores primordiales durante la atención que brinda el personal enfermero. El primero está centrado en las competencias que deben poseer y que conjuga tanto la teoría como la práctica que se pone de manifiesto durante la atención del paciente crítico. Segundo considera el entorno asistencial en el que se brinda el servicio de salud, donde todo se encuentre limpio y ordenado para brindar la mejor atención y, el tercer punto es la imagen que se proyecta dentro y fuera de la institución.

Así mismo Patricia Benner utilizó descripciones sistemáticas de cinco etapas: principiante (sin experiencia ante situaciones nuevas), principiante avanzado (aquellos que adquieren poca experiencia y le hacen frente a situaciones reales) competente (Demuestra confianza en su desempeño y reconoce que circunstancias son más urgentes que otras) eficiente (Genera habilidad innata en sus actividades, tiene la capacidad de tomar decisiones

asertivas) y experto (demuestra control identificando el problema y encontrando una solución de forma eficaz).

#### **1.4.2 Metodológica**

En el desarrollo del proyecto se aplicara el método científico hipotético-deductivo por que a través de este vamos a plantear hipótesis que va a partir de nuestro problema de estudio al cual se va a identificar las causas o motivos por el cual se ha presentado el problema para ello debemos realizar la aplicación de instrumentos que nos van a permitir demostrar si nuestra hipótesis es verdadera o falsa. Este trabajo tiene una utilidad metodológica porque podrán realizarse futuras investigaciones y contribuir con otros estudios que se puedan realizar a nivel nacional y el particular en Lima para mejorar, reforzar, actualizar el conocimiento y la practica del personal de enfermería en cuidado de pacientes críticos con sedoanalgesia.

En este trabajo el método científico aplicado será hipotético-deductivo, con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, con diseño no experimental, de corte transversal y descriptiva correlacional, utilizando como instrumento de recolección de datos para la variable conocimiento el cuestionario y para la variable practica la guía de observación o check list.

#### **1.4.3 Práctica**

El desarrollo del presente proyecto de investigación contribuirá a la mejora de los conocimientos y destrezas del profesional enfermero en las unidades de cuidados críticos, en cuanto a la valoración y administración de sedoanalgesia a través del uso de las diferentes escalas de sedación y analgesia utilizadas en los pacientes críticos con ventilación mecánica, lo cual será de mucha utilidad ya que esto le permitirá identificar y reconocer los diferentes niveles de sedoanalgesia, lo cual permitirá a la enfermera realizar a cabalidad el cumplimiento de sus actividades y funciones con mucha precisión y juicio crítico

actualizando y reforzando sus conocimientos y prácticas garantizando la recuperación del paciente y reduciendo los daños. De esta manera, los resultados de este proyecto serán de gran utilidad para el profesional enfermero de la unidad de cuidados intensivos fortaleciendo sus competencias tales como conocimientos, juicio crítico, habilidades y destreza los cuales en combinación pretenden fomentar que la aplicación de los cuidados enfermeros sea seguros y efectivos para los pacientes en las unidades de cuidaos intensivos.

## **1.5 Delimitación de la investigación**

### **1.5.1 Temporal**

El presente estudio se desarrollará desde junio hasta abril del 2024.

### **1.5.2 Espacial**

El presente proyecto de investigación será realizado en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital de Lima.

### **1.5.3 Recursos**

Enfermeras del Servicio de Cuidados Intensivos.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

#### **Internacionales**

Carani (11), en el año 2019 en La Paz, presento como objetivo “Determinar los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de Terapia Intensiva, Clínica La Paz”, Método: fue observacional, así mismo descriptivo de corte transversal. La población fue constituida por 15 enfermeros, se aplicó en todo el personal de semejantes cualidades. El instrumento fue la encuesta la cual estuvo sujeta a prueba o

juicio de tres expertos para su conformidad o aceptación, antes de la puesta en práctica. Conclusiones: concluyeron que el saber en el enfermero es un promedio y práctica es buena.

Bravo (12), 2019 La Paz, Bolivia. El propósito fue “Determinar las competencias cognitivas y técnicas en la profesional enfermería sobre sedoanalgesia en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga gestión 2019”. Método: aplico el descriptivo, observacional y transversal, con un muestrario no probabilístico o por conveniencia, aplicado en 24 enfermeras. Instrumento: se empleó el cuestionario que fue diseñado para recoger datos, compuesto por 20 ítems y una lista de observación conformado por 15 puntos, los dos aprobados por tres expertos. Conclusiones: se ratificó la hipótesis, ya que el conocimiento fue mediano en un 54% y en el procedimiento se contempla que un 78% lo efectúan y 22% no lo realizan por lo que se sugiere la aplicación de protocolos y una escala de sedación optima empleada en el paciente crítico que beneficiara tanto al paciente como a la unidad.

Espejo (13), 2019 en La Paz, Bolivia, sugirió como objetivo: “Determinar las competencias cognoscitivas del profesional de Enfermería en la atención del paciente crítico con sedoanalgesia en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, La Paz – Bolivia, 2019”. Metodología: empleo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. Conclusión: la enfermería intensivista que labora en el servicio de terapia intensiva del Instituto Gastroenterológico Japonés de La Paz posee un conocimiento Regular con el 58.3% relacionada al cuidado del paciente sometido a sedoanalgesia, reflexionando profundamente, así como decidir y tomar decisiones inmediatas y responsables en base a las respuestas conseguidas en esta investigación.

## Nacionales

Chappa (14), 2024 en Trujillo, tuvo por objetivo: “Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y las practicas del profesional de Enfermería sobre la valoración de la sedoanalgesia del paciente en ventilación mecánica invasiva del Hospital Regional II-2 de Tumbes”. Metodología: cuantitativa no experimental, descriptiva, de corte transversal, prospectiva. La muestra conformada por 15 enfermeros, aplicando como instrumento el cuestionario y una guía de observación. Resultados: el 53.3% poseen un nivel medio de conocimientos, 40% tiene un nivel alto, y 6.7% cuenta con un nivel bajo, mientras que en la variable practicas el 93.3% presenta un nivel eficiente y el 6.7% posee un nivel deficiente, llegando a la conclusión a través de la prueba estadística que resultado no significativa, es decir no existe relación entre las variables en estudio.

Carrión y Huaraca (15), 2022 en Andahuaylas, tuvieron como propósito: “Determinar la relación entre conocimientos y prácticas de cuidado en pacientes con ventilación mecánica bajo sedoanalgesia de los enfermeros en la UCI del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2022”. Metodología: es cuantitativa, no experimental, de corte transversal. Instrumento: se aplicó el cuestionario de preguntas y una guía de observación. Resultados: el 55 % tiene conocimiento medio, 40 % tiene nivel bajo y el 5 % tiene un nivel alto, mientras que el 70% de los enfermeros tienen practicas correctas en cuanto a los cuidados de los pacientes con sedoanalgesia mientras que un 30% tiene una práctica incorrecta. Conclusiones: no hay correspondencia en cuanto a las dos variables de estudio.

Cahuana y Yupaiccana (16), 2022 en Cusco, tuvieron por objeto “determinar la influencia de los conocimientos en las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de Sedoanalgesia en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de ESSALUD Cusco – 2022”. Metodología tuvo un planteamiento cuantitativo, de diseño no experimental y alcance explicativo. Instrumento: fue el cuestionario y check list. Arrojando

como resultado 56.90% alcanzo un nivel medio de práctica mientras que el 32.76% alcanzo un nivel bajo, y tan solo el 10.94% un nivel alto mientras en conocimiento el 29.31% alcanzo un nivel medio, el 37.93% obtuvo un nivel bajo, y solo el 32.76% logro un nivel alto.

## **2.2 Bases teóricas**

Según la Federación Mundial de Enfermería de Cuidados Críticos (WFCCN), la enfermera se describe como una profesional registrada que ha finalizado con éxito un programa de posgrado destinado a poseer los conocimientos, aptitudes y pericias fundamentales para proporcionar atención especializada a pacientes críticos. Esto implica llevar a cabo intervenciones de alta complejidad en entornos altamente tecnificados. La labor de las enfermeras al proporcionar sus valiosos conocimientos y habilidades en el cuidado es fundamental para los equipos multidisciplinarios de salud que requieren sus servicios en la atención de pacientes en estado crítico (17).

### **2.2.1 Conceptualización de la variable conocimiento**

Se determina el conocimiento como un conglomerado de datos, criterios, pensamientos, juicios, impresiones y planteamientos para crear un sistema intelectual en la persona para estimar e introducir nuevos saberes, juicios y vivencias. De igual manera, es el potencial para el uso de conocimientos eficazmente, es la forma en que las personas adquieren habilidades para poder hacer frente a situaciones problemáticas y poder resolverlas, del mismo modo facilita la toma de resoluciones y actuación (18).

De igual manera la definición de conocimiento es el almacenamiento de datos, informaciones obtenidas en el transcurso de un determinado tiempo, los cuales van a ser el resultado de las diferentes experiencias tanto antiguas como actuales, la interpretación de un libro, los conocimientos transferidos de generación en generación, entre otros acontecimientos. La sabiduría a su vez puede ser alterada esto ocurre cuando

se confrontan los conocimientos o ideas nuevos con las ideas ya obtenidas anteriormente (19).

#### 2.2.1.1 Teorías del conocimiento

La teoría del conocimiento, a veces confundida con la epistemología, es la familia de la sabiduría que se centra en el estudio del conocimiento humano, este término puede considerarse sinónimo de la gnoseología, dedicada al estudio de la naturaleza del conocimiento, su origen y sus límites. A lo largo de la historia, muchos filósofos abordaron el problema del conocimiento. Sin embargo, en la Edad Moderna se convirtió en un problema central del pensamiento filosófico. Este problema puede sintetizarse en los términos de un debate entre dos posturas acerca del origen del conocimiento: Empirismo y racionalismo (20).

#### 2.2.1.2 Tipos de Conocimiento

Conocimientos teóricos: Provenientes de una explicación de la realidad o adquiridas de las vivencias de terceras personas o por intermedio de un mediador conceptual de cuadernos, enciclopedias, revistas, explicaciones y otros más.

Conocimientos prácticos: Son aquellos que facilitan alcanzar un fin o realizar una acción concreta, o que sirven para modelar la conducta. Aquellos adquiridos por copia o también por teoría, por lo que únicamente se reincorporan al ser llevados a la práctica. tenemos aquí los llamados conocimientos técnicos, éticos o políticos.

El conocimiento empírico: Es el conocimiento que adquirimos a través de nuestros sentidos y nos da la experiencia de las cosas a conocer. El conocimiento empírico es el conocimiento habitual de la gente de lo que le rodea. Se trata de aquellos que obtenemos directamente, a partir de nuestra vivencia del universo y de los recuerdos. Este tipo de conocimiento pueden llegar a ser intransmisibles, como son el conocimiento espacial, abstracto y el vinculado con las percepciones.

El conocimiento científico: El propósito del conocimiento científico es explicar la realidad y los fenómenos de la naturaleza. Se obtiene a partir de la experimentación, la observación, el estudio y el análisis de los hechos o fenómenos que se debe hacer de manera ordenada, sistemática y comprobada, todo ello se hace mediante procedimientos rigurosos que garanticen la validez, objetividad y universalidad de los datos (21).

### 2.2.1.3 El Conocimiento Enfermero

El vocablo enfermería se refiere a poseer un cuerpo de conocimiento que consta de un objeto de estudio y que ciencia y arte. El sistema de teorías de la enfermería es una colección de conocimientos adquiridos a través de la exploración de la ciencia y el juicio crítico; la práctica de la enfermería, o el arte de la enfermería, consiste en utilizar este conocimiento para ayudar a las personas. La sapiencia de la enfermería está basada en un extenso método de teoría que se utiliza en el proceso de enfermería, proporcionando un mecanismo para que los profesionales utilicen sus juicios, inteligencia y destrezas para identificar y tratar las reacciones de una persona, familia o comunidad (22).

Bunge en 1978, manifiesta que enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no lo reconozca como tal. Leonardo da Vinci: expuso que “la habilidad sin el saber es como un marino que navega sin una carta geográfica, es una nave sin volante. Asimismo, la Enfermería teórica comprende el sistema de dogmas y valores de la profesión, incluye una búsqueda constante de saberes y decide la manera de opinar a cerca de los acontecimientos y, en su mayoría de su forma de proceder, lo que se determina como un componente esencial en la práctica de enfermería (23).

Por lo tanto, utilizando el proceso de enfermería, el especialista debe percibir a la individuo, familia o colectividad en su entorno y rasgos particulares para efectuar una evaluación total que le permita reconocer las exigencias más significativas y diseñar programa de atención que colabore en cubrir estas necesidades. Estas acciones deben dirigirse a conservar y proteger la integridad física, las creencias y los principios humanos (24).

Así mismo, desde la perspectiva de la enfermería, el conocimiento enfermero ha evolucionado a lo largo de la historia junto con el conocimiento científico, ya sea en las ciencias naturales o sociales, sabiendo que las ciencias de la salud son un conjunto de conocimientos y disciplinas que buscan dar solución a las dificultades relacionados con el nacimiento, la vida, la felicidad, el dolor y la muerte, han moldeado su propia trayectoria (25)

Existen dos enfoques en el desarrollo del conocimiento enfermero: el empirismo y el interpretativo. Significan una perspectiva del desarrollo del saber y una realidad opuesta. El empirismo sostiene el supuesto que lo que se conoce pueden ser corroborados por los sentidos. En este modelo, el conocimiento se forma mediante la observación con el objetivo de verificar y confirmar teorías que detallan, pronostican y sugieren acciones de enfermería. Se puede afirmar que el modelo interpretativo ha experimentado una evolución en la disciplina de enfermería, dado que numerosas enfermeras se educaron en campos como filosofía, sociología y antropología, permitiéndoles mirar el mundo desde diferentes perspectivas (26).

El profesional enfermero es una disciplina encaminada a la práctica que establece un vínculo entre enfermero y paciente, el cual estará acompañada de diversos conocimientos que se producirán mientras se ejecutan las acciones, los cuales van a permitir desarrollar o encontrar nuevas alternativas, fases, es decir el nacimiento de

nuevos conocimientos o saberes que tendrán una gran diversidad de origen como el conocimiento crítico, empírico, estético, descriptivo, social, de valores facilitando el trabajo de la enfermera durante la atención del paciente (27).

#### 2.2.1.6 Dimensiones de la variable Conocimiento

##### a) Conocimiento: valoración de la analgesia

Para el personal de enfermería, el conocimiento sobre el procedimiento de sedación-analgesia desde el punto de vista científico y técnico ayudará a que este procedimiento se realice correctamente, por lo que a la hora de determinar el conocimiento de sedación-analgesia en enfermería se enfatiza el conocimiento de la sedación y manejo del dolor, incluyendo conceptos farmacológicos relacionados con el procedimiento, criterios y nivel de sedación y manejo de complicaciones (28).

La analgesia es definida como ausencia de sensación de dolor o estímulos nocivos. En pacientes críticamente graves es importante proporcionar un buen alivio del dolor a través de una analgesia adecuada porque en demasiadas circunstancias el paciente no logra expresarse y generalmente hay que tener en cuenta la posibilidad de dolor. El empleo de calmantes también puede disminuir el requerimiento de sedantes. Es importante administrar un adecuado nivel de analgesia de manera que pueda reducirse la necesidad de aplicar sedación. Los opioides continúan siendo los analgésicos por excelencia en el tratamiento para el dolor de la mayoría de las UCI. Sin embargo, pueden presentar diversos efectos adversos como: sedación excesiva, delirium, depresión respiratoria, íleo, inmunosupresión o empeoramiento funcional tras el alta (29).

Evaluar el dolor y el sufrimiento en los pacientes críticos no es un trabajo fácil, pero es una tarea importante y estrechamente relacionada con el profesional enfermero. Entonces la respuesta psique, cardiovasculares, metabólicas, neurológicas y endocrinas

que resultan de un control inadecuado del dolor pueden aumentar la morbilidad y mortalidad del paciente.

#### La sedoanalgesia en UCI

La sedoanalgesia es un componente esencial del ejercicio clínico en la unidad de cuidados críticos; estos medicamentos son, juntamente con los fármacos antiulcerosos y los agentes antibacterianos, constituyen los más administrados en cuidados intensivos. Una adecuada sedoanalgesia reduce la respuesta al estrés, produce ansiedad, incrementa la tolerancia a la ventilación artificial y favorece la atención al paciente a través de los diferentes cuidados del personal de enfermería. (30).

Según la ASA, American Society Anesthesiologists, la sedoanalgesia se define como “una condición que permite al paciente soportar procesos que causan dolor en tanto mantiene una función cardiopulmonar adecuada y la capacidad de responder voluntariamente a instrucciones verbales y/o estimulación táctil”. El término sedoanalgesia define con mayor exactitud el objetivo terapéutico con respecto a términos más imprecisos como “sedación consciente” (31).

Según la ACEP, American College of emergency physicians, el procedimiento de sedación se refiere a la técnica de administración de fármacos sedantes o disociativos con o sin fármacos analgésicos, que inducen un estado que permite al paciente soportar procesos con dolor mientras mantiene la funcionalidad cardiorrespiratoria. “El procedimiento de sedación y analgesia aplicado tiene como resultado una disminución del estado neurológico, pero facilita al paciente mantener el mando de la vía respiratoria independiente y continuamente, específicamente los fármacos, dosis y técnicas utilizadas no suelen probablemente producir pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea” (32).

## Monitorización de la Sedoanalgesia.

Monitorear el nivel de analgesia es importante y desempeña un papel fundamental en la prevención, detección y solución de complicaciones. La monitorización básica recomendada debe incluir nivel de conciencia según la respuesta del paciente a órdenes, ventilación y oxigenación mediante observación clínica-pulsioximetría-capnografía, hemodinámica que incluye presión arterial-frecuencia cardíaca-electrocardiografía y debe estar presente/disponible un responsable para la monitorización y vigilancia del paciente. La monitorización básica es obligatoria, ya regulada y estandarizada en todo procedimiento intervencionista que se realiza con algún grado de sedación o no, al igual que en situaciones de posible inestabilidad (33).

### b) Valoración de agitación-sedación

La agitación se define como la existencia de movimientos constantes de la cabeza, los miembros superiores e inferiores y/o ajustes anormales del ventilador que continúan a pesar de los esfuerzos del cuidador por calmar al paciente. Esto se puede producir a causa de la intoxicación del sistema nervioso central (SNC) por los medicamentos u otras afecciones comunes en pacientes críticamente enfermos. El aumento de la demanda de oxígeno puede acelerar la isquemia miocárdica u otra insuficiencia orgánica en pacientes críticos, lo que demuestra la necesidad de un tratamiento oportuno y eficaz. (34).

### Valoración de Enfermería en agitación

Es posible definir la agitación como un estado de excitación o emoción extrema, que genera sensaciones desagradables en el sujeto, tales como la irritabilidad, la confusión y la tensión. En este contexto, la agitación puede presentar diversas características; por ejemplo, a veces aparece de forma espontánea, sin relación con

ningún trastorno de salud, mientras que otras pueden ser indicio de un problema de fondo, y en estos casos suelen evidenciarse más síntomas (35).

Entre las herramientas que se deben aprender y demostrar dominio, las enfermeras deben estar familiarizadas con la Escala de Richmond conocida como RASS, que evalúa y puede monitorear a los pacientes sedados, siendo importante que en la unidad de cuidados intensivos se monitoree continuamente el estado del paciente por si se presentaran efectos secundarios, el especialista puede reaccionar y actuar rápidamente para detectar los cambios en el nivel de sedación o agitación (36).

La sedación es una práctica común en las unidades de cuidados intensivos para reducir la ansiedad y el estrés en pacientes críticos y facilitar la atención y el soporte vital. Sin embargo, no está exento de complicaciones que pueden aumentar la incidencia de la enfermedad. Por tanto, es necesario controlar el nivel de sedación y ajustarlo en consecuencia a la condición clínica del paciente. Por tanto, es de suma importancia contar con normas para la operación de la agitación y la sedación en pacientes críticos (37).

#### Niveles de sedoanalgesia

En los últimos años, las diferentes sociedades han intentado definir los niveles de sedación, es por ello por lo que han evolucionado hasta la reciente modificación en 2018 por la Sociedad Americana de Anestesiología (SAA), quien modifico los criterios para definir los 4 niveles de sedación y analgesia, donde los pacientes según sus necesidades pueden pasar de un nivel a otro:

- ° Sedación mínima: llamada también ansiolisis, es la alteración ligera de la función cognitiva. Aun preserva los reflejos protectores de la vía aérea, de la ventilación espontánea y del estado cardiovascular, con respuesta normal al estímulo verbal.

- ° Sedación/analgesia moderada: es un declive de la conciencia inducido por medicamentos en el que el paciente responde a órdenes verbales, solas o con una estimulación táctil leve. El estado hemodinámico y respiratorio están conservadas.
- ° Sedación/analgesia profunda: el paciente responde ante estímulos fuertes o dolorosos. Requiere soporte ventilatorio y hemodinámico, el ritmo cardiaco permanece estable.
- ° Anestesia general: es un estado de pérdida total del conocimiento. No siente el estímulo de dolor, requiere de apoyo ventilatorio, para no llegar a depresión respiratoria (38).

Para la valoración de la sedación se utilizan diversos métodos subjetivos, que por medio de la observación logran medir las respuestas de los usuarios ante estímulos auditivos o físicos; entre las escalas de valoración de sedación (EVS) de mayor uso se encuentran la escala de Ramsay, escala de sedación-agitación (SAS), escala de evaluación de actividad motora (MAAS) y escala de sedación-agitación de Richmond (RASS); para un uso efectivo y resultados óptimos, se requiere conocer y manejar las EVS, de tal manera que se pueda medir el estrés por el miedo, ansiedad, irritabilidad e incomodidad consecuencia de los cambios posturales necesarios para el mantenimiento de la VM, el uso de las escalas permite orientar el tratamiento de sedante buscando optimizar la sedación de la paciente evidenciada por el estado de somnolencia, reactivo a la estimulación del entorno se encuentra y previniendo la sobre e infra sedación (39).

La Escala de RASS es una herramienta utilizada para evaluar la agitación o la sedación en pacientes críticos. Esto se probó tanto en pacientes ventilados como no ventilados. Es un instrumento para evaluar la alteración o estado de somnolencia en hospitalizados críticamente. Está aprobado para pacientes ventilados y aquellos sin ventilación mecánica. Esta escala es la que más información nos aporta en los periodos

de excitación y sedación, ya que describe 10 niveles con puntuaciones de -5 y +4, y la puntuación cuando es cero presenta pacientes atentos o alertados, pero no agitados o sedados. Para lograr un grado de óptima sedación es indispensable establecer objetivos de relajación diarios acordados por el equipo multidisciplinario y replantear constantemente. El reglamento de sedación se basa en una serie de pasos estandarizado bajo la guía del personal de enfermería, que permite ajustar las dosis para infusión y bolo para alcanzar los objetivos de sedación diarios establecidos, con un seguimiento cercano de la sedación mediante herramientas con validación (40).

#### Fármacos para la sedación

1. Midazolam (MDZ): 1ªelección. Su inicio de acción es rápido, su potencia de acción es alta (2-3 veces más potente que el diazepam) y su eliminación es corto (5 horas). Traspasa la barrera hematoencefálica (BHE). Se acumula en pacientes obesos, con hipoalbuminemia o con problema renal prolongando así su duración. Su uso prolongado puede producir privación y tiene más riesgo de desarrollarlo si se utilizan junto con opiáceos. La retirada paulatina de MDZ o la sustitución por BDZ de vida más larga (tranxilium o clorazepato dipotásico, diazepam, lorazepam y lormetacepam) en bolos pueden disminuir su aparición. Su dosis máxima es de 0,25mg/kg/h (41).

#### Actividades de enfermería

- En tratamientos prolongados la interrupción brusca del tratamiento se acompañará de síntomas de abstinencia: cefalea, mialgias, ansiedad, tensión, inquietud, confusión, irritabilidad, insomnio de rebote, alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones y convulsiones. Se debe iniciar destete lento. La enfermera debe estar atenta a la aparición de cambios en el humor, ansiedad o trastornos del sueño e intranquilidad y garantizar periodos de sueño ininterrumpidos de 7 a 8 horas. La enfermera debe tener a mano equipos de

reanimación adecuados pues puede deprimir la contractilidad miocárdica y causar apnea. La enfermera debe prestar especial atención a la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. Si se requiere cambio de meta por que el paciente se encuentra con falla respiratoria o hemodinámicamente inestable se debe objetivar parámetros que indiquen una sedación profunda, permitiendo en caso de ser necesario un rápido ascenso en los escalones predefinidos hasta alcanzar la meta. • Reevalúe continuamente su meta • Lo habitual es que luego de 24 ó 48 horas de requerir sedación profunda sea posible pasar a un nivel de sedación -3 a -1 • Aplicar y consignar RASS cada 6 horas. En ocasiones, puede que pese a alcanzar las dosis más elevadas de Fentanilo y Midazolam, no se alcancen las metas de RASS predefinida o el paciente persista en Asincronía en estas condiciones se plantea la siguiente conducta: 1. Reevaluar meta de sedación 2. Revisar programación del Ventilador Mecánico 3. Considere: a. Asociar nuevo fármaco (por ejemplo, Propofol) b. Aumento de dosis: Aumento del Midazolam o Fentanilo, según requerimiento más allá de las dosis recomendadas. c. Uso de relajantes neuromusculares.

2. Propofol: 1ª elección. Con propiedades sedantes e hipnóticas y antiemético, pero sin acción analgésico. Inicio de acción rápido y con vida media corta. Solución fosfolipídica que aporta 1,1 Kcal/ml por lo cual es más fácil que se acumule en pacientes obesos por lo que es indispensable calcular la dosis usando el peso ideal. Las preparaciones se cambian cada 12 horas por favorecer la proliferación de microorganismos. Se administra por vía central ya que por vía periférica genera dolor y por un solo lumen por ser antagónico con otros fármacos. Para sedaciones rápidas administrar en bolos de 2 -2,5 mg/kg y posteriormente con una perfusión continua de

0,5 mg/kg/h que podrá aumentarse 0,5 mg/kg/5-10 min según la respuesta del paciente.

Dosis de mantenimiento de 0,5-3 mg/kg/h (41).

#### Actividades de enfermería

- Este medicamento puede producir desinhibición sexual por lo cual se debe explicar al paciente y familiares. De igual forma disminuye la capacidad de reacción del paciente por ello es de vital importancia que el paciente permanezca en reposo. Puede producir movimientos epileptiformes que pueden generar alguna discapacidad transitoria al paciente. Por ello se debe acompañar y ayudar en sus actividades. El propofol genera muchos efectos en el sistema cardiovascular -Disminuye la presión arterial debido a una vasodilatación periférica y disminución de la precarga ventricular. - Tiene cierto efecto depresor de la contractilidad del miocardio -bradicardia - Cierta disminución en la respuesta a estímulos vágales (disminución de la actividad de los barorreceptores) Por lo cual la enfermera debe estar atenta y monitorizar a los pacientes de forma continua para detectar los primeros signos de hipotensión, obstrucción, respiratoria y desaturación de oxígeno. No lo use en los siguientes casos Inestabilidad hemodinámica, hipotensión y/o hipovolemia. Bradicardia sinusal < 50 lat/min. Bloqueo auriculoventricular excepto el de primer grado. Disfunción ventricular severa. Pacientes mayores de 75 años con patología coronaria. Hipertrigliceremia > 400 mg/dl. Alergia a propofol. Hipersensibilidad al huevo o componentes del huevo. No se debe usar en pacientes menores de 16 años para sedación en UCI. No usar en pacientes epilépticos.

3. Dexmedetomidina: 2ª elección. Tiene propiedades ansiolíticas, analgésicas y sedantes. No produce depresión respiratoria, tampoco alteración en el intercambio gaseoso y no tiene alteración en la función adrenocortical ni inflamatoria, por eso es el

fármaco apropiado para el destete de VM. La dosis inicial para pacientes con VM es 1  $\mu\text{g}/\text{kg}/10$  min. Y continuar con perfusión continua de 0,2-0,7  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$  (41).

#### Actividades de enfermería

- La dexmedetomidina reduce el lagrimeo, produce boca seca e hipertermia por lo cual la enfermera debe tratar estos síntomas con prontitud y evitar molestias adicionales a los pacientes. Este medicamento produce agitación y síndrome de abstinencia por lo cual la enfermera debe valorar si aparecen estos síntomas. La dexmedetomidina reduce la actividad simpática, estos efectos pueden aumentar en pacientes con control nervioso autónomo desensibilizado (edad, diabetes, HTA crónica y cardiopatías severas) por lo cual la enfermera debe vigilar más estrictamente a estos pacientes. No se debe usar en pacientes con enfermedad cerebrovascular grave. La enfermera debe hacer monitoreo electrocardiográfico y de la presión arterial y de la saturación de oxígeno en forma continua. Los pacientes hipovolémicos pueden volverse hipotensos al recibir dexmedetomidina, por lo tanto, la enfermera debe evaluar el estado hemodinámico y de volemia del paciente antes de iniciar la infusión; vigilar estrictamente los líquidos administrados y eliminados, así como administrar líquidos rigurosamente antes y durante la administración del medicamento. En aquellas situaciones en las que el paciente este con infusión de vasodilatadores o agentes crono trópicos negativos, la coadministración de dexmedetomidina podría tener efectos farmacodinámicos aditivos, debiendo titularse cuidadosamente. Si se presenta alguna situación desfavorable la enfermera debe reducir o suspender la infusión, aumentar la velocidad de los líquidos basales y elevar las extremidades inferiores.

## Complicaciones de la sedación

**Infrasedación:** Es la administración de sedante inferior a la necesidad del paciente, que conllevaría a episodios críticos en los pacientes como: incremento del uso de oxígeno, incremento de la función del sistema autónomo con el aumento del gasto cardíaco.

**Tolerancia:** Consiste en el requerimiento del paciente dosis de sedantes y analgésicos cada vez más elevadas para mantener el mismo nivel de sedoanalgesia.

**Sobresedación:** Es la administración de dosis elevadas a la necesidad del paciente, que se asocia a las complicaciones producto de una prolongación en el ventilador mecánico (barotrauma, hemorragias digestivas altas) secuelas post-psicóticas post intubación trastornos del sueño, estrés.

**Deprivación:** Son todos aquellos signos y síntomas que desarrollan los pacientes post intubación (3-5 días aproximado) (42).

### c) Valoración de dolor

El dolor es uno de los mayores problemas tanto para la enfermera, como para el paciente y su entorno. Por todo ello, el primer paso para tratar el dolor es reconocerlo con precisión. La evaluación subjetiva de la intensidad del dolor por parte del médico personal y los pacientes es una barrera muy importante para aplicar el tratamiento adecuado. Por supuesto, la mejor manera de saber si un paciente siente dolor es preguntar y no se emiten juicios de valor; si un paciente nos habla de dolor, creemos que lo tiene. Sin embargo, esta situación ideal no siempre es posible en la unidad de cuidados intensivos, ya que muchos de nuestros pacientes pueden tener problemas de comunicación (pérdida del conocimiento, sedación profunda, etc.), barreras religiosas, barreras del idioma, etc (43).

La International Association for the Study of Pain (IASP) determina la dolencia como una sensación sensitiva y emocional desagradable relacionado en términos de daño tisular real o potencial. La Sociedad Estadounidense del Dolor (APS) define al dolor como un signo vital ocupando el quinto lugar que debe ser monitorizado, debe registrarse y evaluarse. En todo el mundo, el tratamiento del dolor es considerado un problema importante en el ámbito de la salud. El manejo del dolor es complejo porque su tiempo de evolución es variable, tiene distintos sitios de origen (somático, visceral y neuropático) y se ve afectado por la percepción subjetiva del paciente (44).

El dolor en pacientes críticos presenta diversas causas o inicios, incluida la propia patología que motivó el ingreso (tanto pacientes médicos, quirúrgicos como traumatizados), dolor en reposo, hasta el dolor que aparece relacionado con los procedimientos y cuidados necesarios para su manejo. Existen básicamente tres abordajes para medir el dolor clínico: En primer lugar, lo más sencillo es conseguir información subjetiva del propio paciente, si éste está consciente; el problema es que no es el caso de muchos de los pacientes ingresados en una UCI. En segundo lugar, se puede observar la conducta del enfermo; si tiene dolor se mostrará agitado, nervioso, puede que llore, grite o haga gestos de dolor (45).

#### Fármacos analgésicos

1. La morfina: analgésico opiáceo empleado con poca frecuencia en la UCI. El inicio de efecto IV a los 5 a 10 minutos, efecto máximo se alcanza de 1-2 horas y una vida media de eliminación de 4-5 horas. Su metabolismo es hepático originando metabolitos glucurónidos, la eliminación es renal en 24 horas. En pacientes críticos con Clearance de Creatinina disminuido (particularmente por debajo de 30 ml/min), este metabolito puede acumularse ocasionando sedación y depresión respiratoria. Se puede administrar de manera intermitente intravenosa (IV) en dosis de 2–4 mg cada 1–2 horas

o en una infusión continua de 2–15 mg/h, que en casos especiales podría llegar hasta los 30 mg/h (46).

#### Actividades de enfermería

El efecto adverso más destacado que aparece por el uso de la ketamina es un fenómeno conocido como delirio de emergencia. Este ocurre después de algunas horas de la anestesia con ketamina y se manifiesta con confusión, ilusiones y temor. Las mujeres y los pacientes con historia de alteraciones psiquiátricas tienen más probabilidad de experimentar el delirio. Las benzodiazepinas se utilizan para disminuir la frecuencia y la severidad de estas reacciones. La ketamina produce Confusión, alucinaciones, náuseas, pérdida de apetito, lagrimeo, excesiva salivación, alteraciones oculares y malestar general, la enfermera debe estar atenta ante la presencia de estos efectos y explicar al paciente y su familia que con el uso repetido de la ketamina se producen progresivamente menos reacciones y que estas son transitorias. La ketamina produce un aumento importante de la presión intracraneal, flujo sanguíneo cerebral, metabolismo cerebral de O<sub>2</sub> y presión intraocular. El efecto de la ketamina sobre el sistema cardiovascular se manifiesta por un aumento de la presión arterial sistólica de 20-40 mmHg, aumento de la frecuencia cardíaca, gasto cardíaco y consumo de O<sub>2</sub>. También se elevan las resistencias vasculares pulmonares. Estos efectos son secundarios a un aumento de la actividad simpática. La repetición de las dosis produce progresivamente menor estimulación hemodinámica con cada dosis. La ketamina tiene un efecto mínimo sobre la función respiratoria, aunque una apnea transitoria (duración < 5 min.) puede verse después de administrar dosis de intubación. La ketamina es un relajante del músculo liso bronquial que mejora la compliance pulmonar en pacientes anestesiados. Otro efecto de la ketamina es la taquicardia y la hipertensión arterial la enfermera debe estar atenta a la monitorización del paciente. Puede desarrollarse

tolerancia a los efectos hipnóticos de la ketamina después del uso repetido en cortos periodos de tiempo. Disminuye la capacidad de reacción del paciente por lo cual debe ser valorado estrictamente. El periodo de recuperación después de su administración es prolongado y/o con delirium por lo cual se debe explicar a la familia que deben reducir los estímulos visuales, auditivos y táctiles.

2. El fentanilo: es un derivado sintético de la morfina aproximadamente 100 veces más potente que ella. Su inicio de acción es más rápido debido a su mayor solubilidad en lípidos y mayor penetración de la barrera hematoencefálica. Se acumula en la grasas y músculos, usado en infusión continua permanente mantiene su efecto sedante y depresor del centro respiratorio. En insuficiencia renal se recomienda usar en bolos individuales en lugar de la infusión continua. Sus dosis son de 0.35–0.5µg/kg en administración IV intermitente cada 0.5–1h y de 0.7 a 5µg/kg/h (en casos especiales hasta 10µg/kg/h) para su uso en infusión continua (46).

#### Actividades de enfermería

Entre sus actividades la enfermera debe valorar si se presentan las siguientes reacciones como intranquilidad, episodios de alucinaciones, escalofrío, pues son síntomas extrapiramidales que se deben tratar a tiempo. Igualmente se deben valorar presencia de movimientos mioclónicos. El Fentanilo tiene un comienzo de acción muy rápido y duración corta 30 a 90 min, por lo cual la enfermera debe aplicar la escala de dolor al paciente o valorar si presenta facies de dolor mínimo cada dos horas. La administración en infusión puede causar su acumulación, y a altas dosis puede producir rigidez muscular que dificulta la ventilación del paciente. La enfermera debe estar atenta a la presencia de dificultad respiratoria, Desaturación o a sincronía en la ventilación mecánica. Se debe valorar si se presentan: bradicardia, hipotensión, náuseas, vomito y mareo. Vigilar presencia de reacciones alérgicas como

broncoespasmo, prurito, urticaria. Luego del destete del medicamento el paciente puede progresivamente iniciar actividades tales como caminar, escribir. En los adultos mayores o pacientes con antecedentes de consumo de sustancias, la vigilancia debe ser más prolongada y estricta ya que los primeros tienden a presentar mayor número de efectos adversos y los segundos requieren de mayor dosificación.

3. Remifentanilo: derivado del Fentanilo. Inicio de acción muy rápido, efecto ultracorto y eliminación muy rápido. Tiene el mismo efecto que el fentanilo. Se metaboliza a través de esterasas plasmáticas siendo una buena opción para pacientes con padecimientos hepática y/o renal. Su infusión continua potencia su efecto analgésico y también sedante. Produce depresión respiratoria por tal motivo no es recomendable usarlo en pacientes con inestabilidad respiratoria. Dosis recomendada en bolo inicial IV de 1.5µg/Kg manteniéndose posteriormente en infusión continua de 0,5-15µg/Kg (46).

4. El tramadol: opioide de acción central que actúa uniéndose al receptor opiáceo  $\mu$  como un agonista puro. Empleado para dolor moderado a intenso. Sus reacciones adversas incluyen náuseas, vómitos, mareos, sequedad bucal y cefalea. Produce menor depresión respiratoria, efectos cardiovasculares, euforia y constipación que la morfina. Se utiliza en dosis intermitentes IV de 50 a 100 mg cada 6-8 horas. Cuando se administra en infusión continua, se da una dosis inicial de 100 mg IV, seguida de 12 a 24 mg/h, aunque esta forma de administración no encuentra evidencias definitivas en la literatura (46).

#### Actividades de enfermería

A fin de evitar la aparición de ciertos efectos adversos propios de un síndrome de abstinencia como ansiedad, agitación, nerviosismo, insomnio, temblor o síntomas gastrointestinales, conviene que la enfermera reduzca la dosis progresivamente,

especialmente en tratamientos prolongados o con dosis altas. El tramadol debe administrarse con especial precaución en caso de traumatismo craneal, dificultad respiratoria, hipertensión intracraneal, alteraciones del tracto biliar, epilépticos, tendencia a convulsiones o tratados con medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo, aumento del tamaño de la próstata, estrechamiento de la uretra, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipotiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal grave, individuos con tendencias suicida, depresión o trastornos de afectividad, pacientes dependientes de opioides o en enfermedades del hígado, corazón o del riñón. Puede causar sequedad de boca. la enfermera puede aliviar este síntoma ofreciendo hielo e hidratando la boca del paciente. En pacientes ancianos se recomienda iniciar el tratamiento con dosis menores.

#### Analgésicos no opioides

1. El paracetamol: agente analgésico y antipirético utilizado para el tratamiento de la hipertermia y/o el dolor leve. La hipotensión arterial es un efecto secundario descrito, particularmente con su administración parenteral, por lo que su uso debería evitarse en pacientes hemodinámicamente inestables o con disfunción hepática. La disfunción renal no contraindica su utilización. La dosis utilizada habitualmente va de 325 a 1000mg cada 4-6 horas; con una dosis máxima  $\leq 4\text{g/día}$  por vía oral, y de 650-1000mg IV cada 4-6h; con una dosis máxima IV  $\leq 4\text{g/día}$  (47).

#### Actividades de enfermería

Los efectos adversos son raros y habitualmente leves y transitorios, esto se debe explicar al paciente y su familia. Las actividades de enfermería van encaminadas a evitar la hepatotoxicidad. Se debe evaluar al paciente en búsqueda de síntomas como: Fase inicial (12-24h.): Anorexia, Náuseas, Vómitos, Palidez, Diaforesis. Fase intermedia (1-3d.): A los síntomas iniciales se agregan dolor en cuadrante superior

derecho, Oliguria y Hepatomegalia. Fase tardía (3-5d.): Necrosis hepática, I. Renal. Miocardiopatía. Aquí se acentúan las manifestaciones previas: Hay Ictericia, Hipoglicemia, a veces Encefalopatía. Disminuir la absorción, vómito o lavado gástrico, carbón activado o laxantes salinos. Diuresis forzada. Conservar el equilibrio hidroelectrolítico. Administración de N-Acetilcisteína como antídoto. Hidratación, O<sub>2</sub>, control de líquidos, diuresis. Se pueden presentar náuseas, reacciones de hipersensibilidad (rash, exantemas, urticaria, hipotensión, disnea, angioedema, necrólisis epidérmica tóxica y muy raramente anafilaxia. Raramente se pueden producir alteraciones hematológicas (trombocitopenia, leucopenia, pancitopenia, neutropenia y agranulocitosis), nefropatía (usualmente por uso excesivo o prolongado). pancreatitis (en pacientes que superaron las dosis recomendadas), alteración de la función hepática y hepatotoxicidad. Se debe administrar con precaución a pacientes con alteraciones de la función renal o hepática.

2. La ketamina: aporta anestesia y analgesia disociativa bloqueando los receptores de N-metil-d-aspartato (NMDA) uniéndose a los receptores opiáceos. Usado como reemplazo o adición en la terapia con opioides en casos como postquirúrgicos o que ha realizada tolerancia a los opiáceos. Asociado a la aparición de alucinaciones por lo cual se advierte sea usado bajo premedicación con diazepam o midazolam. Se administra en una dosis inicial de 0.1-0.5mg/kg IV, seguida de una infusión continua IV de 0.05–0.4mg/kg/h (47).

#### Actividades de enfermería

- Efecto adverso más destacado que aparece por el uso de la ketamina es un fenómeno conocido como delirio de emergencia. Este ocurre después de algunas horas de la anestesia con ketamina y se manifiesta con confusión, ilusiones y temor. Las mujeres y los pacientes con historia de alteraciones

psiquiátricas tienen más probabilidad de experimentar el delirio. Las benzodiacepinas se utilizan para disminuir la frecuencia y la severidad de estas reacciones.

- La ketamina produce Confusión, alucinaciones, náuseas, pérdida de apetito, lagrimeo, excesiva salivación, alteraciones oculares y malestar general, la enfermera debe estar atenta ante la presencia de estos efectos y explicar al paciente y su familia que con el uso repetido de la ketamina se producen progresivamente menos reacciones y que estas son transitorias.
- La ketamina produce un aumento importante de la presión intracraneal, flujo sanguíneo cerebral, metabolismo cerebral de O<sub>2</sub> y presión intraocular. El efecto de la ketamina sobre el sistema cardiovascular se manifiesta por un aumento de la presión arterial sistólica de 20-40 mmHg, aumento de la frecuencia cardíaca, gasto cardíaco y consumo de O<sub>2</sub>. También se elevan las resistencias vasculares pulmonares. Estos efectos son secundarios a un aumento de la actividad simpática. La repetición de las dosis produce progresivamente menor estimulación hemodinámica con cada dosis. La ketamina tiene un efecto mínimo sobre la función respiratoria, aunque una apnea transitoria (duración < 5 min.) puede verse después de administrar dosis de intubación. La ketamina es un relajante del músculo liso bronquial que mejora la compliance pulmonar en pacientes anestesiados. Otro efecto de la ketamina es la taquicardia y la hipertensión arterial la enfermera debe estar atenta a la monitorización del paciente. Puede desarrollarse tolerancia a los efectos hipnóticos de la ketamina después del uso repetido en cortos periodos de tiempo. Disminuye la capacidad de reacción del paciente por lo cual debe ser valorado estrictamente. El periodo de recuperación después de

su administración es prolongado y/o con delirium por lo cual se debe explicar a la familia que deben reducir los estímulos visuales, auditivos y táctiles.

d) Conocimiento: Valoración de la ventilación mecánica

La ventilación mecánica se conoce como todo procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona, que no puede respirar por sí mismo o que por fines terapéuticos, se requiera que no lo haga, con el objetivo de mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar. El profesional de enfermería hace uso adecuado de los protocolos de ventilación mecánica para obtener efectos importantes tales como aplicar cuidados de calidad al paciente crítico mientras haga uso del ventilador mecánico siendo este un proceso de primera línea para pacientes con patologías respiratorias severas, o fallas multiorgánicas (48).

Monitorización de la ventilación mecánica por la enfermera

En el monitoreo general de pacientes con ventilador mecánico el profesional enfermero incluye la evaluación de la condición neurológica, respiratoria, cardíaca, digestivo y renal. La monitorización respiratoria supone la monitorización de los parámetros ventilatorios, el seguimiento del intercambio gaseoso y el análisis de la mecánica pulmonar. En cuanto a los cuidados más importantes, estarán encaminados a asegurar un perfecto aporte de oxígeno y un adecuado balance hídrico, en la cual estará incluida el monitoreo cardiovascular, la circulatoria para poder alcanzar los objetivos planteados (49).

Son muchas las intervenciones específicas que las enfermeras deben realizar en los pacientes con apoyo ventilatorio mecánico, pero hacemos hincapié en comprobar que los dispositivos funcionan correctamente, asegurar adecuadamente los catéteres y sondas, y mantener las conexiones y los sistemas de monitorización (catéter, electrodos,

oxímetro de pulso, etc.). También es muy importante la higiene de la cavidad bucal y del tubo endotraqueal, en casi todos los casos es necesario aspirar secreciones, utilizar antisépticos y sustituir los retenedores. Finalmente, evalúe los signos y síntomas que indiquen mala perfusión, disincronía del ventilador, anomalías cardíacas, dolor, sedación inadecuada, retención de líquidos y cambios en la integridad de la piel. (50).

#### Modos ventilatorios

- Modo mandatoria, que pertenece a las ejecutadas de manera exclusiva por el respirador mecánico, en la cual no hay intervención del mismo paciente
- Modo asistido, soporte de ventilación en el que la fase de insuflación lo inicia el paciente y el volumen liberado durante cada ciclo respiratorio lo proporciona principalmente el ventilador. El trabajo realizado por la persona está limitado necesariamente para realizar el gatillado del ventilador tanto sea para lograr una presión inferior o ajustarlo a un flujo inspiratorio que sirva para estimular en el ventilador la generación de una positiva.
- Modo espontáneo, en este caso, el esfuerzo del paciente y el volumen activado dependerán de las condiciones mecánicas del sistema respiratorio, de la fuerza muscular generada y del soporte respiratorio proporcionado por el dispositivo.
- Volumen Control, donde el VM entrega un volumen corriente predeterminado, y la presión que este volumen produzca dependerá de las condiciones mecánicas del sistema respiratorio (distensibilidad y resistencia) y el grado de participación que tenga el paciente en la ventilación.
- Presión Control: en este caso la presión inspiratoria es prefijada por el operador, y el volumen de gas movilizado (VC) dependerá de las condiciones mecánicas del sistema respiratorio y la participación del paciente (51).

#### 2.2.2 Conceptualización de la variable Práctica

Se describe como una habilidad desarrollada mediante de la práctica y la participación constante en una actividad particular. Gracias a la experimentación y el análisis, cada enfermera obtiene una infinita variedad de habilidades que luego se aplican en la práctica. Cualquier acción que pueda medirse mediante una lista de verificación y clasificarse como buena o mala práctica. (52).

Así mismo la práctica de enfermería implica la fusión de los conocimientos enfermeros basado en los conceptos generales del paradigma de enfermería, estos modelos muestran las preferencias filosóficas que llenan el conocimiento, conduciendo a la formación de una comprensión conceptual y práctica de las acciones producido por instructores, proveedores de atención médica y académicos. Estos paradigmas brindan orientación para el progreso apropiado de la práctica, la enseñanza, la investigación y la ética se ve facilitado por estos modelos conceptuales, en consecuencia, sirven como base para el avance del saber científico y clínico, que a su vez dirige la profesión de enfermería, es decir la interdependencia de los conocimientos es evidente ya que no pueden hallarse de forma independiente, sino que cada uno se apoya en el otro, dando lugar al desarrollo de la práctica profesional (53)

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 (54).

#### 2.2.2.1 Teorías de la Practica

Para la práctica enfermera se acoge aquí la teoría Patricia Benner (1984), que estableció los estándares para el desarrollo de habilidades en la práctica de enfermería en la obra *Excelencia y Poder en la Práctica Clínica de Enfermería* (1984): Benner uso la explicación de cinco etapas que incluían: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto, de modo que cuando consigue más destreza el saber clínico se transforma en una combinación de conocimiento teórico y práctico a medida que el profesional adquiere experiencia y que estos sean adquiridos con mayor facilidad cuando se produce en una base sólida. Así mismo, estos grados de aprendizaje facilitaron a Patricia Benner integrar a los profesionales de enfermería en su propio entorno de aprendizaje, permitiendo a cada profesional identificar sus fortalezas y debilidades (55).

#### 2.2.2.2 Dimensiones de la variable Practica

Práctica y conocimiento van de la mano, por lo que la intervención aplicada por la enfermera pretende humanizar la atención para ayudar a gestionar la situación. Gracias a la experiencia, la enfermera especialista descubre ciertas habilidades que va puliendo diariamente mejorando su habilidad y capacidad de intervenir en

la atención de pacientes críticos. La comunicación actual entre las intervenciones de enfermería es satisfactoria dadas las intervenciones realizadas (56).

a. Antes de la sedoanalgesia:

Preparación de material y equipo: La enfermera prepara los materiales a usar dependiendo si el paciente será intervenido para la colocación de TOT y la colocación de dispositivos invasivos, los elementos a preparar serán: guantes estériles, tubo endotraqueal, guía endotraqueal, capnógrafo, medicamentos para la sedación fentanilo, Midazolam, propofol, un acceso venoso para la administración de sedación. El ventilador por colocar al paciente deberá estar previamente calibrado.

Verificación del correcto: En caso de pacientes en UCI la verificación de dosis correcta a administrar, medicamento correcto, paciente correcto.

Funcionamiento de los equipos ventilador, bombas infusoras: Antes de colocar el ventilador mecánico al paciente este deberá estar completamente cargado con baterías óptimas, haber pasado un auto test correcto. En caso de bombas infusoras verificar que se encuentren cargadas para la administración de sedantes en infusión e inclusive de vaso activos como la noradrenalina que si es de óptimo requerimiento.

b. Durante la sedoanalgesia:

Verificación de los fármacos a usar: La dosis de inicio va a depender del médico intensivista la obligación de la enfermera es presentarlo en el momento indicado, verificar la fecha del Midazolam, propofol, fentanilo, rocuronio y esto a su vez el diluyente a usar permitirá una óptima sedación.

Preparación correcta de los fármacos: Uso adecuado de líneas radiopacas para no alterar la vida media de los medicamentos diluir los sedantes con cloruro de sodio 0.9% que van a ser administrados por vía endovenosa.

Titulación de la dosis de respuesta de sedoanalgesia: La titulación es de vital importancia en la valoración del dolor para ello es necesario el uso de escala para saber a dónde se quiere llegar tal es el caso en destete progresivo se va a ir bajando la sedación para el retiro de dispositivo, en caso de titular en alta dosis va a depender del inicio a la conexión del ventilador y el paciente este adaptado y se logre el objetivo.

Registro de la valoración de la sedación- Escala de RASS: En cuidados intensivos es valorado individualmente aún que existen diversos formatos. La valoración al paciente crítico es en intervalo de 1 hora permitiendo al profesional valorar el RASS del paciente y a su vez la titulación de los sedantes, manteniendo la hemodinámica estable.

Verificación vía exclusiva de sedoanalgesia: Para la administración de fármacos sedantes es necesario un catéter venoso central (CVC) pero por ser un servicio crítico donde la valoración de la ventilación es fundamental inicia por vía endovenosa hasta deprimir el estado de conciencia, posterior a ellos la colocación del CVC que son de tres lúmenes permitiendo el ingreso de medicamentos en altos volúmenes.

Identifica signos de complicación de la sedoanalgesia: Las complicaciones de la sedación van desde apnea, una hipotensión arterial, depresión del sistema respiratorio, e inclusive llegando a una parada cardíaca conllevando a una muerte súbita.

c. Después de la sedoanalgesia:

Destete progresivo de la sedoanalgesia: Con el fin de despertar al paciente e ir retirando los dispositivos invasivos y volver al paciente en su pronta adaptación después de días inclusive meses de haber estado sedado.

Evaluación del estado de conciencia: Por medio de la escala de RASS en caso de pacientes sometidos a sedación será de útil valoración el papel de la enfermera está en ver a que rango de sedación queremos llegar, una vez retirado la sedación la escala a usarse es la escala de coma de Glasgow.

Registro de historia clínica: Todo accionar profesional es un sustento legal que son sometidos a auditorias posteriores de tratarse de negligencias. Por ello se deberá registrar la administración de la medicación colocada, hora fecha y que se presentó frente a la administración posterior (57).

## **2.3 Formulación de hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis general**

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024.

### **2.3.2 Hipótesis específica**

Existe relación significativa entre la dimensión valoración de la analgesia de conocimientos, y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Existe relación significativa entre la dimensión valoración de la agitación sedación de conocimientos y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Existe relación significativa entre la dimensión valoración del dolor de conocimientos y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Existe relación significativa entre la dimensión valoración de la ventilación mecánica de conocimientos, y prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Existe relación significativa entre conocimientos y la dimensión antes de la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Existe relación significativa entre conocimientos y la dimensión durante la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024

Existe relación significativa entre conocimientos y la dimensión después de la sedoanalgesia de prácticas del personal de enfermería en pacientes en la unidad de cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Método de investigación**

Esta investigación se basa en hipotético-deductivo, porque parte de lo general a lo específico, donde sigue un proceso sin obviar ninguna etapa y utiliza una hipótesis de investigación para establecer la relación de las variables de estudio (58).

### **3.2 Enfoque de investigación**

El enfoque es cuantitativo porque se plantea medir el nivel de conocimiento y práctica de enfermería a través de instrumentos que cuentan con una escala de valores los cuales al ser agrupados dan a conocer los niveles y de esta manera las variables pueden ser medidas e interpretadas (59).

### **3.3 Tipo de investigación**

El tipo de investigación será aplicada, porque pretende resolver el problema con enfoque cuantitativo e identificar a través del conocimiento científico, los medios (metodologías, tecnologías y protocolos) por los cuales se puede contribuir a solucionar una necesidad reconocida, práctica y específica. La investigación aplicada con base en la investigación básica, pura o fundamental, en las ciencias fácticas o formales, formulan problemas e hipótesis de trabajo para resolver los problemas de la vida productiva de la sociedad (60).

### **3.4 Diseño de investigación**

El diseño de la investigación es no experimental porque no existirá manipulación de variables, de corte transversal por que la recolección de los datos se realizará en un único momento y tiempo, haciendo uso de los instrumentos de investigación (cuestionario y lista de cotejo) y descriptiva correlacional porque se realizará la medición de las dos variables determinando si existe o no relación entre ambas variables de estudio (61).

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

La población de acuerdo con Hernández Sampieri es el conjunto de elementos con características comunes que dan origen a la investigación; en la presente se conformó, por todo el personal licenciado en enfermería de la unidad de cuidados intensivos de un Hospital de Lima, los cuales son 80 enfermeras (62).

En este proyecto se incluirá el total de la población como muestra, puesto que el número es aproximadamente pequeño y hay la posibilidad para se cuenta con facilidad para administrar a todo este grupo los instrumentos de investigación. La muestra será conformada por 80 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos y que proporcionan cuidado a los pacientes en estado crítico con sedoanalgesia.

Mientras que, el muestreo será no probabilístico por conveniencia, dado que la muestra de la población se seleccionó de acuerdo con la conveniencia de la investigadora y no al azar, incluyéndose al total de la población de enfermeras que trabaja en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital en Lima que corresponde a un total de 80 enfermeras.

#### **Criterios de inclusión**

Enfermeros que labora en la unidad de cuidados intensivos.

Enfermeros que hayan laborado mínimo un año en el servicio.

Enfermos con aceptación voluntaria de participar del estudio.

Profesionales enfermeros, que firmen el consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión**

Enfermeros que cumplen funciones administrativas.

Profesionales enfermeros de otras áreas.

Profesionales enfermeros que se encuentran de vacaciones.

Profesionales enfermeros, que no firmen el consentimiento informado.

### **3.6 Variables y Operacionalización**

V1: Conocimientos sobre la valoración de sedoanalgesia.

V2: Practicas sobre la valoración de sedoanalgesia

Tabla N°1 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles de rango)
V1 Conocimiento sobre la valoración de sedoanalgesia	Se definen cómo la información que tiene la enfermera su cerebro, individualizada y personal, relacionada con experiencias, procesos, juicios, interpretaciones, imaginación, observaciones, juicios y componentes que pueden o no ser apropiado, eficiente o rentable (63).	Los conocimientos referente a la valoración sedoanalgesia se medirán a través de un cuestionario que tiene 4 dimensiones y consta de 22 preguntas de respuestas politómicas con una sola respuesta correcta por cada pregunta, la cual identificara el nivel de conocimientos sobre la valoración de la sedoanalgesia, los resultados serán expresados como conocimiento alto, medio y bajo.	Valoración de la analgesia.  Valoración de la agitación sedación.  Valoración del dolor.  Valoración de la ventilación mecánica.	Definición sedoanalgesia Objetivo de sedoanalgesia Indicaciones de sedoanalgesia. Complicaciones de la sedoanalgesia Fármacos utilizados en sedoanalgesia.  Escala de sedación RASS Sedación ligera Sedación moderada Sedación Profunda  Uso de la Escala de valoración de dolor Valoración de dolor en paciente con VM  Concepto de ventilación mecánica. Objetivos de la ventilación mecánica. Indicaciones para el uso de ventilación mecánica.	Ordinal	Conocimiento alto 18-22 Conocimiento medio 13-17 Conocimiento bajo 1- 10
V2 Práctica sobre la valoración de sedoanalgesia.	Es el ejercicio de un conjunto de habilidades, aptitudes que se consiguen a través de la experiencia, la observación o puede ser tratado a través del lenguaje. Es considerado como el ejercicio o destreza, de las cosas aprendidas, por otro lado, se considera a la práctica como la habilidad o facultad que tiene el individuo para las cosas aprendidas (64).	Se aplicará una lista de chequeo o check list que consta de 15 preguntas divididas en 3 dimensiones, la cual pueda medir el correcto o incorrecto procedimiento del personal de enfermería en los tres momentos de la práctica sobre la valoración de sedoanalgesia.	Antes de la sedoanalgesia  Durante la sedoanalgesia  Después de la sedoanalgesia	Preparación de material y equipo. Verificación y funcionamiento correcto de los equipos. Ventilador, bombas infusora. Verificación de los fármacos a utilizar.  Preparación correcta de los fármacos. Registro de la valoración de la sedación-escala de RASS Valoración del dolor BPS Monitoreo y registro de funciones vitales. Destete progresivo de la sedoanalgesia.  Evaluar el estado de conciencia. Registrar en historia clínica.	Ordinal	Eficiente = 12-15 puntos  Deficiente = 0-11 puntos

### **3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1 Técnica**

La técnica utilizada fue la encuesta, para la variable conocimiento y el instrumento será un cuestionario con veintidós preguntas cerradas, que responden a cada indicador establecido que será elaborado por el investigador.

Para medir la variable práctica de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia, se aplicará la técnica de la observación y el instrumento fue un check list (lista de cotejo), que consta de quince ítems, que midieron si el enfermero(a), cumple con las practicas más importantes para valorar la sedoanalgesia. Para ambos instrumentos, la validez de contenido se realizó a través de criterio de expertos.

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

Para la variable conocimiento se empleara como instrumento el cuestionario que posee como objetivo establecer el grado de conocimiento que poseen las enfermeras durante la valoración de pacientes con sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital, en Lima, estará constituida en 2 partes, la primera contiene información general y la segunda parte preguntas de conocimientos divididos en 4 dimensiones que consta de 22 preguntas cerradas con múltiples alternativas y con solo una respuesta verdadera, la calificación será: 1 punto alternativa correcta, 0 puntos alternativa incorrecta, estableciendo el puntaje en 3 niveles: bajo 0 – 12 puntos, regular 13-17 puntos y bueno 18-22 puntos, este instrumento fue sometido y validado en juicio de experto.

Para la medición de la variable practica se utilizara como instrumento el check list conformado por 15 ítems distribuido en 3 dimensiones (antes, durante y después de la sedoanalgesia); presentando una escala de medición ordinal; la puntuación serán

respuestas: (SI y NO), siendo el valor de cada ítem: SI=1 y NO=0. El valor final será medido de la siguiente forma: 1) Práctica deficiente de 0 – 11 puntos y 2) Práctica eficiente de 12 a 15 puntos.

**Validación:**

La validez del instrumento “cuestionario” fue dada mediante el juicio de expertos, profesionales y especialistas en el área y los resultados de la concordancia de los jueces la puntuación se dio mediante la aplicación de V de Aiken obteniendo un coeficiente de 0,830 lo cual indica que el instrumento es aceptable para la aplicación.

Para la validez del instrumento “lista de chequeo” fue dada a través del juicio de expertos, conformados por profesionales y especialistas en el área y cuidados intensivos, los resultados de la concordancia de las opiniones de los jueces se obtuvieron mediante el consolidado por medio de V de Aiken de 0,870 de coeficiente de validez.

**Confiabilidad:**

Para medir la confiabilidad del instrumento “cuestionario” fue aplicado la prueba matemática de KR-20 de Kuder Richardson que fue de 0,810 de índice de confiabilidad, con lo cual el instrumento muestra una confiabilidad de un nivel aceptable para su aplicación.

La confiabilidad del instrumento “lista de chequeo”, se determinó mediante la prueba matemática de KR-20 de Kuder Richardson, obteniendo un coeficiente de 0.810 índice de confiabilidad, lo cual indica que el instrumento se ubica en un nivel aceptable y, por lo tanto, confiable para su aplicación.

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

Se recolectará la información; previamente debería seguirse una secuencia ordenada de pasos tales como: enviar una carta dirigida a la Oficina de Capacitación, coordinar con el Departamento de Enfermería del Hospital notificándole sobre el trabajo de estudio que se realizará así mismo como los beneficios que traerá a la institución como identificar el nivel de conocimientos que tienen las enfermeras del servicio para realizar capacitaciones sobre las diferentes drogas: farmacocinética, farmacodinamia, su efecto en el cuerpo y los efectos no deseados y saber aplicarlo en el paciente crítico, seguidamente se buscara coordinar con la jefa de la Unidad de Cuidados Intensivos para concretar la fecha en la cual se podrá recoger la información. Posteriormente según fecha establecida se procederá a la aplicación de los instrumentos. Los datos obtenidos se ingresarán en una base de datos y luego serán procesados por el programa estadístico SPSS versión 25.

### **3.9 Aspectos éticos**

El presente proyecto de investigación se realizara respetando los principios éticos y morales ya que este proyecto se realizara con fines únicamente académicos sin ningún otro propósito, trayendo resultados positivos en el proceso de toma de decisiones de los distintos profesionales de enfermería que forman parte del hospital de estudio porque es principalmente el objetivo de este estudio determinar el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos, para quienes se tuvo en cuenta y siguió el principio de beneficencia y no maleficencia en la realización de este estudio. El propósito del estudio es incrementar la

capacidad y calidad en la atención al paciente a partir de los resultados que se obtengan a través de actividades que ayuden al personal de enfermería a trabajar de manera más efectiva en la práctica de acuerdo con sus conocimientos obtenidos.



**4.2 Presupuesto**

<b>BIENES</b>	
Laptop	<b>s/.1250.00</b>
Material de impresión	<b>s/.200.00</b>
Material de Procesamiento de Datos	<b>s/.300.00</b>
Material de Escritorio	<b>s/.200.00</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>s/.1950.00</b>
<b>SERVICIOS</b>	
Movilidad local	<b>s/.300.00</b>
Servicios no personales	<b>s/.500.00</b>
Fotocopia y anillados	<b>s/.300.00</b>
Empastados	<b>s/.150.00</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>s/.1250.00</b>
<b>TOTAL DE PRESUPUESTO</b>	<b>s/.3200.00</b>

## 5. REFERENCIAS

1. Cala F, Gómez-Llusá R. Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa. [Tesis para optar al grado de especialista] Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684700/cala\\_hernandez\\_francisco%20Javiertfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684700/cala_hernandez_francisco%20Javiertfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Franco T. Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre cuidado del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Tesis para optar el grado de Especialista Enfermería en Cuidados Intensivos]. Lima: 2010. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-608908>.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones V. [Internet]. 2010 [Consultado el 28 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Escala analgésica de la OMS. [Internet]. 2017 [Consultado el 28 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/manejo-ytratamiento-del-dolor/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms>.
5. American Society of Anesthesiology. Manual de Analgesia y Sedación en Cuidados Intensivos. [Internet]. 2019 [Consultado el 28 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.asahq.org/>
6. Barrera N, Herrero A. Escala de sedación RASS. Rev. electrónica de portales médicos [internet].2020;1(2): pp:3-4. [Consultado el 28 de noviembre del

- 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/escala-de-sedacion-rass/>
7. Ávila C, Fernández M, Tarco D. Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017. [Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos]Lima: Universidad Peruana Unión; 2017. Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/789/Carmen\\_Trabajo\\_Investigación\\_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/789/Carmen_Trabajo_Investigación_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
  8. F 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 para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos\\_AlayoCuzcano\\_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos_AlayoCuzcano_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  9. Guttormson J et al. Factores que influyen en las prácticas de sedación de enfermería con pacientes con ventilación mecánica: una encuesta nacional en EE. UU. Elsevier [Internet]. 2010;26(1):44-50 [citado 19 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339709001037>
  10. Gómez, K. Conocimientos y prácticas de enfermería en el cuidado del paciente con sedoanalgesia por ventilación mecánica en unidades críticas, 2022 [Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados

Intensivos]Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en:  
[https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7487/T061\\_73033268\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7487/T061_73033268_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

11. 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 para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos] La Paz: Disponible en:  
<http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24815>
12. 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. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24037/TM-1548.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Espejo, P. Competencias cognitivas 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 para optar el título de Magister Scientiarum en enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva]La Paz: 2019. Disponible en:  
<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24837/TM-1670.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Chappa E. Conocimientos y prácticas del profesional de Enfermería sobre la valoración de la sedoanalgesia del paciente en ventilación mecánica invasiva. [Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Adulto] Trujillo: 2024. Disponible

en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/2fd193b1-5744-4ee3-bca6-b09b0521da25>

15. Carrión, R. y Huaraca, M. Conocimientos y prácticas de cuidado en pacientes con ventilación mecánica bajo sedoanalgesia de enfermeros en la unidad de cuidados intensivos del hospital subregional de Andahuaylas, 2022. [Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos] Callao: 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12952/7698>
16. Cahuana, Y. Yupaiccana, B. Conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos de ESSALUD Cusco – 2022. [Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos] Callao: 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12840/3301>
17. British Association of Critical Care Nurses. Standards for Nurse Staffing in Critical Care. [Internet]. 2009 [Citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.baccn.org/static/uploads/resources/BACCN\\_Staffing\\_Standards.pdf](https://www.baccn.org/static/uploads/resources/BACCN_Staffing_Standards.pdf)
18. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac med [Internet] 2009;70(3):217-24 [Consultado el 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n3/a11v70n3.pdf>
19. Martínez A. Ríos F. Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. Cinta Moebio [Internet] 25: 111-121 [Consultado el 13 de noviembre de 2023]. Disponible en:

20. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An. Fac. med. [Internet]. 2009; 70(3): 217-224. [Consultado 13 noviembre del 2023] Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es).
21. Figueiras, S. Tipos de conocimientos. Centro Europeo de Postgrado. [Internet] 2021 [Consultado el 8 de julio de 2023] Disponible en: <https://www.ceupe.mx/blog/tipos-de-conocimientos.html>
22. Gallardo A. Evolución del conocimiento en enfermería. Medwave. [Internet] 2011;11(04):5001[Consultado 10 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/enfoques/ensayo/5001.html>
23. Bunge M. La ciencia, su método y su filosofía. Edición siglo XX. [Internet] [Consultado el 20 agosto del 2023]. Disponible en: [https://users.dcc.uchile.cl/~cguiterr/cursos/INV/bunge\\_ciencia.pdf](https://users.dcc.uchile.cl/~cguiterr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf)
24. Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Rev. Enfermería y Humanidades. [internet] 2002; 11[Consultado el 20 agosto del 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5481563>
25. Pina P. El conocimiento en enfermería y la naturaleza de sus saberes. Esc Anna Nery. [Internet] 2016; 20(3): e20160079 [Consultado el 20 agosto del 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8ZJxbgDwkWsKZMMX5TgM4SS/?format=pdf&lang=es>
26. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional.

- Relación con la teoría crítica. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2017 [Consultado 15 Nov 2024]; 33 (3). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
27. Queirós P. O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. Esc Anna Nery [Internet]. 2016;20(3): e20160079. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160079>
28. Pina P. El conocimiento en enfermería y la naturaleza de sus saberes. Escola Anna Nery [Internet]. 2020; 20(3): 1-2. [Consultado el 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160079>
29. Olmos M, Varela D, Klein F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019; 30(2):126–39 [Consultado el 10 agosto del 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfoque-actual-de-la-analgesia-S0716864019300215>
30. Antuña, M., Herrero, S., Fanjul, R. Sedoanalgesia en el paciente crítico. España: II Congreso Internacional de Medicina Crítica. [Internet]. 2000 [Consultado el 25 julio de 2023]. Disponible en: [http://www.uninet.edu/cimc2000/conferencia/conf2/SED\\_ANALGESIA.htm](http://www.uninet.edu/cimc2000/conferencia/conf2/SED_ANALGESIA.htm)
31. Polo B, González A, González C. Papel de la enfermería en la sedoanalgesia del paciente crítico. NPunto [internet] 2019; II (16) [Consultado el 25 julio de 2023]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeria-en-la-sedoanalgesia-del-paciente-critico>
32. Colvin C. Sedoanalgesia. Access Medicina. [internet] 2010 [Consultado el 25 julio de 2023]. Disponible en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1504&sectionid=95157795>.

33. Parra M. Monitorización en procesos de sedación. ScienceDirect. [internet] 2023;1-5 [Consultado el 25 julio de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935623000014#bibl0005>
34. López R, Acevedo A, Hernández E. Conocimiento y prácticas de los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad de cuidados intensivos en el hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez Managua. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/2275>
35. Navarro N. Vargas L. Carvajal C. Manejo de la sedación en UCI: ¿Una práctica avanzada de enfermería? Revista Chilena. Chile. [en línea]. 2013 [fecha de acceso 18 agosto de 2019]; URL Disponible en: <https://www.medicinaintensiva>.
36. Zaraguro J, Cevallos P, Guacho T, Drouet E. Aplicación del protocolo de ventilación mecánica [Internet] 2020; Vol. 4, N°3 [Consultado el 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/326-Texto%20del%20art%C3%ADculo-975-3-10-20201122-1.pdf>
37. Pozo T. Caracterización de la Sedoanalgesia en pacientes críticos ventilados en cuidados intensivos del Hospital Saturnino Lora Santiago de Cuba. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. [Internet]. [Consultado el 7 agosto 2023]. Disponible en: <https://1library.co/document/y871kmwz->

caracterizaci%C3%B3n-de-la-sedoanalgesia-en-pacientes-cr%C3%ADticos-ventilados.html

38. Ferrer L, Díaz J, et al. Alternativas de sedación, analgesia, relajación y delirio en pacientes con COVID-19. Revisión narrativa. Medicina. crítico. [Internet]. 2022;36(5):296-311. [Citado el 13 de noviembre de 2023]. 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. Gómez O. Comparación de las Escalas de sedación Ramsay y Richmond – Agitación (RASS) valorado por enfermería en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. [Tesis de Maestría]. México: Universidad Autónoma del Estado de México. 2017: Disponible en: <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67595/Tesis%20OLGA%20G%C3%93MEZ%20QUINTERO.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
40. Miranda-Roy, N., Ortin, P., et al. Escala de sedación Richmond Agitation Sedation Scale. Ocronos - Editorial Científico-Técnica, [inyernet] 2021;4(10), 156-161. [citado 20 setiembre 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/richmond-agitation-sedation-scale/>
41. Danny Epstein et all. Conocimiento de los profesionales de la salud sobre los fármacos, sedantes, analgésico y neuromusculares de uso común revista PLOS, Rambam Health Care Campus Israel sobre: Italia [internet] 2020 [Citado 11 agosto 2023] disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227499>
42. Estébanez M. Sedación prolongada en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. [Internet] 2008;32 Supl 1:19-30 [Citado 11 agosto 2023] disponible en: <https://www.medintensiva.org>

43. Alejos G, Ángeles A, Martínez J. Concordancia de valoraciones del dolor entre la escala de conductas indicadores de dolor y Behavioral Pain Scale ESCID Y BPS. Rev. Enferm. Neurol [Internet] 2022. [citado julio del 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/01/1411074/articulo-5-concordancia.pdf>
44. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020;27(4): 232-233 [citado julio del 2023]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lng=es). Epub 13-Oct-2020. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.
45. Delgado G, Roca M, et al. Manejo del dolor en paciente crítico. Recimundo. [Internet] 2022;487-496 [consultado julio del 2023]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1854>
46. Mamani, D. Conocimiento y práctica de enfermería sobre uso de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica en la UCI de una clínica de lima 2022. [Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos]Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6463/T061\\_76950921\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6463/T061_76950921_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
47. Guía para el manejo de la sedoanalgesia en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” [Internet] 2015 [consultado julio del 2023]. Disponible en:

[https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/GuiasSedoanalgesia2015.pdf](https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/GuiasSedoanalgesia2015.pdf)

48. Gutiérrez F. Ventilación mecánica. Acta Med Per. [internet] 2011;28(2). [consultado julio del 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n2/a06v28n2.pdf>
49. Bazán P, Paz E, Subirama M. Monitorización del paciente en ventilación mecánica. Enfermería Intensiva. [Internet] 2000; 11(2):75-85. [consultado julio del 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-monitorizacion-delpaciente-ventilacion-mecanica-13008822>
50. Cala F, Gómez R. Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa. [Trabajo de fin de grado de enfermería] España: Universidad Autónoma de Madrid
51. Bazán P, Paz E, Subirama M. Modalidades de ventilación mecánica. Enfermería Intensiva. [Internet] 1999; 11(1):23-32. [consultado julio del 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-modalidadesventilacion-mecanica-13008814>
52. 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 para optar el título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos]Lima: 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12840/3301>
53. Mesquita E, et al. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos [Internet] 2009 [Consultado 11 agosto 2023] Disponible en: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17e02.pdf

54. Rivas E, Alarcón M, et al. M<sup>a</sup> Belén. Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. Enfermería Montevideo [Internet]. 2018; 7(1): 57-73. [Consultado 10 diciembre del 2023] Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062018000100057&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100057&lng=es).
55. Escobar B, Jara P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación. [Internet] 2019; 28(54)182-202 [Consultado 10 diciembre del 2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18800/educacion.201901.009>.
56. Arribas A. Conocimiento y practica en enfermería. Conocimiento enfermero. [Internet] 2018;1(1) [Consultado 10 diciembre del 2023] Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/12>
57. Pescatore R. Como hacer sedación y analgesia. Manual MDS. [Internet] 2021 [Consultado 10 diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/c%C3%B3mo-hacer-procedimientos-de-anestesia/c%C3%B3mo-hacer-sedaci%C3%B3n-y-analgesia>
58. Que es el método hipotético deductivo. Tesis doctorales. [Internet] 2024 [Consultado el 11 de enero del 2024] Disponible en: <https://tesisdoctoralesonline.com/en-que-consiste-el-metodo-hipotetico-deductivo/>

59. Hernández Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativas, Cualitativa y Mixta. Mc GRAW HI. México [Internet]. 2018. [Consultado 11 enero del 2024] Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf)
60. Lozada J. Investigación aplicada. Dialnet. [Internet] 2014;3(1)47-50 [Consultado 11 enero del 2024] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163749>
61. Sousa B, Costa I, et al. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2007;15(3) [Consultado 11 enero del 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
62. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. Selección de la muestra. En Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill. [internet] 2014; (6),170-191 [Consultado el 11 enero del 2024] Disponible en: [https://campus.ucsfvirtual.edu.ar/pluginfile.php/728335/mod\\_resource/content/1/HERNANDEZ%20SAMPIERI%20%281%29.pdf](https://campus.ucsfvirtual.edu.ar/pluginfile.php/728335/mod_resource/content/1/HERNANDEZ%20SAMPIERI%20%281%29.pdf)
63. 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 para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Pediátrico]Lima: Universidad Peruana Unión; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/6bc2524f-30ef-493b-8496-5440fcf590f2>

64. Pérez P, Gardey A. Práctica qué es, características, definición y concepto [Internet]. 2021. [Consultado el 11 enero del 2024] Disponible en: <https://definicion.de/practica/>.

### Anexo 1. Matriz de consistencia

Tabla N°1 Matriz de consistencia

**Título: “Conocimientos y prácticas de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024”**

Problema	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Indicadores	Metodología, Técnicas e instrumentos
<p><b>Problema Principal</b></p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima 2024?</p> <p><b>Problemas Secundarios:</b></p> <p><b>P1</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?</p> <p><b>P2</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>¿Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p><b>O1</b> Determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?</p> <p><b>O2</b> Identificar la práctica del personal de enfermería sobre la valoración de</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024.</p> <p><b>Hipótesis Específica:</b></p> <p><b>H1</b> Si existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024.</p>	<p><b>VARIABLES de la Investigación.</b></p> <p><b>Variable 1</b></p> <p>Conocimiento sobre la valoración de sedoanalgesia</p>	<p><b>Para la Variable Conocimiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de sedoanalgesia</li> <li>• Objetivo de sedoanalgesia</li> <li>• Indicaciones de sedoanalgesia.</li> <li>• Complicaciones de la sedoanalgesia</li> <li>• Fármacos utilizados en sedoanalgesia.</li> <li>• Escala de sedación RASS</li> <li>• Sedación ligera</li> <li>• Sedación moderada</li> <li>• Sedación Profunda</li> <li>• Escala de valoración de dolor</li> <li>• Valoración de dolor en paciente con ventilación mecánica</li> <li>• Escala BPS</li> </ul>	<p><b>Tipo de la Investigación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque Cuantitativo;</li> <li>• Nivel: Descriptivo</li> </ul> <p><b>Diseño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No experimental</li> <li>• De corte: transversal</li> </ul> <p><b>La Población:</b></p> <p>Conformada por 80 licenciados en enfermería.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>Tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p><b>Técnica:</b></p> <p>Encuesta y observación.</p> <p><b>Instrumento:</b></p> <p>Cuestionario y Lista de Chequeo.</p>

<p>valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?</p>	<p>sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024?</p>	<p><b>H2</b> No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un Hospital de Lima, 2024.</p>	<p><b>Variable 2</b></p> <p>Practica sobre la valoración de sedoanalgesia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de ventilación mecánica</li> <li>• Objetivo de ventilación mecánica</li> <li>• Indicaciones de ventilación mecánica</li> <li>• Modos de ventilación mecánica.</li> </ul> <p><b>Para la Variable Practica.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación de material y equipo.</li> <li>• Verificación y funcionamiento correcto de los equipos.</li> <li>• Ventilador, bombas infusora.</li> <li>• Verificación de los fármacos a utilizar.</li> <li>• Preparación correcta de los fármacos.</li> <li>• Registro de la valoración de la sedación-escala de RASS</li> <li>• Valoración del dolor BPS</li> <li>• Monitoreo y registro de funciones vitales.</li> <li>• Destete progresivo de la sedoanalgesia.</li> </ul>	<p>Validado y Confiable</p>
--	--	---	---	--	-----------------------------

				<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación del estado de conciencia.</li><li>• Registro en historia clínica.</li></ul>	
--	--	--	--	--	--

## Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

### CUESTIONARIO

“Conocimientos y prácticas de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos”.

**INTRODUCCION:** El presente instrumento forma parte de un trabajo de investigación que lleva por título **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA SOBRE LA VALORACION DE SEDOANALGESIA EN PACIENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL, LIMA 2024.** Realizado por: Lic. Marina Glory Caldas Castañeda, alumna de la especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos de la Universidad Peruana Norbert Wiener, cuyos resultados serán utilizados para identificar los conocimientos y prácticas que desarrollan las enfermeras en el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica de un Hospital de Lima. Es de carácter anónimo y se le pide contestar de forma veraz. Se agradece su gentil participación.

**Instrucciones:** Complete los datos generales y marque la respuesta que considere correcta con un aspa (X) y llene los espacios en blanco.

#### I. DATOS GENERALES

1. Sexo: .....
2. Edad: .....
3. Tiempo que labora en la Unidad.....
4. Estado civil.....
5. Cuenta con experiencia de servicio en la uci.....
6. Es especialista.....

#### II. DATOS ESPECIFICOS

**Conocimiento sobre el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva.**

1. ¿Cuál es la definición de un paciente con sedoanalgesia 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 sedoanalgesia?
  - a) Facilitar la ventilación mecánica
  - b) Alivio de la ansiedad y dolor
  - c) Mejorar las funciones vitales

- d) Inducción al sueño
- 3. ¿En qué casos se indica la sedoanalgesia?
  - a) Paciente consciente
  - b) Paciente con PCR
  - c) Paciente con ventilación mecánica
  - d) Paciente con drenaje pleural
- 4. ¿Cuáles son complicaciones de la sedoanalgesia?
  - a) Sueño profundo estado de coma
  - b) Sopor y delirio
  - c) Sedación superficial
  - d) Infrasedación o sobrededación
- 5. ¿Cuáles son los medicamentos más usados para la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos?
  - a) Flumazenil y ketamina
  - b) Tiopental y Morfina
  - c) Fentanilo y Midazolam
  - d) Propofol y Metamizol
- 6. ¿Cuál es el efecto adverso más común en estos medicamentos?
  - a) Trastornos digestivos
  - b) Hipotensión sistólica
  - c) Taquicardia sinusal
  - d) Depresión respiratoria
- 7. ¿Qué debe monitorizar la enfermera en un paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva?
  - a) Pulso, AGA, F.R.
  - b) Llenado capilar, PVC, glicemia.
  - c) Nivel de conciencia, Sat O<sub>2</sub>, PA, FR, FC.
  - d) PAM, FR, PIC.
- 8. ¿Qué escala se utiliza para evaluar el estado de agitación-sedación en un paciente con ventilación mecánica invasiva?
  - a) Escala de GLASGOW
  - b) Escala de Visual Analógica
  - c) Escala de RASS
  - d) Escala de sedoanalgesia
- 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. ¿Según la escala RASS, ¿qué características debe presentar el paciente con sedación, ¿para encontrarse en 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 a la estimulación
  - d) Compite con el ventilador
- 11. ¿Según la escala RASS, ¿qué características debe presentar el paciente con

- sedación, ¿para encontrarse en RASS-1?
- Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto, apertura de ojos al llamado.
  - Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
  - Alerta y calmo
  - Saca o elimina tubos o catéteres, agresivo
12. ¿Según la escala RASS, Qué características debe presentar el paciente con sedación, ¿para encontrarse en RASS-3?
- Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
  - Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
  - Movimiento (sin apertura de ojos) a la llamada
  - No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz ( $\geq 10$  seg)
13. ¿Según la escala RASS, Qué características debe presentar el paciente con sedación, ¿para encontrarse en RASS-2?
- Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
  - Alerta y Calmo
  - Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos)
  - Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo
14. ¿Cómo considera Ud. al paciente Inquieto según la escala de RASS? (RASS+1)
- No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz ( $\geq 10$  seg)
  - Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
  - Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
  - 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)
- Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
  - Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
  - Ausencia de respuesta a la voz, pero con movimientos o apertura de los ojos a la estimulación física
  - Alerta y Calmo
16. ¿En paciente con ventilación mecánica y PEEP alto, que RASS debería manejar?
- Rass -4
  - Rass 0
  - Rass +1
  - Rass +3
17. ¿Qué escala de valoración del dolor en paciente con ventilación mecánica, opaciente no comunicativo bajo sedación profunda conoce Ud.?
- Escala Visual Análoga EVA
  - ESCID
  - Behavioural Pain Scale (BPS)
  - B y C
18. La EVA se aplica en pacientes:
- 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 Chequeo

Enfermera observada.....

Hora.....

Fecha.....

PRACTICA	SI	NO	OBSERVACION
<b>ANTES DE LA SEDOANALGESIA:</b> Comprueba la operatividad del equipo			
1. Ventilador mecánico			
2. Corrugados			
3. Humidificación			
4. Bombas infusoras			
5. Fármacos			
6. Prepara el material y equipo			
<b>DURANTE LA SEDOANALGESIA</b>			
7. Preparación correcta de fármacos			
8. Titulación de las infusiones de sedoanalgesia			
9. Monitoreo de funciones vitales			
10. Valoración de la sedación según la escala de RASS			
11. Valoración del dolor según la escala de BPS			
12. Identifica signos de complicaciones y posibles efectos adversos			
13. Registra en la historia clínica			
<b>DESPUES DE LA SEDOANALGESIA</b>			
14. Registra en la historia clínica			
15. Registra la evaluación del estado de conciencia			

### Anexo 3. Consentimiento informado



Universidad Norbert Wiener  
Escuela de Posgrado  
EAP de Enfermería.

#### Consentimiento Informado

##### **Propósito y procedimientos:**

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Conocimientos y prácticas de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en cuidados intensivos en un hospital de Lima 2024”, El objetivo de este estudio es determinar los conocimientos y prácticas en la valoración de la sedoanalgesia del profesional enfermero en la UCI este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Marina Glory Caldas Castañeda, bajo la asesoría de la Mg. Paniora Allca Nancy. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

##### **Riesgos del estudio**

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

##### **Beneficios del estudio**

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio. Participación voluntaria.

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

## ● 18% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 13% Internet database
- 6% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 13% Submitted Works database

### TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	<b>repositorio.umsa.bo</b> Internet	1%
2	<b>intellectum.unisabana.edu.co</b> Internet	1%
3	<b>Matías Olmos, Daniel Varela, Francisco Klein. "ENFOQUE ACTUAL DE L...</b> Crossref	1%
4	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	<1%
5	<b>repositorio.upeu.edu.pe</b> Internet	<1%
6	<b>uwiener on 2024-07-18</b> Submitted works	<1%
7	<b>uwiener on 2024-05-26</b> Submitted works	<1%
8	<b>repositorio.unac.edu.pe</b> Internet	<1%