



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON SEDOANALGESIA EN VENTILACIÓN MECÁNICA DEL HOSPITAL REGIONAL

HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2023

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

SHARON NOHELY CONDORI CARCASI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

**ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y
URGENCIAS**

PUNO – PERÚ

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA
DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN
DEL PACIENTE CON SEDOANALGESIA E
N**

AUTOR

SHARON NOHELY CONDORI CARCASI

RECuento DE PALABRAS

11959 Words

RECuento DE CARACTERES

67450 Characters

RECuento DE PÁGINAS

56 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.1MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 18, 2024 7:01 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 18, 2024 7:02 PM GMT-5

● 11% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)



Firmado digitalmente por
CERVANTES ZAVALA Celia FAU
20145496170 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.06.2024 19:08:20 -05:00

Resumen



DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios que en su infinita misericordia permitió que logre este trabajo.

A mi madre Carmen Rosa, por su amor y apoyo en todo momento.

A mi hermana Nadel, por su apoyo en todo momento.

Al hospital Honorio Delgado por permitirme realizar la presente investigación.

Sharon Nohely Condori Carcasi



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por iluminar mis días y por haberme dado fuerzas para poder culminar este trabajo de investigación.

A la Universidad Nacional del Altiplano, por ser mi Alma Mater.

A la Dra. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda, Asesora de la presente investigación.

Al hospital que me brindó facilidad para la realización de la presente investigación.

A las enfermeras(os) especialistas de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Honorio Delgado.

Sharon Nohely Condori Carcasi



ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I

1. 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1. 2. OBJETIVO GENERAL	9
1. 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1. 4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	9

CAPÍTULO II

2.1. ANTECEDENTES	10
2.2. MARCO TEÓRICO	12

CAPÍTULO III

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
3.1.1. Ubicación del estudio.....	27
3.1.2. Tipo de estudio.....	27
3.1.3. Población de estudio	27
3.1.4. Variables	28
3.1.5. Operacionalización de variables	29
3.1.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.1.7. Procedimiento de recolección de datos.....	31
3.1.8. Análisis estadístico	32
IV. RESULTADOS	33
V. CONCLUSIONES.....	37
VI. RECOMENDACIONES.....	38
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS	44

Área: Ciencias Biomédicas.

Línea: Condiciones y caracterización sobre el ejercicio profesional.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 11 de abril 2024



CAPÍTULO I

1. 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El conocimiento se refiere a la acción y resultado de conocer; siendo en latín *cognoscere*. Aprender la naturaleza, propiedades y relaciones de las cosas a través de la inteligencia (1).

El conocimiento se puede definir como un conjunto de información adquirida a través de experiencias posteriores, o mediante una introspección previa. Esta definición es muy amplia y abarca diferentes tipos de conocimiento, esto significa que hay varios datos interconectados que individualmente tienen menos valor cualitativo (2).

El concepto de práctica puede tener varios significados. Dependiendo del contexto, puede funcionar como sustantivo o adjetivo. El término siempre se asocia con el concepto de algo que se ha hecho, de algo que se ha logrado y con el concepto de requerir cierta cantidad de conocimiento o perseverancia para lograr un resultado deseado (3).

El conocimiento y la práctica de la enfermería requieren inevitablemente del desarrollo de la teoría. A medida que se desarrolle la ciencia de la enfermería, se generarán los conocimientos profesionales necesarios, con el fin de asegurar que la práctica clínica sea autónoma y permitir que la enfermería se desarrolle plenamente. Estos conocimientos deben aplicarse en la práctica. La práctica y aprendizaje se perfeccionan a partir de la retroalimentación y desarrolle prácticas saludables y efectivas (4).

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es común utilizar la analgesia y la sedación como parte importante del tratamiento de pacientes críticos. Estas terapias son necesarias para reducir el dolor, la ansiedad y el estrés y para facilitar el uso de tecnologías de enfermería y soporte vital, como la Ventilación Mecánica (VM). No obstante, es importante tener en cuenta que su uso puede conllevar complicaciones, principalmente como consecuencia de su infrautilización o sobreutilización (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), está trabajando en el contexto mundial para reconocer el derecho a ser tratado ante la presencia de dolor. Asimismo,



el profesional sanitario y las asociaciones de investigación recomiendan que el proyecto debe incluir siempre el orden sucesivo, anestesia, sedación y bloqueadores neuromusculares. No obstante, evaluar los niveles de dolor y proporcionar a los pacientes la sedación o el tratamiento adecuado (6).

En Bolivia en el año 2019, se realizó un estudio sobre el profesional de enfermería que demostró cierto nivel de conocimiento y habilidad en la evaluación de la sedoanalgesia con un índice de aciertos del 87%. Para la definición de alivio del dolor al sentarse, el 47% dio la respuesta correcta. En general, se dieron la mayoría de las respuestas. La mayoría tiene un cierto nivel de conocimiento. En cuanto a la sedoanalgesia y práctica sentada, el 60% practicaba buenas prácticas y el 40% practicaba prácticas inaceptables; se concluye los profesionales de enfermería tienen niveles medios de conocimientos y una práctica sólida en su campo (7).

En Perú en el año 2017, se realizó un estudio a los profesionales de enfermería donde se evaluó el conocimiento y la práctica de la sedación de los pacientes ventilados mecánicamente invasivos, donde se evidencia que del 100% de los enfermeros, el 50% tiene habilidades básicas (8).

En Chiclayo en el año 2017, se realizó un estudio sobre el conocimiento de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)-Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en el manejo de los profesionales de enfermería tuvieron un grado moderado de conocimiento sobre la efectividad de la sedación en pacientes Ventilación Mecánica (VM), con al menos un 50% de ellos demostrando dicho nivel (9).

Teniendo en cuenta las características y dificultades propias del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) requiere un abordaje especial del personal de enfermería. Las enfermeras tienen una responsabilidad activa dentro de la unidad, donde se evalúa constantemente es importante monitorear los signos vitales, nivel de conciencia, dolor y analgesia con el objetivo de brindar el confort necesario, reducir el estrés y evitar un retraso en la recuperación y el proceso de destete de la Ventilación Mecánica (VM) (6).

En Arequipa en el año 2019, se realizó un estudio al profesional de enfermería donde se encuentra capacitado con un 77.8% en áreas críticas según estudio; para



brindar un cuidado de calidad y acorde al tipo de paciente crítico, dado que la incidencia asociada a complicaciones en el área es baja (31).

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza se observó que la analgesia administrada no era evaluada adecuadamente y los enfermeros que laboran en el área no utilizaban adecuadamente la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale); muchas veces no se registraban las hojas de seguimiento hemodinámico. en detalle, lo que refleja una brecha en la evaluación de la analgesia del paciente. Existen limitaciones en el tratamiento de la analgesia ininterrumpida del paciente, que plantea el riesgo de sedación inadecuada, dependencia de drogas y mantenimiento de la sedación y analgesia. La sedación prolongada aumenta los costos y las lesiones del paciente. Para ello, la investigadora formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023?



1. 2. OBJETIVO GENERAL

Relacionar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia, en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023.

1. 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Evaluar el nivel de práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

1. 4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis Nula: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023.

Hipótesis Alterna: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023



CAPÍTULO II

2.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

En un trabajo realizado en Bolivia, tuvo como objetivo realizar la evaluación de los conocimientos y prácticas de los enfermeros en la unidad de Terapia Intensiva de la Clínica La Paz. Los resultados indicaron que el 87% de los enfermeros tienen conocimientos sobre la sedoanalgesia, mientras que el 47% conoce su finalidad y solo el 13% está al tanto de las complicaciones. El 53% conoce los efectos adversos del Midazolam y el Fentanilo, mientras que el 80% tiene una práctica adecuada. Se encontró que el 60% de los enfermeros demuestra un manejo adecuado, mientras que el 40% muestra una práctica aceptable. En resumen, se observa un nivel medio de conocimientos y una buena práctica en general (40).

En Corea, se realizó un estudio que tuvo como objetivo identificar los conocimientos de profesionales de enfermería de la sección de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en la sedación y las competencias clínicas que se considera en las pruebas de la sedación en pacientes con Ventilación Mecánica (VM). Los resultados fueron que el conocimiento teórico de las enfermeras coreanas sobre la sedoanalgesia es alto (89%), pero en la práctica todavía es moderado (76%). Se concluye que hay una existencia de relación favorables medida y significativamente entre el conocimiento y la práctica de la sedación. (41).

A nivel Nacional

La investigación realizada en Lima, tuvo como propósito evaluar los conocimientos y prácticas de las enfermeras en el cuidado de pacientes sedados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Cardiovasculares del Hospital Dos de Mayo. Los resultados indicaron que el 70% de las enfermeras tenía conocimiento sobre la sedación, mientras que el 30% desconocía este tema. En cuanto a la práctica, el 40% se considera adecuado y el 60% insuficiente. A pesar de esto, no se encontró relación entre el conocimiento y la práctica de las enfermeras (42).

Se realizó un estudio en Lima, cuyo objetivo fue establecer la relación entre los constructos de saberes y la praxis en base al rol de cuidado que ejercen las enfermeras



de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) frente a los usuarios en un hospital de Lima. Los resultados fueron que el nivel de saberes del campo de la enfermería en cuidado a los pacientes es bajo con 41%, por otra parte, una inadecuada practica se agrupa con un 31%. Se concluye que existe una asociación baja entre ambos esquemas de estudio (43).

Se realizó una investigación en Lima, planteándose como objetivo establecer el nivel de conocimientos respecto a la práctica en usuarios que padecen de sedo analgesia y están bajo la utilización de un ventilador mecánico en el Hospital del Niño. Los resultados fueron que hay un 45% de los participantes que presentan un nivel medio en conocimiento y 42% una inadecuada praxis en enfermería; a nivel inferencial si hay una asociación moderada entre los constructos de estudio (44).

A nivel Local

En Arequipa, se realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la intervención de enfermería en la prevención de la patología delirium en usuarios encontrados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los resultados fueron que el 60% depende de una maquina ventiladora mecánica en intervalo de días 27.15 a 23.54, otro grupo con 35.25 a 25.48 además en uso de sedantes por un total de 24.42 a 17.72 y en acceso a relajantes para el músculo con 15.42 a 13.20. En conclusión, se identificó que una parte considerable de los usuarios presentan delirios y requieren una adecuada intervención del personal en enfermería (44).

En la búsqueda respecto a los antecedentes, no se logró ubicar estudios locales, que abarquen el tema de la sedoanalgesia en pacientes con Ventilación Mecánica (VM), dado que no es muy investigado en nuestro país.



2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Conocimiento

El conocimiento se refiere a un conjunto de información adquirida a través de la experiencia o del aprendizaje posterior, así como a través de la introspección previa. En su sentido más amplio, abarca una amplia gama de conocimientos, esto significa que hay varios datos interconectados que individualmente tienen menos valor cualitativo (3).

Tipos de conocimiento

- 1) Conocimiento empírico: Es un conocimiento común que ha sido adquirido accidentalmente a través de innumerables pruebas. Es desorganizado y no sistemático (3).
- 2) Conocimiento científico: Va más allá de lo empírico, ya que no se limita a la observación de los fenómenos, sino que también se enfoca en entender las causas y las leyes que los rigen. Además, se caracteriza por ser metódico y sistemático. El verdadero conocimiento es el conocimiento a través de la razón (3).

Nivel de conocimientos en enfermería

Los conocimientos son un pilar importante en el desarrollo profesional y técnica de las enfermeras, por ejemplo, adquirir habilidades en situaciones que se presentan al cuidar a los pacientes para que puedan mejorar rápidamente, por lo que las enfermeras necesitan adquirir conocimientos para mejorar sus conocimientos y habilidades(10).

Con este conocimiento, se puede medir el grado de involucramiento en los roles de la enfermería que se da por las profesionales, además, se pueden considerar los puntos de vista donde se incrementa la imposición del malestar patológico, además de realizar una evaluación con fundamento científico y en función a los requerimientos de los usuarios optimizando así la calidad de la atención. cuidado; como disciplina, el objetivo es ampliar y consolidar los saberes para una mejora de la praxis en el ámbito profesional que nos permita mejorar constantemente y demostrar los resultados altamente satisfactorios en la atención al paciente,



especialmente en áreas clave en la actualidad de la profesión de enfermería. El campo de la enfermería necesita una base científica, por lo que es necesario actualizar los conocimientos de los profesionales para poder adquirir experiencia con el conocimiento pueda ser transferida y aportada (11).

2.2.2. Práctica.

El enfermero realiza su actividad de forma multidisciplinar para el manejo de pacientes ventilados mecánicamente en condiciones de sedación y analgesia adecuados, proporcionando al paciente información clara sobre todo ello y los hallazgos científicos, realizando valoración del paciente, identificando riesgos potenciales, evaluando tratamiento, valorando niveles de dolor, valorando medicamentos que recibe el paciente y comprende la agitación del paciente, se debe tener cuidado de monitorear continuamente los signos vitales del paciente (10).

2.2.3. Valoración de la sedoanalgesia.

La administración de sedantes es una práctica común y se realiza mediante la aplicación de fármacos intravenosos y colocación de bomba de infusión continua. El enfoque de tratamiento para cada paciente puede variar según el tipo de procedimiento o cirugía, así como el peso del paciente, duración y nivel de sedación a conseguir; sin embargo, debe recordarse que la sedación se utiliza para brindar comodidad adecuada, reducir el estrés y prevenir complicaciones por la agitación (12).

Ajustar el grado de sedoanalgesia es el abordaje de tratamiento se determina teniendo en cuenta la condición fisiopatológica del paciente y la necesidad del soporte ventilatorio es un aspecto importante del correcto manejo y desarrollo de los pacientes críticos. La analgesia inadecuada puede tener un impacto negativo significativo en los pacientes, aumentando la morbilidad y la mortalidad, el tiempo durante el cual se requiere Ventilación Mecánica (VM), la duración de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la duración total de la hospitalización, las consecuencias físicas, psicológicas y los costos (13).

Sedación

La finalidad de la sedación es proporcionar confort, disminuir la ansiedad y reducir el estrés relacionado con la Ventilación Mecánica (VM), reducir el potencial de lesiones relacionadas con la excitación y, en algunos casos, reducir el trabajo respiratorio optimizando las interacciones paciente-ventilador. Cuando se utiliza correctamente, puede mejorar el nivel de estrés del paciente ayuda a mejorar su manejo, tratamiento y pronóstico (14).

Objetivos de la sedación

En pacientes hemodinámicamente comprometidos y en estado crítico que requieren Ventilación Mecánica (VM), la sedación tiene como objetivo brindar comodidad, disminuir el sentimiento de ansiedad y prever complejidades relacionadas con la afección y (en casos particulares) reducir el volumen del consumo de oxígeno al optimizar la interacción del paciente-al ventilador (15).

Las necesidades de sedación de todos los pacientes no son las mismas para un mismo paciente durante el día y a medida que el paciente permanezca, por lo tanto, el tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) siempre debe adaptarse individualmente a las necesidades de analgesia y sedación del paciente (12).

Grados de Sedación

- Sedación mínima (ansiolísis): Comienza con la dosis más baja y su respuesta varía de un paciente a otro y los pacientes generalmente responden a órdenes verbales (16).
- Sedación/analgesia moderada (sedación consciente): El paciente está tranquilo, sedado y coopera con órdenes verbales o táctiles (17)(18).
- Sedación/analgesia profunda: El paciente está profundamente anestesiado y no responde a las órdenes, pero se pueden provocar sus respuestas a estímulos dolorosos repetidos; en estas situaciones, puede ser necesaria manipulación o intervención directa para mantener la vía respiratoria (17).
- Anestesia general: Depresión farmacológica de la conciencia es baja y los pacientes no pueden ser despertados ni siquiera por estímulos dolorosos (17).



Complicaciones asociadas a la sedación

Las complicaciones más comunes son lesiones hipóxico-isquémicas y lesiones globales en lóbulo frontal, hipocampo y cerebelo en pacientes que están ventilados por mucho tiempo; puede aumentar la incidencia de delirio y disfunción cognitiva.

Infrasedación, cuando un paciente presenta una sedación insuficiente, puede experimentar miedo, ansiedad, trastornos del sueño y niveles elevados de estrés. Además, puede haber dificultades para mantener un nivel adecuado de sedoanalgesia y desarrollar tolerancia; sobredosificación, prolongación en el tiempo de la Ventilación Mecánica (VM) relacionadas a la misma presenta neumonía, barotrauma, bacteremia y trombosis venosa profunda (TVP); privación, presenta el síndrome de abstinencia puede manifestarse a través de síntomas como insomnio, ansiedad, agitación, cefalea y alteraciones del estado de ánimo (12).

Principales fármacos sedantes

Los sedantes son una gran clase de medicamentos que se utilizan para aumentar la tolerancia ambiental, mantener la capacidad de despertarse voluntaria o involuntariamente y perder parcial o completamente la capacidad de responder a los estímulos. Se usan muchos medicamentos para la sedación y a continuación analizamos algunos de los medicamentos que se usan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (19).

- **Midazolam:** Es un fármaco benzodiazepínico con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y amnésicos, buena tolerancia hemodinámica y antagonista específico, ampliamente utilizado para la sedación de pacientes críticos (20). La dosis está estipulada de 0.03-0.3 mg/kg en una escala de valoración de peso/hora.
- **Lorazepam:** Esta droga es adecuada para pacientes que están bajo ventilación y requieren un período prolongado de ventilación. La dosis recomendada como una dosis inicial es de 0,05 mg/kg y debe darse cada 2 o 4 horas según sea necesario. También puede administrarse por vía intravenosa en dosis de 0,02-0,1 mg/kg cada 4-8 horas, con una dosis máxima de 2 mg. Para una perfusión continua, la dosis recomendada es de 0,01-0,1 mg/kg por hora (15).



- **Propofol:** Este medicamento es un sedante e hipnótico que tiene la capacidad de causar amnesia anterógrada. Además, su efecto comienza a notarse rápidamente, aproximadamente de 1 a 2 minutos después de su administración y corta duración de acción (10 a 15 minutos). Es recomendable un suministro de manera pausada el cual implica que no debe ser superior a 1m/seg, la dosis inicial recomendada de este medicamento es de 2 a 2,5 mg/kg, y la dosis de mantenimiento suele oscilar entre 0,5 y 3 mg/kg por hora. No obstante, es importante tener en cuenta que está contraindicado en pacientes que padecen asma o insuficiencia renal. Cuando se administra en forma de bolo, puede producir una disminución de la presión arterial de hasta un 30% en comparación con los niveles basales (21)(22)(23).

Analgesia

Se debe proporcionar analgesia adecuada ya que es importante garantizar el confort y bienestar de todos los pacientes, independientemente del nivel de sedación que requieran. Esto no solo es una cuestión humanitaria, sino que también ayuda a prevenir posibles consecuencias negativas, principalmente relacionadas con el estrés y el aumento del catabolismo, que derivan en aumento del consumo de oxígeno, taquicardia, hipertensión o inmunosupresión (24).

Asimismo, existen tratamientos no farmacológicos diseñados para reducir el riesgo modificable para el delirium, como mejorar la función cognitiva y optimizar el sueño, la movilidad, la visión y la audición en pacientes críticos.

Objetivos de Analgesia

Básicamente, su objetivo es evitar la sensibilización central y periférica inducida por traumatismos, reducir la hiperactividad de los nociceptores, evitar la expansión de los mensajes nociceptivos y reducir la respuesta al estrés nervioso autónomo, que se manifiesta en la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, la presión arterial, y el consumo de oxígeno son algunos de los parámetros que se monitorean y evalúan en el paciente (23).

Identificar el dolor es un desafío continuo para los equipos médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por lo tanto, se sugiere realizar evaluaciones



regulares para identificarlo, cuantificarlo y estandarizadas utilizando escalas validadas (15).

Complicaciones de la Analgesia

El dolor puede ser desencadenado por el estrés, lo que activa el sistema nervioso simpático provoca reacciones que se manifiestan por taquicardia, aumento del contenido de oxígeno del miocardio, aumento del catabolismo, hipercoagulabilidad e inmunosupresión. Además, el dolor puede provocar disfunción pulmonar e irritabilidad (25)(26).

Principales analgésicos

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el paciente es lo más importante porque se encuentra en estado crítico, por lo que un buen manejo del dolor y una buena analgesia es sumamente importante y fundamental dado su estado la mayor parte del tiempo. Actualmente, un programa de manejo del dolor se considera esencial, especialmente para el dolor crónico, y cualquier situación de dolor debe ir precedida de una estrategia de manejo del dolor antes de utilizar las técnicas apropiadas de manejo del dolor (27)(28).

- **Morfina:** Este es un analgésico opioide, se utiliza con menor frecuencia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Después de su administración intravenosa, su efecto analgésico comienza a notarse en un lapso de 5 a 10 minutos, alcanzando su efecto máximo aproximadamente en 1-2 horas. Tiene una vida media de eliminación de 4-5 horas. Puede administrarse de forma intermitente por vía intravenosa en dosis de 2-4 mg cada 1-2 horas, o una infusión continua en dosis de 2-15 mg/hora, que en casos especiales podría aumentar hasta los 30 mg/hora (15).
- **Fentanilo:** Este medicamento es un derivado sintético de la morfina y es aproximadamente 100 veces más potente que la morfina. La dosis recomendada es de 0,35 a 0,5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ para administración intravenosa intermitente cada 0,5 a 1 hora, y de 0,7 a 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{hora}$ para infusión continua (hasta 10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{hora}$ en circunstancias especiales) (15).



Su alta potencia y buena tolerabilidad cardiovascular le otorgan un índice terapéutico muy favorable, siendo el opioide más utilizado para la anestesia en cirugía cardiovascular y unidades de cuidados intensivos (29).

- **Remifentanilo:** Este medicamento es otro opioide que se utiliza en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Es un derivado del fentanilo con efectos de acción ultracorta, lo que significa que su efecto comienza y disminuye muy rápidamente (menos de 3 a 5-10 minutos). Este medicamento tiene una potencia analgésica comparable al Fentanilo. Se recomienda utilizarlo únicamente el corto plazo no supera los 5 días. La dosis recomendada consiste en un bolo intravenoso inicial de 1,5 mcg/kg, seguido de un régimen de mantenimiento de 0,5 a 15 mcg/kg cada hora como infusión continua (15). Las dosis más altas de remifentanilo aumentaron el riesgo de hipotensión, bradicardia y apnea. Los vasopresores y anticolinérgicos deben prepararse con precaución cuando se usa remifentanilo (48).

Bloqueadores neuromusculares

La principal acción de los fármacos que bloquean la unión neuromuscular (BNM) es para interrumpir la transmisión de impulsos nerviosos en la placa motora antagonizando los receptores nicotínicos de acetilcolina (ACh). Se trata de fármacos que carecen de sedación o analgesia, pero que son importantes durante operaciones o procedimientos que requieren el cese de la actividad muscular (30).

- **Rocuronio:** Presenta una acción ultrarrápida, con metabolismo hepático. Está indicado para la intubación rápida de pacientes con contraindicación de succinilcolina. Dosis 0,5-1 mg/kg/dosis. Perfusión 0,3-0,6 mg/kg/hora IV (30).
- **Pancuronio:** Debido a las reacciones adversas asociadas con la administración de bloqueadores neuromusculares (BNM), su empleo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es cada vez más selectivo. Los agentes de los bloqueadores neuromusculares (BNM) surten efecto a los 4 minutos de su administración; además, el bromuro de pancuronio tiene un efecto de acción prolongada cuando se administra en infusión continua, a menos que esté contraindicado. La infusión intravenosa dura de 75 a 90 minutos (5).



Intervención de enfermería en sedoanalgesia

Evidencia reciente sugiere el protocolo de manejo del dolor al sentarse que sirve como una herramienta clínica para promover el uso seguro, eficaz y óptimo de estos medicamentos. Se destacan las siguientes recomendaciones para su desarrollo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): priorizar la analgesia, realizar una adecuada evaluación y tratamiento del dolor, realizar sedación con la menor dosis posible bajo la guía de una enfermera y sedación guiada por determinados objetivos, además de un analgésico. también se debe reducir la dosis(31). Disminuir el uso de benzodiazepinas (BZD). Además de la sedación en sí, se hacen varias recomendaciones, entre ellas la prevención, evaluación y tratamiento del delirio, movilización temprana, empoderamiento y posible implicación familiar (32).

Una vez que el paciente está sedado y se han evaluado y abordado todas las causas reversibles, evaluamos el grado de sedación utilizando una escala aprobada, ajustamos la dosis de sedación y nos aseguramos de que el nivel cumpla con los objetivos de sedación del paciente(6).

Escala de Sedación:

Escala de RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

El Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) es una herramienta para evaluar la agitación o la sedación en pacientes críticos. Está aprobado para pacientes ventilados y no ventilados. Esta escala nos aporta mayor información en las fases de excitación y sedación, ya que describe 10 niveles con puntuaciones de -5 a 4, y el RASS es cero, lo que indica que el paciente está alerta pero no significativamente agitado o tranquilo. Un nivel por debajo de cero significa que el paciente está ligeramente sedado y un nivel por encima de cero significa que el paciente está ligeramente agitado (33).

La escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) ha sido validada como herramienta para el seguimiento de la sedación en adultos críticamente enfermos y es una de las herramientas más utilizadas en este contexto.

Es la escala más utilizada en ensayos controlados y aleatorios sobre la utilización de esta escala de medición junto con la adaptación de la sedación al nivel deseado puede mejorar la calidad de la sedación y tener un impacto positivo en la duración de la Ventilación Mecánica (VM). Esto puede reducir la cantidad de traqueotomías necesarias y la duración total de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (34).

Es una escala de 10 puntos que distingue 10 estados de excitación-sedación:

- Existen cinco niveles de sedación, que se puntúan en una escala de -1 a -5. Un puntaje de -5 indica que el paciente no responde, -4 indica una sedación profunda, -3 indica una sedación moderada, -2 indica una sedación leve, y -1 indica que el paciente está somnoliento.
- Existen cuatro niveles de agitación, que se puntúan en una escala que va de +1 a +4. Un puntaje de +1 indica inquietud, +2 indica agitación, +3 indica una agitación intensa y +4 indica comportamiento combativo.
- El nivel 0 en esta escala corresponde al estado de alerta y calma (35).

Puntuación	Término	Descripción
+4	Combativo	Abiertamente combativo o violento. Peligro inmediato para el personal.
+3	Muy agitado	Se retira tubo(s) o catéter(es) o tiene un comportamiento agresivo hacia el personal
+2	Agitado	Movimiento frecuente no intencionado o asincronía paciente-ventilador.
+1	Inquieto	Ansioso o temeroso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos.
0	Alerta y calmado	
- 1	Somnoliento	No completamente alerta, pero se ha mantenido despierto. (>10 segundos) con contacto visual, a la voz (llamado)
- 2	Sedación ligera	Brevemente despierta con contacto visual (<10 segundos) al llamado
- 3	Sedación moderada	Algún movimiento (pero sin contacto visual) al llamado.
- 4	Sedación profunda	No hay respuesta a la voz, pero a la estimulación física hay algún movimiento.
- 5	No despierta	Ninguna respuesta a la voz o a la estimulación física.



Escala de valoración del dolor

Behavioral Pain Scale (BPS, Escala Conductual del Dolor)

Esta herramienta es muy valiosa en situaciones que suelen surgir en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cuando los pacientes no pueden expresar su malestar. Esta herramienta de evaluación es clara y precisa, con una mínima variación interindividual, para cuantificar el dolor y diferenciar la respuesta al tratamiento(15).

Es una escala validada que se puede utilizar para evaluar el dolor en pacientes críticos no comunicativos, pero se limita a pacientes que reciben sedación profunda, agentes bloqueadores neuromusculares, cuadriplejía o polineuropatía. Consta de tres elementos: expresión facial, movimiento de las extremidades superiores y adaptación a la Ventilación Mecánica (VM), cada uno puntuado de 1 a 4 puntos. Por tanto, el número total de puntos a obtener es de 3 (sin dolor) a 12 (intensidad máxima del dolor)(36)(11).

Tabla 2. BPS (Behavioral Pain Scale)

Indicador	Descripción	Puntuación
Expresión facial	Relajada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Haciendo muecas	4
Movimiento de los miembros superiores	Relajados	1
	Parcialmente flexionados	2
	Totalmente flexionados	3
	Totalmente contraídos	4
Adaptación a la ventilación mecánica	Tolerando movimientos	1
	Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo.	2
	Luchando contra el ventilador	3
	Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Graduación del dolor	
No dolor	<3
Presencia de dolor	>6
Dolor inaceptable	>7
OBJETIVO	<6



2.2.4. Protocolos de sedoanalgesia, para procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

El paso más importante para la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es la evaluación de la analgesia y la sedación, que se realizan por separado pero de forma interdependiente. La sedación requiere una valoración cuidadosa por parte de la enfermera, lo mismo ocurre con el dolor, y para ello debe comprobar los objetivos de la sedación mediante una escala como la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale), para que pueda desarrollar un plan de sedación. Para una atención óptima y una mejor elección del tratamiento y la posibilidad de evaluar la eficacia de dicho tratamiento, esta evaluación debe realizarse periódicamente, considere la posibilidad de ajustar la dosis (12).

No todos los pacientes requieren la misma cantidad de sedación, ya que las necesidades de sedación pueden variar entre los pacientes, ya que se desarrolla durante el día o durante la terapia intensiva; por lo tanto, la analgesia requerida por el profesional de enfermería debe adaptarse paciente, la sedación requiere un tratamiento individual (37).

Dimensiones a considerar en la práctica de enfermería en sedoanalgesia en pacientes con Ventilación Mecánica (VM):

Antes del procedimiento

- a. Realizar una evaluación eficaz y observar el estado y la agitación del paciente, así como la demanda de analgesia en pacientes sometidos a Ventilación Mecánica (VM).
- b. Intentar controlar la agitación del paciente mediante otros métodos no farmacológicos. Tratar a los pacientes con otros medios no farmacológicos.
- c. Considere la importancia de comprobar y evaluar los signos vitales del paciente.
- d. Prepare los materiales para su uso (lávese bien las manos de antemano).
- e. Confirme la funcionalidad del dispositivo que desea utilizar.



Durante el procedimiento

- a. Utilice la medicación correcta y prepare la infusión en la dosis y concentración prescrita por el médico.
- b. Colocar etiquetas claras en los equipos e infusiones indicando: nombre del fármaco, fecha, hora y concentración.
- c. La analgesia en reposo mientras recibía Ventilación Mecánica (VM) se evaluó mediante la escala de RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) con la frecuencia necesaria.
- d. Titular la infusión según el estado de sedación del paciente ventilado mecánicamente.
- e. Controlar las funciones vitales
- f. Realizar una evaluación de los posibles signos o efectos secundarios de la analgesia en pacientes bajo Ventilación Mecánica (VM).
- g. Registrar las observaciones pertinentes en la historia clínica del paciente.

Después del procedimiento

- a. Detectar y evaluar posibles señales de complicaciones.
- b. Administrar sedoanalgesia a pacientes bajo Ventilación Mecánica (VM).
- c. Registrar en el expediente clínico las observaciones realizadas.

2.2.5. Ventilación Mecánica

Definición.

Es un mecanismo procedimental con función de vitalidad que usa maquinas que proporcionan ventilación y apoyo de oxígeno para facilitar la trasposición e intercambio gaseoso dentro del accionar respiratorio en pacientes con insuficiencia pulmonar. Los ventiladores mecánicos generan flujo de aire con el tiempo al crear un parámetro a nivel de presión entre los segmentos de la boca, vía respiratoria y también en los alveolos, el cual crea un impacto que debe facilitar los procesos de resistencia en el flujo de consistencia de aire y propiedades de la misma (38).



Objetivos principales

- Innovar en los puntos de recepción gaseosa
- Omite la injuria a nivel pulmonar
- Reduce trabajo a nivel respiratorio en un esfuerzo

Consideraciones clínicas

- Dificultades respiratorias II o hipercápnic.
- Alcance de compromiso con el proceso de respiración
- Hipertensión en el cráneo.
- Profilaxis referente a la falta de estabilidad en hemodinámica.
- Aumento del esfuerzo respiratorio
- Inestabilidad del tórax
- Considerar la administración de sedación y/o relajantes musculares.

Modalidades de Ventilación Mecánica (VM).

Ventilación controlada dentro del volumen (CMV): La respiración es un proceso controlado por un instrumento denominado ventilador, el cual está ligado a evaluar la frecuencia de la respiración preestablecidos. Asimismo, no requiere inicialmente algún tipo de estimulación, en ello facilita su uso en usuarios con esfuerzo de respiración, además con pacientes postoperatorio temprano o disfunción neuromuscular (38).

- a) Ventilación asistida controlada (AC): “La respiración se programa con el volumen, flujo, de onda y conteo respiratorio. Todo proceso respiratorio interactuados por la maquina puede guiar al paciente en la respiración automática (38).
- b) La ventilación de tipo mandatorio en intervención con sincronía (SIMV), se describe como un mecanismo combinatorio en la respiración del paciente con la artificial. Donde al identificar el esfuerzo, se hace una sincronización automática con el volumen respiratorio y también en la frecuencia respiratoria natural del paciente.



- c) La ventilación controlada por presión (PCV), ello abarca el proceso respiratorio en presión, en una asociación conjunta con la frecuencia de respiración manipulada por el médico.
- d) Ventilación controlada bajo los parámetros de la programación positiva en la inspiración espontánea, el esquema de flujo donde el impulso respiratorio del paciente debe estar intacto y, una vez que se produce un esfuerzo inspiratorio espontáneo, se mantiene a niveles de presión programados, creando así un volumen variable.
- e) Ventilación de tipo en soporte (PSV) en un mecanismo programado que opta por el aprisionamiento positivo dirigida a la inspiración, donde, el impulso respiratorio del paciente debe estar intacto y, una vez que se produce un esfuerzo inspiratorio espontáneo, se mantiene a niveles de presión programados, creando así los parámetros de volumen que existe en las variables (38).
- f) Dentro de la presión positiva, presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), se considera como la aplicación continua en la presión a las vías respiratorias durante el ciclo de respiración espontánea. Esta posición no proporciona apoyo inspiratorio, por lo que el paciente necesita una estimulación respiratoria espontánea activa. Tiene el mismo efecto fisiológico que la presión de fin de espiración positiva (PEEP) (38).
- g) Frente al modo de Ventilación Mecánica (VM) se encontró que los alveolos se encuentran con mayor apertura, de alguna manera consideran y aportan a un intercambio gaseoso que mejora el proceso de oxigenación en los órganos que hayan padecido alguna afectación.

Accionar en la labor de la Enfermería respecto a la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva

La asistencia a un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), requiere un enfoque de enfermería especial debido a las características y dificultades del paciente. El profesional de enfermería organiza activamente los sedantes y analgésicos que se indica según prescripción médica, las dosis requeridas por el paciente, se encarga de realizar un seguimiento y mantenimiento individualizado de cada caso, controlando los parámetros relevantes y detectando



problemas de manera oportuna. Todo esto contribuye a brindar una atención de calidad al paciente sea la base del equipo que atiende a estos pacientes en estado crítico.

La aplicación de protocolos de sedación guiados por enfermeras en la práctica clínica puede aumentar la sedante de forma óptima a la población de pacientes y reduce el número de extracciones accidentales de tubos y catéteres. Los estudios han demostrado que el uso continuo del régimen mejora significativamente la calidad de la atención que reciben los pacientes sedados. La sociedad científica líder en medicina de cuidados críticos y anestesiología recomiendan protocolos de sedoanalgesia y estos puedan ser monitorizados y administrados por enfermeras (39).



CAPÍTULO III

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. Ubicación del estudio

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Honorio Delgado Espinoza III – 1, situado en la Av. Daniel Alcides Carrión 505 Cercado, provincia y región de Arequipa. Con tecnología, profesionales de la salud, infraestructura y atención de la mejor calidad, en pro de satisfacer de manera global los requerimientos en salud de la comunidad de Arequipa, con horario de atención de 24 horas. En el área específica de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que atiende a toda la población Macro región Sur; en el cual se ofrecen actividades específicas con equipos con la tecnología más alta, donde se atiende a pacientes en estado crítico que puede ser recuperados. La gestión de la capacidad de los servicios es de 06 habitaciones con camas en la prestación de servicio en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) y 08 camas monitoreadas para la sección de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde trabajan 26 enfermeras; que brindan un servicio personalizado a los pacientes con riesgo de notable deceso.

3.1.2. Tipo de estudio

El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo con un diseño correlacional, prospectivo y transversal.

3.1.3. Población de estudio

Población

Se enfocó en una población de 26 enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), las cuales ofrecen servicios de atención especializada a pacientes en estado crítico. Bajo un régimen laboral variado de los cuales detallamos a continuación: 14 enfermeras CAS Regular, 8 enfermeras nombradas y 4 enfermeras reemplazo.

Muestra

No se usó muestra ni muestreo, dado que se realizó estudio en su totalidad.



Criterios de inclusión

- Enfermeras que trabajen en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- Enfermeras que tengan trabajando mínimo tres meses.
- Enfermeros que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Enfermeras que cumplan labores administrativas.
- Enfermeras que laboren en otras áreas.
- Enfermeras que cursen vacaciones.

3.1.4. Variables

Variable X: Nivel de conocimiento

Variable Y: Nivel de práctica

3.1.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Categoría	Escala	
Variable X: Nivel de conocimiento	Armado con conocimiento, se puede medir el efecto de las acciones en la atención, generando cambios y toma de decisiones en diferentes direcciones basadas en las necesidades del paciente y los resultados de la evaluación para garantizar una calidad óptima de la atención.(41)	Consiste en un conjunto de conceptos y teorías que lo conforman y que utilizan las enfermeras para evaluar la eficacia de la analgesia en pacientes ventilados mecánicamente.(45)	Valoración de la sedoanalgesia	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de la sedoanalgesia - Objetivo de la sedoanalgesia - Indicaciones de la sedoanalgesia - Complicaciones de la sedoanalgesia - Fármacos más utilizados en la sedoanalgesia. - Efectos adversos de los fármacos. 	Nivel de conocimiento bajo: < 12 puntos	Bajo Medio Alto	
			Valoración de la agitación-sedación	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de sedación RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) 	Nivel de conocimiento medio: 13-17 puntos		
			Valoración del dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de valoración del dolor 	Nivel de conocimiento alto: > 18 puntos		
Variable Y: Práctica de la enfermera en la valoración de sedoanalgesia	La práctica de enfermería abarca las experiencias y fenómenos observados y encontrados en la prestación de cuidados.(46)	La práctica de enfermería es la destreza y habilidad que posee en la atención a pacientes que requieren sedoanalgesia (47).	Antes	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación de material y equipo. - Correcto funcionamiento de los equipos - Verificación de los fármacos a utilizar. 	De 13-15 Practica eficiente	Eficiente Deficiente	
			Durante	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación correcta de los fármacos - Titulación de dosis respuesta - Registro de valoración de la sedación – Escala de RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) - Verificación de la vía exclusiva de sedoanalgesia. - Valoración del dolor BPS (Behavioral Pain Scale) - Monitoreo y registro de funciones vitales. - Identifique signos de complicaciones. - Destete progresivo de la sedoanalgesia. 			De 0 – 12 Practica deficiente
			Después	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del estado de conciencia - Registro de la historia clínica 			

Fuente: Conocimiento y práctica de enfermeras en el cuidado de pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva con sedoanalgesia en Unidad de Cuidados Intensivos.

3.1.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica.

Los métodos utilizados en este estudio fueron la encuesta y la observación.

Instrumento.

El instrumento de la variable conocimiento se utilizó un cuestionario titulado "Conocimiento y práctica de enfermeras en el cuidado de pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva con sedoanalgesia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)" realizado por Ávila Napan et al. (2017). El instrumento consta de 22 ítems, formado por 4 dimensiones, con respuestas nominales dicotómicas. La calificación se basa en asignar un valor de (1) a las respuestas correctas y (0) a las respuestas incorrectas. Las variables se clasifican como Baja (0 a 12 puntos), Regular (13 a 17 puntos) y Alto (18 a 22 puntos).

Para medir las variables en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica invasiva, se utilizó una "lista de chequeo" basada en un instrumento utilizado en un estudio en Perú (Ávila Napan et al., 2017). La lista consta de 15 ítems distribuidos en 3 dimensiones (antes, durante y después de la sedoanalgesia) y utiliza una escala nominal de medición con respuestas de Sí y No, donde Sí se califica con 1 y No con 0. La puntuación final se clasificará como Práctica deficiente (0-12 puntos) y Práctica eficiente (13 a 15 puntos).

Validez y confiabilidad del instrumento

La validez de la herramienta se asigna como resultado de la evaluación de expertos, profesionales y expertos en la materia y el consenso de los evaluadores. Utilizando Aiken V para la puntuación, el coeficiente resultante es 0.830, lo que demuestra que la herramienta es útil para postularse al programa, en cuanto a esto, es aceptable. El instrumento se midió por la confiabilidad, pilotado con una muestra de otra organización con rasgos similares a la del estudio, y se lograron los resultados a través de la Prueba Matemática Kuder Richardson KR-20, la cual obtuvo un índice de confiabilidad de 0.810. El instrumento mostró un nivel de confiabilidad aceptable para su uso.



En términos de eficacia, esto está garantizado por la revisión por pares de los profesionales experimentados en el área de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se evidencia que la auditoría se obtuvo a través del consenso de opiniones, lo cual se reflejó en un coeficiente de Aiken V de 0,870. La confiabilidad de la herramienta lista de verificación se llevó a cabo una prueba piloto en una muestra similar de otra entidad que no forma parte de la población, y los resultados se calcularon utilizando la prueba matemática KR-20. El coeficiente de confiabilidad obtenido mediante el método de Kuder Richardson fue de 0.810, lo que indica que el instrumento es aceptable y confiable para su uso.

3.1.7. Procedimiento de recolección de datos

1. Se determinó como tal el Hospital Honorio Delgado Espinoza de nivel III por ser uno de los hospitales con mayor demanda de pacientes que requieren atención especializada en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
2. La población estuvo constituida por enfermeros(as) del área de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital.
Se realizó coordinaciones con las autoridades del hospital.
3. Se gestionó la autorización del caso con las autoridades del hospital.
4. Se aplicó los instrumentos a la población dirigida.
 - La herramienta se utilizó en días y horarios específicos en coordinación con el responsable de servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
 - La recolección de información se realizó durante el turno de mañana durante la semana y tomará 20 minutos para responder el cuestionario y utilizar la lista de verificación, las observaciones se realizarán durante su turno de actividad y tomarán 20 minutos aproximadamente.
 - Se obtuvo el consentimiento informado de la unidad de investigación después de explicar el propósito y contribución del estudio y la importancia de la participación.
 - A partir de la información obtenida en el cuestionario se determinó la destreza y experiencia del equipo de enfermería en la evaluación de la de la sedoanalgesia.



3.1.8. Análisis estadístico

Una vez que se recopiló los datos, se introdujeron en una hoja de cálculo. Luego, se transfirió al IBM SPSS Statistics v.26 para codificar las variables y procesar los datos. Los resultados se presentaron como porcentajes, valores promedio y se mostraron en tablas y gráficos para facilitar su interpretación.

RESULTADOS**Tabla 1**

Relación entre conocimiento y práctica sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa 2023.

Nivel de práctica	Nivel de conocimiento							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Práctica eficiente	0	0,0%	11	42,3%	4	15,4%	15	57,7%
Práctica deficiente	0	0,0%	6	23,1%	5	19,2%	11	42,3%
Total	0	0,0%	17	65,4%	9	34,6%	26	100,0%

Fuente: Conocimiento y práctica de enfermeras en el cuidado de pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva con sedoanalgesia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

$$X^2 = 0.990; \quad gl = 1; \quad p\text{-valor} = 0.320$$

En la tabla se tiene que el 42,3% (n=11) de enfermeras del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional III Honorio Delgado de Arequipa, que tienen una práctica eficiente sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica tienen un nivel de conocimientos medio sobre este procedimiento. Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación entre el nivel de conocimientos y las practicas sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica.

Se aprecia que el 42,3% de enfermeras del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que tienen una práctica eficiente sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica tienen un nivel de conocimientos medio sobre este procedimiento. Resultados casi similares a lo propuesto por Quezada A (43). Donde el 45% de participantes presentan un nivel medio de conocimientos y el 42% presenta una inadecuada praxis en enfermería. Se puede inferir una asociación moderada entre los constructos de estudio. Asimismo, tomar en cuenta que el profesional de enfermería capacitado, brindará una atención de calidad adecuada y oportuna que permitirá la recuperación del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica, minimizando secuelas y evitando periodos de estancia larga.

Tabla 2**Nivel de conocimiento sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica, Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa 2023.**

Nivel de conocimiento	N	%
Alto	0	0,0
Medio	17	65,4
Bajo	9	34,6
Total	26	100,0

Fuente: Conocimiento y práctica de enfermeras en el cuidado de pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva con sedoanalgesia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

En la tabla se puede apreciar que las enfermeras que laboran en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional III Honorio Delgado de Arequipa, tienen un nivel de conocimientos sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica medio en el 65,4% de los casos (n=17); mientras que son de nivel bajo en un 34,6% (n=9). No se registró ningún caso de nivel alto.

Se estima que las enfermeras que laboran en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tienen un nivel de conocimientos sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica medio con el 65,4%; mientras que son de nivel bajo en un 34,6%. Resultados semejantes a lo propuesto por Galindo K (41). Concluye que el 70% de las enfermeras tenía conocimiento sobre la sedación, mientras que el 30% desconocía este tema. Por tal razón se deduce que el empoderamiento y liderazgo enfermero deviene del conocimiento como eje principal en la formación del profesional de enfermería, conjuntamente con el desarrollo de las habilidades y destrezas que adquiere en su formación como profesional, esto hará que el profesional de enfermería esté capacitado para desempeñarse en el cuidado de pacientes sometidos a sedoanalgesia con ventilación mecánica. Permitiendo que el cuidado del paciente sea óptimo al cumplir los criterios y acciones con base científica, estos cuidados aportaran positivamente en el tratamiento de los pacientes haciendo más pronta su recuperación.

Tabla 3

Nivel de práctica sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica, Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa 2023.

Nivel de práctica	N	%
Práctica eficiente	15	57,7
Práctica deficiente	11	42,3
Total	26	100,0

Antes	N	%
Práctica eficiente	20	76,9
Práctica deficiente	6	23,1
Total	26	100,0

Durante	N	%
Práctica eficiente	23	88,5
Práctica deficiente	3	11,5
Total	26	100,0

Después	N	%
Práctica eficiente	20	76,9
Práctica deficiente	6	23,1
Total	26	100,0

Fuente: Conocimiento y práctica de enfermeras en el cuidado de pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva con sedoanalgesia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

En la tabla se puede observar que las enfermeras que laboran en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional III Honorio Delgado de Arequipa, tienen una práctica eficiente sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en el 57,7% de los casos (n=15); mientras que es deficiente en un 42,3% (n=11). Asimismo, se observa que antes del procedimiento subanálisis la práctica es eficiente en el 76,9% (n=20); durante el procedimiento es eficiente en el 88,5% (n=23); mientras que después del procedimiento es eficiente en el 76,9% (n=20).

Se observa que las enfermeras que laboran en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tienen una práctica eficiente sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en el 57,7% de los casos; mientras que es



deficiente en un 42,3%. En consecuencia, resulta similar a la investigación realizada por Carani C (39). Concluye que el 60% realiza una práctica buena y el 40% una práctica aceptable en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica. Se puede inferir como tal que el conocimiento y la experticia de la enfermera permitirá que el cuidado del paciente sea óptimo, disminuyendo las complicaciones derivadas, además de mejorar el confort, como lo demuestran diversos estudios, se brinde una terapia segura, que disminuirá la complicación del paciente y por lo tanto el tiempo de hospitalización, la iatrogenia, la morbilidad y finalmente la mortalidad; es decir mejorará el estándar de calidad que ofrece el profesional de enfermería.



CONCLUSIONES

- PRIMERO:** Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado.
- SEGUNDO:** Se identificó que el nivel de conocimiento de la enfermera es de nivel medio en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado.
- TERCERO:** Se evaluó que el nivel de practica de la enfermera es eficiente en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado.



RECOMENDACIONES

1. A la unidad de capacitación del Hospital Regional Honorio Delgado, se recomienda reforzar el conocimiento mediante capacitaciones continuas del profesional de enfermería especialista que labora en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), sobre la importancia de la sedación consciente y la ruptura de paradigmas tradicionales respecto a la sedación profunda y se proporcione un mejor cuidado con calidad y calidez al paciente crítico.
2. A la Jefatura del Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, se recomienda que para laborar en la Unidad de Cuidados Intensivos, se requiere contar con especialidad en cuidado de paciente crítico y emergencia para así poder brindar cuidado con fundamento y de calidad al paciente que requiere sedoanalgesia y ventilación mecánica.
3. Al profesional enfermero que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos, se recomienda fomentar el liderazgo y empoderamiento de enfermería para el desarrollo de la práctica profesional teniendo como referencia las guías y protocolos de sedoanalgesia para el manejo óptimo del paciente crítico en ventilación mecánica.



BIBLIOGRAFÍA

1. Cañarte Alcívar J, Marín Tello C, Rivera Chavez L, Fernandez Sanchez P, Huerta Vicuña R. El conocimiento en el sistema de salud. *Cienc Digit.* 2019;3(2):508–18.
2. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación. 2019;70(3):217–24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000300011&script=sci_arttext
3. Mateo Mejia L. Nivel de conocimiento y prácticas del manejo de residuos sólidos intradomiciliarios en pobladores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros. Chíncha. 2018. 2019;1–108.
4. Enfermería R., Rolando J, Rodríguez S, Pilar C, Cuevas A. *Revista Cubana de Enfermería*, Vol. 33, No. 3 (2017). 2017;33(3):2091.
5. Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal M., Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva.* 2018;37(8):519–74.
6. Donato M, Carini F., Meschini M., Saubidet I., Goldberg A, Sarubio M., et al. Consensus for the management of analgesia, sedation and delirium in adults with COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome. *Revista Brasileña Terapia Intensiva.* 2021;33(1):48–67.
7. Posgrado EDE, Luz D, Castillo V. Universidad Peruana Unión. 2023.
8. Machaca R. 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. Dirección General Investigativa. 2021;1–93.
9. Contreras Aparicio Nohely G. Control de sedoanalgesia con escala Rass para establecer el confort del paciente en ventilación mecánica. 2022;1–30.
10. Rubio J. Universidad Nacional del Callao. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12952/5053>



11. Carpio Tantalean L. Conocimiento del enfermero de UCI-UCIN en el control de sedoanalgesia del paciente con ventilación mecánica, propuesta de formato de valoración. Tesis 2018;1–79. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1343/1/TM_CarpioTantaleanLisbet.pdf.pdf%0Ahttp://hdl.handle.net/20.500.12423/1343
12. Estébanez-Montiel M., Alonso-Fernández M., Sandiumenge A, Jiménez-Martín M. Sedación prolongada en unidades de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*. 2018;32(SUPPL.1):19–30.
13. Frade Mera M., Guirao Moya A, Esteban Sánchez M., Rivera Álvarez J, Cruz Ramos A., Bretones Chorro B, et al. Análisis de 4 escalas de valoración de la sedación en el paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2019;20(3):88–94.
14. Lopez Sanjual C. Papel de Enfermería en la sedoanalgesia del paciente critico con ventilacion mecanica. Tesis. 2021.
15. Olmos M., Varela D., Klein F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019;30(2):126–39.
16. López Rosés L, Boix Valverde J, Armengol-Miró J., Pou Fernández J., Jiménez Pérez J, Pérez Piqueras J, et al. Directrices “guidelines” de sedación/analgesia en endoscopia. *Revista Española de Enfermedades*. 2018;98(9):685–92.
17. Marañón H. Protocolo de analgesia y sedación y sedoanalgesia en urgencias. *Salud Madrid*. 2018;1–27.
18. Covarrubias-Gómez A, Salinas-Palacios C., Arriaga-Morales E, Esquer-Guzmán H., Ferretiz-López G, Alvarado-Pérez J, et al. Recommendations for sedoanalgesia of SARS-CoV-2 infected patients on mechanical ventilation. *Revista mexicana anestesiología*. 2020;43(4):251–6.
19. Serna A. Dolor agudo, analgesia y sedación en el niño (IIIB): de los sedantes Benzodiazepinas: 2018;48:541–8.
20. Hospital Universitario de Guadalajara. Sedación de corta duración. *Medicina Intensiva*. 2018;32:7.
21. Borrallo-Pérez J., Béjar-Delgado A. Sedación de corta duración. *Medicina*



- Intensiva. 2018;32(SUPPL.1):12–8.
22. Lagoueyte Gómez M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Santander Salud*. 2019;47(2):209–13.
 23. Carrión F. Protocolo de sedoanalgesia en UCIP. 2020;1–30.
 24. Cuidados U., Pediátricos I. Protocolo sedoanalgesia en UCIP. 2019;1–30. Disponible en: <https://secip.com/wp-content/uploads/2020/07/Sedoanalgesia-en-UCIP.pdf>
 25. Gómez Ramírez O., Carrillo González G., Cárdenas D. Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. *Enfermería Glob*. 2018;15(4):321.
 26. Rodríguez C. et al. Sedacion. 2021;62(ISSN 0041-9095):1–13. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/unmed/v62n1/2011-0839-unmed-62-01-00033.pdf
 27. Ibañez S., Morales C., Calleja M, Moreno P., Galvez R. Terapéutica: tratamiento del dolor. 2019;122–51. Disponible en: <http://www.ub.edu/legmh/capitols/ibanyez.pdf>
 28. Moreno Royo L, Muedra Navarro V. Farmacología básica del dolor (analgésicos). Máster en abordaje Integral del dolor. 2018;1(1):1–15. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Abordaje_Dolor/M1T5Texto.pdf
 29. Álamo C, Zaragozá Arnáez C, Noriega Matanza C, Torres L. Fentanilo: una molécula y múltiples formulaciones galénicas de trascendencia clínica en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico. *Revista la sociedad española del dolor*. 2017;24(4):188–200.
 30. Marcos Oltra A., Domingo López Castilla J, Brandstrup Azuero K. Protocolos: Uso de relajantes neuromusculares en UCIP. *Asociacion Española Pediatría*. 2021;(1):93–102. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
 31. Alcántara Carmona S, García Sánchez M. Manejo del paciente con sedación difícil en el ámbito de la medicina intensiva. 2021;45(7):437–41.
 32. Cala F. Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en unidades



- de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa. 2018;1–56. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684700/cala_hernandez_francisco_Javiertfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. RASS. Sedación / agitación: valoración enfermera mediante la Richmond Agitation-Sedation. Seeiuc. 2020;1–5.
 34. Trabajo. Monitorización de la sedación. 2018;45–52.
 35. Mencía Bartolomé S, Moreno R., Madrid G., Bartolomé M, Moreno T, Escalas R. Escalas de sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Protocolos de diagnóstico de terapia pediátrica. 2020;3(1):51–73. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
 36. Fernández L. Valoración de las escalas de dolor en pacientes con ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos. 2019;3–24. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13611/FernandezRamos_Lorena_TFG_2014.pdf?sequence=2
 37. Maria O, Ana M. Cuidados de Enfermería del paciente crítico uso de escala de sedoanalgesia. Paraninfo Digit. 2018;19(1988–3439):6.
 38. De la Calle Reviriego B. Ventilación mecánica. Revista Clínica Española. 2019;197(SUPPL. 4):13–24.
 39. Kimiko S. Analgesia y sedación en Unidad de Cuidados intensivos. Revista Brasileña de anestesiología. 2018;60(6):360–5. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n6/es_v60n6a12.pdf
 40. Trabajo de grado para optar al título de especialista en enfermería medicina crítica y terapia intensiva La Paz-Bolivia 2019. Universidad Mayor San Andrés. 2019;1–107. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24815>
 41. Taínta M, Arteche Y, Martín I, Salas V, Goñi R. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes. 2020;43(2):177–87. Disponible en: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0872>
 42. Galindo Ramirez K. “Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras en el cuidado del paciente con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Hospital Dos de Mayo, Lima, 2021.” 2021;1–23.



43. Rojas Richard O. Universidad Peruana Union. Direccion General de Investigacion. 2020;1–93. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2038.Gloria_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Quezada Cerna A. Nivel de conocimiento sobre el manejo del dolor en niños hospitalizados de los internos de enfermería de una Universidad Pública de Lima. 2021;1–90. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16654/quezada_ca.pdf?sequence=1&isallowed=y
45. Nirva del Socorro C. Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. Revista de ciencias biomédicas. 2011;2(1):144–8. Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/viewFile/73/68>
46. Loncharich-Vera M. El cuidado enfermero. 2019;3(1):1.
47. CNPq. Representante del área enfermería de gestión. Anal Brazilian Nurs Care Res. 2019.
46. Frade Mera M. Analgosedación segura en el paciente crítico con ventilación mecánica. Universidad Complutense de Madrid; 2018 [consultado 28 de Enero 2021]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/40280/>

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “Nivel de Conocimiento y practica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023”.

Problema	Objetivos	Variables	Indicadores	Metodología de la investigación
<p>Problema principal ¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023?</p>	<p>Objetivo general Determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2023.</p>	<p>Variable X Nivel de Conocimiento</p>	<p>Valoración de la sedoanalgesia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición de la sedoanalgesia - Objetivo de la sedoanalgesia - Indicaciones de la sedoanalgesia - Complicaciones de la sedoanalgesia - Fármacos más utilizados en la sedoanalgesia. - Efectos adversos de los fármacos. <p>Valoración de la agitación- sedación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de sedación RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) <p>Valoración del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de valoración del dolor (BPS) 	<p>Tipo de investigación Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo.</p> <p>Diseño: No experimental Corte: Transversal</p> <p>Población Conformada por 26 enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Críticos.</p> <p>Muestra Tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p>Técnica: Encuesta y observación</p> <p>Instrumento: Cuestionario y Lista de chequeo validado y confiable.</p>
<p>Problemas específicos ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado? ¿Cuál es el nivel de práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado?</p>	<p>Objetivos específicos *Identificar el nivel de conocimientos de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado. *Evaluar el nivel de prácticas de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado.</p>	<p>Variable Y Nivel de practica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia</p>	<p>Antes del procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparación de material y equipo. - Correcto funcionamiento de los equipos. - Verificación de los fármacos a utilizar. <p>Durante el procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparación correcta de los fármacos - Titulación de dosis respuesta - Registro de valoración de la sedación – Escala de RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) - Verificación de la vía exclusiva de sedoanalgesia. - Valoración del dolor BPS (Behavioral Pain Scale) - Monitoreo y registro de funciones vitales. - Identifique signos de complicaciones. - Destete progresivo de la sedoanalgesia. <p>Después del procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del estado de conciencia. - Registro de la historia clínica. 	



ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA TESINA: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON SEDOANALGESIA EN VENTILACIÓN MECÁNICA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2023”

PROPÓSITO: Determinar el nivel de conocimiento y practica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado.

AUTOR (A): Sharon Nohely Condori Carcasi.

Yo enfermera(o) especialista del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, de _____ años, habiendo sido informada sobre el propósito del presente estudio; acepto participar voluntariamente respondiendo con veracidad a cada una de las preguntas planteadas.

Por su parte la investigadora se compromete a guardar la confidencialidad de los datos obtenidos, anonimato y secreto profesional. Respetando la decisión de los participantes que, en caso de retiro voluntario, sin afectar el trato y la atención.

Los resultados revelaran datos generales y siempre se procurará el bien y el respeto a los derechos humanos de los participantes.

Por lo cual se firma en señal de aceptación voluntaria.

Arequipa.... de.....2023

FIRMA



ANEXO N° 3

Apéndice A. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO

INTRODUCCION: El presente instrumento forma parte de un trabajo de investigación que lleva por título ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre el cuidado del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica invasiva en la UCI del hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023?

Realizado por: Lic. Sharon Nohely Condori Carcasi, alumna de la especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno, 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 de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital HRHD. 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:

II. DATOS ESPECÍFICOS

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

- 1) ¿Cómo definiría 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 del dolor.
 - c) Mejorar las funciones vitales.
 - d) Inducción del 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 sedoanalgesia en la unidad de críticos?
 - a) Flumazenil y ketamina
 - b) Tiopental y morfina.
 - c) Fentanilo y Midazolam.
 - d) Propofol y Metamizol.
- 6) ¿Cuál es el efecto adverso más común de estos medicamentos?
 - a) Transtornos 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 O₂, P.A, FR ,FC
 - d) PAM, F.R, PIC.
- 8) ¿Qué escala se utiliza para evaluar estado de agitación – sedación en paciente con ventilación mecánica?
 - a) Escala de GLASGOW
 - b) Escala Visual Analógica
 - c) Escala de RASS
 - d) Escala de 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) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación profunda según la escala de RASS? (RASS-4)
 - a) Despertares breves con contacto visual con la voz (<10 segundos)
 - b) No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico



- c) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
d) Compite con el ventilador.
- 11) ¿Cómo considera Ud. al paciente somnoliento según la escala de RASS? (RASS-1)
a) Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada.
b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
c) Alerta y Calmo
d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo
- 12) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación moderada según la escala de RASS? (RASS-3)
a) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
b) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
c) Movimiento (sin apertura de ojos) a la llamada
d) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (≥ 10 seg)
- 13) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación ligera según la escala de RASS? (RASS-2)
a) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
b) Alerta y Calmo
c) Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos)
d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo
- 14) ¿Cómo considera Ud. al paciente Inquieto según la escala de RASS? (RASS+1)
a) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (≥ 10 seg)
b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
c) Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
d) Despertares breves con contacto visual con la voz (< 10 segundos)
- 15) ¿Cómo considera Ud. al paciente Alerta y Calmo según la escala de RASS? (RASS 0)
a) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
c) Ausencia de respuesta a la voz, pero con movimientos o apertura de los ojos a la estimulación física
d) Alerta y Calmo
- 16) ¿En paciente con ventilación mecánica y PEEP alto, que RASS debería manejar?
a) RASS -4
b) RASS 0
c) RASS +1
d) RASS +3
- 17) ¿Qué escala de valoración del dolor en paciente con ventilación mecánica, o paciente no comunicativo bajo sedación profunda conoce Ud.?
a) Escala Visual Análoga EVA
b) ESCID
c) Behavioural Pain Scale (BPS)
d) B y C
- 18) La EVA se aplica en pacientes:
a) Con ventilación mecánica
b) Conscientes y comunicativos
c) Sedados
d) Ninguna de las anteriores
- 19) ¿Cómo define ventilación mecánica invasiva?
a) Es la utilización de oxígeno para ventilación del paciente.
b) Es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.
c) Es un instrumento que ayuda a la ventilación del paciente
d) Es la intervención de apoyo ventilatorio
- 20) ¿Cuál es el objetivo de ventilación mecánica?
a) Mantener al paciente dormido.
b) Mantener, normalizar o manipular el intercambio gaseoso
c) Mantener al paciente relajado.
d) Mantener al paciente sedado y relajado.
- 21) ¿Cuáles son las indicaciones de ventilación mecánica?
a) Agitación continua, tiraje, incontinencia urinaria.
b) Estado mental: agitación, Excesivo trabajo respiratorio, tiraje, uso de músculos accesorios, signos faciales, Fatiga de músculos inspiratorios, Agotamiento general de paciente, Hipoxemia.
c) Agotamiento general del paciente, agitación, tiraje, taquipnea, ahogamiento ureteral.
d) Estado mental, agitación, estado de coma.
- 22) ¿Cuáles son los modos más conocidos de ventilación mecánica invasiva?
a) S. Mandatorio A/P SIMV,
b) CPAP. P A/C, V A/C, SIMV.
c) V A/C, V CPAP, ALEATORIO
d) SIMV, INVASIVO, CPAP



ANEXO N° 4

LISTA DE CHEQUEO

Enfermera observada..... Hora:
..... Fecha.....

PRÁCTICA	SI	NO	OBSERVACIONES
<p>ANTES DE LA SEDOANALGESIA Comprueba la operatividad del equipo a usar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ventilador mecánico 2) Corrugados 3) Humidificación 4) Bombas infusoras 5) Fármacos 6) Prepara el material y equipo <p>DURANTE LA SEDOANALGESIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Preparación correcta de fármacos 8) Titulación de las infusiones de sedoanalgesia 9) Monitoreo de funciones vitales 10) Valoración de la sedación según escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) 11) Valoración del dolor según escala Behavioral Pain Scale (BPS) 12) Identifica signos de complicaciones y posibles efectos adversos 13) Registra en historia clínica. <p>DESPÚES DE SEDOANALGESIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 14) Registra en historia clínica 15) Registra evaluación de estado de conciencia 			



Apéndice B. Validez de los instrumentos

1. ESTADÍSTICO DE PRUEBA PARA VALIDEZ DE CONTENIDO

Prueba de Aiken

2. REGLA DE DECISIÓN:

A: Aceptar: si el valor de coeficiente V Aiken es $>$ a 0,8 u (80%).

R: Rechazar: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u (80%).

Formula: $V=S/(n(c-1))$ ó

$$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

En Donde:

S: Sumatoria de las respuestas o (valores asignados por los expertos o jueces) por cada ítem.

n: Número de jueces.

c: Número de valores en la escala de valoración (en el presente caso es 1).



**SOLICITO: APLICACION DE ENCUESTA
EN EL SERVICIO DE UCI**

**DR. ALEXIS PABLO URDAY HUARILLOCLA
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**

Yo, **SHARON NOHELY CONDORI CARCASI**, identificada con DNI N° 46218225, con domicilio en Asoc. Villa Candelaria C - 2, distrito de Paucarpata, Provincia y Región de Arequipa. De profesión **LICENCIADA EN ENFERMERIA**, ante Ud., con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo laborado en esta prestigiosa institución y desarrollado la segunda especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos y Urgencias, es que solicito aplicación de encuesta en el servicio de UCI al profesional de enfermería, con fines de estudio para culminación de investigación de Tesina.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Arequipa, 31 de enero del 2024

SHARON NOHELY CONDORI CARCASI
DNI N° 46218225



Tabla Anexada**Población de estudio según edad, sexo y tiempo de trabajo, Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa 2023**

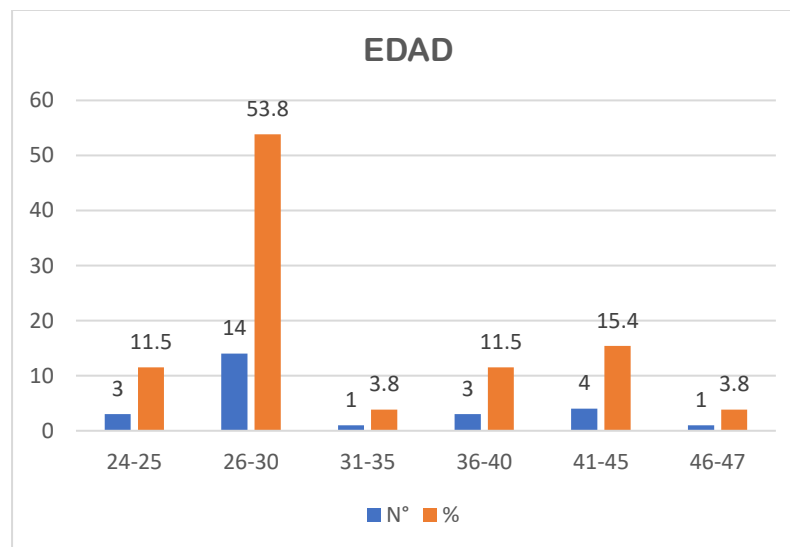
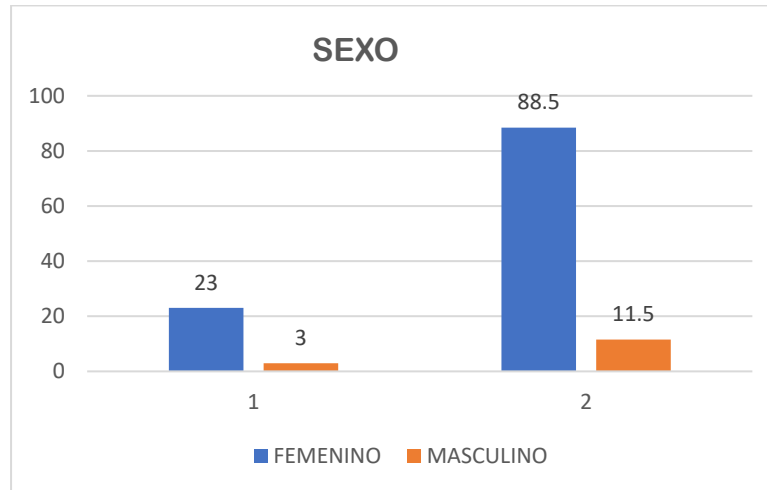
Edad	N	%	Estadísticos
24 - 25	3	11,5	
26 - 30	14	53,8	$\bar{X} = 32,42$
31 - 35	1	3,8	$\sigma = 7,05$
36 - 40	3	11,5	Q1=27,75
41 - 45	4	15,4	Q2=29,50
46 - 47	1	3,8	Q3=37,75
Total	26	100,0	
Sexo	N	%	
F	23	88,5	
M	3	11,5	
Total	26	100,0	
Tiempo de trabajo	N	%	
1 - 3	15	57,7	
4 - 5	5	19,2	
6 - 10	3	11,5	
11 - 15	3	11,5	
Total	26	100,0	

Fuente: Conocimiento y práctica de enfermeras en el cuidado de pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva con sedoanalgesia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

En la tabla se observa que las enfermeras que laboran en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional III Honorio Delgado de Arequipa, motivo de este estudio, tienen una edad que fluctúa entre los 24 y los 47 años; con un promedio (\bar{X}) de 32,42 años y una desviación estándar (σ) de 7,05 años. El 25% de esta población tiene una edad por debajo de los 27 años; el 50% por debajo de los 29 años mientras que el 75% tiene una edad por debajo de los 37 años. Asimismo, el 88,5% (n=23) es de sexo femenino, mientras que el 11,5% (n=3) es de sexo masculino. El tiempo de trabajo que llevan en el servicio de UCI del Hospital arriba mencionado es de 1 a 3 años en el 57,7% de los casos (n=15); de 4 a 5 años en el 19,2%; mientras que un 11,5% tiene un tiempo de servicio entre los 6 y 10 años y entre los 11 y 15 años respectivamente.

GRÁFICOS

Gráfico 1: Población de estudio según edad, sexo y tiempo de trabajo, Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa 2023



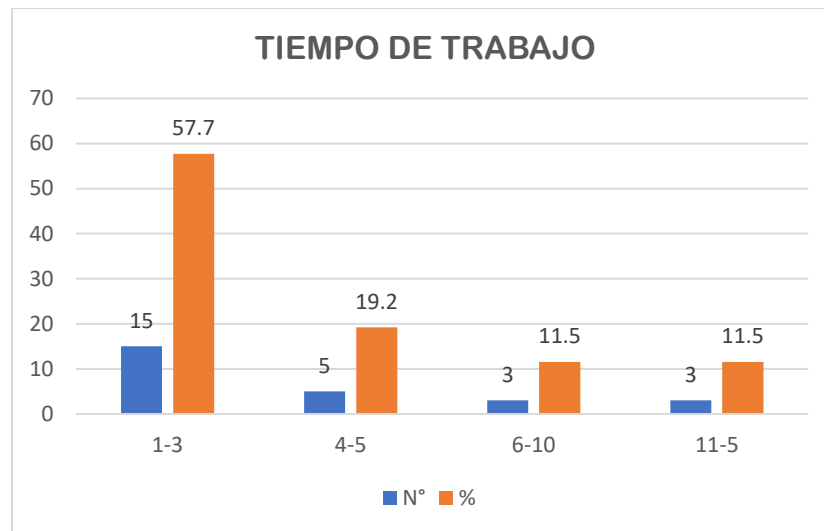


Gráfico 2: Relación entre conocimiento y práctica sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa 2023.

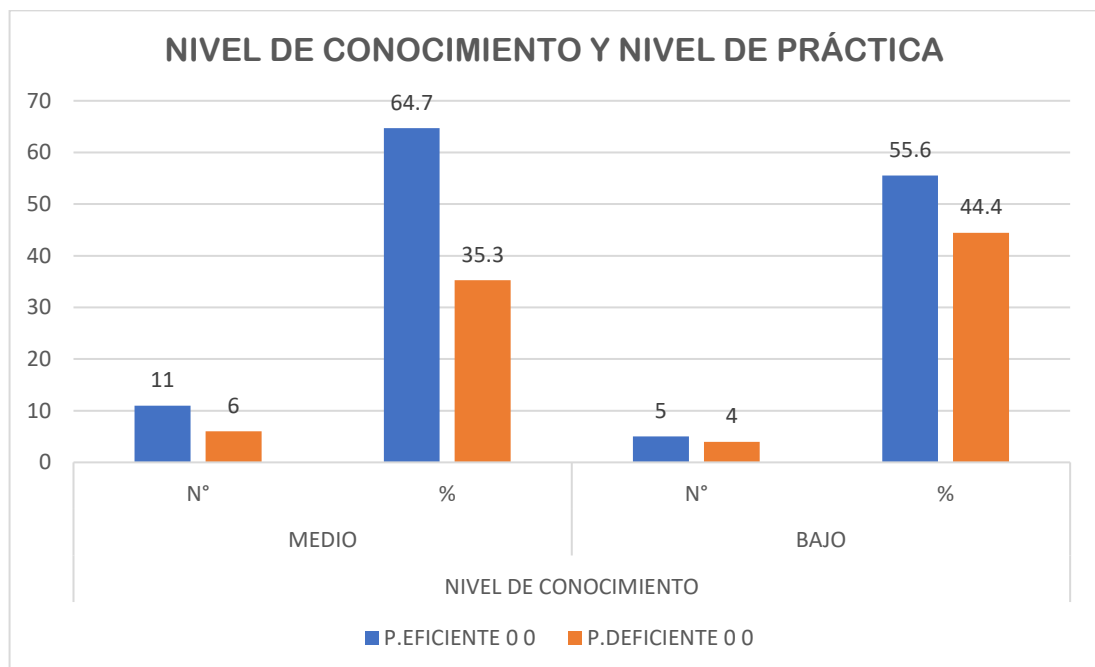


Gráfico 3: Nivel de conocimiento sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica, Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa 2023.

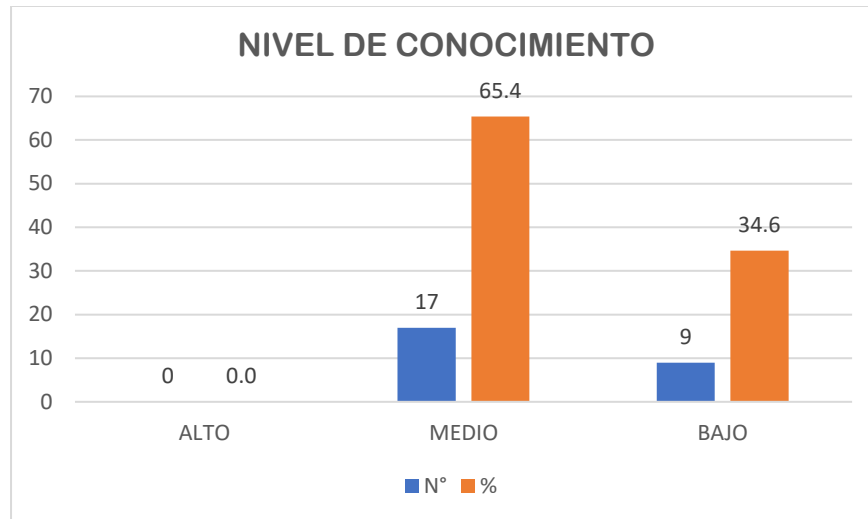
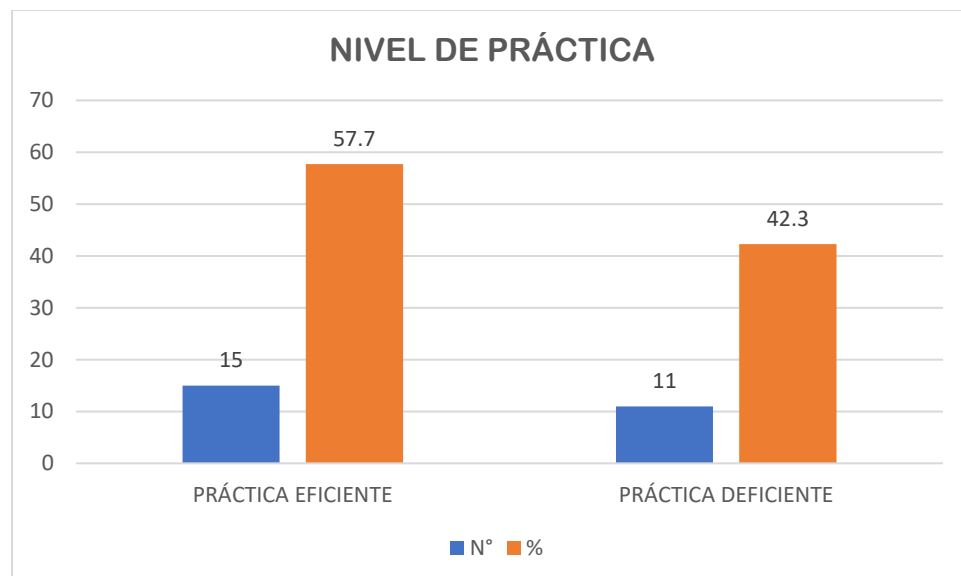


Gráfico 4: Nivel de práctica sobre valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica, Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa 2023.





DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Sharon Nahely Condori Carcasi
identificado con DNI 46218225 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Enfermería en Cuidados Intensivos y Urgencias
informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" Nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del
paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional
Honorio Delgado, Arequipa 2023 "

Es un tema original.


Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 13 de mayo del 2024



FIRMA (obligatoria)



Huella



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Sharon Nohely Condori Carcazi identificado con DNI 46 218225 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Enfermería en Cuidados Intensivos y Urgencias

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
Nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 13 de mayo del 2024



FIRMA (obligatoria)

