

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO DE UCI –
UCIN EN EL CONTROL DE SEDOANALGESIA
DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA,
PROPUESTA DE FORMATO DE VALORACIÓN
CHICLAYO 2017**

Autora: Lic. Enf. Lisbet Carpio Tantalean

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

Chiclayo, Perú 2018

**CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO DE UCI –
UCIN EN EL CONTROL DE SEDOANALGESIA
DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA,
PROPUESTA DE FORMATO DE VALORACIÓN
CHICLAYO 2017**

POR

Lic. Enf. Lisbet Carpio Tantalean

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado
Académico de **MAESTRO EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR

Mtro. Mercedes Elizabeth López Díaz
Presidente/a de Jurado

Mtro. Nelly Guillermina Sirlopú Garcés
Secretario/a de Jurado

Mtro. Rosio del Pilar Mesta Delgado
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2018

ÍNDICE

	Pg.
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
ABSTRAT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	16
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	27
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
3.1. Acercamiento a una propuesta	59
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS :

Tabla 01 y 02	33
Tabla 03	34
Tabla 04 y 05	35
Tabla 06	36
Tabla 07 y 08	37
Tabla 09	38
Tabla 10 y 11	39
Tabla 12	40
Tabla 13	41
	42
Tabla 14 y 15	43
Tabla 16	44
Tabla 17 y 18	45
Tabla 19	46
Tabla 20 y 21	47
Tabla 22	48
Tabla 23 y 24	49
Tabla 25	50
Tabla 26	51
Tabla 27	

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado fortaleza para continuar con esta investigacion, de igual forma a mis padres que han sabido formarme con buenos hábitos y valores indispensables para continuar con el crecimiento profesional

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a las autoridades médicas y administrativas del Hospital participante, al permitirme realizar la investigación. Un reconocimiento muy especial a mis colegas que accedieron a participar y a mi Asesora por ser una excelente mentora en todo este trayecto académico

RESUMEN

Conocer y controlar el nivel de sedoanalgesia del paciente a cargo del profesional de enfermería que labora en unidad crítica, es de crucial importancia para su pronta recuperación y destete progresivo de la ventilación mecánica. La Sociedad Española del Dolor (2011), consideró que aquel que lo padece, no sólo revela un síntoma sino una patología, así mismo reconoció mundialmente al tratamiento del dolor como un derecho fundamental del ser humano.

El presente estudio cuantitativo realizado en las unidades de cuidados intensivos e intermedios del Hospital Regional Lambayeque, tuvo como objetivo general describir y analizar el nivel de conocimiento de los enfermeros en el control de sedoanalgesia del paciente crítico sometido a ventilación mecánica, además se realizó una propuesta de formato de valoración diaria del paciente con sedoanalgesia. Se justificó por la preocupación que nació al encontrar que los enfermeros titulaban la sedoanalgesia indistintamente, olvidando la implementación de guías o formatos de atención. Fue no experimental transversal descriptivo, se aplicó un cuestionario ya validado a 30 enfermeros, con una muestra única y finita, considerando para la ejecución los criterios de rigor científico y los cuatro principios de bioética personalista. La hipótesis fue que los enfermeros poseen un conocimiento regular, el cual fue aceptado a un 95% de fiabilidad. El procesamiento de datos se realizó a través del estadístico SPSS versión 24, obteniendo una media de nota equivalente a 12, es decir un nivel de conocimiento Regular representado en el 60% de enfermeros. Esperando que este resultado facilite una conducta reflexiva en el manejo de paciente crítico con sedoanalgesia y ventilación mecánica; en consecuencia la propuesta de un formato de valoración diaria que contiene tres escalas ya validadas.

Palabras clave: sedoanalgesia, conocimiento, paciente crítico

ABSTRACT

Knowing and controlling the level of sedoanalgesia of the patient in charge of the nursing professional working in a critical unit, is of crucial importance for his prompt recovery and progressive weaning from mechanical ventilation. The Spanish Society of Pain (2011), considered that he who suffers, not only reveals a symptom but a pathology, likewise recognized worldwide the treatment of pain as a fundamental right of the human being. The present quantitative study carried out in the intensive and intermediate care units of the Lambayeque Regional Hospital, had as its general objective to describe and analyze the level of knowledge of nurses in the control of sedoanalgesia of the critical patient undergoing mechanical ventilation, in addition a proposal was made of format of daily assessment of the patient with sedoanalgesia. It was justified by the concern that was born to find that nurses titrated the sedoanalgesia indistinctly, forgetting the implementation of guides or formats of attention. It was not descriptive cross-sectional experimental, a questionnaire was applied already validated to 30 nurses, with a single and finite sample, considering for execution the criteria of scientific rigor and the four principles of personal bioethics. The hypothesis was that the nurses possess a regular knowledge, which was accepted at 95% reliability. The data processing was done through the statistical SPSS version 24, obtaining an average of grade equivalent to 12, ie a level of knowledge Regular represented in 60% of nurses. Expecting that this result facilitates reflective behavior in the management of critically ill patients with sedoanalgesia and mechanical ventilation; consequently the proposal of a daily assessment format that contains three scales already validated.

Keywords: sedoanalgesia, knowledge, critical patient

INTRODUCCIÓN

Un pilar fundamental para contribuir en la seguridad del paciente críticamente enfermo, recae en el profesional enfermero, quien con su pensamiento crítico y su amplio raciocinio en la práctica de intervenciones complejas basadas en conocimiento y en la evidencia diaria, cuidan al paciente. El mismo que estando en situación crítica es invariablemente ansioso, confuso, disconfortable, adolorido por las propias lesiones, la inmovilidad, las heridas, la instrumentación a la que es sometido y de forma general es un paciente estresado en un medio hostil pero necesario; por ello, con frecuencia se recurre a la administración de analgesia, sedación y relajantes musculares para el mejor manejo de estos pacientes¹. A quienes se les administra con mucha frecuencia en nuestro medio, medicamentos tales como Fentanilo, Midazolam, Tramal, entre otros poco habituales.

En el cuidado al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), actualmente cada vez adquiere mayor importancia el confort, su orientación en tiempo, espacio y persona, las posibles complicaciones respiratorias por ventilación mecánica llegando muchas veces a permanecer entubado hasta 15 días aproximadamente, sin embargo y dado su estado de salud los pacientes se tornan agitados, por lo que se puede escuchar versiones como “ponle un cachito de midazolam” o también “ese paciente requiere que se le ponga sedoanalgesia si no se va a extubar y se complican las cosas”, acciones que en la mayoría de las veces se exige al médico tratante que lo prescriba en las indicaciones antes de administrar un medicamento sin prescripción.

Se ha promovido el reconocimiento mundial del “tratamiento del dolor como un derecho fundamental de los seres humanos”. Lo anterior les brinda la merecida justicia a los padres de la Declaración Universal de los Derechos

Humanos quienes percibieron y reconocieron el sufrimiento humano como consecuencia del dolor e incluyeron el derecho a su tratamiento dentro del derecho al tratamiento de las enfermedades, inmerso este, a su vez, en el derecho a la Salud.

Sociedades médicas y de enfermería de países extranjeros recomiendan la evaluación del dolor (junto con la evaluación del nivel de sedación y existencia de delirio) en pacientes internados en terapia intensiva haciendo uso de escalas validadas. Es así que la Asociación Americana de anestesiología y medicina crítica define la sedoanalgesia como la disminución del nivel de conciencia que permite al paciente un estado relajado y tranquilo libre de ansiedad y ausencia del dolor a estímulos nocivos, a la vez le permita tolerar procedimientos dolorosos mientras mantienen una adecuada función cardiorrespiratoria y la capacidad de responder a órdenes verbales y/o táctiles.² La lucha del paciente con el ventilador genera complicaciones que pueden agravar su situación y que, por tanto, deben ser evitadas; entre ellas tenemos acidosis respiratoria secundaria a hipoventilación y aumento de la producción de CO₂; hipocapnia por hiperventilación; hipoxemia por asincronía entre el paciente y el ventilador; aumento de la presión intratorácica con disminución del retorno venoso, del volumen minuto cardíaco y de la presión arterial; aumento del consumo de O₂ por el aumento de la actividad de los músculos esqueléticos y respiratorio.³

En un estudio realizado en el 2012 por la American Association of Critical Care Nurses (AACN) participaron 6000 pacientes internados en diferentes terapias intensivas de Australia, Canadá, Reino Unido y Estados Unidos. Los investigadores evaluaron la respuesta al dolor en 6 procedimientos dolorosos. Los resultados mostraron que rotar al paciente en la cama fue el procedimiento que mayor dolor le generaba al paciente adulto. Y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

(SEEIUC), que desde el año 2013 viene apostando por el proyecto “Sobresedación Zero”, que en un futuro próximo se llevará a cabo en las UCIS españolas, incorporando medidas multidisciplinares, guiadas por enfermería.

Continuando con una aproximación a la realidad mundial, tenemos que en México en el año 2011, se realizó una investigación a cargo de profesionales de enfermería titulada Conocimiento y nivel de aplicación de la escala de Ramsay por parte de enfermeras especialistas en cuidados intensivos, aplicado en cuatro hospitales públicos, determinando que el 75% de las enfermeras especialistas no conocen y no saben que evalúa la escala de Ramsay y por lo tanto no la aplica.⁴ Lo cual nos conlleva a reflexionar acerca de la participación activa que cumple la enfermera en el control de sedoanalgesia lo que exigen un conocimiento estandarizado en la identificación y diferenciación entre un estado de delirium, agitación sopor y coma, dosis, diluciones de los medicamentos y las complicaciones asociadas a la sedación.

Al mismo tiempo, los pacientes ingresados en esta unidad, están en alto riesgo de sufrir algún acontecimiento adverso (AA), incluyendo complicaciones graves y potencialmente mortales, debido a diversos factores como la propia gravedad y complejidad de su condición, la agresividad inherente a muchos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados, y el uso prolongado de fármacos sedoanalgesicos y sus efectos secundarios (en primera instancia hipotensión) que hacen más difícil el destete de la ventilación mecánica retrasando la recuperación del paciente.³ Pese a los beneficios de estos medicamentos, se requiere aplicar una estrategia de obtener una titulación dosis-efecto basada en una evaluación objetiva de los requerimientos de cada paciente con diferente patología;

porque el empleo inadecuado de los sedantes y de los analgésicos puede influir negativamente en la morbimortalidad.

En lo que respecta a nuestra localidad, específicamente en nuestro escenario de estudio, la unidad de cuidados intensivos e intermedios del Hospital Regional Lambayeque, áreas que cuentan con una capacidad de 6 camas en cada servicio, se encontró que en el último mes de recolección de datos se atendieron 11 pacientes que requirieron ventilación mecánica en Cuidados intensivos y 60 pacientes intubados en Ventilación mecánica en el último año en el área de Cuidados intermedios. En esta institución se brinda cuidados especializados a personas que en su mayoría son referidas de la región Nor-oriental, donde los enfermeros (30) con frecuencia brindan cuidados que por diversas patologías como Insuficiencias respiratorias, TEC graves, Shock sépticos, pacientes neuroquirúrgicos, etc y en estado crítico, requiriendo de la administración de sedantes y analgésicos potentes.

En estas unidades se registran las actividades de enfermería en un formato denominado monitoreo del cuidado de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos, el cual sirve para realizar un control diario del estado del paciente, en donde se incluye el registro numérico de la escala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) en el cual la enfermera se limita a colocar el valor numérico quedando inconcluso e infravalorado el aspecto de la valoración minuciosa de la sedoanalgesia como corresponde. Así mismo cabe rescatar que en esta unidad se cuentan con guías clínicas de enfermería con intervenciones dirigidas a procedimientos generales (bioseguridad, prevención de úlceras por presión, cuidados de catéter venoso central, aspiración de secreciones, entre otros), sin contar con guías de atención que encaminen y orienten a la enfermera al momento de brindar su cuidado en el manejo adecuado del paciente sometido a ventilación mecánica el cual

requiere sedoanalgesia, en el que se debe incluir la valoración y el control de estos fármacos.

Finalmente dada la diversidad de los avances, es necesario disponer de herramientas que aseguren la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, facilitando que el profesional de enfermería independientemente de su experiencia, formación previa y características individuales, cuenten con formatos de atención que les permitan nivelar sus conocimientos y por ende los cuidados especializados a acorde con los estándares de calidad. Frente a esta problemática, surgió la interrogante: ¿Qué nivel de conocimientos tienen los enfermeros de las Unidades de cuidados intensivos e intermedios en el control de sedoanalgesia en el paciente con ventilación mecánica, Hospital Regional Lambayeque – 2017?

Sostuvo su justificación por la gran preocupación del investigador, al haber encontrado que en estas áreas críticas de nuestra localidad, el control de sedoanalgesia por parte de enfermería es parcialmente infravalorado dejando de lado la consideración de emplear diversas escalas de valoración de sedoanalgesia y formatos de atención para el manejo adecuado de las mismas. En los diferentes pacientes sometidos a ventilación mecánica que ingresan a estas unidades, existía una alta incidencia (90% del total de ingresos en el último mes) de pacientes entubados que requirieron ventilación mecánica y se encontraron en estado crítico atendidos en la Unidad de Cuidados intensivos e intermedios de este hospital local y que además necesitaron un adecuado control de sedoanalgesia para proporcionar un nivel óptimo de comodidad y seguridad, viabilizar los diferentes procedimientos no sólo médicos sino los que realiza enfermería; prevenir con ello la infrasedación que en las prácticas de atención se puede atropellar la seguridad del paciente. Por otro lado también se puede presentar la sobredosificación acompañada de los efectos colaterales y la necesidad

emergente de realizar la toma de imágenes neurológicas innecesarias para investigar supuestos estados de deterioro neurológico. Así mismo el paciente crítico con frecuencia es inconfortable, todo ello se manifiesta por la presencia de dolor, hay privación del sueño, muchos de ellos presentan ansiedad que induce a la agitación psicomotriz conllevando a su vez a complicaciones fisiológicas, que terminan algunas veces en un evento adverso como la autoextubación, se presenta asincronía con el ventilador mecánico, escuchando muchas veces que el paciente no se acopla al ventilador, trayendo consigo el incesante ruido de las alarmas de los equipos, además hay retiro involuntario de catéteres arteriales, venosos, sondas nasogástrica o foley; de ahí la necesidad de otorgarle a estos pacientes un grado de confort y seguridad con niveles ideales de sedoanalgesia y cuidados de enfermería altamente especializados que requieren los conocimientos y prácticas eficientes necesarios para brindar un adecuado cuidado.

Permitió identificar las intervenciones más frecuentes para la titulación de sedoanalgesia, y así contrastarlas con las evidencias científicas que existen al respecto, además por ser un aspecto que no ha sido antes tratado en nuestro medio, se esperó que los resultados del estudio sirvan como marco de referencia para futuras investigaciones. Del mismo modo, producto de los resultados del estudio, se propuso un modelo de formato de valoración para el control de sedantes y analgésicos dirigidos por los profesionales de enfermería que laboran en estas áreas críticas. Así mismo, se espera que hayan reflexionado sobre la importancia de la implementación de las mismas y así participen activamente en la elaboración de las mismas como máxima expresión de su conocimiento, que aborden aspectos frecuentes que se presenten en el quehacer profesional y con este instrumento evaluar la sedación del paciente en forma periódica e individualizada, usando para ello escalas de medición validadas, de modo de realizar diariamente los ajustes de dosis necesarios para evitar la infra o sobre sedación.

Así mismo, con los resultados obtenidos se respondió al objetivo planteado que fue, describir y analizar el nivel de conocimientos que tienen los enfermeros de las Unidades de cuidados intensivos e intermedios en el control de sedoanalgesia en el paciente con ventilación mecánica, siendo este el objetivo general. El formato propuesto para valoración diaria, refleja un consolidado de las escalas validadas más empleadas en la Guía de Práctica clínica en enfermería para el manejo de sedoanalgesia en paciente crítico hospitalizado en unidad de cuidados intensivos de adulto, diseñado en el 2014 y avalado por el programa de Post grado de la Facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana (Bogotá – Colombia)³⁵ . El formato permite objetivar el dolor y la sedación en relación al medicamento prescrito, el tiempo y la dosis que está recibiendo; además de identificar indicadores fisiológicos propios de cada paciente y su patología.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Los antecedentes de investigaciones dirigidas al cuidado del paciente con sedoanalgesia, se revelaron en la investigación a cargo de Sonia Teniente Conojhuilca, titulada “Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo 2011”. Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo 2011, el estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, la población fue de 20 enfermeras, el instrumento fue un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Los resultados fueron, 60% (12) conocen y 40% (8) no conocen; en cuanto a los aspectos conceptuales 70% (14) conocen y 30% (6) no conocen, a cerca de la valoración 70% (14) conocen y 30% (6) no conocen, en cuanto a los niveles de sedación 80% (16) conocen y 20% (4) no conocen; de las medidas complementarias 90% (18) conocen y 10% (2) no conocen. Concluyendo que el mayor porcentaje de enfermeros conocen sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia referido por fármacos más utilizados, valoración del dolor y medidas para promover un entorno físico favorable, sin embargo existe un porcentaje significativo que no conocen a cerca del nivel de sedación en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria, post operado cardiovascular y las recomendaciones antes de iniciar sedación en el paciente crítico.⁵

Así mismo la investigación a cargo de los autores, Frade Mera, et Al. Titulada ¿Qué papel tiene enfermería en la valoración y manejo de la analgesia, sedación y delirio del Paciente crítico con Ventilación Mecánica, en el periodo Abril- Noviembre 2011? En el Hospital Universitario de Madrid España; teniendo como objetivo principal: identificar y describir la

percepción, opinión y conocimientos de enfermería sobre valoración y manejo de analgesia y delirio. Fue un estudio observacional analítico transversal, donde se entregó cuestionario a las 143 Enfermeras, de las cuales conocían herramientas validadas para valorar sedación, analgesia y delirio el 59 %, 57 % y 2 %, no las utilizaban el 77 %, 79 % y 100 % respectivamente. Y tuvo como conclusión que la difusión de herramientas para valorar analgesia es aceptable pero su aplicación insuficiente y existe gran desconocimiento sobre cómo valorar el delirio⁶.

Por último la investigación a cargo de Franco Layza, Tatiana; titulada “Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre el cuidado del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Agosto - Setiembre 2011”. Cuyo objetivo fue, determinar los conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras en el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, la metodología fue descriptiva de corte transversal, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 21 enfermeras que laboran en esa unidad; la técnica fue la entrevista y el instrumento la escala modificada de Likert y para la validez el instrumento fue sometido a la prueba de coeficiente de Pearson y para la confiabilidad se usó el alfa de Crombach.

Los resultados obtenidos, nos demostraron que del 100% de las enfermeras en estudio más del 50 % tienen conocimientos sobre sedoanalgesia, en cuanto a su definición, medicamentos más usados, efectos secundarios, escala de monitoreo (Ramsay), dosis, y sobre monitoreo básico a pacientes sedados en ventilación mecánica; sin embargo se observó una debilidad en cuanto a los objetivos de la sedoanalgesia y al nivel óptimo de sedación esperado. Con respecto a las prácticas también se evidenciaron

resultados positivos en cuanto a valoración, preparación, dosificación de la sedoanalgesia, existiendo siempre debilidades, en cuanto al monitoreo continuo del paciente sedado en ventilación mecánica. Se concluyó que: La mayoría de los profesionales de enfermería en estudio "conocen" acerca del cuidado del paciente con sedación. En cuanto a la práctica que desarrollan los profesionales de enfermería "antes, durante y después" de la sedación, es "adecuada"³¹.

El marco teórico de esta investigación se encontró sostenido bajo la clasificación de indicadores de la variable conocimiento: definición de sedación y analgesia, objetivos, complicaciones, fármacos más usados valoración (escalas validadas) y ventilación mecánica, las mismas categorías que se incluyeron en el cuestionario y posteriormente en el formato de valoración diaria propuesto. El cual refleja un consolidado de las escalas validadas más empleadas en la Guía de Práctica clínica en enfermería para el manejo de sedoanalgesia en paciente crítico hospitalizado en unidad de cuidados intensivos de adulto, diseñado en el 2014 y avalado por el programa de Post grado de la Facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana (Bogotá – Colombia)³⁵. El formato permite objetivar el dolor y la sedación en relación al medicamento prescrito, el tiempo y la dosis que está recibiendo; además de identificar indicadores fisiológicos propios de cada paciente y su patología.

En efecto, este sustento teórico que respaldó la investigación, refleja que el paciente en ventilador mecánico es especialmente sensible en su función psíquica y orgánica, bajo estas circunstancias sabemos que la ventilación mecánica (VM) influye en la evolución y el pronóstico de los pacientes con falla respiratoria y la disminución del trabajo ventilatorio es uno de los objetivos básicos de ésta. De este modo, la sedación es un tema básico y fundamental en el manejo ventilatorio del paciente, tanto aquel con escaso

compromiso pulmonar, pacientes postoperados, como aquellos con falla respiratoria catastrófica que requieren sedación profunda y relajación neuromuscular para poder ser oxigenados en forma adecuada.

El cuidado es la máxima expresión de comunicación entre los seres vivos, que trasciende más allá de una simple relación entre humanos. Exige la presencia significativa de la persona que cuida, en este caso la enfermera, y de la persona que recibe el cuidado, esa presencia significativa implica ver, oír, tocar y sentir a través de un proceso de empatía que debe estar presente en la relación interpersonal enfermera-paciente⁷. Este cuidado enfermero se visualiza en la Unidad de Cuidados Intensivos donde el profesional se caracteriza por ser altamente entrenado, contando con motivación y disposición para el cuidar respaldado en una filosofía integradora que incluye conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos⁷.

El cuidar se caracteriza por la observación, el levantamiento de datos, la planificación, la implementación, la evolución, la evaluación e interacción entre pacientes y enfermera ¹². Para brindar este cuidado la enfermera utiliza una metodología propia: El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) o Proceso Enfermero (PE), en el que se aplica el método científico en la práctica asistencial, apoyado en modelos y teorías, para asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería⁸. En efecto, para otorgar un cuidado de calidad la enfermera debe poseer el conocimiento y la práctica eficiente y oportuna que asegure el cumplimiento de los estándares de calidad.

Es así que se define conocimiento a lo que hace referencia al cúmulo de información, ideas y conocimientos previamente adquiridos por los individuos y almacenados en forma de representaciones mentales que permiten clasificar los estímulos provenientes del exterior. Conjunto de

informaciones y saberes ligados a un contexto particular, compartidos por los miembros de una comunidad y necesarios para la realización de una actividad determinada.²²

Haciendo un análisis se comprende que el momento de la articulación de teoría y práctica se hace un proceso complejo donde el profesional a partir de su reflexión debe aprender a sortear las dificultades del medio y comprender que estas no se resuelven con fórmulas aplicadas, sino que las soluciones parten de su capacidad de razonamiento y crítica frente a su disciplina. Este proceso es aplicado por la enfermera en diferentes escenarios, uno de ellos es la UCI, en la que este profesional tiene la responsabilidad de cuidar al paciente crítico, definido como aquel individuo que por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida; debido a su agravado estado de salud experimentan durante su estancia en UCI muchas sensaciones, ansiedad, angustia, temor, dolor, entre otros, tanto por la patología que condiciona su ingreso, como por los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para sus cuidados⁹. Entre los procedimientos podemos mencionar: intubación traqueal, aspiración de secreciones traqueales, retirada de un tubo de drenaje torácico, colocación de catéter venoso central, etc. Generando estados de ansiedad, agitación, dolor y angustia.

La ansiedad definida como la vivencia de un estado subjetivo o experiencia, que hace referencia a un mecanismo de adaptación al medio, y se puede considerar como una defensa frente a un estímulo que rompe el equilibrio fisiológico y psicológico de una persona ¹¹. Puede estar motivada por razones como la propia causa que llevó al ingreso del paciente, el ruido y la iluminación continua, la toma frecuente de constantes vitales, la privación

del sueño, la incapacidad de comunicarse, el aislamiento, las posiciones incómodas, la desorientación temporo-espacial, entre otras ¹².

Por esta razón, ante cualquier episodio de agitación, será imperativo descartar en primer lugar causas como la hipoxemia, la hipoglucemia, la hipotensión, el dolor y el síndrome de abstinencia por supresión de drogas o alcohol, así como tratar de llevar a cabo un control de los factores ambientales descritos anteriormente ¹³. Los estados de ansiedad, agitación, dolor intenso, requieren de la terapia farmacológica, para lograr el confort del paciente que permita a su vez la estabilidad del mismo, por ello, a continuación analizaremos los aspectos básicos de la sedación y la analgesia. La sedación es la inducción de un estado relajado y tranquilo en el que el paciente está libre de ansiedad, es un término vago que cubre una amplia variedad de estados de pérdida de conciencia y de falta de respuesta a estímulos. Así existe la sedación ligera o sedación consciente, en la que el paciente puede responder a estímulos verbales y obedecer órdenes apropiadamente; y la sedación profunda que implica la falta de respuesta a los estímulos verbales, pero con respuesta al tacto, dolor o a otros estímulos nocivos ¹⁴.

Para objetivar la sedación se emplean escalas de medición de sedación, validas en estudios internacionales son la Escala de Sedación y Agitación de Riker (SAS) y la Escala de Sedación y Agitación de Richmond (RASS) que van desplazando a la clásica escala de Ramsay por ser más específicas; las cuales se irán describiendo a continuación. Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) utiliza término combativo (puntuación +4) para describir a un paciente combativo, violento, y con peligro inmediato para el grupo; muy agitado (+3) describe a un paciente agresivo que se intenta retirar tubos o catéteres; agitado (+2) paciente con movimientos frecuentes y sin propósito que lucha con el ventilador; inquieto (+1) paciente ansioso pero sin movimientos agresivos o violentos; despierto y tranquilo (0); somnoliento (-1)

paciente que no está plenamente en alerta pero se mantiene despierto más de 10 segundos; sedación leve (-2) despierta brevemente a la voz y mantiene contacto visual hasta 10 segundos; sedación moderada (-3) movimiento o apertura ocular a la voz sin contacto visual; sedación profunda (-4) sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico; sin respuesta (-5) paciente no reacciona ni a la voz ni al estímulo físico ¹⁵.

La Escala de Ramsay se clasifica en 6 niveles de sedación donde en el nivel 1, el paciente se encuentra ansioso y/o agitado; nivel 2, paciente cooperador, orientado y tranquilo; nivel 3, responde a la llamada; nivel 4, dormido con rápida respuesta a la luz o al sonido; nivel 5, respuesta lenta a la luz o al sonido y nivel 6, donde no hay respuesta ¹⁵. En el quehacer diario de la profesión se evidencia que, por diversos factores de comodidad, la Escala de Sedación y Agitación de Richmond escala de RASS que se desarrolló específicamente para la UCI es la mayormente utilizada por el personal médico a diferencia de la Escala de Ramsay que fue validada posteriormente a su creación por la UCI es más utilizado por el personal de enfermería, ya que es la recomendada por la por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Críticas y Unidades Coronarias (SEMICYUC), por su relación con las escalas de evaluación de delirio en los pacientes críticos ¹⁶.

Con respecto a la analgesia, es definida como ausencia de sensación de dolor o estímulos nocivos. El restablecimiento de la homeostasis posterior a una lesión (como el trauma, postoperatorio o sepsis) es un proceso complejo y bajo una estrecha regulación neuroendocrina; mediante mecanismos neurohormonales, el dolor produce efectos sistémicos que son reconocidos como potencialmente deletéreos para los pacientes, como son la liberación de catecolaminas, el aumento en los niveles de vasopresina, el ascenso en la actividad simpática (midriasis, ansiedad, diaforesis), la aceleración del catabolismo, taquicardia, aumento en el consumo de oxígeno, taquipnea,

alteración de la mecánica pulmonar, activación del eje renina-angiotensina aldosterona, liberación de citoquinas, alteración en la función del sistema inmune, aumento en la actividad plaquetaria, estado hipercoagulable, alteraciones en el control de la glicemia, isquemia miocárdica, asincronía paciente-ventilador, y alteración del sueño, entre otros ¹⁶.

Para la medición del dolor, hay diversas escalas de valoración, más aun si el paciente se encuentra consciente y puede comunicarse y expresarse, como la escala numérica verbal (ENV), escala descriptiva verbal (EDV), termómetro de dolor de Iowa (IPT). Pero cuando el paciente pierde la capacidad de comunicación se puede utilizar indicadores fisiológicos y/o escalas de comportamiento ¹⁷.

Como se mencionó anteriormente, los indicadores fisiológicos dan una valoración del dolor, ya que la presencia del mismo provoca un estímulo simpático que puede ir asociada a hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, midriasis o lagrimeo. Aunque la taquicardia y la hipertensión arterial son los indicadores de dolor más precisos en los pacientes críticos con incapacidad para comunicarse, estos signos no son específicos en un paciente crítico ya que pueden ser causadas por vasopresores, bloqueadores beta adrenérgicos, antiarrítmicos, sedantes, condiciones patológicas (sepsis, shock, hipoxemia) y miedo. Sin embargo, el control de estos síntomas con analgésicos puede ser clave como indicador de presencia del dolor. También hay que tener en cuenta que en ocasiones un paciente con dolor puede evocar una respuesta vagal, más aun si el dolor está localizado en la vejiga o intestinos, donde la actividad parasimpática sea la predominante, registrándose una disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Motivo por el cual “La Task Force de sedación y analgesia” recomienda evaluar el dolor en pacientes con dificultades con la comunicación mediante la utilización de escalas relacionadas con el comportamiento e indicadores

fisiológicos y considerar los cambios en estos parámetros luego de la administración de analgésicos ¹⁷.

La escala del comportamiento, hace referencia a todas aquellas acciones que ejecuta las personas al percibir el dolor como: apretar los dientes, arrugar la frente, llorar, movimientos cautelosos o vacilantes, o movimientos interrumpidos o rígidos, inquietud, reflejos de retirada, movimientos rítmicos o de mecedora, patear, tensión muscular, hacerse masaje o frotar zonas del cuerpo, asumir ciertas posiciones o posturas, aumento o disminución de frecuencia cardíaca 10 a 20% desde la frecuencia basal, aumento o disminución de tensión arterial 10 a 20% desde la basal, aumento o disminución de la frecuencia respiratoria, pupilas dilatadas, palidez, sudoración, náuseas o vómitos, rubicundez ¹⁷.

Se han realizado varios esfuerzos para desarrollar una escala para evaluar dolor en pacientes críticos. A comienzos del año 2000 se han descrito diferentes escalas conductuales diseñadas expresamente para la evaluación del dolor en el paciente crítico con imposibilidad de comunicarse o con impedimento cognitivo (demencia, delirio, etc). Diferentes autores han adaptado escalas de comportamiento para poder ajustar la evaluación del dolor a las características particulares de sus pacientes. Al día de hoy, solo dos escalas han sido evaluadas respecto a su validez y confiabilidad para evaluar dolor en pacientes de UCI: la Behavioral Pain Scale (BPS) y la Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) ¹⁷.

El cuidado de un paciente con sedoanalgesia requiere que el profesional de enfermería este capacitada también en lo referente a drogas: mecanismos de acción, efectos adversos, farmacocinética, entre otros aspectos , porque aunque no sea su competencia decidir la opción de tratamiento farmacológico más adecuada a cada paciente, sí lo es tener el conocimiento y las habilidades

para cada una de las opciones, desde su inicio hasta el final, teniendo en cuenta las complicaciones que pueden presentarse en cada caso ¹⁹, específicamente en caso de sedoanalgesia, la enfermera debe ser competente en la valoración del dolor, la necesidad de analgesia y sedación, el monitoreo de la sedoanalgesia y la titulación de los medicamentos sedoanalgésicos.

La titulación de medicamentos, es el proceso de ir regulando la dosificación del medicamento por tres posibles razones: primero, el fármaco tiene un margen terapéutico estrecho o existe una amplia variabilidad interindividual en la altura del régimen terapéutico; segundo, la variabilidad interindividual de la cinética y tercero, en algunos casos se considera conveniente inducir la tolerancia de ciertos efectos adversos del medicamento en el paciente. Esta titulación hace mención al proceso de ir aumentando o en su defecto ir disminuyendo la dosificación del medicamento al paciente. Pero el retirar la sedoanalgesia es a veces más difícil que mantenerla, este es un período de transición entre la sedación del paciente hasta el establecimiento de su conciencia, en la práctica se emplean diferentes términos para designar este proceso, los más habituales son “weaning” o destete¹⁸.

Por último, la sedación en el paciente sometido a ventilación mecánica (VM), tiene como objetivo principal facilitar su adaptación al ventilador, induciendo hipnosis y analgesia por la presencia del tubo orotraqueal así mismo mejorando su comodidad. El paciente que se desadapta a la VM, puede sufrir de hipoxemia grave, hipoventilación, complicaciones hemodinámicas y barotrauma, así como de síndrome de estrés postraumático durante su recuperación. El nivel de sedación variará en función del estado del paciente y el modo ventilatorio elegido; en general mantener al paciente con un sueño ligero de fácil despertar, sin dolor ni ansiedad, con amnesia del proceso, y colaborador. Además dada la situación del paciente, debe conseguirse su adaptación a la VM, tolerancia al tubo endotraqueal y al modo

de ventilación elegido, producir reposo muscular y reducir el consumo de oxígeno. El Síndrome de estrés postraumático es frecuente en supervivientes de enfermedades críticas, entre los pacientes de distrés respiratorio agudo y en aquellos que recuerdan múltiples experiencias estresantes durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, los cuales tienen el grado más alto de incapacidad después de la recuperación de su enfermedad aguda²⁷.

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

En la presente investigación, considerando el objeto de estudio, se optó por la investigación cuantitativa, para ello tenemos que es un proceso formal, objetivo, riguroso sistemático para generar información y/o describir nuevas situaciones, sucesos o conceptos del mundo.¹⁹ Los fenómenos que se midieron en la presente investigación no fueron afectados de ninguna forma por el investigador, por lo mismo que es cuantitativa se asignó un valor numérico a la variable conocimiento cuyo instrumento ya validado y detallado más adelante consigna valores ya establecidos de Bueno (16 – 20), Regular (11 – 15) a Malo (0-10). Además motivo por el cual se buscó minimizar las preferencias personales; de modo que las conclusiones presentadas van a contribuir a la generación de conocimiento.

Con respecto al diseño metodológico a seguir, la investigación fué no experimental transversal, que también es conocida como investigación Ex Post Facto, que significa después de ocurridos los hechos.²¹ Con este tipo de estudio la variable no se ha manipulado porque ya han sucedido los hechos y se observaron tal y como se han dado en su contexto natural. De hecho, no hay condiciones o estímulos planeados que se administren a los participantes del estudio. En lo que respecta al marco transversal, se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único y con una única muestra poblacional, teniendo como propósito describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado.

La población estuvo constituida por 30 enfermeros que laboran entre la UCI y UCIN del Hospital Regional Lambayeque. Los cuales conformaron la población objetivo finita y con la misma probabilidad de ser seleccionadas. Por otro lado también, se consideraron los criterios de inclusión; tomando a todas las enfermeras que laboren en estas áreas y de ambos sexos; así mismo los criterios de exclusión; aquellas que no desearon participar y enfermeras de otros servicios que se encontraron cumpliendo turnos en ausencia de otras y enfermeras que se encontraron de vacaciones y/o con descanso médico.

Al tratarse de una población pequeña, la totalidad de ellas se consideró como muestra única de estudio, por lo que no hubo necesidad de aplicar fórmula de muestreo, distribuyéndose en el siguiente cuadro:

ÁREA	Nº	%
UCI	18	60%
UCIN	12	40%
TOTAL	30	100%

Así lo menciona Sampieri, que en tal situación puede entenderse fácilmente que la precisión de la estimación sería superior, al estar mejor representada el conjunto de la población²⁹.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento aplicado fue un cuestionario, previamente se les entregó al inicio del turno, el consentimiento informado (Ver anexo 01). El cuestionario estuvo fundamentado en el marco teórico, hipótesis, variables y objetivos de la investigación; así mismo integrado de preguntas cerradas con alternativas múltiples, siendo éstas elaboradas cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que se desean conocer en la población, es por ello que este instrumento se respondió individualmente por el participante sin la intervención directa del entrevistador. (Ver anexo 02). Es importante mencionar que dicho cuestionario fue validado por la Lic. Sonia Teniente Cconojhuilca con la investigación “Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo 2011”, además se realizó la validez de contenido sometiendo a juicio de tres expertos especialistas en el tema, confiabilidad o validez de criterio a través del coeficiente de alfa de Crombach.

El estadístico de fiabilidad (alfa de crombach del Software SPSS24) del cuestionario de conocimientos en control de sedación y analgesia tuvo un valor numérico de 0.765 (24 elementos o preguntas), considerándose una fiabilidad

aceptable (76%). Nunnally (1978, p.245-246) considera que dentro de un análisis exploratorio estándar, el valor de fiabilidad en torno a 0.7 es adecuado.

Los datos obtenidos a través del instrumento aplicado, se organizaron en tablas de distribución de frecuencias absolutas y porcentuales, a partir de las cuales se elaboraron las gráficas respectivas. Así mismo, los datos son presentados en cuadros de distribución de frecuencias de donde se obtuvieron las medidas de concentración y dispersión como son la media aritmética equivalente a 12, la desviación estándar y el coeficiente de variabilidad.

En lo referente al formato propuesto, denominado formato de monitoreo de valoración diaria al paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica (Ver anexo 03), el cual nace de los resultados obtenidos en la investigación y la necesidad emergente de unificar los criterios de atención al paciente crítico; contiene los datos personales del paciente, tres escalas validadas internacionalmente y empleadas en la Guía de Práctica clínica en enfermería para el manejo de sedoanalgesia en paciente crítico hospitalizado en unidad de cuidados intensivos de adulto, diseñado en el 2014 y avalado por el programa de Post grado de la Facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana (Bogotá – Colombia)³⁵. Así mismo, el formato permite objetivar el dolor y la sedación cada dos horas en relación al medicamento prescrito, el tiempo y la dosis que está recibiendo; además de identificar indicadores fisiológicos propios de cada paciente y su patología, que se pueden describir en el apartado de observaciones que acompaña a cada escala de valoración.

Hipótesis de Investigación:

La hipótesis (HA) planteada en base al rango establecido en la operacionalización de variables (ver Anexo 04) fue: “Los enfermeros de la Unidad de cuidados intensivos e intermedios poseen un nivel de conocimiento regular en el control de sedoanalgesia en el paciente sometido a ventilación mecánica.” Considerando un conocimiento Bueno (16 – 20), Regular (11 – 15) y Malo (0 – 10).

Para garantizar la confiabilidad del estudio aplicamos la prueba de hipótesis, para ello se procesó la misma con respecto a la media teniendo el siguiente procedimiento, para muestra única. De acuerdo con la fórmula de prueba de contrastación de hipótesis para muestra única, que ya lo procesa automáticamente el Software estadístico SPSS versión 24.0 (ver anexo 05), se observa un valor de $t = -2.202$, con $gl = 29$ y $p = 0.036$, siendo menor que 0.05 , por lo que se acepta la hipótesis de investigación al 95 % de intervalo de confianza, concluyendo que el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios poseen un nivel de conocimiento regular en el control de sedoanalgesia en el paciente sometido a ventilación mecánica. En efecto, la prueba "T" (fórmula de prueba de contrastación de hipótesis para muestra única) comparó que tanto se acercó al promedio de la hipótesis para con ello acoger la hipótesis planteada dentro de la zona de aceptación. Traduciendo a nuestra realidad la hipótesis formulada en esta investigación fue de poderosa importancia ya que nos ayudó a conducir el proyecto para llegar a la verdad de los hechos y por supuesto con los resultados que enriquecerá el conocimiento de los sujetos de estudio.

En todo trabajo de investigación que pertenece a la ciencias de la salud, se recurre a los seres humanos como sujetos de investigaciones; debido a ello se utilizan los principios éticos que son los grandes pilares en que se encuentra sostenido la profesión de enfermería; ya que la utilización de la ética profesional se encuentra ligada a valores y principios que reflejen el respeto a la dignidad de la persona.²⁸ Los principios que permitieron mantener la integridad y dignidad de las personas implicadas en el estudio; y se tuvieron en cuenta para la realización de la investigación fueron los propuestos por la bioética personalista, entre ellos tenemos:

El valor fundamental de la vida, refiere que no puede reducirse el cuerpo a un mero objeto, el cuerpo es fin y sujeto, es el lugar donde se manifiesta la persona, la unitotalidad trascendente²⁹. Debido a ello se enfatizó en que los datos proporcionados para la investigación, no fueron utilizados en contra del sujeto de

estudio, salvaguardando en todo momento su vida, y no se encontraron expuestas a ningún daño físico.

El principio de totalidad o principio terapéutico, se fundamenta en el hecho de la obligación de que todo acto considere a la persona en su totalidad, ya que la corporeidad humana es un todo unitario, partes distintas unificadas orgánicamente en la existencia personal.²⁹ A través de este principio se tuvo en cuenta la pandimensionalidad de las enfermeras en estudio, evitando situaciones que pongan en peligro su integridad.

El principio de libertad y responsabilidad, la libertad, entendida junto a la responsabilidad, como responder de nuestras acciones ante nosotros mismos y ante los demás. Ser una persona libre significa conocer y elegir responsablemente, hacia sí mismo y hacia los demás.²⁹ Respecto a lo anterior mencionado, se consideró a las personas que libremente desearon participar en la investigación, evitando represalias o discriminación alguna contra las personas que se negaron a la misma.

El principio de sociabilidad y de subsidiaridad, este principio mueve a todas las personas a realizarse a sí mismas en la participación en la realización de sus semejantes, promueve la vida y la salud de la sociedad a través de la vida y la salud de la persona como tal.²⁹ En este caso, la sociabilidad tiene su fin en la consecución del bien común, la propia vida y la de los demás; no es sólo personal sino también social; por tanto, se promueve el bien común promoviendo el bien de los demás. Este concepto se combina con el de subsidiariedad, que prescribe el cuidado de los más necesitados. Del mismo modo, con este principio se pretendió que la investigación sea un medio facilitador de generación de conocimiento, de manera que pueda contribuir no solo al fortalecimiento de la ciencia enfermera, sino también se logre el bienestar de la sociedad.

Toda investigación, busca establecer un conjunto de procedimientos técnicos que garanticen que los datos recogidos y las explicaciones o interpretaciones se

aproximen a la realidad. Es decir buscan garantizar ciertas cuotas de verdad o rigor respecto a lo que se dice del mundo.

Es así, que existen tres requisitos esenciales que debe reunir un instrumento de recolección de datos; como lo son, confiabilidad, validez y objetividad.

La confiabilidad, nos dirige a determinar qué tan consistentes, coherentes, exactos y estables son los resultados alcanzados al aplicar el instrumento³⁰.

De tal manera que la investigadora a través de cuestionario y la lista de chequeo, recolectarán información, que serán reconocidos por las mismas, como una verdadera aproximación sobre lo que ellas conocen y aplican. Así mismo, los resultados podrán ser transferidos en otros estudios o escenarios con iguales características.

La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.³⁰ Es así que la validez del instrumento, se pretende obtener mediante la aplicación de una prueba piloto con quince enfermeras, posteriormente está en curso la validación con expertos para con ello concretar el proceso de validación.

La objetividad hace referencia al grado en que el instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan.³⁰ Es por ello que el instrumento y por ende la investigación está abierta a todo tipo de cuestionamientos o sugerencias, ya que lo que se pretende con ello es perfeccionarla, respetando además los puntos de vista de investigadores ajenos a nuestra realidad.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 01:

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE ACUERDO CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CONTROL DE SEDOANALGESIA

Nivel de Conocimientos sobre Control de Sedación y Analgesia	Frecuencia	Porcentaje
Malo	6	20.0%
Regular	18	60.0%
Bueno	6	20.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 05 se observa que el 60.0% de los enfermeros participantes muestran un regular conocimiento sobre el control de sedación y analgesia, mientras que el 20.0% presenta niveles de desconocimiento y sólo otros 20% un conocimiento bueno.

TABLA N° 02:

¿CONOCE UD. ALGÚN DOCUMENTO O FORMATO QUE ESTABLEZCA EL REGISTRO Y MANEJO DE LA SEDOANALGESIA POR PARTE DE ENFERMERÍA?

Conoce formatos de sedoanalgesia	Frecuencia	Porcentaje
No	25	83.3%
Si	5	16.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

De acuerdo con la Tabla N° 06, el 83.3% de los encuestados refieren que no conocen formatos utilizados en el control de sedoanalgesia mientras que solo el 16.7% afirma conocer y manejar los diversos formatos de sedoanalgesia.

TABLA N° 03:
¿USTED IDENTIFICA Y REGISTRA EL RASS ACTUAL EN SU
FORMATO DE VALORACIÓN?

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No	11	36.7%
Si	19	63.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

La Tabla N° 07 muestra que el 63.3% de los profesionales de enfermería encuestados refieren que realizan la identificación y registro del RASS en el formato de valoración (Hoja de monitoreo UCI), sin embargo existe un 36.7% quienes afirman no hacer este registro.

TABLA N° 04:
¿CON QUE FRECUENCIA USTED IDENTIFICA Y REGISTRA EL RASS
ACTUAL EN SU FORMATO DE VALORACIÓN?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	11	36.7%
Algunas veces	0	0.0%
Frecuentemente	7	23.3%
Siempre	12	40.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 08 se observa que el 40.0% del personal de enfermería expresa que siempre realiza el registro RASS mientras que el 23.3% manifiesta que realiza este registro frecuentemente, sin embargo existe un porcentaje de 36.7% que rara vez registra esta escala.

TABLA N° 05:
¿INTERPRETA EL NIVEL DE DOLOR Y SUS CARACTERÍSTICAS, EN
LA HOJA DE VALORACIÓN DIARIA O EN LAS NOTAS DE
ENFERMERÍA?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No	4	13.3%
Si	26	86.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 09, se observa que el 86.7% del personal de enfermería utiliza las escalas de valoración del dolor para identificar el nivel del dolor de los pacientes hospitalizados en el servicio de UCI/UCIN.

TABLA N° 06:
¿CON QUE FRECUENCIA INTERPRETA EL NIVEL DE DOLOR Y SUS
CARACTERÍSTICAS, EN LA HOJA DE VALORACIÓN DIARIA O EN
LAS NOTAS DE ENFERMERÍA?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	4	13.3%
Algunas veces	7	23.3%
Frecuentemente	9	30.0%
Siempre	10	33.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

La Tabla N° 10 muestra que el 33.3% del profesional de enfermería participante del estudio refiere que siempre registra el nivel de dolor, un 30% hace este registro frecuentemente, el 23.3% manifiesta una frecuencia de algunas veces y el 13.3% afirma que rara vez hace este registro.

TABLA N° 07:
PREGUNTA N° 01: UN PACIENTE CON SEDOANALGESIA ES CUANDO SE ENCUENTRA EN UN ESTADO:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Coma	5	16.7%
Dormido	5	16.7%
Relajado y tranquilo	19	63.3%
Relajado y ansiedad	1	3.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la tabla N° 11, se aprecia que el 63.3% del profesional de enfermería considera que el estado relajado y tranquilo es propio del paciente con sedoanalgesia, mientras el 16.7% indicó que la sedoanalgesia inducía a un estado de coma, otro 16.7% relacionó la sedoanalgesia con estar dormido y un 3.3% asumió que en la sedoanalgesia también se presenta ansiedad.

TABLA N° 08:
PREGUNTA N° 02: EL OBJETIVO MÁS IMPORTANTE DE LA SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICO ES:

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Aliviar la ansiedad, la agitación y el dolor, facilitando la ventilación mecánica	12	40.0%
Aliviar la ansiedad, la agitación y el dolor, facilitando el sueño y comodidad	3	10.0%
Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, disminuyendo la ansiedad y la agitación	6	20.0%
Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, reduciendo la ansiedad y el dolor	9	30.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 12, se observa que el 40.0% enfermeros expresan que el objetivo más importante de la sedoanalgesia es aliviar la ansiedad, la agitación y el dolor, facilitando la ventilación mecánica, el 30% afirma que la sedoanalgesia busca proporcionar un nivel óptimo de comodidad, reduciendo la ansiedad y el dolor, el 20.0% explica que este nivel óptimo de comodidad debe contribuir a reducir la ansiedad y agitación, mientras que el 10.0% restante considera que el alivio de la ansiedad, agitación y el dolor que facilite el sueño y la comodidad del paciente es la finalidad principal de la sedoanalgesia.

TABLA N° 09:

PREGUNTA N° 03: EL PROCEDIMIENTO EN EL CUAL SE CONSIDERA LA INDICACIÓN DE LA SEDOANALGESIA COMO PROCEDIMIENTO DE RUTINA ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Intubación orotraqueal	16	53.3%
Traqueotomía	5	16.7%
Toracocentesis	9	30.0%
Colocación de CVC	0	0.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

Acorde a la tabla N° 13, el 53.3% de los profesionales de enfermería consideran que el procedimiento de rutina para indicar la sedoanalgesia es la intubación orotraqueal, el 30.0% afirman que en la toracocentesis, es necesaria una sedoanalgesia previo al procedimiento y el 16.7% expresa que de manera rutinaria se aplica sedoanalgesia para la realización de una traqueotomía.

TABLA N° 10:
PREGUNTA N° 04: LOS FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS EN
SEDOANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SON:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Fentanilo y dexmedetomidina	1	3.3%
Fentanilo y midazolán	27	90.0%
Propofol y dexmedetomidina	2	6.7%
Propofol y midazolán	0	0.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

La tabla N° 14 nos muestra que el 90.0% del personal de enfermería afirma que los fármacos más utilizados en sedoanalgesia en UCI son el fentanilo y el midazolán, el 6.7% indicó como los medicamentos de mayor uso al propofol y dexmedetomidina y el 3.3% refiere al fentanilo y dexmedetomidina.

TABLA N° 11:
PREGUNTA N° 05: EL FÁRMACO QUE PRODUCE DEPRESIÓN
MODERADA DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR EN
PACIENTE CRÍTICO ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Midazolán	19	63.3%
Opiáceo	5	16.7%
Propofol	6	20.0%
Dexmedetomidina	0	0.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

Al preguntar al personal de enfermería respecto al fármaco que produce depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular, el mayor porcentaje (63.3%) señaló al midazolán, el 20.0%, por otro lado, considera al propofol como un depresor moderado del sistema cardiorrespiratorio y el 16.7% afirma que son los opiáceos.

TABLA N° 12:
PREGUNTA N° 06: EL FÁRMACO ANTAGONISTA DEL MIDAZOLAN
ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Naloxona	2	6.7%
Carbón activado	5	16.7%
Flumazenil	23	76.7%
Acetilcisteína	0	0.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 16, se observa que el 76.7% de los encuestados señalaron al Flumazenil como el antagonista del Midazolán, el 16.7% discrepa y afirma que el carbón activado es el fármaco antagonista de este medicamento, y el 6.7% considera que el antagonista es la Naloxona.

TABLA N° 13:
PREGUNTA N° 07: LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE
PRODUCE LA SOBRESADACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO ESTÁ
DADO POR:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Depresión respiratoria, hipertensión, hipercapnia.	3	10.0%
Hiperventilación, íleo intestinal, trombosis venosa.	7	23.3%
Depresión hemodinámica, íleo intestinal, depresión neurológica.	10	33.3%
UPP y disminución del flujo cerebral.	10	33.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 17, podemos apreciar que el 33.3% señala a la depresión hemodinámica, íleo intestinal y depresión neurológica, como las complicaciones más frecuentes de la sobredación, un porcentaje similar (33.3%) considera que dichas complicaciones son UPP y disminución del flujo cerebral, el 23.3% indicó la hiperventilación, íleo intestinal y trombosis venosa como complicaciones y el 10.0% manifestó que entre las complicaciones de mayor aparición estaban la depresión respiratoria, hipertensión, hipercapnia.

TABLA N° 14:
PREGUNTA N° 08: LA COMPLICACIÓN FRECUENTE DE LA
SEDACIÓN PROLONGADA POR MÁS DE 3 DÍAS EN EL PACIENTE
CRÍTICO ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia a fármacos	6	20.0%
Psicosis	9	30.0%
Toxicidad por fármacos	5	16.7%
Síndrome de abstinencia	10	33.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 18, se observa que el 33.3% expresó que la complicación más frecuente de la sedación prolongada por más de 3 días en el paciente crítico es el síndrome de abstinencia, un 30.0% señala a la psicosis, el 20.0% asume que es la dependencia a fármacos y el 16.7% indicó que es el síndrome de abstinencia.

TABLA N° 15:
PREGUNTA N° 09: LAS COMPLICACIONES QUE PRODUCE LA
INFRASEDACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO ESTÁ DADO POR:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Depresión respiratoria, ansiedad y taquicardia	3	10.0%
Depresión respiratoria, dolor y taquicardia	6	20.0%
Ansiedad, hipotensión e hiperventilación	7	23.3%
Ansiedad, hipertensión e hiperventilación	14	46.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 19, el 46.73% de los enfermeros afirmaron que la infrasedación produce las siguientes complicaciones: ansiedad, hipertensión e hiperventilación; el 23.3% estableció que dichas complicaciones son la ansiedad, hipotensión e hiperventilación; un 20.0% consideraba como complicaciones a la depresión respiratoria, dolor y taquicardia y el 10.0% restante señaló como complicaciones a la depresión respiratoria, ansiedad y taquicardia

TABLA N° 16:
PREGUNTA N° 10: LA ESCALA MÁS UTILIZADA, QUE SE ELABORÓ
PARA MEDIR LA SEDACIÓN INDUCIDA POR DROGAS ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Escala Glasgow	0	0.0%
Escala RASS	23	76.7%
Escala Ramsay	6	20.0%
Escala de SAS	1	3.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 20, el 76.7% concuerdan en que la escala más utilizada para medir la sedación inducida por drogas es la Escala RASS, el 20.0% señala la Escala Ramsay y el 3.3% menciona a la Escala de SAS como la de mayor utilización.

TABLA N° 17:
PREGUNTA N° 11: LA ESCALA QUE SE UTILIZA PARA VALORAR EL NIVEL DE DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Escala RASS	3	10.0%
Escala de Silverman	5	16.7%
Escala Visual Análoga	11	36.7%
Escala Braden	11	36.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

De acuerdo con la Tabla N° 21, el 36.7% de los profesionales de enfermería señalaron a la Escala Visual Análoga como el instrumento que emplean para medir el nivel de dolor, un porcentaje igual (36.7%) refiere como escala de medición del dolor a la Escala Braden, un 16.7% indicó que es la Escala Silverman y el 10.0% manifestó que era la Escala RASS.

TABLA N° 18:
PREGUNTA N° 12: EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO CON SEDACIÓN CONSCIENTE SE REQUIERE:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima de la respiración que facilite la ventilación mecánica	1	3.3%
Depresión moderada de la respiración que permita la ventilación mecánica	5	16.7%
Depresión mínima del nivel de consciencia que permita la ventilación espontánea adecuada	21	70.0%
Depresión moderada del nivel de consciencia que permita la ventilación espontánea adecuada	3	10.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 22 se observa que el 70.0% de los profesionales de enfermería señalaron que al cuidar al paciente crítico con sedación consciente se requiere una depresión mínima del nivel de consciencia que permita la ventilación espontánea adecuada, el 16.7% indicó que se necesitaba una depresión moderada de la respiración que permita la ventilación mecánica, mientras que el 10.0% considero como requerimiento una depresión moderada del nivel de consciencia que permita la ventilación espontánea adecuada y el 3.3% se refirió a la depresión mínima de la respiración que facilite la ventilación mecánica.

TABLA N° 19:
PREGUNTA N° 13: EN PACIENTES AGITADOS SIN ASISTENCIA
VENTILATORIA SE RECOMIENDA EL INICIO DE LA SEDACIÓN
DESPUÉS DE:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Proporcionar una analgesia adecuada e iniciar una dosis de sedación en bolo	6	20.0%
Proporcionar una analgesia adecuada y tratar otras causas	11	36.7%
Establecer el objetivo de la sedación e iniciar una dosis de analgesia en bolo	8	26.7%
Establecer el objetivo de la sedación y tratar otras causas	5	16.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

De acuerdo con la Tabla N° 23, el 36.7% de los profesionales de enfermería consideran que el inicio de la sedación se debe realizar después proporcionar una analgesia adecuada y tratar otras causas, un 26.7% de los participantes manifiesta que antes de la sedación es necesario que se establezca el objetivo de la misma e iniciar una dosis de analgesia en bolo, el 20.0% señala que se debe proporcionar una analgesia adecuada e iniciar una dosis de sedación en bolo, finalmente el 16.7% restante afirma que se debe establecer el objetivo de la sedación y tratar otras causas.

TABLA N° 20:
PREGUNTA N° 14: LA MEDIDA QUE SE TOMA EN CUENTA PARA MANTENER UN PATRÓN RESPIRATORIO ADECUADO EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Saturación de oxígeno	3	10.0%
Posición del tubo endotraqueal	6	20.0%
Nivel óptimo de sedoanalgesia	12	40.0%
Parámetros del ventilador mecánico	9	30.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

De acuerdo con la Tabla N° 25, el 40.0% de los profesionales de enfermería señalan que la medida a considerar para el mantenimiento de un patrón respiratorio adecuado en pacientes con ventilación mecánica es que estos tengan un nivel óptimo de sedoanalgesia, mientras que un 30% se guía por los parámetros del ventilador mecánico, el 20% valora la posición del tubo endotraqueal y el 10% toma en cuenta los niveles de saturación de oxígeno.

TABLA N° 21:
PREGUNTA N° 15: DURANTE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES CON LA FINALIDAD DE DISMINUIR LA ANSIEDAD Y EL DOLOR ¿QUÉ CUIDADO TOMA EN CUENTA?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Utiliza una sonda en cada aspiración	0	0.0%
Administra una dosis de sedación en bolo	11	36.7%
La aspiración no más de dos segundos	19	63.3%
Posición del tubo endotraqueal	0	0.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 26, el 63.3% de los profesionales de enfermería señalaron como cuidado que toman durante la aspiración de secreciones, que el tiempo sea de no más de dos segundos; mientras que el 36.7% prefiere administrar una dosis de sedación en bolo.

TABLA N° 22:
PREGUNTA N° 16: ¿QUÉ TIPO DE SEDACIÓN ES EL MÁS RECOMENDADO EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POSTOPERATORIO CARDIOVASCULAR?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sedación profunda	10	33.3%
Sedación moderada	8	26.7%
Sedación superficial	10	33.3%
Sedación combinada	2	6.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

Ante la pregunta sobre el tipo de sedación más recomendado en el cuidado del paciente postoperatorio cardiovascular; el 33.3% de los participantes del estudio recomendaron la sedación profunda, un porcentaje similar (33.3%) consideró que el paciente debía estar en sedación superficial, el 26.7% optó por la sedación moderada y el 6.7% prefirió la sedación combinada.

TABLA N° 23:
PREGUNTA N° 17: ¿QUÉ TIPO DE SEDACIÓN ES EL MÁS RECOMENDADO EN EL CUIDADO DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sedación profunda	20	66.7%
Sedoanalgesia moderada	9	30.0%
Sedación superficial	1	3.3%
Sedación consciente	0	0.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

En la Tabla N° 28 se aprecia que el 66.7% de las enfermeras y enfermeros consideran que la sedación profunda es la más recomendada en el cuidado del paciente neurocrítico, un 30.0% establece que el tipo de sedación para estos pacientes es la sedoanalgesia moderada y el 3.3% prefiere la sedación superficial.

TABLA N° 24:
PREGUNTA N° 18: LAS MEDIDAS COMPLEMENTARIAS QUE TOMA EN CUENTA PARA PROMOVER UN ENTORNO FÍSICO FAVORABLE PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Masajes relajantes	3	10.0%
Musicoterapia	11	36.7%
Control de la luz ambiental y ruido	15	50.0%
Restricción de visitas y evitar conversaciones	1	3.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

Al preguntar al personal de enfermería respecto a las principales medidas complementarias para promover un ambiente favorable para disminuir la ansiedad, un gran porcentaje (50.0%) escogió el control de la luz ambiental y la disminución de ruidos, el 36.7% señaló la aplicación de musicoterapia, el 10.0% consideró la aplicación de masajes relajantes y el 3.3% afirmó que la restricción de visitas y evitar conversaciones permitían que el entorno físico coadyuvara en la disminución de la ansiedad del paciente crítico.

TABLA N° 25:

PREGUNTA N° 19: LA ESCALA COMPORTAMENTAL PARA VALORAR EL DOLOR HACE REFERENCIA A TODAS AQUELLAS ACCIONES QUE EJECUTAN LAS PERSONAS AL PERCIBIR EL DOLOR, EXCEPTO:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Apretar los dientes, movimientos interrumpidos o rígidos	4	13.3%
Arrugar la frente, reflejos de retirada	9	30.0%
Llorar y movimientos cautelosos	4	13.3%
Signos de decorticación	13	43.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

La Tabla N° 30, hace referencia a aquellas acciones que no son indicativas de dolor, el 43.3% identificó a los signos de decorticación, el 30.0% consideró que arrugar la frente y los reflejos de retirada no eran comportamientos propios del dolor, el 13.3% señaló a los movimientos interrumpidos o rígidos y apretar los dientes, y similarmente un 13.3% manifestó que llorar y los movimientos cautelosos no eran acciones que ejecutaban las personas al percibir el dolor.

TABLA N° 26:
PREGUNTA N° 20: SI UN PACIENTE SE DESADAPTA AL VENTILADOR ES NECESARIO SEGUIR UNA SISTEMÁTICA ACTUACIÓN INMEDIATA DESTINADA A CONSEGUIR UNA APROPIADA ADAPTACIÓN, TALES COMO, EXCEPTO

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Valorar la ventilación y la oxigenación, presiones, pulsioximetría, EKG, si existe compromiso importante proceder a ventilar con respirador manual	7	23.3%
Examinar el tubo orotraqueal y los circuitos, así como valorar el ventilador y los parámetros	9	30.0%
Examen físico a fin de descartar principalmente neumotórax	5	16.7%
Corregir el auto PEEP	9	30.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

Al interrogar al profesional de enfermería respecto a que acciones no ejecutarían en el caso de que un paciente se desadapte al ventilador, el 30% manifestó que no se debía examinar el tubo orotraqueal y los circuitos, así como valorar el ventilador y los parámetros, igualmente un 30% consideró que no se corregiría el auto PEEP, el 23.3% señaló que las acciones que no se deben ejecutar son valorar la ventilación y la oxigenación, presiones, pulsioximetría, EKG, si existe compromiso importante proceder a ventilar con respirador manual; y el 16.7% escogió que no había que realizar un examen físico a fin de descartar el neumotórax

TABLA N° 27:
PREGUNTA N° 21: LA COMPLICACIÓN TARDÍA DEL USO
PROLONGADO DE FENTANILO A DOSIS ALTAS, ES:

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rigidez muscular del cuello, pared torácica, abdomen y extremidades	21	70.0%
Hipotensión, y por ende, disminución del flujo sanguíneo cerebral	7	23.3%
Hipertermia y calambres musculares	2	6.7%
Síndrome del cuello rojo	0	0.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario dirigido a Enfermeros de la UCI - UCIN del Hospital Regional Lambayeque – 2017

La Tabla N° 32 muestra las respuestas de los enfermeros a la pregunta respecto a la complicación tardía por el uso prolongado del Fentanilo a dosis altas, en este caso, el 70% de los participantes del estudio escogieron como complicación la rigidez muscular del cuello, pared torácica, abdomen y extremidades, el 23.3% indicó que era la hipotensión, y por ende, la disminución del flujo sanguíneo cerebral; y el 6.7% señaló a la hipertermia y los calambres musculares.

Discusión de los Resultados

El paciente en ventilador mecánico es especialmente sensible en su función psíquica y orgánica, sabemos que la ventilación mecánica (VM) influye en la evolución y el pronóstico de los pacientes con falla respiratoria y la disminución del trabajo ventilatorio es uno de los objetivos básicos de ésta. De este modo, la sedación es un tema básico y fundamental en el manejo ventilatorio del paciente, tanto aquel con escaso compromiso pulmonar, pacientes postoperados, como

aquellos con falla respiratoria catastrófica que requieren sedación profunda y relajación neuromuscular para poder ser oxigenados en forma adecuada.

Surge entonces la necesidad de otorgar a estos pacientes un grado de confort y seguridad con niveles ideales de sedoanalgesia y cuidados de enfermería altamente especializados que requieren los conocimientos y prácticas eficientes necesarios para brindar un adecuado cuidado.

La presente investigación tuvo como objetivo describir y analizar los conocimientos que tienen los enfermeros de las Unidades de cuidados intensivos e intermedios en el control de sedoanalgesia en el paciente con ventilación mecánica. Los resultados de la presente investigación (Tabla N° 01) muestran que el 60.0% del personal profesional de enfermería presentan un nivel regular de conocimiento sobre analgesia, el 20.0% obtuvo niveles bueno y el otro 20% nivel malo. Por lo encontrado tenemos que el conocimiento es un eje principal en la formación del profesional de enfermería, juntamente en 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 las personas, es así que tenemos las guías para que el cuidado sea de calidad y tengan una formación de excelencia, durante el desarrollo de su labor el profesional de salud en este caso el profesional de enfermería se encuentra con situaciones muy diversas en el cuidado del paciente, que requieren de su conocimiento y destreza, para la mejora del enfermo, y en si en el desempeño de su labor hay deficiencia para realizar un cuidado de calidad, el profesión deberá capacitarse y desarrollar el conocimiento científico, que fundamente la profesión de enfermería.³¹

Así mismo contrastando la evidencia, el conocimiento y la experticia de la enfermera permitirá 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.

Estos porcentajes son similares a los encontrados por Sonia Teniente Conojhuilca, en “Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo 2011”,

quien observó un porcentaje significativo de enfermeros que no conocen acerca del nivel de sedación en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria, post operado cardiovascular y las recomendaciones antes de iniciar sedación en el paciente crítico.⁵

Así mismo se hizo un análisis más profundo de los resultados, contrastando con la teoría los principales resultados que son de importante implicancia. Al ser interrogadas respecto al conocimiento de formatos de manejo de la sedoanalgesia (Tabla N° 02), el 83.3% del personal de enfermería aseveró no tener conocimiento al respecto, siendo necesaria la estandarización y difusión de formatos adecuados para el manejo del control de la sedación y analgesia, como lo sustentan Frade Mera, et Al. en la investigación ¿Qué papel tiene enfermería en la valoración y manejo de la analgesia, sedación y delirio del Paciente crítico con Ventilación Mecánica, en el periodo Abril- Noviembre 2011? quienes concluyeron que la difusión de herramientas para valorar analgosedación es aceptable pero su aplicación insuficiente y existe gran desconocimiento sobre cómo valorar el delirio⁶. Por lo tanto de allí nace la iniciativa de proponer un formato que unifique criterios entre las enfermeras, y por ende desarrollen un plan de cuidados sostenido en la base científica que respalda esta investigación.

Los resultados de la Tabla N° 03 muestran que el 63.3% de los enfermeros refieren que usan escalas validadas para valorar la sedación y analgesia, en cambio existe un 36.7% que no las aplica. La sedación por metas es un estándar en el manejo del paciente crítico, así mismo la monitorización del nivel de sedación es una actividad de enfermería cuya finalidad es evitar tanto la sobrededación como la infrasedación de los pacientes, disminuyendo de este modo las complicaciones derivadas, además de mejorar el confort. Sin embargo, el nivel de sedación con frecuencia no es valorado con un método estandarizado. Para ello, una herramienta validada es la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale).

De las escalas existentes, la escala de sedación RASS está validada en pacientes críticos ventilados y no ventilados. Fue descrita por Sessler et al en el año

2002³². Su elaboración fue llevada a cabo por un equipo multidisciplinario en el que se incluyeron médicos, enfermeras y el resto del personal involucrado en el manejo de los pacientes críticos. Ha sido validada tanto en pacientes ventilados como en los no ventilados y es la única escala que se ha estudiado específicamente para evaluar los cambios de sedación a lo largo del tiempo. Es una escala de 10 puntos, muy intuitiva en su descripción, ya que los valores positivos indican agitación y los valores negativos son usados para analizar la sedación. Separa la estimulación física de la verbal y gradúa el nivel según la intensidad del estímulo. El nivel 0 corresponde a un paciente tranquilo y despierto, el nivel +4 a la situación de máxima agitación y el nivel -5 al de mayor depresión del nivel de conciencia. Es la escala que ofrece más información tanto en la fase agitada como en la de sedación.

Por lo anterior descrito, es importante analizar que enfermería es el personal encargado y capacitado para la evaluación de la sedación, requiere de un instrumento adecuado para la valoración del mismo que sea de fácil aprendizaje debido a una descripción intuitiva utilizando valores positivos para la agitación y negativos para la sedación, que no genere muchos costos, que sea de gran utilidad y de fácil aplicación, considerando que en un turno de 12 horas muchas veces el personal culmina sus actividades con los tiempos ajustados y en algunos casos dejando actividades pendientes para el siguiente turno.

Por otro lado en la tabla N° 04, el 40.0% de los enfermeros del servicio de UCI/UCIN aseveraron que siempre realizan este registro aunque un porcentaje importante 36.7% refirieron que rara vez registran el RASS; sin embargo, los resultados de la Tabla N° 16 muestran que el 76.7% identifica a la Escala RASS como la escala específica para medir la sedación inducida por drogas.

La aplicación de la escala RASS en la práctica diaria por parte de enfermería garantiza mayor calidad de cuidados y facilita la obtención de un nivel de sedación adecuado a las necesidades de cada paciente, sin embargo, en la unidad de UCI/UCIN actualmente no hay una escala consensuada para la valoración del nivel

de sedación que aplique la enfermera durante su jornada laboral, siendo este uno de los posibles motivos por el que solo el 40.0% de los enfermeros la utilizan.

Con respecto a la analgesia, es definida como ausencia de sensación de dolor o estímulos nocivos. Para la medición del dolor, hay diversas escalas de valoración, más aun si el paciente se encuentra consciente y puede comunicarse y expresarse, como la escala numérica verbal (ENV), escala descriptiva verbal (EDV), termómetro de dolor de Iowa (IPT). Pero cuando el paciente pierde la capacidad de comunicación se puede utilizar indicadores fisiológicos y/o escalas de comportamiento ¹⁷. Al preguntar al personal de enfermería respecto a la escala que se utiliza para valorar el nivel de dolor en el paciente crítico, el 36.7% logró señalar a la Escala Visual Análoga (Tabla N° 17). El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, que se asocia con daño corporal actual o potencial, como por ejemplo aumento del catabolismo, hiperglucemia, aumento del gasto cardiaco, hiperventilación, hipertensión, etc. . Se puede presentar a cualquier edad y con mucha frecuencia ha sido infravalorado y poco tratado

Sin embargo, con la Tabla N° 05, se encontró que el 86.7% del personal de enfermería utiliza las escalas de valoración del dolor para identificar el nivel del dolor de los pacientes hospitalizados en el servicio de UCI/UCIN, a pesar de que un gran número de enfermeros aplican las escalas de valoración de dolor, la Tabla N° 06, muestra una de las debilidades de enfermería, en el sentido que solo el 33.3% del personal siempre registra la valoración del dolor, un 30.0% menciona que hace este registro frecuentemente, existiendo un porcentaje significativo que admitieron que rara vez (13.3%) y algunas veces (23.3%) registraban los niveles de dolor valorados.

El cuidado de un paciente con sedoanalgesia requiere que el profesional de enfermería este capacitada también en lo referente a drogas: mecanismos de acción, efectos adversos, farmacocinética, entre otros aspectos , porque aunque no sea su competencia decidir la opción de tratamiento farmacológico más adecuada a cada paciente, sí lo es tener el conocimiento y las habilidades para cada una de las

opciones, desde su inicio hasta el final, teniendo en cuenta las complicaciones que pueden presentarse en cada caso, específicamente en caso de sedoanalgesia, la enfermera debe ser competente en la valoración del dolor, la necesidad de analgesia y sedación, el monitoreo de la sedoanalgesia y la titulación de los medicamentos sedoanalgésicos. Por ello, al medir los conocimientos sobre sedoanalgesia que presentan los profesionales de enfermería, se encontró que el 63.3% de los enfermeros identificaron correctamente el estado del paciente con sedoanalgesia señalando como “relajado y tranquilo” (Tabla N° 07); sin embargo sólo el 30.0% de los enfermeros identificaron correctamente el objetivo de la sedoanalgesia que es proporcionar un nivel óptimo de comodidad, reduciendo, la ansiedad y el dolor. Se conoce que la ansiedad y el dolor activan el sistema nervioso simpático y en consecuencia al eje pituitario adrenal, resultando en un incremento en la frecuencia cardíaca, presión arterial y alteraciones del metabolismo. En pacientes con alto riesgo estos cambios se correlacionan con un aumento de la incidencia de isquemia miocárdica y disfunción orgánica³³. Ante estos eventos es inusual que un paciente pueda tolerar estas complicaciones sin recibir tratamiento con sedantes amnésicos y/o analgésicos narcóticos

Al preguntar respecto al procedimiento en el cual la sedoanalgesia se indicaba como procedimiento rutinario, el 53.3% respondió correctamente que era la intubación endotraqueal (Tabla N° 09). En nuestro escenario es muy común recibir la indicación de administración de sedoanalgesia como medida rutinaria ante una intubación programada, así mismo la Asociación americana de anestesiología avala que el uso de sedoanalgesia mejora las condiciones del procedimiento, acorta el tiempo de intubación, disminuye el número de intentos y disminuye las lesiones orales por los intentos de intubación.

Del mismo modo, un porcentaje mayoritario (90%) señaló de manera correcta que los fármacos más utilizados en la sedoanalgesia en los servicios de UCI y UCIN son el Fentanilo (1mg) y Midazolam (100mg) (Tabla N° 10). Se han empleado múltiples drogas psicoactivas y bloqueadores neuromusculares en el tratamiento de la ansiedad y agitación de pacientes críticos. Los medicamentos más utilizados han sido benzodiazepinas y opioides³³. En nuestra realidad es muy común encontrar la

asociación fentanilo más midazolam como infusión continua. La popularidad del fentanilo se basa en su rápida acción, alta potencia, mínima liberación de histamina comparado con la morfina, y mínimos efectos cardiovasculares.

El midazolam es una potente benzodiazepina con actividad hipnótica, sedante, ansiolítica, amnésica, anticonvulsivante y con propiedades relajantes musculares³³. Y es el medicamento de elección en la UCI, porque se ha demostrado que produce disminución del flujo sanguíneo cerebral, y que a pesar de esto no se compromete la presión de perfusión cerebral; también disminuye la presión intracraneana y el metabolismo cerebral.

Respecto al conocimiento de los fármacos usados en sedoanalgesia y sus efectos adversos, en la Tabla N° 11, el 63.3% relacionó al Midazolam como el medicamento que produce depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular, además el 76.7% reconoció al Flumazenil como el antagonista del Midazolam (Tabla N° 12). El flumazenil es el antídoto de la intoxicación por benzodiazepinas y actúa en su receptor, por el cual posee una gran afinidad, como un antagonista competitivo revirtiendo así los efectos de estos fármacos ya que no posee actividad intrínseca³³.

Cuando se preguntó respecto a las complicaciones más frecuentes que produce la sobredosificación en el paciente crítico (Tabla N° 13) solo el 33.3% respondió que era la UPP (úlceras por presión) y disminución del flujo cerebral, un porcentaje igual (33.3%) señaló correctamente que la complicación más frecuente de la sedación prolongada (mayor de tres días) en el paciente crítico era el síndrome de abstinencia; indicando que son pocos los enfermeros que tienen conocimiento respecto a las complicaciones de la sobredosificación, punto que se necesita reforzar para mejorar la atención y el plan de cuidados de enfermería. Sin embargo se encontró un dato muy importante que apoya la sobredosificación en casos específicos que considero es importante transmitir; así tenemos que el artículo científico presentado por Alonso Fernández et. Al denominado “Sedación prolongada en unidades de cuidados intensivos” sostiene que es recomendable

mantener una sedación profunda (RASS de -4 a -5) en pacientes con ventilación mecánica en los que es importante inhibir el estímulo respiratorio: hipercapnia permisiva, relación I:E invertida, ventilación con bajo volumen tidal, ventilación en modalidad controlada por presión y pacientes en prono, pacientes con hipertensión endocraneal, estatus epiléptico o psicosis aguda, pacientes en los que se realiza limitación del esfuerzo terapéutico, pacientes en los que se realizan técnicas diagnósticas y/o terapéuticas agresivas que requieren sedación profunda. Con respecto al conocimiento que maneja el personal de enfermería respecto a las complicaciones de la infrasedación (Tabla N° 15) el 46.7% logró responder correctamente que estas complicaciones eran la ansiedad, hiperventilación e hipertensión arterial.

Otra falencia surgió al identificar el tipo de sedación más recomendado en el cuidado del paciente postoperatorio cardiovascular (Tabla N° 22) ya que sólo el 26.7% supo responder que correspondía a una sedación moderada, sin embargo un gran porcentaje (66.7%) si logró identificar a la sedación profunda como el tipo de sedación más recomendable en el cuidado del paciente neurocrítico. Probablemente esté justificado que las enfermeras hayan desconocido acerca del tipo de sedación recomendada para los pacientes postoperados de cirugía cardíaca, por lo mismo que en la UCI de este nosocomio no se admiten este tipo de pacientes por no desarrollarse ese tipo de cirugías, sin embargo no deja de ser importante transmitir la teoría encontrada en la “Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo” en el año 2011, donde se sostiene que la sedoanalgesia óptima postoperatoria reduce la morbilidad en cirugía cardíaca. La taquicardia y la liberación de catecolaminas contribuyen a la presentación de hipertensión arterial, isquemia miocárdica y ruptura de la placa aterosclerótica. En el momento del ingreso en la UCI, los pacientes se encuentran bajo efectos residuales de anestésicos, siendo la técnica anestésica empleada un factor importante para definir el grado de sedoanalgesia necesario. Y durante el post-operatorio inmediato, hay un lapso en el que se requiere de VM y, por lo tanto, es necesario el uso de sedoanalgesia mientras se logra la homeostasis térmica y la estabilidad hemodinámica. Así mismo en la sedoanalgesia de los pacientes neurocríticos debe tenerse en cuenta, que no debe

interferir con la valoración neurológica continua en las primeras horas, para poder detectar complicaciones intracraneales tratables que precisen una pronta intervención, las cuales pueden expresarse como agitación o incomodidad y que se debe prevenir la lesión neurológica secundaria, asociada a hipoxemia e hipotensión, que deben ser corregidas sin pérdida de tiempo.

Es evidente analizar que en la cotidianidad de nuestro quehacer, la sedación en el paciente sometido a ventilación mecánica (VM), tiene como objetivo principal facilitar su adaptación al ventilador, induciendo hipnosis y analgesia por la presencia del tubo orotraqueal y otros medios invasivos. De acuerdo con la Tabla N° 20, el 40% de los enfermeros respondió correctamente que el nivel óptimo de sedoanalgesia es la medida que se toma en cuenta para mantener un patrón respiratorio adecuado en este tipo de pacientes. En efecto, es muy común valorar que la lucha del paciente con el respirador genera numerosas complicaciones que pueden agravar la situación de los pacientes críticos y que, por tanto, deben ser evitadas. Entre ellas tenemos la acidosis respiratoria secundaria a hipoventilación y aumento de la producción de CO₂; hipocapnia por hiperventilación; hipoxemia por asincronía entre el paciente y el ventilador; aumento de la presión intratorácica con disminución del retorno venoso, del volumen minuto cardíaco y de la presión arterial; aumento del consumo de O₂ por el aumento de la actividad de los músculos esqueléticos y respiratorio³⁴.

3.2. Acercamiento a una propuesta

El estudio a permitido que la investigadora proponga un acercamiento a una propuesta resultado de la investigación, la cual será utilizada por los profesionales de enfermería involucradas en el estudio y en la socialización de las mismas con otras enfermeras de tal manera que sea el inicio de una futura investigación de carácter doctoral que permita medir su utilidad para enfermería.

De todo lo mencionado, y de lo encontrado en los resultados obtenidos, se deriva la importancia de un monitoreo continuo en busca de identificar signos y

síntomas asociados a indicadores fisiológicos (tensión muscular, apretar dientes, lagrimeo, sudoración, arrugar la frente, taquicardia e hipertensión en un 10 – 20% del estado basal), que alerten respecto a estas complicaciones y guíen nuestro actuar diario en busca de la pronta recuperación de nuestros pacientes críticamente enfermos; por ello la investigadora consideró de suma importancia la elaboración de una propuesta que unificará y reforzará el ser y que hacer de la profesión y en específico el manejo de la sedoanalgesia, denominándolo formato de monitoreo de valoración diaria al paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica (Ver anexo 03), nace de los resultados obtenidos en la investigación y la necesidad emergente de unificar los criterios de atención al paciente crítico; contiene los datos personales del paciente, tres escalas validadas internacionalmente y empleadas en la Guía de Práctica clínica en enfermería para el manejo de sedoanalgesia en paciente crítico hospitalizado en unidad de cuidados intensivos de adulto, diseñado en el 2014 y avalado por el programa de Post grado de la Facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana (Bogotá – Colombia)³⁵.

Las escalas consignadas son, la escala Campbell, la escala de dolor comportamental, y la escala RASS (ya descrita en el marco teórico). La escala Campbell está diseñada no sólo para evaluar la presencia de dolor mediante la musculatura facial, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad, sino para cuantificar su intensidad del 1 al 10 y la escala comportamental (behavioral pain scale) valora del 1-4 la expresión facial, la movilidad y conducta de las extremidades superiores y la presencia o no de lucha contra el ventilador. Las escalas permiten objetivar y valorar el dolor y la sedación cada dos horas en relación al medicamento prescrito, el tiempo y la dosis en mcg/kg/hr según el medicamento que el paciente este recibiendo; además la evaluación continua puede llevar a la necesidad de reducir o aumentar dosis según el estado del paciente hasta alcanzar el destete progresivo e identificar indicadores fisiológicos ya mencionados que son propios de cada paciente y su patología, que pueden describirse en el apartado de observaciones que acompaña a cada escala de valoración.

CONCLUSIONES

- Esta investigación describe que el nivel de conocimientos de los enfermeros de UCI - UCIN, es Regular representado por un 60%, considerando además que se acepta la hipótesis formulada, donde se aplicó la prueba de contrastación y de desviación estándar; ($p=0.036$, siendo menor que 0.05).
- Otro contenido importante que se encontró, lo demuestra la Tabla N° 06, donde el 83.3% de los encuestados refieren que no conocen formatos utilizados en el control de sedoanalgesia.
- Los resultados generaron más ímpetu para diseñar un formato de valoración diaria como elemento propositivo de esta investigación, que se pondrá a disposición de las autoridades del área crítica, para que a partir de la realidad encontrada se puedan diseñar e implementar planes de mejora continúa.
- Después de haber descrito y analizado los resultados del nivel de conocimiento sobre sedoanalgesia y ante la ausencia de formatos dirigidos netamente a este aspecto, se concluye que en los procesos realizados por enfermería es necesario implementar guías de práctica clínica pues constituye un aporte original que nos permiten identificar posibles mejoras en el cuidado y debilidades en los procesos.

RECOMENDACIONES

- Motivar al personal para que continúe con las capacitaciones periódicas y por ende la construcción de formatos y en el mejor de los casos protocolos dirigidos netamente por enfermería.
- Incentivar a las enfermeras a que consideren la importancia de incluir estrategias no farmacológicas o terapias complementarias como medidas adicionales a la terapéutica de cada paciente.
- De acuerdo al formato diseñado como propuesta, es importante afirmar que puede ser aplicado en áreas de recuperación post anestésica y emergencia - shock trauma, donde permanezcan pacientes portadores de tubo orotraqueal y ventilación mecánica.
- A las autoridades de enfermería del postgrado, que incluyan dentro de los planes de capacitación en los servicios y/o áreas críticas, la implementación de guías referente al manejo del paciente con ventilación mecánica que requiere sedoanalgesia como tratamiento coadyuvante.
- Coordinar con las autoridades competentes de la institución hospitalaria, la aceptación del formato propuesto por la investigadora, el cual contribuirá en el conocimiento científico y la mejora del servicio.
- Difundir y socializar los resultados de la investigación con todas las enfermeras de las unidades críticas, con el fin de sensibilizar al personal a que continúe con la iniciativa de la aplicación del formato en el cuidado del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pozo Lafargue T. et Al. Caracterización de la sedoanalgesia en pacientes críticos. Editorial Santiago de Cuba. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2009; 8(3)
2. American Society of Anesthesiology. Manual de Analgesia y Sedación en Cuidados Intensivos, [acceso: 12/05/2017]; disponible en: <https://www.asahq.org/>
3. Anestesiari.com. Protocolos de sedoanalgesia en UCI ¿son efectivos? [sede web]. Hospital de Basurto – Bilbao. [acceso el 01 de Mayo 2015]. Disponible en: <http://anestesiari.org/2010/protocolos-de-sedoanalgesia-en-ucison-efectivos/>
4. Martín MC, Cabré L, Fernández F, Jover J, Portillo E, Ruiz J. Acontecimientos adversos en el enfermo crítico. XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Toledo, 24-27 de octubre de 2006.
5. Teniente Cconojhuilca, Sonia. Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo 2011. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería Intensivista). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado, 2014. 101 h.

6. Frade Mera, M; Cuenca Solana, M; Valverde Pinilla, C; Sánchez Izquierdo, Á; Alted López, E. ¿Qué papel Tiene enfermería en la valoración y manejo de la analgesia, sedación y delirio del Paciente crítico con Ventilación Mecánica? Evidentia. 2014 Jul-DIC; 11 (47-48). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n47-48/ev9246.php> > Consultado el 14.07.2106
7. Turchetto Elsie. A que llamamos paciente críticamente enfermo y como lo reconocemos. [sede web]. Hospital privado de Comunidad [acceso 20 de abril 2015]. URL disponible en:<http://www.hpc.org.ar/images/revista/451-v8n2p52.pdf>.
8. Actualización en Enfermería. Metodología PAE. [sede Web]. España. [acceso 16 de Julio 2015]. URL disponible en: <http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/>
9. Henríquez Camelo Silvia. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. [sede web]. Sao Paulo [acceso 05 de mayo 2015]. URL disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=...
10. Turchetto Elsie. A que llamamos paciente críticamente enfermo y como lo reconocemos. [sede web]. Hospital privado de Comunidad [acceso 20 de abril 2015]. URL disponible en: <http://www.hpc.org.ar/images/revista/451-v8n2p52.pdf>
11. La ansiedad. Psicología y nutrición: consejo y orientación terapéutica de los trastornos de ansiedad y los trastornos de alimentación. [sede web]. [acceso

- 20 de abril 2015]. URL disponible en: <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>
12. Efectividad de protocolos: sedoanalgesia en pacientes adultos UCI. [sede web]. Ministerio de Salud. Chile. [acceso 28 de abril 2015]. URL disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/ur/item/a1eb519e7e684592e04001011f01798b.pdf>
 13. Vender J. et al. Sedación, analgesia y bloqueo neuromuscular en la sepsis: una revisión basada en la evidencia. *Crit care med* 2004; 32 (11): S554-S561.
 14. Farmacología de la sedoanalgesia. [sede web]. [acceso 20 de mayo 2015]. URL disponible en <http://es.slideshare.net/posr18/farmacologia-de-la-sedoanalgesia>
 15. Uninet. Anestesia y Sedación. [sede Web]. España. [acceso 16 de Julio 2015]. URL disponible en: http://www.uninet.edu/criterios/C2/PDF/o8_ANESTESIA%20Y%20SEDACION.pdf
 16. Elsevier. Enfermería Intensiva. [sede Web]. España. [acceso 16 de Julio 2015]. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-monitorizacion-sedacion-profunda-el-monitor-13146021>
 17. Clarett. Dolor y Kinesiólogía. [sede Web]. España. [acceso 16 de Julio 2015]. URL disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
 18. Ventilación mecánica y traqueotomía. Protocolo de destete de ventilación mecánica y decanulación de la Unidad de Cuidados Respiratorios

- Intermedios de la Fundación Jiménez Díaz. [sede web]. [acceso 05 de mayo 2015]. URL disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-patologia-respiratoria-318-articulo-ventilacion-mecanica-traqueotomia-protocolo-destete-90028081>
19. Nancy Burn y otros. Investigación en enfermería. 3º ed. España. Grafos; S.A.; 2004 Pag 28-30
 20. Hernández S. y otros. Metodología de la investigación científica. 2006. Pag 277-287
 21. UNESCO. Thesauro de la UNESCO. [Online].; 2013 [cited 15 de Enero 2017. Available from: [http://databases.unesco.org/thessp/wwwi32.exe/\[in=affiche.in\]/](http://databases.unesco.org/thessp/wwwi32.exe/[in=affiche.in]/).
 22. Shön, Donald (2011). "La Formación de Profesionales Reflexivos. Hacia un Nuevo Diseño de la Enseñanza y el Aprendizaje de las Profesiones". Barcelona. Paidós.
 23. Metodología de la Investigación. Investigadores de Maestría: Universidad de Ibarra; <http://www.aibarra.org/investig/tema0.htm> (consultada 15/01/2017)
 24. González, E. (2012) "La Práctica como Alternativa Pedagógica." En: Memorias Seminario Taller La Práctica una Forma de Proyección Social. Rionegro, Antioquia.
 25. Jacobi J. et Al. Guías de práctica clínica para el uso sostenido de sedantes y analgésicos en el adulto críticamente enfermo. Crit Care Med. 2002;30:119-
 26. Chavez O. et. Al. Sedacion de pacien. tes en ventilación mecánica. Revista de Medicina Interna y Medicina critica. MEDICRIT. 2005, Pag. 50

27. Polit D. Hungles B. investigación cualitativa en salud: principios y métodos. 6° ed. Mexico; DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2000 Pag 69.
28. Santisteban Badía. H. Modelos éticos: El personalismo. Sitio Oficial del Centro de Bioética "Juan Pablo II". [Revista en Internet] 2006 ENERO-ABRIL Pag 15-16 [revista virtual] [acceso 20/02/17]. VOLUMEN 6. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/61/611417.pdf>
29. Hernández S. et Al. Metodología de la investigación científica. 2006. Cuarta edición Pag 277-287
30. Quispe, J. (2016). Conocimientos y Actitudes de las Enfermeras hacia la Práctica de Enfermería Basada en Evidencia. Trabajo de Investigación para optar el Grado de Especialista en Enfermería Intensivista, UNMSM, Lima
31. Franco, T. (2011). "Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre el cuidado del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Agosto – Setiembre 2011" Bvs Thesis en español | LILACS | ID: lil-608908 [consultado: 12/05/2017]. Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-608908>
32. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002.
33. Morayta G. Comparación entre fentanil y midazolam en la sedación de pacientes asistidos con ventilación mecánica. *Medicina crítica y terapia intensiva.* Vol. XIII, Núm. 1 / Ene.-Feb. 2015 pg 12-18

34. E. Celis-Rodríguez et. AL. “Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo”. Med Intensiva 2011;31:428-71 - Vol. 31 Núm.8
35. Fuentes N. Et al. Guía de práctica clínica en enfermería para el manejo de sedoanalgesia en paciente crítico hospitalizado en la unidad de Cuidados intensivos adulto de la clinica medilaser sede Tunja. Universidad de la Sabana – Colombia. (2014) Pag. 80

ANEXOS



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LOS ENFERMEROS DE UCI-UCIN EN EL CONTROL DE SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2017

INVESTIGADOR(A): Carpio Tantalean, Lisbet

LUGAR: HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

Esta hoja de Consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador encargado o a cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

Se ha escogido su participación ya que Ud. Puede contribuir a mejorar la situación abordada. La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece difíciles o incomprensibles, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

YO:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lisbet Carpio Tantalean.

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es: Describir y analizar los conocimientos y prácticas de las enfermeras en el control de la sedación y analgesia del paciente crítico sometido a ventilación mecánica.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Srta. Lisbet Carpio Tantaleán a los teléfonos 232147 o 976510293. Así mismo puede dar a conocer si se ha sentido vulnerado en sus derechos, otorgándole el número del comité de ética del HRL. 480433.

Nombre del Participante y DNI

Firma del Participante

Fecha:-----

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
CUESTIONARIO DIRIGIDO A ENFERMEROS DE LA UCI - UCIN DEL HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE

OBJETIVO:

El presente instrumento de recolección de datos tiene como objetivo principal, obtener información relevante sobre el conocimiento que posee la enfermera acerca del control de sedoanalgesia en el paciente crítico sometido a ventilación mecánica, documento cuya información será manejada con criterios de confidencialidad y confiabilidad.

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario consta de 24 preguntas, los cuales contestara llenando los datos correspondientes, marcando con un aspa (X) según crea usted conveniente la respuesta correcta.

- **DATOS GENERALES:**

Sexo: F M

Edad:

Servicio donde labora:

Años de servicio:

Especialidad en el área: SI NO

- **DATOS ESPECIFICOS:**

1. Un paciente con sedoanalgesia es cuando se encuentra en un estado:

- a) Coma
- b) Dormido
- c) Relajado y tranquilo
- d) Relajado y ansiedad

2. El objetivo más importante de la sedoanalgesia en el paciente crítico es:

- a) Aliviar la ansiedad, la agitación y el dolor, facilitando la ventilación mecánica.
- b) Aliviar la ansiedad, la agitación y el dolor, facilitando el sueño y comodidad.
- c) Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, disminuyendo la ansiedad y la agitación.
- d) Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, reduciendo la ansiedad y el dolor.

3. El procedimiento en el cual se considera la indicación de la sedoanalgesia como procedimiento de rutina es:

- a) Intubación orotraqueal.
 - b) Traqueotomía.
 - c) Toracocentesis.
 - d) Colocación de CVC
4. Los fármacos más utilizados en sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos son:
- a) Fentanilo y dexmedetomidina.
 - b) Fentanilo y midazolán.
 - c) Propofol y dexmedetomidina.
 - d) Propofol y midazolán.
5. El fármaco que produce depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular en paciente crítico es:
- a) Midazolam.
 - b) Opiáceo.
 - c) Propofol.
 - d) Dexmedetomidina.
6. El fármaco antagonista del Midazolam es:
- a) Naloxona.
 - b) Carbón activado.
 - c) Flumazenil.
 - d) Acetilcisteína.
7. Las complicaciones más frecuentes que produce la sobredosificación en el paciente crítico está dado por:
- a) Depresión respiratoria, hipertensión, hipercapnia.
 - b) hiperventilación, íleo intestinal, trombosis venosa.
 - c) Depresión hemodinámica, íleo intestinal, depresión neurológica
 - d) UPP, y disminución de flujo sanguíneo cerebral
8. La complicación frecuente de la sedación prolongada por más de 3 días en el paciente crítico es:
- a) Dependencia a fármacos.
 - b) Psicosis.
 - c) Toxicidad por fármacos.
 - d) Síndrome de abstinencia.
9. Las complicaciones que produce la infradosificación en el paciente crítico está dado por:
- a) Depresión respiratoria, ansiedad y taquicardia.
 - b) Depresión respiratoria, dolor y taquicardia.
 - c) Ansiedad, hipotensión e hiperventilación.
 - d) Ansiedad, hipertensión e hiperventilación.

10. La escala más utilizada, que se elaboró específicamente para medir la sedación inducida por drogas es:
- a) Escala Glasgow.
 - b) Escala RASS.
 - c) Escala Ramsay.
 - d) Escala de SAS.
11. La escala que se utiliza para valorar el nivel de dolor en el paciente crítico es:
- a) Escala RASS.
 - b) Escala de Silverman.
 - c) Escala Visual Analoga.
 - d) Escala Braden.
12. En el cuidado del paciente crítico con sedación consciente se requiere:
- a) Depresión mínima de la respiración que facilite la ventilación mecánica.
 - b) Depresión moderada de la respiración que permita la ventilación mecánica.
 - c) Depresión mínima del nivel de conciencia que permita la ventilación espontánea adecuada
 - d) Depresión moderada del nivel de conciencia que permita la ventilación espontánea adecuada.
13. En pacientes agitados sin asistencia ventilatoria se recomienda el inicio de la sedación después de:
- a) Proporcionar una analgesia adecuada e iniciar una dosis de sedación en bolo.
 - b) Proporcionar una analgesia adecuada y tratar otras causas.
 - c) Establecer el objetivo de la sedación e iniciar una dosis de analgesia en bolo.
 - d) Establecer el objetivo de la sedación y tratar otras causas.
14. La medida que se toma en cuenta para mantener un patrón respiratorio adecuado en pacientes con ventilación mecánica es:
- a) Saturación de oxígeno.
 - b) Posición del tubo endotraqueal.
 - c) Nivel óptimo de sedoanalgesia.
 - d) Parámetros del ventilador mecánico.
15. Durante la aspiración de secreciones con la finalidad de disminuir la ansiedad y el dolor ¿Qué cuidado toma en cuenta?
- a) Utiliza una sonda en cada aspiración.
 - b) Administra una dosis de sedación en bolo.
 - c) La aspiración no más de segundos.
 - d) Posición del tubo endotraqueal.

16. ¿Qué tipo de sedación es el más recomendado en el cuidado del paciente postoperatorio cardiovascular?
- Sedación profunda.
 - Sedación moderada.
 - Sedación superficial.
 - Sedación combinada.
17. ¿Qué tipo de sedación es el más recomendado en el cuidado del paciente neurocrítico?
- Sedación profunda.
 - Sedoanalgesia moderada.
 - Sedación superficial.
 - Sedación consciente.
18. Las medidas complementarias que toma en cuenta para promover un entorno físico favorable para disminuir la ansiedad en el paciente crítico es:
- Masajes relajantes.
 - Musicoterapia.
 - Control de la luz ambiental y el ruido.
 - Restricción de visitas y evitar conversaciones.
19. La escala comportamental para valorar el dolor hace referencia a todas aquellas acciones que ejecuta las personas al percibir el dolor, excepto:
- Apretar los dientes, movimientos interrumpidos o rígidos
 - Arrugar la frente, reflejos de retirada
 - Llorar y movimientos cautelosos
 - Signos de decorticación
20. Si un paciente se desadapta al ventilador es necesario seguir una sistemática actuación inmediata destinada a conseguir una apropiada adaptación, tales como , excepto:
- Valorar la ventilación y la oxigenación, presiones, pulsioximetría, EKG, si existe compromiso importante proceder a ventilar con respirador manual.
 - Examinar el tubo orotraqueal y los circuitos, así como valorar el ventilador y parámetros
 - Exámen físico a fin de descartar principalmente neumatórax.
 - Corregir el auto PEEP.
21. La complicación tardía del uso prolongado de Fentanilo a dosis altas, es:
- Rigidez muscular de cuello, pared torácica, abdomen y extremidades:
 - Hipotensión y por ende disminución del flujo sanguíneo cerebral
 - Hipertermia y calambres musculares

- Síndrome del cuello rojo

22. ¿Conoce Ud. Algún documento o formato que establezca el registro y manejo de la sedoanalgesia por parte de enfermería?

- Si
- No

Si su respuesta fue Si, mencione cual

.....

23. ¿Usted identifica y registra el RASS actual en su formato de valoración?

- Si
- No

Si su respuesta fue Si, mencione con qué frecuencia lo hace

Rara vez () Algunas veces () Frecuentemente (Siempre ()
)

24. Haciendo uso de alguna escala del dolor; ¿Interpreta el nivel de dolor y sus características, en la hoja de valoración diaria o en las notas de enfermería?

- Si
- No

Si su respuesta fue Si, mencione con qué frecuencia lo hace

Rara vez () Algunas veces () Frecuentemente (Siempre ()
)

Gracias por su colaboración

PROPUESTA DE FORMATO DE MONITOREO DE VALORACION DIARIA DEL PACIENTE CON SEDOANALGESIA

NOMBRE						
FECHA DE INGRESO:	SEXO:	PESO:	HCL:	N° SIS:	EDAD:	

ESCALA CAMPBELL				
Escala de evaluación del dolor y comportamiento (Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea) Rango de puntuación: 0-10				
	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	
«Tranquilidad»	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular*	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
Respuesta verbal**	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole	
Puntuación Escala de Campbell				/10
*En caso de lesión medular o hemiplejía valorar el lado sano				
**Puede ser poco valorable en vía aérea artificial				
Rango puntuaciones	0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso

G. DIURNA			G. NOCTURNA		
HORA	PUNTAJE	INFUSION / cc/hr	HORA	PUNTAJE	INFUSION / cc/hr
8:00am			8:00pm		
10:00am			10:00pm		
12:00pm			12:00am		
2:00pm			2:00am		
4:00pm			4:00am		
6:00pm			6:00am		

OBSERVACION:

ESCALA DE DOLOR CONDUCTUAL (BEHAVIORAL PAIN SCALE)	
<p>Expresión facial</p> <p>Relajada: 1 Parcialmente tensa: 2 Totalmente tensa: 3 Haciendo muecas: 4</p> <p>Movimientos de los miembros superiores</p> <p>Relajado: 1 Parcialmente flexionado: 2 Totalmente flexionado: 3 Totalmente contraído: 4</p> <p>Ventilación mecánica</p> <p>Tolerando movimientos: 1 Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo: 2 Luchando contra el ventilador: 3 Imposibilidad de controlar el ventilador: 4</p>	  
Si la puntuación es ≥ 6 , se considera inaceptable	

G. DIURNA			G. NOCTURNA		
HORA	PUNTAJE	INFUSION / cc/hr	HORA	PUNTAJE	INFUSION / cc/hr
8:00am			8:00pm		
10:00am			10:00pm		
12:00pm			12:00am		
2:00pm			2:00am		
4:00pm			4:00am		
6:00pm			6:00am		

OBSERVACION:

ESCALA DE SEDACION RASS		
puntos	Término	Descripción
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal.
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador.
1	INTRANQUILO	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.
0	ALERTA Y TRANQUILO	
-1	SOMNOLIENTO	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10 seg)
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual)
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.

G. DIURNA			G. NOCTURNA		
HORA	PUNTAJE	INFUSION / cc/hr	HORA	PUNTAJE	INFUSION / cc/hr
8:00am			8:00pm		
10:00am			10:00pm		
12:00pm			12:00am		
2:00pm			2:00am		
4:00pm			4:00am		
6:00pm			6:00am		

OBSERVACION:

(1 a 4): ansiedad / agitación ; (-3 a 0): sedación moderada; (-4 a -5): sedación profunda

ENF. RESPONSABLE



Anexo 04

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el control de sedación y analgesia en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica	Es el conjunto de información, interpretaciones, ideas y conceptos que ha obtenido la enfermera a lo largo de su formación y experiencia en el cuidado del paciente crítico que requiere sedoanalgesia	Es aquella información que poseen las enfermeras del H.R.L. para poner en práctica las actividades de atención a pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios, los cuales serán medidos a través de un cuestionario.	Aspectos conceptuales sobre sedoanalgesia. Valoración en sedoanalgesia. Niveles de sedación en pacientes críticos. Medidas complementarias	-Definición de sedoanalgesia. -Objetivo de sedoanalgesia -Indicaciones de sedoanalgesia. -Complicaciones en sedoanalgesia -Fármacos más utilizados en sedoanalgesia. -Signos fisiológicos. -Sedación superficial -Sedación moderada -Sedación superficial -Sedación consiente -Entorno físico favorable. -Seguridad del paciente	BUENO (16-22) REGULAR (11-15) MALO (0-10).

Anexo 05

PRUEBA DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS PARA MUESTRA ÚNICA

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntaje Nivel de Conocimientos sobre Control de Sedación y Analgesia	30	12	2,902	0,530

Valor de prueba = 11						
	t	Grados de libertad	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Puntaje Nivel de Conocimientos sobre Control de Sedación y Analgesia	- 2,202	29	0,036	-1,167	-2,25	-,08
