



Bene mérita Uni versidad Au tóno ma de Puebl a  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investi gaci ón y Estu di os de Pos grado  
Progra ma Acadé mico Espe ciali dad de Enfermería

***Proyecto de Investigación: Nivel de  
Conocimiento de Sedoanalgesia en el Paciente  
con Ventilación Mecánica***

Tesi na presentada para obtener el grado de:  
Enfermera Especialista con Opción Terminal en:  
Cuidados Intensivos

Presenta:  
LE Jessica Molina López

Juni o, 2020.



Bene mérita Uni versidad Aut óno ma de Puebl a  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investi gación y Estu di os de Pos grado  
Especi ali dad en Enfermería

***Proyecto de Investigación: Nivel de  
Conocimiento de Sedoanalgesia en el Paciente  
con Ventilación Mecánica***

Tesi na presentada para obtener el grado de:  
Enfermera Especialista con Opción Terminal en:  
Cuidados Intensivos

Presenta:  
LE Jessica Mblina López

Director de Tesis:  
MCE Verónica Pérez Badillo

Juni o, 2020.

Tesis: Nivel de Conocimiento de Sedoanalgesia en el Paciente con Ventilación  
Mecánica

Número de registro: SI EP/ EEP/ 045/ 20

### **Jurado de Examen de Grado**

---

MCE Verónica Pérez Badillo  
Presidente

---

MCE María del Rosario Amador Gómez  
Secretario

---

MCE Sebastiana del Rosario Gargantúa Águila  
Vocal

---

MCE Brenda Resendiz Maldonado  
Vocal

---

MCE Verónica Pérez Badillo  
Director de tesis

---

MCE Erika Pérez Noriega  
Directora

---

DCE Francisco Javier Báez Hernández  
Secretaría de Investigación y Estudios de  
Posgrado

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a Dios por acompañar me y guiar me en momentos difíciles. A mi familia quienes me han brindado apoyo y alentado para seguir adelante y no tener de las adversidades que se me presentan, a mi hijo Héctor Said que me da la fuerza suficiente para superar me día a día al igual que a mi esposo Benjamín que ha estado en los momentos arduos sabiéndome apoyar. A mi directora de tesis MCE Verónica Pérez Badillo por su enseñanza y gran apoyo, así como a mis amigos y compañeras.

## Resumen

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Candidata para el Grado de | Enfermera Especialista con Opción Terminal en: Cuidados Intensivos              |
| Fecha de Graduación        | Juni o 2020   |
| Universidad                | Bene mérita Universidad Aut óno ma de Puebla                                    |
| Facultad                   | Facultad de Enfermería  |
| Título de las Tesis        | Ni vel de Conoci miento de Sedoanal gesia en Paciente con Ventilación Mecánica. |
| Número de páginas          | 25  |
| Área de Estudio            | Enfermería Clínica  |

### Introducción

En la unidad de cuidados intensivos, se puede observar la importancia que el personal de enfermería tiene acerca del tema de sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM), independientemente del grado de profundidad de ésta, que varía en función del estado del paciente; es por ello que el conocimiento oportuno y vigente de la enfermera permitirá que el cuidado otorgado al paciente cumpla los criterios y acciones con base científica, estas intervenciones aportarán eficazmente a su tratamiento haciendo más pronta su recuperación.

**Objetivo:** Analizar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre sedoanalgesia en el paciente sometido a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en un hospital de la ciudad de Puebla.

**Metodología:** Estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra será conformada por 30 enfermera(o)s adscrita (o)s a la UCI; el muestreo es no probabilístico por conveniencia.

**Palabras Clave:** conocimiento, sedoanalgesia, ventilación mecánica.

Firma del Director de Tesis: MCE Verónica Pérez Badillo

## Tabla de Contenido

|   | Pág. |
|---|------|
| Capítulo I  |      |
| Introducción  | 1    |
| 1.1 Planteamiento del Problema  | 1    |
| 1.2 Marco Conceptual  | 2    |
| 1.3 Estudios Relacionados   | 4    |
| 1.4 Objetivo General  | 12   |
| Capítulo II   |      |
| Metodología   | 13   |
| 2.1 Diseño de Estudio   | 13   |
| 2.2 Población   | 13   |
| 2.3 Criterios de Selección  | 13   |
| 2.4 Muestra y Muestreo  | 14   |
| 2.5 Instrumentos de Recolección de Datos  | 14   |
| 2.6 Procedimiento de Recolección de Datos   | 14   |
| 2.7 Estrategias de Análisis   | 15   |
| 2.8 Ética del Estudio   | 15   |
| Referencias Bibliográficas  | 17   |
| Apéndices   |      |
| A Consentimiento informado  | 20   |
| B Conocimientos que tienen las Enfermeras sobre cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos. | 21   |

# Capítulo I

## Introducción

### 1.1 Planteamiento del Problema

Los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se ven sometidos durante su hospitalización a distintos procedimientos dolorosos, muchos de ellos requieren Ventilación Mecánica (VM); y por ende están en alto riesgo de sufrir algún acontecimiento adverso (AA), incluyendo complicaciones peligrosas 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; no obstante, el manejo óptimo de la sedoanalgesia ofrece comodidad y seguridad para estos pacientes; sin embargo, a nivel mundial más del 69 % de pacientes que están hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un centro hospitalario están mal sedados; aunado al empleo inadecuado y uso prolongado de fármacos sedoanalgesicos así como de sus efectos secundarios hacen más difícil el destete de la ventilación mecánica, retrasando la recuperación del paciente, incluso puede influir negativamente en la morbimortalidad. (Cala, Gómez 2018. Jackson, Proudfoot, Cann, Walsh, 2009. Carpio, 2017).

Dadas estas condiciones, es necesaria una monitorización que permita conocer el grado de consciencia del paciente, así como el nivel de dolor o malestar para adecuar la analgesia y garantizar un correcto nivel de sedación, evitando así la presencia de sobre/infrasedación, dado que la sedoanalgesia también ofrece a los pacientes disminución de la desorientación y la ansiedad, mejora en la calidad de sueño y control del dolor; si se emplea correctamente, se consigue disminuir la respuesta al estrés,

generar ansiedad, mejorar la tolerancia a la ventilación mecánica y mejorar el cuidado y las intervenciones aplicadas en las UCI por parte del personal de enfermería; quien debe mantenerse en constante capacitación a través de protocolos o guías que les permitan conocer los beneficios y daños que genera la sedoanalgesia; porque aunque no sea su competencia decidir la opción de tratamiento farmacológico más adecuada a cada paciente, sí lo es tener el conocimiento, las habilidades y competencias pertinentes. (Carpió, 2017. Cala & Gómez, 2018. Celis, et al 2019).

Ante este escenario, las enfermeras tienen un rol esencial en la monitorización, manejo y control de la sedoanalgesia, así como del adecuado uso de escalas; lo cual exige 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. (Durán et al, 2011)

Por lo anteriormente mencionado surge la siguiente pregunta de investigación:  
¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de Enfermería de la UCI, respecto a la sedoanalgesia en el paciente con ventilación mecánica, en un hospital de la ciudad de Puebla?

## **1.2 Marco conceptual**

En la UCI, el cuidado del paciente recae en el profesional de Enfermería, quien posee pensamiento crítico y amplio raciocinio en la práctica de intervenciones complejas basadas en conocimiento y en la evidencia diaria; mismos que se hacen palpables en diversas situaciones críticas, donde el paciente se presenta ansioso, confuso, disconfortable, adolorido por las propias lesiones, la inmovilidad, las heridas, la instrumentación a la que es sometido y de forma general al estrés, aunado a las posibles complicaciones respiratorias, muchas veces por ventilación mecánica, lo que lleva

frecuentemente a la administración de analgesia, sedación y relajantes musculares, con la finalidad de otorgarle a estos pacientes un grado de confort y seguridad con niveles ideales de sedoanalgesia e intervenciones de enfermería altamente especializadas que requieren los conocimientos y prácticas eficientes necesarios para brindar un adecuado cuidado; ya que la lucha del paciente con el ventilador genera complicaciones que pueden agravar su situación y que, por tanto, deben ser disminuidas en lo posible; entre ellas se encuentran acidosis respiratoria secundaria a hipoventilación y aumento de la producción de CO<sub>2</sub>; 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 O<sub>2</sub> por el aumento de la actividad de los músculos esqueléticos y respiratorio.

El grado de profundidad de sedoanalgesia varía en función del estado del paciente, esta puede ser: sedación mínima o ansiólisis, sedoanalgesia moderada, sedoanalgesia profunda y anestesia general. Para cada una de las opciones, desde su inicio hasta el final, teniendo en cuenta las complicaciones que pueden presentarse en cada caso, la enfermera debe ser competente en la valoración del dolor, la necesidad de analgesia y sedación; el conocimiento, monitoreo y uso de la sedoanalgesia (Carpió, 2017. Nebot, 2017)

### *1.2.1 Definición Conceptual*

*Conocimiento*. Actividad intrínsecamente humana, que permite a la persona obtener información para utilizarla con un propósito definido; además contiene creencias, valores, compromisos, experiencia, información contextual, percepciones de expertos e intuición; por lo tanto, se convierte en una acción deliberada que trata significados,

dependiendo de los contextos específicos donde se obtenga o se produzca. (Devlin, 1999).

*Sedoanalgesia*: Es la aplicación de medicamentos que tiene como objetivo la disminución o alivio del dolor y asegurar un óptimo nivel de comodidad, reducir la respuesta al estrés y de demandas metabólicas durante la inestabilidad cardiovascular y respiratoria, facilitar la adaptación a la VM y los procedimientos diagnósticos terapéuticos, así como los cuidados de enfermería (Cala, Gómez, 2018).

### 1.2.2 Definición operacional

*Conocimiento*: Es la información que posee la enfermera a través de la experiencia, el pensamiento crítico y aprendizaje de la ciencia de enfermería, respecto a los cuidados en sedoanalgesia en los pacientes sometidos a VM

*Sedoanalgesia*: Ministración de medicamentos en el paciente crítico sometido a VM con la finalidad de prevenir ansiedad y dolor ante la intervención de procedimientos invasivos para su tratamiento.

Ambos conceptos serán medidos con un cuestionario conformado por 25 preguntas de opción múltiple, que evalúa el nivel de conocimientos que tienen las Enfermeras sobre cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la UCI (Teniente, 2014)

## 1.3 Estudios Relacionados

En la revisión de la literatura se encontraron estudios directa e indirectamente relacionados, los cuales serán expuestos para sustentar la investigación.

Celis et al (2019), llevaron a cabo una investigación en Bogotá-Colombia, con la finalidad de conocer la importancia del manejo de la sedación, analgesia y delirium en

las UCI, además de elaborar una nueva guía de práctica clínica con los soportes, manejos e intervenciones más relevantes acordes con las publicaciones recientes. Para elaborar esta guía, se reunió un grupo de 24 intensivistas procedentes de 9 países de la Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Realizaron búsqueda sistemática de la literatura utilizando MEDLINE, Cochrane, Database Of Abstracts of Reviews of Effects, National Health Service Economic Evaluation Database, y la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Seleccionaron 438 referencias, que les permitió realizar 47 recomendaciones fuertes con evidencia alta y moderada, 14 recomendaciones condicionales con evidencia moderada y 65 recomendaciones condicionales con evidencia baja. Confirmaron la importancia del manejo inicial y multimodal del dolor, haciendo énfasis en la disminución de los niveles de sedación y la utilización de sedación profunda solo en casos específicos.

Mendoza y Quiño (2019), realizaron un trabajo en Lima-Perú, con el objetivo de sistematizar las evidencias disponibles de los estudios realizados sobre la efectividad de la sedación protocolizada para disminuir el tiempo de VMen pacientes de UCI. Fue una revisión sistemática de 10 artículos científicos, localizados en las siguientes bases de datos Lilacs, Scielo, Medline Pubmed y Dialnet, todos ellos estuvieron analizados según la escala Grade para determinar su fuerza y calidad de evidencia. Como resultados obtuvieron que, de los 10 artículos revisados, los diseños de investigación fueron: 20% fueron revisión sistemática, el 30% fueron meta-análisis y el 50% ensayo aleatorio controlado. Del total de estudios, el 80% evidenciaron que interrumpir la sedación no

reduce el tiempo de VM en pacientes críticos; mientras que el 20% evidenciaron que la sedación protocolizada sí lograba la disminución del tiempo de VM.

Fernández et al (2019), ejecutaron una investigación en Madrid –España, donde analizaron la efectividad y seguridad de un protocolo específico de sedoanalgesia para procedimientos, y evaluaron la satisfacción del personal sanitario con cada uno ellos. Fue un estudio prospectivo, con una estrategia individualizada según la situación basal del paciente, el tipo de procedimiento y la experiencia del médico responsable de la sedación. Se registraron las variables: diagnóstico que motiva el procedimiento, tipo de procedimiento, datos antropométricos, alergias, medicación, estado y enfermedad de base, tiempo de ayuno, auscultación pulmonar, temperatura, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, lugar de sedación, tipo de fármaco, dosis, tipo de vía, escala de sedación Ramsay, duración de la sedación, tipo y tratamiento de efectos adversos, presencia de familiares durante todo el procedimiento y satisfacción del paciente. Como resultados obtuvieron que los fármacos más usados fueron óxido nítrico (62,7%) y midazolam (16,5%); las vías de administración más utilizadas fueron la inhalada (62,4%) y la intravenosa (15,8%). La satisfacción fue alta para el pediatra (92,5%), el enfermero (94,3%), los familiares (96,8%) y los pacientes (93,6%). El grado de correlación de la satisfacción interpersonal (pediatra, enfermero, familiares y paciente) fue cercano a 1, con un 0,95 mínimo de correlación entre médico y familiares y un máximo de 0,99 entre médico y paciente, médico y enfermero, y paciente y enfermero, con una  $p$  por debajo de 0,002 en todos los casos. La tasa de efectos adversos fue del 3,2% y ninguno fue grave. La implementación de un protocolo específico de sedoanalgesia para procedimientos en el ámbito hospitalario consigue una

alta efectividad y seguridad, además de un alto nivel de satisfacción, tanto en familiares como en personal sanitario.

Sarabia y Solis (2019), hicieron una investigación en Lima-Perú, con el objetivo de sistematizar las evidencias sobre la efectividad de la escala de valoración agitación-sedación Ramsay versus la escala de Richmond (RASS) en el paciente crítico. Fue un estudio de tipo cuantitativo, con diseño de estudio: revisión sistemática, retrospectivo, que sintetiza los resultados de diferentes investigaciones, siendo la esencia de enfermería basada en la evidencia por su metodología, identificando los estudios relevantes de la práctica clínica, los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando el Sistema Grade para asignar la fuerza de recomendación. Como resultados tuvieron que se recopilaron 10 artículos científicos mediante la base de datos Pubmed, HSEvier, Scielo, Medline. La mayoría coincidieron que la escala Richmond es más válida, confiable y eficaz por incluir mayor cantidad de descriptores para valorar los niveles de sedación agitación, por su alta correlación con los parámetros fisiológicos para determinar el nivel de sedación y agitación. Se evidenció en las investigaciones revisadas que en un 60% existe efectividad de la escala de valoración agitación-sedación Richmond (RASS) para monitorizar la agitación y sedación en los pacientes críticos en la UCI. El 20% de los artículos revisados confirman que la escala de valoración de sedación Ramsay es más confiable y válida y el otro 20% de los artículos concluye que ambas escalas se correlacionan y son eficaces para monitorizar la agitación y sedación en los pacientes críticos.

Oros, Varela, Klein (2019), realizaron una revisión del enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos para la implementación de una

serie de prácticas, idealmente establecidas en protocolos de actuación, que incluyan la utilización de herramientas de valoración en Buenos Aires- Argentina. Como resultado obtuvieron que el dolor, la ansiedad y el delirium tiene una alta prevalencia en pacientes de la UCI y su presencia se asocia a un aumento de la morbimortalidad. El enfoque actual de la estrategia para el manejo de la sedación, la analgesia y el delirium debe apoyarse en la implementación de medidas integradas e individualizadas con la finalidad de favorecer el confort, la calma y la cooperación del paciente. Algunas de las medidas más importantes incluyen: 1) Una adecuada analgesia mediante una estrategia multimodal basada en la cuidadosa utilización de drogas opiáceas y no opiáceas. 2) Establecer un protocolo de sedación basado en objetivos según la situación clínica del paciente evitando la sedación profunda y la utilización de benzodiacepinas; y articular los cuidados médicos y de enfermería basados en el paciente, privilegiando sus necesidades y favoreciendo la integración del grupo familiar en su cuidado.

Gala y Gómez (2018), ejecutaron un trabajo de investigación en Madrid-España, que tuvo como finalidad identificar las últimas líneas de revisión y recomendación de las prácticas de sedoanalgesia en pacientes sometidos a VM en UCI, observar la representación del rol de la enfermera y la importancia otorgada a esta figura, y explorar la monitorización utilizada para los niveles de sedación y necesidad de analgesia en este contexto. La metodología fue una búsqueda que se realizó en cinco bases de datos cuya especialización es las Ciencias de la Salud: CUIDEN, Scielo, Cochrane, CINAHL y PUBMED, desde 2013 a 2018. Como resultados tuvieron que 17 de los artículos cumplían los criterios de exclusión e inclusión. Las mayores barreras para la evolución de las prácticas de sedoanalgesia son la falta de conocimiento del personal y el miedo a

la sedación ligera y aumento de carga de trabajo, siendo más común en enfermería. Las enfermeras tienen un rol esencial en la monitorización y manejo de la sedoanalgesia, además del uso de escalas. Concluyeron en la importancia de trabajar la educación continua del personal, en especial el de enfermería, que presenta más barreras para el avance de la sedoanalgesia, siendo un pilar básico en la monitorización y manejo del paciente crítico.

González (2018), efectuó una investigación que tuvo como fin implementar un protocolo de sedoanalgesia en pacientes críticos ingresados en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UMI), del Hospital Universitario de Canarias Tenerife, España y con esto evaluar su efectividad frente a la práctica estándar. La muestra corresponde a los pacientes ingresados, durante los meses de octubre de 2018 y marzo de 2019, así como el personal de enfermería que los atiende. La metodología fue un ensayo clínico, controlado y randomizado. Como resultados obtuvieron que el rol de enfermería y su papel en los equipos multidisciplinares, se encuentra reflejado de diversas formas en los artículos revisados. Cabe destacar previamente a su desarrollo, que, en varias de las UMI, en las que se llevaron a cabo los estudios el ratio enfermera paciente era de 1:1. Concluyó en la importancia de llevar a cabo la aplicación de la investigación debido a que enfermería es primordial en el seguimiento de la sedoanalgesia.

García et al (2018), hicieron una investigación que tuvo como fin conocer la práctica clínica real de las UCI, en hospitales de Madrid-España en relación con la sedoanalgesia y *delirium* y valorar cómo se ajusta a las recomendaciones actuales. Fue un estudio de tipo transversal, descriptivo elaborado mediante encuesta nacional sobre prácticas de *sedoanalgesia* y *delirium* de los pacientes ingresados en UCI los días 16 de noviembre

de 2013 y 16 de octubre de 2014. Se envió un cuestionario a través de Internet, como resultados obtuvieron que se incluyeron un total de 166 UCI y a 1.567 pacientes. El 61,4% de las UCI contaban con un protocolo de sedación. El 75% de las UCI monitorizaban la sedación y agitación, con RASS como la escala empleada con mayor frecuencia. El dolor se monitorizaba en algo más de la mitad de las UCI, pero las escalas conductuales eran de muy baja implantación. El delirium también presentaba un bajo nivel diagnóstico, estos resultados respaldan el desarrollo de proyectos docentes que acerquen la práctica clínica real a las recomendaciones nacionales e internacionales.

Quisilema, Cordero, González (2018), ejecutaron un trabajo en la Habana-Cuba, donde evaluaron la sedoanalgesia de la combinación midazolam morfina y midazolam ketamina en pacientes críticos. Se realizó un estudio descriptivo, observacional en pacientes con criterios de sedación cooperativa. Fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: morfina o ketamina. Cada seis horas se determinó el nivel de sedación mediante la escala de Richmond. Como variable de respuesta primaria se evaluó el tiempo de extubación exitosa (desde el inicio de la intubación hasta 48 horas después), los pacientes fueron seguidos hasta el alta hospitalaria. De los 18 pacientes, 10 recibieron morfina y ocho ketamina. La mediana en la escala de Richmond fue de -3 puntos, en ambos grupos. No hubo diferencias significativas, según tiempo de extubación exitosa (HR de 0.99 [95% IC 0.22-4.45];  $p = 0.991$ ). Los grupos tampoco difirieron en eventos adversos (70 vs 50%  $p = 0.630$ ), mortalidad en UCI (70 vs 75%  $p = 1.000$ ), mortalidad hospitalaria (80 vs 75%  $p = 1.000$ ). La distribución en la mortalidad entre los grupos fue similar  $p = 1.000$ . El fármaco no influyó en la estadía en la unidad de cuidado intensivos ( $p = 0.645$ ) ni en la estadía hospitalaria ( $p = 0.787$ ). Como conclusión tuvieron que la ketamina fue tan efectiva como la morfina para la sedación cooperativa de los pacientes

críticos ventilados mecánicamente. No existió asociación entre la mortalidad y el uso de ambos esquemas terapéuticos.

Carpió (2017), realizó una investigación con la finalidad de conocer y controlar el nivel de sedoanalgesia del paciente a cargo del profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque en Chiclayo-Perú. Fue un estudio de tipo cuantitativo se describió y analizó el nivel de conocimiento de los enfermeros en el control de sedoanalgesia del paciente crítico sometido a ventilación mecánica. Fue no experimental, transversal descriptivo, se aplicó un cuestionario ya validado a 30 enfermeros, con una muestra única y finita. La hipótesis fue que los enfermeros poseen un conocimiento regular, el cual fue aceptado a un 95% de fiabilidad. Los resultados muestran una media de 12, es decir un nivel de conocimiento Regular representado en el 60% de enfermeros. Como conclusión tuvieron la necesidad de reflexionar sobre el manejo de paciente crítico con sedoanalgesia y VM en consecuencia dieron la propuesta de un formato de valoración diaria que contiene tres escalas ya validadas.

Tenierte (2014), llevó a cabo un trabajo con el objetivo de determinar los conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la UCI de la Clínica San Pablo en Lima-Perú. Fue un estudio de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la población fue de 20 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados del 100% (20), 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. Acerca de la conclusión mencionan 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.

#### **1.4 Objetivo General**

Analizar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre sedoanalgesia en el paciente sometido a VM en la UCI en un hospital de la ciudad de Puebla.

##### *1.4.1 Objetivos Específicos*

- Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre sedoanalgesia en el paciente sometido a VM en la UCI en un hospital de la ciudad de Puebla.
- Describir el cuidado que tiene el personal de enfermería en el paciente con sedoanalgesia, sometido a VM en la UCI en un hospital de la ciudad de Puebla.

## Capítulo II

### Metodología

En este apartado se presenta el plan que se realizará para el desarrollo de esta investigación.

#### 2.1 Diseño del Estudio

Estudio de tipo descriptivo y de corte transversal; ya que los datos se obtendrán en un momento específico y se describirán las características de la muestra a través de los datos recabados en el instrumento. (Burns y Grove, 2012).

#### 2.2 Población

La población estará conformada por enfermeras(os), que se encuentren laborando en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital Privado de Alta Especialidad de Puebla.

#### 2.3 Criterios de Selección

##### 2.3.1 Criterios de inclusión

Enfermeras (os), que se encuentren trabajando en la UCI del Hospital Privado de Alta Especialidad de Puebla, en los diferentes turnos y que acepten participar en el proyecto.

##### 2.3.2 Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería que no acepten participar en el proyecto, y personal de otros servicios.

##### 2.3.3 Criterios de eliminación

Se eliminarán los instrumentos de participantes que decidan retirarse voluntariamente de la investigación y aquellos instrumentos que no hayan sido contestados.

## **2.4 Muestra y Muestreo**

La muestra será conformada por 30 enfermeras(o)s adscrita(o)s a la UCI. El muestreo es no probabilístico por conveniencia, integrado por el personal que cumpla con los criterios de inclusión y que tengan disponibilidad para participar.

## **2.5 Instrumento de Recolección de Datos**

Para la recolección de los datos se utilizará el instrumento, Conocimientos que tienen las Enfermeras sobre cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la UCI, elaborado por Sonia Teniente Conojhuilca, (apendice B), está constituido por dos apartados; el primero contiene tres preguntas de datos generales; el segundo está compuesto por 25 preguntas de opción múltiple, con cuatro opciones de respuesta cada una; cuenta con cuatro dimensiones: aspectos conceptuales (ítem 1 al 11), valoración (ítem 12 al 14), niveles de sedación (ítem 15 al 22), medidas complementarias (ítem 23 al 25). Considera valores de 15 a 25 para quienes conocen y de 0 a 14 para quienes no conocen. Fue validado por juicio de expertos donde obtuvo una concordancia significativa  $p < 0.05$ , y confiabilidad o validez de criterio a través del coeficiente de alfa de Cronbach de 0.765 (Carpió, 2017, Teniente 2014)

## **2.6 Procedimiento de recolección de Datos**

Para realizar esta investigación, se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación y Comité de Ética de Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Posteriormente se pedirá a los directivos del Hospital Privado de Alta Especialidad de Puebla su autorización. Una vez identificadas las enfermeras seleccionadas se abordarán y se les hará la invitación para participar en la investigación. En primera instancia se les informará sobre el objetivo del

estudio y una vez aceptada su participación se les otorgará el consentimiento informado, (anexo A), dejando en claro el derecho de declinar al estudio y el anonimato. Se dará a conocer las instrucciones del llenado del instrumento. Conocimientos que tienen las Enfermeras sobre cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la UCI, solicitándoles de la manera más atenta no dejar ninguna pregunta sin responder. Durante la colecta de datos el investigador estará presente con la finalidad de atender sus dudas; una vez concluida la entrevista se revisará que la cédula y el instrumento estén totalmente contestados. Los instrumentos serán resguardados por la investigadora.

## **2.7 Estrategia de Análisis**

Posterior a haber llevado a cabo el proceso de la recolección de datos; se elaborará una base de datos para concentrar y procesar la información mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 23.0 se verificará la pureza de datos, posteriormente se valorará la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, también se obtendrán estadísticas descriptivas, media, mediana y moda; al igual que la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, lo que permitirá decidir el uso de estadísticos paramétricos. Los resultados de los datos se presentarán en tablas de contingencia y figuras.

## **2.8 Ética del estudio**

De acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud de 2015, en materia de investigación para la salud, este proyecto dará cumplimiento a lo establecido en el título segundo capítulo primero, artículo 13, que dice que en toda investigación en la que la persona sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y

la protección de sus derechos y bienestar; artículo 14, fracción V, se deberá contar con el consentimiento informado y por escrito de la persona investigada.

El artículo 21 menciona que, para que el consentimiento informado se considere existente, se le dará una explicación clara y completa a la persona en quien se realiza la investigación, de tal forma que pueda comprenderla, de por lo menos los siguientes aspectos: justificación y objetivos de la investigación, los procedimientos que se utilizarán, las molestias esperadas, los beneficios obtenidos, la garantía de haber recibido respuestas a sus preguntas, dudas y aclaraciones acerca de la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada a su privacidad.

Artículo 16, se protegerá la privacidad de la persona sujeta de investigación; artículo 17, fracción I, investigación sin riesgo es aquella en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las personas que participaron en el estudio.

Título quinto, artículo 100 destaca que para el estudio de los seres humanos se deben considerar los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica especialmente a los que se refieren a su posible contribución a la solución de problemas de salud.

## Referencias Bibliográficas

1. Alayo C, Castañeda A, Tarrillo C, (2018). Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.  
*Universidad Peruana Cayetano Heredia* Recuperado de:  
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/4581>.
2. Ávila C, Fernández M & Tarco D (2018). Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Universidad Peruana Unión*. Recuperado de:
3. Cala, F. & Gómez GR (2018). Sedación y Analgesia en pacientes con ventilación mecánica en unidad de cuidados intensivos: una revisión narrativa.  
*Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado de:  
<http://hdl.handle.net/10486/684700>.
4. Carpio L (2017). Conocimiento del enfermero de UCI- UCI N en el control de sedoanalgesia del paciente con ventilación mecánica, propuesta de formato de  
<http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1343>.
5. Celis E, Díaz J., Cárdenas Y, Carrizosa J., Hnilla D Ferrer L et al. (2019).  
Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la

sedoanalgesia y delirio en el paciente adulto críticamente enfermo. *El servier Medicina Interna*, 44(3) 171-184.

6. Fernández J., Heras E, Hernández B, Jiménez A, Martínez A, López J., et al. (2019). Resultados tras implantación de un protocolo de sedoanalgesia para procedimientos en ámbito hospitalario. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(6) 649-656.
7. González D, (2018). Implementación de un protocolo de sedoanalgesia en pacientes críticos ingresados en la unidad de vigilancia intensiva del hospital universitario de Canarias. *Universidad de la Laguna*. Recuperado de: <https://riull.ul.es/xmlui/bitstream/handle/implentacion>
8. <http://repositorioupeu.edu.pe/handle/UPEU/789>
9. Jackson, D, Proudfoot, C, Cann, K, & Walsh, T (2009). The incidence of sub-optimal sedation in the ICU a systematic review *Springer Nature*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/cc8212>
10. Méndez G & Quiño A, (2019). Efectividad de la sedación protocolizada para disminuir el tiempo de permanencia en ventilación mecánica. *Universidad Norbert Wener*. Recuperado de: <http://repositoriouwener.edu.pe/handle/123456789/3062>.
11. Nancy Burns et al. (2012). Investigación en enfermería (3ª ed.) España. Grafos.

12. Nebot R (2017). Guía de sedoanalgesia para procedimientos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. *Universitat Jaume*. Recuperado de:  
<http://hdl.handle.net/10234/167736>
13. Clmos M, Várela D, & Klein F (2019) Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. *Revista Médica Clínica las Condes*, 30(2) 126-139.
14. Quiñelema J., Cordero I. & González- O, (2017). Comparación de dos esquemas de sedoanalgesia en el paciente crítico ventilado en el Hospital Hermanos Ameijeiras. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(3): 155-161.
15. Sarabia K, & Solís T, (2019). Efectividad de la escala de valoración agitación-sedación Ramsay versus la escala de Richmond RASS en el paciente crítico. *Universidad Norbert Wener*. Recuperado de:  
<http://repositorio.uwener.edu.pe/handle/123456789/3344>.
16. Teniente S (2014). Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 50(3): 159-161.



**Apéndice A**  
**Bene mérita Universidad Autónoma de Puebla**  
**Facultad de Enfermería**  
**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado**  
**Consentimiento Informado**

Foli o \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A firmar este documento, acepto participar de manera voluntaria en esta investigación; la cual se me informó tiene como analizar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre sedoanalgesia en el paciente sometido a ventilación mecánica. También se me dio a saber que no corro ningún riesgo y puedo retirarme cuando yo lo decida; de igual forma se me aseguró que únicamente la investigadora tendrá acceso a la información que le proporcione, respetando así mi privacidad.

Por lo que le doy mi autorización a la Lic. Jessica Molina López quien desarrolla tal investigación, para que me aplique el instrumento correspondiente, el cual contestare de forma oportuna de acuerdo a mis conocimientos.

Firma de la participante

Firma de la investigadora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apéndice B**  
**Conocimientos que tienen las Enfermeras sobre Cuidado de Pacientes con**  
**Sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Teriente, 2014**

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Día, Mes, Año

**INSTRUCCIONES:**

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

**I.- DATOS GENERALES:**

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Edad: .....( Años)

Tiempo que labora en UCI: .....

**II.- 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) Procedimientos invasivos.
  - b) Traqueotomía.
  - c) Ventilación mecánica.
  - d) Hipertensión Intracraneal.
  
- 4.- Los fármacos más utilizados en sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos son:
  - a) Fentanilo y dexmedetomidina.
  - b) Fentanilo y midazolam.
  - c) Propofol y dexmedetomidina.
  - d) Propofol y midazolam.

- 5.- El fármaco que produce depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular en paciente crítico es:
- Benzodiazepina.
  - Opiáceo.
  - Propofol.
  - Dexmedetomidina.
- 6.- El fármaco antagonista del Midazolam es:
- Naloxona.
  - Carbón activado.
  - Flumazenil.
  - Acetilcisteína.
- 7.- El efecto adverso más frecuente de los fármacos opiáceos está dado por:
- Aritmias cardíacas.
  - Depresión respiratoria.
  - Hipotensión sistólica.
  - Delirio.
- 8.- El fármaco contraindicado en la cirrosis hepática al administrar en infusión continua es:
- Propofol.
  - Fentanilo.
  - Midazolam.
  - Morfina.
- 9.- Las complicaciones que produce la sobredosificación en el paciente crítico está dado por:
- Depresión respiratoria, hipertensión, hipercapnia.
  - Depresión respiratoria, íleo intestinal, trombosis venosa.
  - Depresión hemodinámica, íleo intestinal, hipertensión.
  - Depresión hemodinámica, hipercapnia, trombosis venosa.
- 10.- La complicación frecuente de la sedación prolongada por más de 3 días en el paciente crítico es:
- Dependencia a fármacos.
  - Psicosis.
  - Toxicidad por fármacos.
  - Síndrome de abstinencia.
- 11.- Las complicaciones que produce la infradosificación en el paciente crítico está dado por:
- Depresión respiratoria, ansiedad y taquicardia.
  - Depresión respiratoria, dolor y taquicardia.
  - Ansiedad, hipertensión e hiperventilación.
  - Ansiedad, hipertensión e hiperventilación.

12.- 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.

13.- La escala que se utiliza para valorar el nivel de analgesia en el paciente crítico es:

- a) Escala RASS.
- b) Escala de Silverman.
- c) Escala Visual Analógica.
- d) Escala Braden.

14.- Los signos fisiológicos que se consideran para evaluar el dolor en el paciente con sedación está dado por:

- a) Taquicardia, hipertensión, taquipnea.
- b) Taquicardia, hipertensión, arritmia.
- c) Bradicardia, hipotensión, arritmia.
- d) Bradicardia, hipertensión, taquipnea.

15.- 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.

16.- 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.

17.- El nivel de sedación recomendado en el cuidado del paciente en ventilación mecánica con SDRA es Ramsay:

- a) Cinco o seis.
- b) Cuatro o cinco.
- c) Tres o cuatro.
- d) Dos o tres.

18.- 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.

19.- 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 15 segundos.
- d) Posición del tubo endotraqueal.

20.- ¿Qué tipo de sedación es el más recomendado en el cuidado del paciente postoperatorio cardiovascular?

- a) Sedación profunda.
- b) Sedación moderada.
- c) Sedación superficial.
- d) Sedación combinada.

21.- ¿Qué tipo de sedación es el más recomendado en el cuidado del paciente neurocrítico?

- a) Sedación profunda.
- b) Sedoanalgesia moderada.
- c) Sedación superficial.
- d) Sedación consciente.

22.- ¿Qué tipo de sedación es el más recomendado en el cuidado del paciente neurológico?

- a) Sedoanalgesia superficial.
- b) Sedoanalgesia moderada.
- c) Sedación profunda.
- d) Sedación consciente.

23.- Las medidas complementarias que toma en cuenta para promover un entorno físico favorable para disminuir la ansiedad en el paciente crítico es:

- a) Masajes relajantes.
- b) Musicoterapia.
- c) Control de la luz ambiental y el ruido.
- d) Restricción de visitas y evitar conversaciones.

24.- La medida general que se utiliza para promover la seguridad y protección de paciente crítico con agitación está dado por:

- a) Sedoanalgesia óptima.
- b) Inmovilización del paciente.
- c) Entorno físico favorable.
- d) Apoyo psicoemocional.

25.- Fomentar la movilización frecuente del paciente con sedoanalgesia contribuye a:

- a) Prevenir la trombosis venosa profunda.

- b) Favorecer a la trombosis venosa profunda.
- c) Prevenir las Uceras por presión
- d) Favorecer a la Uceras por Presión

Gracias por su colaboración.