

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN
MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA INTENSIVA**

AUTORES:

MARIANA FRANCISCA CARRASCO RIOS

FREEDMAN RAUL PEREZ CASAS

ASESOR: Dra. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMAN

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INTENSIVOS

Callao - 2024

PERÚ

Similitud

Gracias

18%
Textos sospechosos



17% Similitudes
0% similitudes entre corchillas
0% entre las fuentes mencionadas
< 1% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: CARRASCO, PEREZ; TESIS CONOCIMIENTO DEL CIUDADANO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON SEDONAALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024
Consejal.docx
ID del documento: d7c83b67a294e6932d408afa254e481623986291c
Tamaño del documento original: 369,74 kb
Autor: FREEDMAN RAUL PEREZ CASAS

Depositante: FREEDMAN RAUL PEREZ CASAS
Fecha de depósito: 28/9/2024
Tipo de carga: url_submision
fecha de fin de análisis: 30/9/2024

Número de palabras: 18.595
Número de caracteres: 109.340

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.unsa.bo Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sob... https://repositorio.unsa.bo/bitstream/handle/123456789/24815 47 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (389 palabras)
2	repositorio.unsa.bo https://repositorio.unsa.bo/bitstream/handle/123456789/24815/TE-1000.pdf?sequence=1 67 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (389 palabras)
3	repositorio.unsa.bo https://repositorio.unsa.bo/bitstream/handle/123456789/23157/7M-2177.pdf?sequence=1 76 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (389 palabras)
4	repositorio.unsa.bo https://repositorio.unsa.bo/bitstream/handle/123456789/23157/7M-2177.pdf?sequence=1 85 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (389 palabras)
5	repositorio.uwiler.edu.pe https://repositorio.uwiler.edu.pe/bitstream/001506130630244/0/7/ANADA/OACADÉMICO_Sarabia... 39 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (389 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	library.co ESCALAS DE EVALUACIÓN DE DOLOR Y PROTOCOLO DE ANALGESIA EN ... https://library.co/docume/et/y/n/04/y-e-scala-de-evaluacion-de-dolor-y-protocolo-de-analgesia-en-...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
2	repositorio.uwiler.edu.pe SATISFACCIÓN LABORAL DEL COLABORADOR Y SU IN... https://repositorio.uwiler.edu.pe/handle/00.580.130621423	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
3	www.anestesia.org.ar https://www.anestesia.org.ar/revista/download/doi/10.1182/Sedacion-en-pacientes-en-cuidado...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
4	"Actitud y práctica sobre lactancia materna en madres puérperas, Hospi..." El documento proviene de mi biblioteca de referencias	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
5	Documento de otro usuario <small>usuario</small> El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD

CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

UNIDAD DE POSGRADO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TÍTULO

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

AUTORES / CÓDIGO ORCID / DNI

MARIANA FRANCISCA CARRASCO RIOS / 0009-0002-6092-0223 / 45140176

FREEDMAN RAUL PEREZ CASAS / 0009-0006-1756-3178 / 20116624

ASESOR y COASESOR1 / CÓDIGO ORCID / DNI

Dra. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMAN / 0000-0001-9296-7355 / 10475471

LUGAR DE EJECUCIÓN

HOSPITAL NACIONAL DE TERCER NIVEL

SERVICIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

UNIDAD DE ANÁLISIS

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TIPO: BÁSICA

ENFOQUE: CUANTITATIVO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: NO EXPERIMENTAL

TEMA: CIENCIAS DE LA SALUD 3.03.00 ENFERMERÍA

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACION:

Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE	PRESIDENTE
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN	SECRETARIA
Mg ERIKA NORKA MAGALLI YAIPEN VALDERRAMA	VOCAL
Dra. VANESSA MANCHA ÁLVAREZ	SUPLENTE

ASESORA: Dra. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMAN

N° de Libro: 7

N° de Folio: 31

N° de Acta: 136-2024

Fecha de Aprobación de la tesis: 10 de octubre del 2024

Resolución del comité directivo de la escuela profesional N° 202-2024-D/FCS con fecha 08 de julio del 2024, se ha expedido la siguiente resolución donde se designa jurado evaluador de la sustentación de tesis para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional

DEDICATORIA

A nuestra familia que son el motivo del crecimiento profesional para llegar a la competencia de la vida profesional, a nuestros padres, por su amor incondicional y el apoyo en el proceso de crecimiento profesional y su apoyo constante.

A mis profesores por sus enseñanzas y pasión por la docencia y por guiarnos en el proceso

CARRASCO RIOS MARIANA FRANCISCA
PEREZ CASAS FREEDMAN RAUL

AGRADECIMIENTO

A Dios que nos brinda su bendición y permitirnos continuar con vida y salud. A mi compañero que a pesar de sus limitaciones fue una pieza importante en este trabajo. A nuestros profesores por su enseñanza. A nuestra universidad que nos ayudaría a obtener nuestra segunda especialidad en la carrera profesional.

INDICE.

INFORMACIÓN BÁSICA	3
HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
INDICE.	7
INDICE DE TABLAS.	9
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
I. 17	
1.1. Descripción de la realidad problemática.	15
1.2. Formulación del problema.	16
1.3. Objetivos.	17
1.4. Justificación	17
1.5. Delimitantes de la investigación	18
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes: Internacional y nacional.	20
2.2. Bases teóricas:	27
2.3. Marco Conceptual.	33
2.4. Definición de términos básicos.	47
III. 53	
3.1. Hipótesis	50
3.1.1. Operacionalización de variables.	51
IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO.	54
4.1. Diseño metodológico.	54
4.2. Método de investigación.	54
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.	56
4.5. Técnica e instrumento.	56
V. RESULTADOS.	59
5.1. Resultados descriptivos.	59
18.2. 70	
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	71
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis.	71

6.2. Contrastación de resultados.	76
6.3. Responsabilidad ética de la investigación.	77
VII. CONCLUSIONES.	78
IX. BIBLIOGRAFIA.	80
ANEXO 1	87
Instrumento 2 Lista de chequeo	98

INDICE DE TABLAS.

TABLA 5.1.1. Conocimiento del cuidado de enfermería a pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel lima, 2024.

62

TABLA 5.1.2. Práctica Del Cuidado De Enfermería A Pacientes Con Sedoanalgesia Sometidos A Ventilación Mecánica En La Unidad De Cuidados Intensivos De Un Hospital De Tercer Nivel Lima, 2024.

62

TABLA 5.1.3. Conocimiento en la dimensión sedoanalgesia del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel lima, 2024.

63

TABLA 5.1.4. Conocimiento en la dimensión agitación y sedación del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel lima, 2024.

63

TABLA 5.1.5. Conocimiento en la dimensión dolor del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel lima, 2024.

64

TABLA 5.1.6. Conocimiento en la dimensión ventilación mecánica del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel lima, 2024.

64

TABLA 5.1.7. Práctica del cuidado de enfermería en la dimensión antes de la sedoanalgesia a pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel lima, 2024.

65

TABLA 5.1.8. Práctica del cuidado de enfermería en la dimensión durante de la sedoanalgesia a pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel lima, 2024.

66

TABLA 5.1.9. Práctica Del Cuidado De Enfermería En La Dimensión Después De La Sedoanalgesia A Pacientes Sometidos A Ventilación Mecánica En La Unidad De Cuidados Intensivos De Un Hospital De Tercer Nivel Lima, 2024.

66

TABLA 5.2.1. Relación Entre Conocimiento Y La Práctica Del Cuidado De Enfermería A Pacientes Con Sedoanalgesia Sometidos A Ventilación Mecánica En La Unidad De Cuidados Intensivos De Un Hospital De Tercer Nivel Lima, 2024. 67

TABLA 5.2.2. Relación Entre Conocimiento Y La Práctica Del Cuidado De Enfermería A Pacientes Sometidos A Ventilación Mecánica En La Dimensión Antes De La Sedoanalgesia En La Unidad De Cuidados Intensivos De Un Hospital De Tercer Nivel Lima, 2024

67

TABLA 5.2.3. Relación Entre Conocimiento Y La Práctica Del Cuidado De Enfermería A Pacientes Sometidos A Ventilación Mecánica En La Dimensión Durante De La Sedoanalgesia En La Unidad De Cuidados Intensivos De Un Hospital De Tercer Nivel Lima, 2024.

68

TABLA 5.2.4. Relación entre conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a ventilación mecánica en le dimensión después de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel lima, 2024.

69

RESUMEN

La presente investigación se realizó contribuye con gran importancia debido a que pone a saber el nivel de conocimiento versus las prácticas de los licenciados en enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica, el cual aportó datos de suma importancia para la toma de decisiones y manejo de los pacientes y fortalecimiento de capacidades de los profesionales enfermeros(as). El **objetivo principal**: Determinar la relación del conocimiento y práctica de cuidado de enfermería a paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024. **Metodología de estudio**: esta investigación fue con enfoque cuantitativo, porque se recoge los datos de la información objetiva el que poder ser medida y cuantificada. El diseño es no experimental, porque en la investigación no realiza ninguna modificación o manipulación a las variables, por el contrario, se estudió en su estado original y natural, donde se buscó conocer e identificar los conocimientos y prácticas que poseen los profesionales de enfermería en el cuidado a los pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica. Teniendo como **resultados**: del conocimiento del cuidado a pacientes con sedoanalgesia, se observa que de 33 (100%), un 15,25 (5) tuvo un conocimiento medio y en su mayoría con un 84,8% (28) tuvieron un conocimiento alto, mientras de la práctica del cuidado a pacientes con sedoanalgesia, se observa que en su totalidad 33 (100%), los profesionales tuvieron una práctica de cuidado eficiente. Llegando a la **conclusión**: que entre ambas variables el nivel de conocimiento y las prácticas de los profesionales de enfermería no existe relación comprobando mediante el valor del coeficiente Rho de Spearman=0,211 y el p-valor=0,238 podemos afirmar que existe una relación débil, positiva y no significativa entre ambas variables No se puede rechazar la hipótesis.

Palabras claves: conocimiento, práctica, sedoanalgesia, ventilación mecánica, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

The present investigation was carried out and contributes with great importance because it reveals the level of knowledge versus the practices of nursing graduates in the care of patients with sedation undergoing mechanical ventilation, which provided data of utmost importance for decision-making. decisions and management of patients and strengthening the capacities of nursing professionals. The main objective was: To determine the relationship between the knowledge and practice of nursing care for patients with sedation undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit of a tertiary hospital Lima, 2024. Study methodology: this research was focused Quantitative, because objective information data is collected that can be measured and quantified. Non-experimental in design, because the research does not make any modification or manipulation to the variables, on the contrary, it was studied in its original or natural state, it sought to know and identify the knowledge and practices that nursing professionals have in care. to patients with sedation undergoing mechanical ventilation. Having as results: of the knowledge of the care of patients with sedation analgesia, it is observed that of 33 (100%), 15.25 (5) had a medium knowledge and the majority with 84.8% (28) had a knowledge high, while in the practice of care for patients with sedation analgesia, it is observed that in all 33 (100%), the professionals had an efficient care practice. Coming to the conclusion: that between both variables, the level of knowledge and the practices of nursing professionals, there is no relationship, verifying through the value of Spearman's Rho coefficient=0.211 and the p-value=0.238, we can affirm that there is a weak relationship. positive and not significant between both variables. The hypothesis cannot be rejected.

Keywords: knowledge, practice, care, nursing, sedoanalgesia, mechanical ventilation, intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidado intensivo (UCI) es área de las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPRESS) con infraestructura y equipos médicos de tecnología avanzada que brindan prestaciones de salud a paciente que ingresan en condiciones graves en busca de atención de profesionales médicos, de enfermería y técnicos especializado, calificados y competentes con la experiencia requerida para dicha función. La población que se atiende es de aproximadamente entre el 5 y 8% del total de atendidos de la IPRESS así mismo son pacientes con muy alto riesgo de pérdida de la vida, las cuales demanda cuidados especializados oportunos, donde la atención se brinda durante las 24 horas del día y de manera ininterrumpida; y la distribución de las áreas donde se brinda atención están diseñadas acorde a las normas técnica y se distribuyen en tres zonas bien definidas estas son: negra para la realización de labores administrativas, la gris para apoyo al personal asistencial y la blanca el espacio del área asistencial, de forma que resguardamos la integridad de la atención confiable, segura además de un cuidado humanizado.(1)

Los procedimientos que se realiza en los servicios de cuidados intensivos están asociados con el dolor, este proceso genera una respuesta inflamatoria al estrés que afecta la evolución del paciente; muchas veces el enfoque del tratamiento del usuario se centra en la patología principal que lo lleva a la unidad de cuidados intensivos (UCI), haciendo caso omiso a la valoración del dolor y consecuentemente el dolor es tratado de forma inadecuada generando ansiedad, agitación en el paciente y esta última puede interrumpir su terapéutica debido a que la ansiedad puede causar agitación y un paciente agitado puede retirarse los dispositivos invasivos por ejemplo el tubo orotraqueal, el catéter venoso central o cualquier otro dispositivo complicando aún más su estado crítico(2)

Los profesionales de enfermería deben ser capaz de manejar la administración de la sedoanalgesia que se infunde según indicación médica a los pacientes que están sometidos a ventilación mecánica, de la misma forma deben monitorizar a los mismo a fin evitar complicaciones por la administración de sedantes por periodos de tiempo prolongado, de la misma forma responder frente a las

complicaciones de los usuarios críticos por el uso de sedantes durante su estancia hospitalaria.

El presente trabajo de investigación que se realizó tiene como finalidad identificar el nivel de conocimiento y prácticas que posee enfermería en el cuidado a paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel, Lima,2024.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

Según la organización mundial de salud (OMS), trabajó para dar de conocimiento en todo el mundo que si hay dolor es un derecho para recibir atención oportuna, el cual debe ser equitativa según en la Declaración Universal de los Derechos Humanos quienes hallaron y registraron múltiples para el reconocimiento del dolor de las personas quienes sufrían demasiado, por lo tanto, incluyeron como derecho al tratamiento de las enfermedades y por lo tanto se contempla en el derecho a la Salud; así mismo este derecho conlleva a recibir un tratamiento de calidad por parte del profesional de enfermería, quien tienen a su cargo la preparación y administración de la sedoanalgesia bajo los protocolos establecidos.(3)

La recomendación de la revista Brasileira de terapia intensiva; señala que el profesional de la salud y la sociedad investigadora brindan recomendación que el nivel de dolor se evalúe adecuadamente y oportunamente, y se inicie con una adecuada sedación o tratamiento a los pacientes, y con mayor prioridad aquellos pacientes ingresados a la unidad de cuidado intensivo.(4)

Según los estudios realizados en la ciudad de Buenos Aires; es importante mencionar a los pacientes de la unidad de cuidado intensivo especialmente en un 100% de pacientes que se encuentran con ventilación mecánica, aquellos pacientes urge la necesidad de realizar la sedación y analgesia con buena calidad e eficiencia por parte del profesional a su cargo de dicha administración; la finalidad es controlar las respuestas fisiológicas de: dolor, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial, respuestas emocionales de consideración frente a procedimientos especiales y/o procedimientos invasivos, etc. Se tiene al dolor que no es reconocido o es insuficientemente controlado en un promedio del 70% de usuarios críticos lo que conlleva a la sedoanalgesia de los mismos. (5)

El Ministerio de Salud Perú (MINSA), como ente rector de la salud en nuestro país, hace hincapié en el seguro social de salud (EsSalud); las recomendaciones clínicas para el manejo y titulación de sedación y analgesia, se debe tener en cuenta las respuestas secundarias o reacciones adversas de los analgésicos y sedantes, en los usuarios críticos dichas respuestas puedan poner en alto riesgo

su estado hemodinámico y por lo tanto la salud del usuario, siendo ello responsabilidad directa de los profesionales de enfermería luego de haber asumido la prescripción e indicación médica. (6)

Un reporte se evidencio en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; de un 100% de los profesionales de enfermería, el 50% destacan el nivel de conocimiento sobre: sedoanalgesia, definiciones, fármacos más usados, efectos secundarios que producen, del mismo modo maneja la escala de sedación de Ramsay, también presentan conocimiento básico sobre monitoreo básico de sedoanalgesia cuando están sometidos a ventilación mecánica, también evidencia una deficiencia en los conocimientos de los objetivos de sedoanalgesia y cuando es un óptimo nivel de sedación esperada.(7)

Esta realidad a nivel local en un Hospital de tercer nivel de Lima no es ajena considerando la frecuencia en el servicio de cuidados intensivos la necesidad de los pacientes la ventilación mecánica con administración de sedoanalgesia, para ello los profesionales de enfermería conozcan y practiquen eficientemente el manejo de sedación y analgesia en los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica para evitar complicaciones, otorgar mayor oportunidad y mejora en la recuperación en el paciente critico; por ello nos planteamos el siguiente problema.

1.2. Formulación del problema.

Problema general

¿Cuál es la relacion entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería a paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel Lima, 2024?

Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería antes de la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel Lima, 2024?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería durante la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel Lima, 2024?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería después de la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel Lima, 2024?

1.3. Objetivos.

Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería a pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

Objetivos específicos.

- Identificar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería antes de la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.
- Identificar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería durante la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.
- Identificar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería después de la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

1.4. Justificación

En la justificación teórica; el estudio de investigación permitirá brindar alcances actualizados de teoría, conocimiento y prácticas del profesional de enfermería en los usuarios sometidos a ventilación mecánica y sedoanalgesia donde se busca brindar un trabajo coordinado del equipo con el fin del bienestar del usuario crítico, dado que la profesión de enfermería intensiva es el pilar importante del cuidado del usuario durante la estancia hospitalaria abarcando los cuidados durante administración, valoración y evaluación del nivel de sedoanalgesia adecuado del usuario a través de la aplicación de escala de valoración de sedoanalgesia. En la Justificación Práctica y social, la investigación permitirá la relevancia de

conocimiento y practica en la monitorización del paciente critico por el profesional de enfermería; el estudio de investigación será en beneficio del profesional de enfermería que labora en la UCI del hospital de tercer nivel Lima, ello facilitará una respuesta óptima para el manejo de paciente crítico con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica así mismo permitirá identificar los niveles de sedoanalgesia; el resultado del estudio se pondrá a disposición de la institución, para que a partir de la realidad encontrada se pueda diseñar e implementar planes de mejora con la finalidad de generar un adecuado monitoreo de la sedoanalgesia y el buen desempeño del profesional de enfermería con liderazgo en la atención de calidad en cumplimiento a su labores inherentes que se necesita de mucha precisión. Así mismo dentro de la Justificación Metodológica; este estudio proporciona una base científica para futuros trabajos relacionados en medir las variables de conocimientos y practica en pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica; en esta investigación se aplicarán instrumentos validados empleados en investigación similares previa revisión bibliográfica actualizada.

1.5. Delimitantes de la investigación

Delimitación Teórica.

Uno de los Modelos más utilizados en nuestro país, por su adecuación a los criterios descritos, es el definido por **Virginia Henderson**. El Modelo se basa en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las catorce necesidades fundamentales. Ella hace referencia a nuestro entorno, la cual se establece esta teórica como el modelo de referencia para nuestra investigación en el rol enfermera. Para la teoría de **Callista Roy** se describe al ser humano como un ser con las capacidades y recursos para lograr una adaptación a situaciones que se esté enfrentando en su proceso salud enfermedad donde se vive el día a día de los usuarios que se encuentran de las unidades de cuidados intensivos (UCIs), donde se aplica la teoría para nuestro trabajo de investigación. De la misma forma **Marjory Gordon** influye en la valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de cada paciente enfocándonos de manera integral e individual, ya que tenemos que cada usuario responde de manera diferenciada a su diagnóstico y recuperación.

Delimitación Temporal.

Se tomó la información en un corte transversal, en un momento determinado, y se tomó la muestra de 33 profesionales de enfermería que labora en el área de la unidad de cuidados intensivos (UCI) en un hospital de tercer nivel de Lima, en el periodo 2024.

Delimitación espacial.

En esta investigación se identificó la realidad problemática, así mismo se identificó el área unidad de cuidados intensivos donde se realizará la aplicación de la técnica de investigación que es la encuesta; esta investigación se realizó con los profesionales de enfermería que labora en el área de la unidad de cuidados intensivos del hospital de tercer nivel de Lima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes: Internacional y nacional.

- **Internacional.**

Pujota Licto JK (Ecuador – 2023). Según el estudio de investigación titulado “Correlación de escalas de sedación/analgesia/agitación con el conocimiento y Practica de los Enfermeros”; los cuales deben tener conocimiento y brindar de forma correcta los profesionales de enfermería. Objetivo: Determinar la relación entre las escalas para determinar el nivel de sedación /analgesia/agitación con el conocimiento y la práctica de los profesionales enfermeros aplicadas al paciente crítico. Método: Se realizó una investigación descriptiva, transversal de enfoque cuantitativo, en la que se evaluaron 20 enfermeras/os de Uci utilizando como instrumento su cuestionario sobre los conocimientos y las prácticas habituales en relación a la sedoanalgesia y el uso en pacientes críticos de las escalas de RASS y RAMSAY. Resultados: El 100% obtuvo una valoración excelente lo que muestra que la mayoría de los profesionales de enfermería tiene adecuados conocimientos sobre sedoanalgesia en pacientes en la UCI, en cuanto a las prácticas, el personal de enfermería mantiene las prácticas adecuadas aplicando escalas de valoración en pacientes bajo sedoanalgesia. Conclusión: Hay relación entre las prácticas del personal de enfermería y su nivel de conocimientos sobre el manejo de la sedoanalgesia en la atención al paciente crítico. (8)

Silva Quispe P. (Bolivia - 2022). el trabajo de investigación titulado Competencias cognitivas y técnicas de enfermería sobre la monitorización del paciente con sedoanalgesia en VM, UCI, hospital Cotahuma, La Paz, 2022. Buscó determinar competencia cognitiva y técnica de enfermería sobre la monitorización del usuario con sedoanalgesia en VM. De diseño metodológico estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, diseño observacional, transversal. Población de estudio 15 profesionales de enfermería, escogido por elección no probabilístico, el acopio de datos se realizó mediante la encuesta y ficha de observación , estos fueron sometidos a los expertos, antes de la aplicación. Resultados, sociodemográficamente

los resultados es: del profesional de enfermería según la edad el 60% entre 30 y 34 años, en la experiencia laboral el 53% de las profesionales trabajaban en un periodo de 1 a 5 años y en cuanto al nivel de educación el 40% tiene título de Especialista. Acerca de la competencia de conocimiento el 7% con conocimiento excelente, un 53% bueno, el 47% regular y el 0% demostró un conocimiento malo ni pésimo. Respecto a la competencia de destrezas el 53% realizan las actividades y el 47% realizan medianamente las actividades. Conclusión, por ello, se concluye que los profesionales de enfermería cuentan con una competencia cognitiva buena y aplican los cuidados de forma óptima. (9)

Tinta Quispe, M (Bolivia - 2021). El objetivo del trabajo de investigación es Determinar el nivel de Conocimiento y la Aplicación de la Escala Observacional del Dolor (EVA) en paciente grave durante la VM invasiva, por el Profesional de Enfermería en la UCI de adultos, Hospital Oncológico de la Caja Nacional de Salud, 2020. Metodología: el estudio fue de tipo descriptivo, observacional y transversal, donde se aplicó un instrumento de recolección de datos y cuestionario a los profesionales de enfermería. Los resultados: profesionales de enfermería el 92% se de sexo femenino y un 8% masculino, nivel académico del personal profesional de enfermería de la UCI, egresados un 58.3%, con especialidad el 33.3% y el 8.35% posee maestría, el profesional de enfermería desconoce o no maneja la escala EVA para pacientes críticos que se encuentran en (VMI), es el 92% y el 8% conoce la escala (EVA), para pacientes críticos podemos mencionar que el profesional de enfermería, no aplica la escala de observación del dolor con la escala evaluada de 21% a 40% deficiente. Conclusión: El personal de enfermería no conoce y tiene conocimiento bajo de la escala EVA para pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica invasiva, al ser el profesional de enfermería la base en la valoración del dolor para esta investigación, el cual incentiva el inicio de protocolos de evaluación y manejo de dolor en la UCI con el fin de reducir complicaciones y brindar atención de calidad y bienestar a nuestros pacientes. (10)

Morales Rodríguez A.S (Bolivia - 2020) El uso de sedoanalgesia en niños con ventilación mecánica en la UCI Pediátricos resulta necesario en el tratamiento del paciente. Por otro lado, el uso prologado de sedoanalgesia

produce abstinencia. Objetivo: Enriquecer el conocimiento y cumplimiento de registros de enfermería respecto al Síndrome de abstinencia secundario a sedoanalgesia, en pacientes con VMI en la UCI pediátricos del Hospital del Norte, en la Gestión 2020. Material y método: El estudio fue descriptivo correlacional retrospectivo el cual se aplicó un cuestionario sobre conocimiento y una lista de verificación sobre registros de enfermería. Resultados: con respecto a la edad de las enfermeras, el 50 % oscilan de 35 años o menos y un 50 % son mayores de 35 años de edad; donde el 37.5 % oscilan entre 1 a 5 años de experiencia, el 50 % mantiene de 6 a 10 años y el 12.5 % oscila entre 11 y 15 años; el 25 % no cuenta con postgrado, el 50 % cuenta especialidad y solo el 25 % maestría. El resultado con respecto al conocimiento sobre síndrome de abstinencia secundaria a sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica, fue de 50 %. El resultado de cumplimiento en los registros de enfermería de pacientes con síndrome de abstinencia secundario a sedoanalgesia es de 46.8 %. Las enfermeras mayores de 35 años realizan más de la mitad de los registros en un 60 % y las menores de 35 años solo el 18 % ($p < 0.05$); las enfermeras con postgrado realizan más de la mitad de los registros en un 50 % y las que no tienen postgrado en el 0 % ($p < 0.05$) Las enfermeras con mejor nivel de conocimiento cumplen con más de la mitad de los registros en un 59 % y las que no tienen buen nivel de conocimiento en el 13 % ($p < 0.05$) Conclusiones: Existe asociación entre el nivel de cumplimiento de registros de enfermería con el nivel de conocimiento, con la edad y el nivel educativo. (11)

Maldonado Espejo; P (Bolivia- 2019); realiza el estudio de investigación titulado Competencias cognitivas del profesional de Enfermería en la atención del paciente con sedoanalgesia, Unidad de Terapia Intensiva del instituto de gastroenterología Boliviano Japonés La Paz Bolivia.

Objetivo: Determinar las competencias del conocimiento del profesional de Enfermería en la atención del paciente crítico con sedoanalgesia en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, La Paz - Bolivia, gestión 2019. Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo, observacional y de cohorte transversal. Resultados: Los Competencias en cuanto a los conocimientos de enfermería en la atención de los pacientes con sedoanalgesia. Se observa que el 58,3% tiene un nivel

regular, el 33,3% un nivel deficiente y tan solo el 8,3% un nivel excelente del total de los profesionales de enfermería evaluados. Con respecto a la valoración en el cuidado del paciente crítico con sedoanalgesia, la mayoría tiene poco conocimiento de las escalas de valoración de sedación RASS, SAS, SAM y RAMSAY, un mayor porcentaje maneja el tratamiento farmacológico y los efectos que presenta. Conclusiones. La profesional de Enfermería que trabaja en la unidad de terapia intensiva del Instituto Gastroenterológico Japonés de La Paz, tiene un nivel Regular con el 58.3% con relación a competencias de conocimiento en la atención del paciente con sedoanalgesia, dando espacio a una reflexión profunda y tomar acciones urgentes con responsabilidad en base a resultados obtenidos en esta investigación. (12)

Carani Condori; C (Bolivia - 2019); realiza el estudio de investigación Conocimiento y prácticas del profesional de Enfermería sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica, unidad de cuidados intensivos Clínica La Paz, Prosalud Tercer Trimestre Gestión 2019, con el objetivo: Analizar el nivel de conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de Terapia Intensiva, Clínica La Paz, diseño metodológico fue observacional, descriptivo de corte transversal. La población fue constituida por 15 profesionales de enfermería, se trabajó solo con el personal de enfermería. El instrumento para recolección de datos fue la encuesta sometida a juicio de expertos para su aprobación, antes de la aplicación de dicha encuesta. La estadística utilizada fue descriptiva, en porcentaje y proporciones. Los resultados demostraron según la valoración de la sedoanalgesia que el 87% respondió de manera correcta sobre la definición de la sedoanalgesia, el 47% dio la respuesta correcta sobre el objetivo de la sedoanalgesia, mientras tanto el 100% respondió en forma correcta en los casos que se indica la sedoanalgesia, solo un 13 % respondió en forma correcta sobre las complicaciones de la sedoanalgesia, sobre los fármacos más utilizados en la sedoanalgesia el 100% dio la respuesta correcta, el 53% respondió la respuesta correcta en relación al efecto adverso del Midazolam y fentanilo, sobre la monitorización del paciente con sedoanalgesia el 73% respondió la respuesta correcta, el 80% utiliza la

misma escala para valorar estado de agitación-sedación, sobre la frecuencia de aplicación de la escala de valoración el 100% brindó la respuesta correcta, en relación a los ítems que contiene la escala de RAAS nivel -2 solo un 40% dio la respuesta correcta, sobre la medida general que se utiliza para promover la seguridad y protección del paciente el 40% dio la respuesta correcta. En cuanto a la práctica el 60% realiza una práctica buena y el 40% realiza práctica aceptable. Conclusiones, se verificó que el conocimiento del profesional de enfermería es un Conocimiento Medio y práctica buena. (13)

Nacionales

Castro Almeida; H. (Lima - 2023) realizó el estudio de Conocimiento y práctica del profesional de Enfermería en la valoración de las escalas de sedoanalgesia en pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Lima con el Objetivo: verificar el conocimiento y la práctica del profesional de enfermería en la valoración de las escalas de sedoanalgesia en pacientes críticos en la unidad de cuidados críticos de un hospital de Lima, 2023. Materiales y métodos: En este estudio se empleó la técnica cuantitativa y el diseño fue descriptivo-transversal. La población estuvo conformada por 68 enfermeros que laboran en la Unidad de Cuidados intensivos. La técnica a emplearse será una encuesta, que está conformada por 22 preguntas donde cada pregunta consta de 4 opciones de respuestas. La puntuación tiene un rango entre 0 a 22 puntos, y a mayor puntaje, mayor conocimiento del profesional de enfermería. Resultados: Serán presentados en tabla y gráficos lo que permitirá una comprensión más clara del nivel de conocimientos sobre las escalas de sedoanalgesia, estos datos nos servirán como base para implementar estrategias de mejora de la atención del paciente crítico. Conclusiones: Tendrá un impacto significativo en el desarrollo de procesos de mejora en la atención de pacientes con sedoanalgesia en la unidad de cuidados críticos. (14)

Aquino Condori; I. Ruiz Chacón M. (San Martín - 2023) realiza el estudio Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de cuidados intensivos COVID de un hospital de Tarapoto, 2023; El objetivo, determinar el nivel de conocimientos y prácticas

de los profesionales de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de cuidados intensivos COVID de un Hospital de Tarapoto 2023. Metodología: Es de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, no experimental de corte transversal. La población conformada 20 enfermeras de la UCI COVID y no COVID, determinados mediante el muestreo no probabilístico a conveniencia; la técnica será la encuesta y observación; como instrumento se utilizó un cuestionario y una Lista de Chequeo, validado por juicio de expertos y confiabilidad mediante una prueba piloto. Para la recolección de datos, se obtendrá permiso mediante una solicitud al área de docencia e investigación del hospital en mención y el departamento de enfermería; para el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS v.25; los resultados obtenidos, se presentarán en porcentajes cuadros y gráficos para su mejor interpretación. (15)

Cahuana Alcahua Y. Chacca Yupaicca B. (Cuzco - 2022) El estudio actual tuvo por objetivo determinar la influencia de los conocimientos en las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de Sedoanalgesia en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de ESSALUD Cusco – 2022. En tanto a la metodología tuvo por enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y alcance explicativo. Por otra parte, se trabajó con una población de 58 licenciados y una muestral censal. Se concluyó que existe influencia significativa de los conocimientos en las prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de Sedoanalgesia en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de ESSALUD Cusco. Se evidencia que el 42% de la variabilidad de los conocimientos del personal de enfermería sobre la valoración de sedo analgésica, influye en la variabilidad de las practicas sobre la aplicación sedo analgésica en pacientes. (16)

Sarmiento Villavicencio F. Vasquez Vera K. (Lima - 2020) Objetivo: Sistematizar las evidencias sobre la efectividad del manejo de protocolos de sedoanalgesia por enfermería para la reducción del tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Material y Método: La revisión sistemática de los 10 artículos científicos acerca de la efectividad del manejo de protocolos de sedoanalgesia por enfermería para la reducción del tiempo en ventilación

mecánica en pacientes entubados en las UCI ubicados en las siguientes bases de datos Cochrane, Lilacs, Scielo, Medline Pubmed, Google Académico siendo analizados según la escala Grade para determinar su fuerza y calidad de evidencia. Resultados: De Los 10 artículos, el 40 % (4/10) corresponden a revisiones sistemáticas (2) y ensayo clínico (2), el 30% (3/10) estudios de cohorte y el 30% (3/10) estudios control. El 80% de los artículos revisados ponen en evidencia la efectividad del manejo de protocolos de sedoanalgesia por enfermería para la reducción del tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados. Conclusiones: El 80% de los artículos demostraron que el manejo de protocolos de sedoanalgesia por enfermería es efectivo para la reducción del tiempo en ventilación mecánica resaltando el papel importante que juega la enfermera en este proceso de acuerdo a una asertiva valoración. (17)

Sarabia Ramos K. Solis Ververde T. (Lima - 2019) Objetivo: Sistematizar las evidencias sobre la efectividad de la escala de valoración agitación-sedación Ramsay versus la escala de Richmond (RASS) en el paciente crítico. Materiales y Métodos: El estudio fue 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. Resultados: se recopilaron 10 artículos científicos mediante la base de datos Pudmed, ElSevier, 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. Conclusiones: 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 unidad de cuidados intensivos. 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. (18)

2.2. Bases teóricas:

Modelo de la Teoría Déficit de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem.

La teoría del déficit de autocuidado, donde centro su atención en los conceptos de persona, salud, enfermedad, ambiente, y enfermería, considerándose así el autocuidado como un acto propio de los seres humanos; la teoría de Dorothea Orem es la partida que ofrece a los profesionales de enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con la salud y enfermedad así como en personas enfermas, y en personas que toman decisiones sobre su salud, y personas con salud optima que desean perpetuar o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece los conceptos, definiciones, objetivos, para deducir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera, debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del profesional de enfermería. Se fundamenta la importancia del autocuidado a personas enfermas y pone de manifiesto la carencia de estudios específicos de este tipo.

La toma de conciencia del autocuidado que requiere la persona afectada con alguna enfermedad en función de mejorar o mantener el estado de salud ha logrado a través de las posibilidades que le brinda los cuidados el personal de enfermería, quienes deben nutrirse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, modificables, crear así los niveles de compromiso, para conservar la salud y bienestar de las personas. Y esta forma de hacerlo requiere el conocimiento del tema. (19)

Modelo de cuidados de Virginia Henderson.

El Modelo de Virginia Henderson la acción medular de enfermería parte de las necesidades humanas del paciente. (20)

Henderson visibiliza a la como un ser integral; con sus componentes: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. (21)

A enfermería considera como ayuda al sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo hasta el último momento de vida) realizando de manera autónoma las necesidades básicas como: fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. Enfermería es la encargada de favorecerá la recuperación de su independencia de manera rápida. (22).

Uno de los principios de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermera debe ser capaz de fomentar la actividad del usuario para que éste adquiera su independencia. El de Henderson es: usuario sea independiente lo antes posible para la reinserción en la sociedad. (20) (21) (22)

Para Henderson el profesional de enfermería es el asistente del paciente en su quehacer básico de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. (23) hasta que el usuario desarrolle su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, tomando en cuenta los factores influyentes del entorno externo que afectan a la vida y desarrollo de una persona. (20)

Concepto de Necesidad.

Henderson establece catorce necesidades básicas que todo ser humano tiene. La necesidad representada por un usuario sano que tienen suficiente conocimiento para su conservación. la necesidad forma parte integrador como: social, físico, psicológico y espiritual. (20)

Las catorce necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener el orden, pulcritud e integridad de la piel.
9. Evitar peligros con ambiente y causar daño a otras personas.
10. Una comunicación asertiva donde expresa emociones y temores con el resto de personas.

11. Ser libre de sus valores y creencias.
12. La realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, satisfacer o descubrir son necesidades que deben desarrollarse para mantener la salud normal.

Todas las necesidades son importantes; Universalidad disponible para todos desde un punto común y esencial para el ser, y especificidad, porque se manifiestan de manera diferente en cada persona. (20)

Teoría del entorno de Florencia Nightingale.

La teoría es eje del entorno. Todas las condiciones y factores externos debilitan la vida y su desarrollo se pueden prevenir, detener o favorecer; así como la enfermedad, los accidentes o la muerte. Florencia utilizó los conceptos de: ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminar agua residual, higiene y luz). (24)

En su teoría la ventilación adecuada era de suma importancia para Nightingale. orientaba a las enfermeras como deben de respirar los pacientes para obtener un aire puro como el del exterior. apartando la teoría de los gérmenes en este caso para una adecuada ventilación. La iluminación es importante desde que descubrió a la luz del sol como necesidad específica de los pacientes: la luz posee tantos efectos vitales y tangibles sobre el cuerpo humano sintetiza la vitamina D. Nightingale hacia hincapié en las enfermeras en ubicar a los pacientes que puedan tener contacto con la luz solar. Otro elemento esencial de la teoría del entorno es la higiene, en este caso se dirigido: paciente, profesional que brinda la atención y al entorno físico (unidad del paciente). Al observar la suciedad del entorno así como (el suelo, la alfombra, las paredes y ropa de cama) como fuente infecciosa tales como por la materia orgánica que contenía. Muy a pesar cuando el ambiente es ventilado, la presencia de suciedad en el entorno; por ello, se realiza: eliminación correcta de excretas y los residuos de las aguas con el fin de no contaminar su (entorno). Bajo este formato incluye los términos de temperatura, silencio, dieta. Planteo un

sistema con la finalidad de medir la temperatura corporal por medio de palpar las extremidades y cuantificar la pérdida de calor. (24)

Nightingale preocupada por la dieta del paciente. Instruyó a valorar la ingesta de los alimentos, horario de las comidas y su efecto adversos y/o beneficiosos sobre el paciente. Creyendo que los pacientes críticos se pueden morir por inanición, de la misma forma se preocupaba por las enfermeras que debían tener una experticia para satisfacer las necesidades nutricionales del paciente. No dejaba pasar ni los pequeños detalles del entorno. Para Nightingale enfermería es el responsable del control del entorno del paciente; para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran alterarlo, también prohibir las visitas que perjudicaran su recuperación y evitar la interrupción del sueño. Por ello define algunos esenciales:

- **Enfermería.** - Su objetivo que las mujeres deben ser formadas para cuidar al enfermo y ellas proporcionen una atención sanitaria de prevención por ello necesitan una formación completa y amplia. Dentro de su formación deben desarrollar habilidades como: la observación del paciente y entorno; Con una vigilancia continua. (24)
- **Persona.** – el profesional de enfermería debe mantener su equilibrio de prevención no solo desde el entorno sino desde la persona. Nightingale dentro de su atención que brindaba siempre cautelaba los orígenes y condición social de cada uno de sus pacientes. La organización de enfermeras laicas era su propósito por ser personas que brindan atención sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas. (24)
- **Salud.** – opción de sentirse bien y con capacidad de utilizar al límite todas tus facultades de la de la persona. Implica a la enfermedad como un el proceso reparador que la naturaleza impone por la falta de atención. La naturaleza es sinónimo de Dios. Este empleo tenía la aceptación positiva por religiosidad del unitarismo. Se pensaba que mantener y fomentar la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. (24)
- **Entorno.** – elementos que afecta a la salud de las personas enfermas y sanas tales como la comida, flores , etc. del entorno en una interacción

verbales y no verbales con el usuario”. Ningún elemento de alrededor del paciente se excluye. Inculcaba a propiciar y mantener un entorno terapéutico para fortalecer la comodidad y recuperación. Su madre de Nightingale visitaba las comunidades de alrededor de su propiedad brindando atención a las familias pobres; durante ese proceso Nightingale acompañó cuando era niña, y luego continuó con el legado de su madre hasta anciana. (24)

Teoría de adaptación Callista Roy.

Callista Roy reconocida por la teoría de sistemas, la principal fortaleza del modelo sirve como guía a las enfermeras para utilizar sus habilidades de observación y entrevista para realizar una evaluación individualizada de cada paciente. La definición del modelo de Roy es aplicable en diferentes escenarios de la práctica de enfermería.

La teoría de sistemas abaliza cómo intervienen las interacciones, con los 5 elementos: enfermo, salud, entorno del enfermo, meta de las enfermedades y dirección de las actividades que se realizan; en cuanto la teoría indica a los cuidados en enfermería debería buscar la reducción de estímulos inefectivos, para el cual debe buscar los causantes de estos para mejorar y poder conseguir los objetivos deseados; dentro de esta teoría la persona, el ambiente y la enfermería se unen para determinar el/los estímulos que el paciente presenta y así poder apoyar en que el paciente se pueda adaptar a dichos estímulos, por tanto la enfermería debe intervenir en ayudar a lograr adaptarse a los distintos estímulos. (25)

Teoría de Patrones funcionales de Marjory Gordon.

La teoría de patrones funcionales constituye un aspecto como valor por parte del profesional de enfermería desde el punto patrón funcional de salud, enfoque trascendental convertido en herramienta excepcional en la práctica clínica de enfermería en el mundo, nos permite valorar a los pacientes de manera integral, considerando desde lo específico a lo general en aspectos de cada paciente. Este enfoque nos permite organizar planes de cuidado personalizado, adaptado a la necesidad única de cada paciente ellos podemos detallar lo siguiente: (26)

1. **Percepción de la salud.** – determina con pocas interrogantes el grado de preocupación de su salud por parte del paciente, de la misma forma investiga sus hábitos y su bienestar en la actualidad. (26)
2. **Nutrición y metabolismo.** – enfocado en la cantidad de calorías y nutrientes que requiere ingerir y la relación con las proporciones diarias que necesita. (26)
3. **Eliminación.** – se centra en el correcto funcionamiento del sistema excretor del paciente tales como: micción, sudor e intestinal. (26)
4. **Actividad y ejercicio.** – investiga al paciente cual es el nivel de actividad física, como es el ejercicio que realiza voluntariamente o en sus quehaceres diarias. (26)
5. **Sueño y descanso.** – centrado en estudiar patron del sueño y descanso del paciente “despues de levantarse tiene suficiente energía” (26)
6. **Cognición y percepción.** – en el paciente reconoce su habilidad de percibir elementos de su entorno a través de los sentidos, y la toma de decisiones a seguir instrucciones, pensar lógicamente y utilizar la memoria. (26)
7. **Autopercepción y Autoconcepto.** - El Autoconcepto y la autopercepción tiene que ver con la forma en lo que nos vemos a nosotros mismos. (26)
8. **Rol y relaciones.** – se enfoca en el paciente y su entorno como se relaciona con las demás personas por ser importante en la vida del paciente. (26)
9. **Sexualidad y reproducción.** - Patrón utilizado con decisión, si es; apropiado para: edad y/o situación concreta del paciente. (26)
10. **Tolerancia al estrés.** – encargado de investigar nivel de estrés de los pacientes, evaluando su forma de enfrentarse a las situaciones complicadas de la vida, también las situaciones difíciles que ha tuvieron que experimentar en los últimos tiempos. (26)
11. **Valores y creencias.** - ¿conseguí la proposición de vida el paciente? ¿Tiene planes importantes para el futuro? ¿posee creencias que le ayude a atenuar las situaciones complicadas? (26)

Todo lo detallado implica avizora en el profesional de enfermería un papel fundamental que desempeña en la atención a los pacientes.(26)

2.3. Marco Conceptual.

2.3.1. Conocimiento en el cuidado que posee enfermería a pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica.

Conocimiento.- para el profesional de enfermería el conocimiento debe ser pilar dentro de sus competencias, brindar atención al paciente en estado crítico es dependiente y está sujeta al desempeño para conservar su salud vincula una mayor capacidad resolutive ello por el amplio conocimiento de competencias que permitirá mayor oportunidad en la atención eficiente de la sedoanalgesia donde el paciente se encuentra en estado deprimido por respuesta a los efectos de los sedantes y analgésicos siendo inherente el dominio conceptual del tal manera lograr una acción idónea en el paciente en favor de la conservación de su salud. (27) entorno a ello podemos detallar los tipos de conocimientos:

- **Conocimiento empírico.** – se obtiene por medio de la observación el intercambio con el entorno, así combinar ideas a través de la deducción. (28)
- **Conocimiento científico.** – se obtiene a través de la experiencia, la observación, el estudio y el análisis de los fenómenos de manera sistemática, ordenada y comprobada. (28)
- **Conocimiento matemático.** - objeto de estudio son los números, figuras geométricas y los símbolos, a través de deducción lógica. (28)
- **Conocimiento emocional.** - conocimiento encargado de los sentimientos, gustos; reacciones utilizados en la vida social, en la empatía. Las instituciones públicas y privadas lo aplican en el proceso de selección de personal. (28)
- **Conocimiento doctrinal.** – trata que es muy necesaria nuestra deducción el cual se basa en argumentos que tenemos en nuestro propio pensar o es decir en nuestra cabeza.(28).

2.3.1.1. Valoración de la Sedoanalgesia.

- a) **Definir la sedoanalgesia.-** es un procedimiento particular que tiene el propósito y permite al paciente a tolerar el dolor, sosteniendo la hemodinámica, así mismo su función del corazón y pulmón así mismo

motora, ideal para la funcionabilidad, conserva la vida del paciente, en estas funciones resalta la responsabilidad del profesional de enfermería de poseer conocimiento necesario para actuar con oportunidad, destreza y manejo idóneo los posibles eventos o respuestas secundarias que podrían presentarse en el paciente en diferente magnitud, etc. Que ponen en alto riesgo la vida del paciente.

(29)

- **Grados de sedoanalgesia.** - (Ansiólisis) Sedoanalgesia mínima; el cual realiza depresión mínima de la conciencia donde el paciente normalmente obedece a las órdenes verbales pero la cognición y la coordinación están alteradas, la función cardiovascular y respiratorio no están afectadas. (30) Sedoanalgesia moderada; supresión de la conciencia a causa de la infusión de fármacos, donde la función cardiovascular se preserva su funcionalidad así mismo el paciente responde órdenes verbales dadas por el profesional de enfermería, también a la estimulación táctil.(31) Sedoanalgesia profunda; es la fase de sedación por fármacos al paciente , no se puede despertar de manera fácil, pero si responden a los estímulos de dolor se ve afectada la función respiratoria y la función cardiovascular. (31) Anestesia general; es la fase donde el paciente pierde la conciencia por infusión de fármacos a los estímulos de dolor el paciente no despierta, la función respiratoria impedida y cardiovascular comprometida el paciente debe estar sometido a ventilación mecánica por la disminución de la función neuromuscular . (31)
- **Sedoanalgesia en unidad de cuidado intensivo.** – en la mayoría de los pacientes de unidad de cuidado intensivo (UCI) presentan dolor, miedo y ansiedad; la infusión de analgésico y sedantes es fundamental para brindarle comodidad necesaria, menguar el estrés y evitar el retraso en la recuperación y el destete y posterior liberación de la ventilación mecánica; la recuperación repercute de forma significativa por la elección. La analgesia y la sedación en la UCI son complejas por las

innumerables complicaciones por interacción medicamentosa y la disfunción de órganos. (32)

Una sedoanalgesia eficiente va facilitar al profesional de enfermería, a ofrecer cuidados de calidad, sin obviar los efectos adversos y complicaciones que se presentan y poder reducir las secuelas que no deseamos en el paciente. (32)

b) **Objetivo de la sedoanalgesia.** - Los objetivos de la sedación son: disminuir o reducir la ansiedad del paciente, disminuir el dolor producido por los procedimientos invasivos, aumentar la tolerancia del paciente en procedimientos de larga duración (ventilación mecánica), evitar los riesgos asociados con la sedación, amnesia del procedimiento, recuperación más rápida y pronto destete de la ventilación mecánica. A su vez, la sedación ofrece, para el médico que realiza el procedimiento, ventajas tales como: condiciones en procedimientos óptimas, al aumentar la tolerancia del paciente, mejor control sobre el curso de los procedimientos, reducción de la respuesta simpática al acto médico, disminución del tiempo de procedimiento, al contar con un paciente más cooperador, solicitudes más completas. Para lograr una sedación adecuada se debe propiciar un ambiente de mucha calma.(33)

c) **Indicaciones de sedoanalgesia.** - la sedoanalgesia están indicados a pacientes críticos internado en las áreas de unidad de cuidado intensivo o salas de terapia intensiva. Se puede citar algunos casos donde requiere sedoanalgesia:

- Alivio de la ansiedad.
- Alivio de la disnea.
- Analgesia.
- Disminución de la hiperactividad simpática.
- Disminución del consumo de oxígeno.
- Hacer confortable la ventilación mecánica.
- Producir amnesia durante el bloqueo neuromuscular.
- Facilitar la realización de procedimientos invasivos.
- Sedar a pacientes conectados al ventilador mecánico.

d) **Complicaciones a la sedoanalgesia.** – teniendo en cuenta los fármacos utilizados como sedantes, en general son; seguros, existe la posibilidad potencial de efectos adversos, más aún cuando, una vez que ha cesado el dolor y la ansiedad. Sólo el 8% aproximado de todos los efectos adversos ocurren después del procedimiento; los efectos adversos más graves ocurren dentro de los primeros 25 minutos después de realizado el procedimiento. La sedoanalgesia es preponderante a una serie de riesgos que son necesarios conocer ya que los pacientes pueden reaccionar de distintas formas ante su infusión, por ello el médico debe prestar atención para identificarlas y enfrentarlas. Como el rescate deseado de una sedación profunda prevé una cierta habilidad y destreza, consiste en: interpretar niveles de sedación, conocer y poseer habilidades útiles para proporcionar soporte cardiorrespiratorio si fuera necesario, Individualización de cada caso. (34)

e) **Fármacos usados con frecuencia.** -

Fármacos con efecto analgésicos potente (opioides).

- **Fentanilo.** - fármaco analgésico dosis de administración: IV 1-2 µg/kg en 2-3 min. Si < 6 mes: 0,5-1 µg/kg(Máx. < 12 años: 50 µg - Máx. > 12 años: 100 µg); IN: 1,5-2 µg/kg (máx. 100 µg); SC/SL: 1-3 µg/kg; NEB: 3-4 µg/kg y TMO: 5-20 µg/kg. Los efectos adversos deprime la conciencia, la respiración, náusea, hemoes, íleo, estreñimiento, rigidez torácica.(35)
- **Morfina.** - fármaco analgésico dosis de administración: • IV/IM: 0,05-0,2 mg/kg (máx. 15 mg). Efectos adversos: depresión nivel conciencia, depresión respiratoria, náuseas, vómitos, íleo, estreñimiento. .(35)

Fármacos con efecto sedante (benzodiazepinas).

- **Etomidato.** - medicamento sedante dosis de administración IV: 0,15-0,3 mg/kg (máx. 20 mg/dosis), medicamento contraindicado en sepsis y los efectos adversos son a: depresión respiratoria, apnea, dolor en sitio inyección, vómitos, mioclonías, aumento actividad focos epilépticos, inhibe función suprarrenal, hipersensibilidad. (35)

- Midazolam. - medicamento sedante dosis de administración: IV: 0,02-0,1 mg/kg (máx. 6 mg); IN: 0,3-0,5 mg/kg; TMO: 0,2-0,3 mg/kg; VO: 0,5 mg/kg (máx. 15 mg) presenta efectos adversos: depresión respiratoria, apnea depresión conciencia, efecto paradójico de excitación. (35)
- Propofol. - fármaco sedante, dosis de adm. IV bolo 0,5-1- 2 mg/kg lento (no dosis máxima) IV perfusión: Tras bolo intravenoso se continua a 1-4 mg/kg/h. contraindicación: inestabilidad hemodinámica; efectos: apnea, depresión respiratoria, HTA, dolor en lugar inyección, disminución de la PIC. (35)
- Diazepam. - medicamento sedante, dosis de administración: VO: 0,2-0,3mg/kg; IV 0,05-0,1 mg/kg (máx. 5 mg) y RECTAL: 0,5 mg/kg (máx. 10 mg) (35)
- Hidrato cloral. - medicamento sedante, dosis de administración: VO: 50-100 mg/kg (máx. 1 g /dosis), observaciones obliga a pulsoximetría prolongada. Alta tasa de fallos en >4 años, contraindicaciones no en enfermedad hepática. (35)

Fármacos con efecto sedante y analgésico.

- Ketamina. – fármaco sedoanalgésico utilizado como sedante y analgesia dosis de infusión: IV: 1-2 mg/kg (máx. 50 mg, en adultos se puede llegar a 100 mg/dosis); IM: 3-4 mg/kg (máx. 100 mg); IN: 5 mg/kg (máx. 100 mg) y VO: 6-8 mg/kg (máx. 300 mg). (35)
- Dexmedetomidina. - fármaco sedoanalgésico utilizado como sedante y analgesia dosis de infusión: IV: 0,5-2 µg/kg en 10 min, PC: 0,2-0,7 µg/kg/h (máx. 2-3 µg/kg); IN: 1-3 µg/kg (máx. 100 microgramos) previo análisis: analgesia moderada y sedación moderada, restricción: en trastornos cardíacos como bloqueo grado 2 o 3, afección cerebrovascular, hTA no controlada, deshidratación; efectos adversos: disminución de la frecuencia cardíaca, HTA, hTA, disminución de la carga volemica, fibrilación auricular, taquicardia, náuseas, diarrea, vómitos, alteración visión, fotopsias. (35)

Fármacos bloqueadores neuromusculares.

- Se administra cuando a un paciente cuando se la realiza procedimiento invasivo colocación de tubo orofaríngeas (intubación) que le ayudara a respirar (intubación). Todos los medicamentos se administran por vía intravenosa (IV). (35)
 - **Vecuronio.** - Bromuro de Vecuronio rectado como coadyuvante en anestesia general facilitando la intubación endotraqueal, utilizado como relajante musculo esquelético en las cirugias; dosis 0,02 a 0,03 mg de vecuronio por kg /peso. (35)
 - **Rocuronio.** - Bloqueador neurológico y muscular no despolarizante de acción e inicio de efectividad rápido. Actúa compitiendo por los receptores colinérgicos de la placa motora terminal; la dosis de mantenimiento recomendada para estos pacientes es 0,075 a 0,1 mg /kg de Rocuronio y la velocidad de perfusión recomendada es 0,3 a 0,4 mg/kg/h. (35)
- f) **Efectos adversos de los fármacos.** - entre los diferentes efectos adversos de los fármacos de sedoanalgesia se detalla:
- De los benzodiazepinas: mareos, somnolencia, debilidad y dependencia física mismo inducir algunos trastornos mentales psicóticos, bipolares, depresión, ansiedad del sueño – vigilia, disfunciones sexuales y neurocognitivo. (35)
 - De los opioides. - el efecto más común es: nauseas, estreñimiento, picor si la dosis es muy alta depresión respiratoria dependencia física, adicción y alteración hormonal. (35)
 - De lo bloqueadores neuromusculares. - los efectos adversos más importantes son efectos cardiovasculares como taquicardia e hipertensión así mismo pueden dañar los nervios que controlan a los músculos. (35)

2.3.1.2. Valoración de la sedoanalgesia.

- a) **Monitorización de la sedoanalgesia.** – después de asegurar la analgesia - sedación es importante el tratamiento integral del paciente crítico sometido a ventilación mecánica; los fármacos sedantes se

deben administrar según las necesidades de cada paciente, administrando la dosis necesaria para conseguir el objetivo. Se debe identificar la sedación, desde el inicio de la terapéutica y considerado de forma regular, lo ideal debe ser por lo menos una vez por turno. La estrategia de sedación debe prever distintas necesidades durante el turno, enmarcándose dentro del contexto de una sedación dinámica ofrecida al paciente. El tope de sedación dependerá: características psicológicas del paciente, situación clínica según la naturaleza y gravedad, por evolución proyectada y su tolerancia a las formas de soporte usadas para el tratamiento, según los objetivos buscados. El monitorear la sedación permite identificar y revertir situaciones de infra o mucha sedación con evolución negativa en pacientes críticos; la sobredosificación deberá aplicarse a los pacientes según la situación, se le administra más sedación de la que realmente necesite. La Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), por su conexión con el Confusión Assessment Method (CAM: método de evaluación de la confusión) para la UCI (CAM-ICU), recomienda el Grupo de trabajo monitorizar a los pacientes con necesidad de sedación no profunda y la monitorización mediante el análisis biespectral (BIS®) en aquellos con sedación profunda. En casos, de valores inferiores de 40 en el BIS® el aporte no es benéfico, excepto en aquellos pacientes en los que se requiera reducir al máximo el trabajo neuronal. La monitorización con BIS® recomendable a paciente tratado con bloqueo neuromuscular para impedir los fenómenos de recall (recordar).(36)

- b) **Escalas utilizadas para evaluar sedoanalgesia.** – en la actualidad se ha descrito varias escalas, donde en ellas incluyen la gradación del nivel de conciencia frente a estímulos de diferentes intensidades, otras escalas valoran parámetro de tolerancia al tuboendotraqueal y/o la ventilación mecánica y otros incluyen y gradúa la agitación y uno de las escalas más utilizados por los profesionales de enfermería en el servicio de la unidad de cuidado intensivo que a continuación se describen (36):

- **Richmond agitation sedation scale (RASS).**

La escala fue descrita por Sessler en el año 2002 la elaboración fue dada por un equipo multidisciplinario donde los principales protagonistas fueron los médicos, los profesionales de enfermería y el equipo de salud complementario en la atención del paciente con sedoanalgesia conectado a ventilación mecánica. La validación a pacientes ventilados y no ventilados además es de simple aprendizaje y agilidad aceptabilidad. La escala RASS de 10 puntos, donde los valores positivos indican agitación mientras tanto los valores negativos indican sedación según (tabla 1) donde el nivel 0 indica paciente despierto y tranquilo el nivel +4 a una situación máxima de agitación y un -5 un mayor grado de depresión del nivel de conciencia; es la escala que ofrece más información, así como en la fase agitada como en la fase de sedación, la RASS tiene adecuada correlación al inicio del delirio una vez detectado la presencia o ausencia de la atención.(36)

Tabla 1.

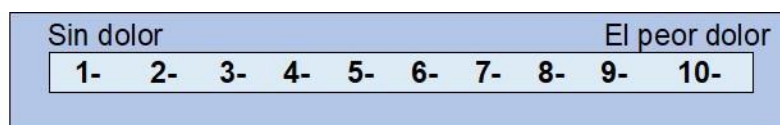
Escala de sedación y agitación de Richmond.

Valor	Estado	Descripción
+4	Combativo - agresivo	Ansioso. violento
+3	Agitado extremo	quiere retirar los catéteres, el TET, etc.
+2	Movido o agitado	Está en lucha con el VM
+1	Ansioso - intranquilo	Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos.
0	Normal	Alerta y tranquilo
-1	Adormilado - sornoliento	Despierta con la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-2	Sedación ligera	Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos

-3	Sedación mediano	Abre y mueve los ojos al llamado, no te dirige la mirada.
-4	Sedación abismal o profunda	No responde al llamado, al estímulo físico abre los ojos.
-5	No se puede despertar – sedación muy profunda	No hay respuesta a la estimulación física.

2.3.1.3. Valoración del dolor.

- a) **Escala de valoración del dolor.** - dolor de manifestación sensorial desagradable y daño tisular tangible y/o probable, tratamos como una definición subjetivo y siempre existe; que un paciente refiera que “me duele”; los cuestionarios y/o escalas confirman lo complejo de valorar el dolor, Como conclusión se consideran de utilidad las escalas y cuestionarios, todas ellas válidas y ninguna concluyente.(37)
- b) **Valor el dolor a pacientes conectado a ventilación mecánica invasiva.** – la valoración del dolor en pacientes sometidos a ventilación mecánica en UCI se manifiesta con indicadores fisiológicos tales como: frecuencia cardiaca, presión arterial, sudoración, taquipnea entre otros, las escalas más utilizadas son:
- **Escala verbal numérica / escala visual analógica.** – la forma de denotar el dolor es lineal de 10 cm expresado como los extremos describe la frase “no dolor” y al otro extremo “el peor dolor imaginable”



Esta evaluación puede ser verbal o escrita es decir esta evaluación es en pacientes despiertos y que entiendan las indicaciones.(37)

- **Escala Observacional del dolor en cuidados críticos.** - acontecimiento en pacientes del servicio “unidad de cuidado intensivo” el dolor se transforma en un aspecto fundamental de atención, se evidencia dificultades en pacientes que no pueden manifestarlo verbalmente. Pese a la existencia de escalas similares esta, se basa en comportamiento y reacción fisiológica independiente a la verbalización del paciente; esta acción de medición se realiza, de acuerdo a la percepción del profesional de enfermería. (37)

Indicador	score	Descripción
Expresión de la Cara	0	calmado.
	1	Tensionado (gesto fruncidos, cejas bajadas, orbitas ocular contraído)
	2	Muecas (mov. anterior + parpado cerrados fuerte)
Movimientos del cuerpo	0	Ausencia de movimientos
	1	Protección (mov. lento, ubica dolor, busca atención a través del mov.)
	2	Agitado (impulsa el TET, las ordenes no obedece)
Tensión muscular	0	Relajado (no resistencia a mov. pasivos)
	1	Estresado, rigidez (oposición a mov. pasivos)
	2	Muy tenso o muy rígido (fuerte resistencia)
Adaptación: ventilador mecánico	0	Adaptación adecuada (alarmas inactivas, ventilación optima)
	1	Tose pero se adapta

	2	Pelea con el ventilador (formando: asincronía, activa las alarmas)
Vocalización (pacientes extubados)	0	Habla con tono normal o no habla
	1	Suspiros, gemidos
	2	Gritos, sollozos
Rango total = 0-10		

c. Behavioral Pain Scale (BPS escala conductual del dolor).

Es una escala que se aplica en pacientes no comunicativos, que fue validado para valorar el dolor en el paciente crítico, así mismo el uso de la escala se limita en sedación óptima y/o profunda, parálisis de los miembros superiores e inferiores o daño de los nervios periféricos y tratamientos neuromusculares. La escala valora ítems de expresión facial, movimientos de miembros superior y adaptación a la ventilación mecánica con puntuaciones de 1-4 cada uno de ellos y score sería de la siguiente manera: 3 ausencia de dolor y 12 máxima intensidad de dolor. .(37)

Ítem	Descripción	Score
Expresión de la cara o facial	Relajado	1
	Parcialmente o mediano tenso	2
	Totalmente tensa	3
	Haciendo o realizando muecas	4
Movimientos de los miembros superiores	Relajado	1
	Parcialmente o mediano flexionado	2
	Totalmente flexionado	3
	Totalmente contraído	4
	Tolerando movimientos	1

Ventilación mecánica	Tos activa, pero tolera la mayor parte del tiempo	2
	Luchando contra el ventilador	3
	Imposibilidad de controlar el ventilador	4

2.3.1.4. Valoración de la ventilación mecánica.

- a. Definición de ventilación mecánica.** - ventilación mecánica es una máquina con finalidad de apoyo artificial en la respiración del paciente crítico que introduce gas en la vía aérea, por medio de un sistema mecánico externo, facilitando el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio, dicha terapéutica ha contribuido en mejorar la sobrevivencia de los pacientes en estado crítico.(38)
- b. Objetivo de ventilación mecánica.** - los principales objetivos son: optimo oxigenación y su respectivo intercambio, protección pulmonar y aliviar el trabajo respiratorio.(38)
- c. Indicaciones de ventilación mecánica.** Las indicaciones se dividen en fisiológicos y clínicos: (38)
- Fisiológicos: para dar soporte el intercambio gaseoso ventilación alveolar, oxigenación arterial; para incrementar el volumen pulmonar, suspiro o insuflación del pulmón en la inspiración, capacidad residual funcional; así mismo para reducir el trabajo respiratorio poner en reposo los músculos respiratorios. (38)
 - Clínicos: revertir hipoxemias, revertir la acidosis respiratoria aguda, mejorar el distrés respiratorio, prevenir o revertir las atelectasias, revertir la fatiga muscular ventilatoria, permitir la sedación y/o el bloqueo neuromuscular, disminuir el consumo de oxígeno sistémico o miocárdico, torax inestable, disminuir la presión intracraneana y estabilizar la pared torácica. (38)
- d. Modos de ventilación mecánica.** - el desarrollo de la ventilación mecánica en función a la comprensión de la fisiología respiratoria, en función a los modos de presión y flujo generalmente se inicia

con el modo controlado o asistido/controlado; a continuación, se detalla: (38)

- **Por volumen.** - este modo ventilatorio se define que por ciclo respiratorio dado con igual nivel de flujo y tiempo lo que indica un volumen constante independiente al esfuerzo que se somete el paciente y presión que se genera en algunos ventiladores facilita el cambio a descendente o senoidal con la finalidad de disminuir la presión inspiratoria pueden ser controlados: total, parcial o ser espontaneo: Controlado (CMV), Asistida / controlada (A/C), ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV), Control de volumen regulado por presión o flujo automático PRVC / Auto Flow y Ventilación espontanea (VS). (38)
 - **Por presión.** - se refiere que por ciclo respiratorio dada en la inspiración a nivel de presión preseleccionado, en tiempo establecido. el volumen y el flujo varía según el sistema respiratorio con la fuerza del impulso inspiratorio. La entrega de flujo más frecuente será en forma de rampa descendente. modalidad donde el cambio en la distensibilidad del torácica específicamente en la pared, la resistencia del sistema influye en el volumen tidal. Así, cuando hay mayor resistencia y menor distensibilidad disminuirá el volumen y se incrementará si mejora la distensibilidad y la resistencia disminuye: controlados total, parcialmente o espontáneo: Controlado por presión (PCV), PCSIMV, Presión soporte (PSV), Bipap / Bilevel y APRV. (38)
 - **Presión positiva continua (CPAP).** – es la aplicación de una presión constante en las vías aéreas durante el ciclo respiratorio espontaneo, este modo no proporciona asistencia inspiratoria; el paciente necesita de estímulo respiratorio espontanea para generar un PEEP con efectos iguales en lo fisiológico. (38)
- e. **Complicaciones de la ventilación mecánica.** - toda eventualidad en el proceso de VM es complicación grave, este evento puede

comprometer la ventilación y por ende llevar a la muerte al paciente estos eventos podemos mencionarlos:

- Asociados a los sistemas mecánicos entre ellos mangueras, conectores, entre otros que pueden ser evitables.
- Vinculado a vía aérea artificial pueden ser: durante la entubación (traumatismo, aspiración de jugo gástrico y demás residuos del estómago, arritmias), en proceso de ventilación (mala posición, obstrucción accidental del tubo, extubación accidental), posterior a la extubación (reflejos respiratorios comprometidos o deprimidos, secuelas laríngeas y traqueales)
- Infecciones pulmonares NAV
- traumas incitados por la ventilación mecánica (barotrauma enfisema intersticial a nivel alveolar y/o subcutáneo, neumomediastino, neumoperitoneo y neumotórax).
- Volutrauma. Injuria pulmonar (atelectasia)

2.3.2. Practica en el cuidado que posee enfermería en pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica.

Practica en el cuidado. - la práctica en enfermería constituye un componente esencial del proceso conocimiento, aprendizaje y acción en las labores de atención al paciente, también es el resultado del tiempo de experiencia y la expresión del conocimiento científico a su vez también del empírico usando los sentidos y una conducta psicomotriz, así mismo es el que promueve, facilita u obstaculiza al profesional de enfermería para prestar cuidados de calidad, además fortalecer la seguridad, bienestar de los pacientes y de sus colegas; la práctica adecuada contribuye a entornos positivos fomenta la excelencia de la organización, optimiza los resultados y mejora la percepción y satisfacción del paciente.

a) Antes de la sedoanalgesia.

1. Valora agitación y su necesidad de sedoanalgesia del paciente sometido a VM.
1. Resuelve la agitación a través de medios no farmacológicos.
2. Evaluación y toma de funciones vitales.
3. Canaliza y/o verifica la vía exclusiva de sedoanalgesia.

4. Preparación del material (ventilador mecánico, circuitos, humidificador, bombas de infusión, fármacos) previo al lavado de manos cumpliendo los 5 correctos.(39)

b) Durante la sedoanalgesia.

5. Preparación correcta del medicamento, concentración y la dosis.
6. Escribe en los equipos infusoras: nombre, hora, fecha y dosis del medicamento.
7. Valora la sedoanalgesia del paciente sometido a VM por medio de la escala de RASS las veces necesarias.
8. Valora el dolor con la escala BPS.
9. Titula el medicamento acorde al estado de sedoanalgesia del paciente en VM.
10. Monitorea las FV c/hora. (PA, FR, FC, Sat O₂).
11. Reconoce signos de efecto adverso a la sedoanalgesia de pacientes sometidos a VM.
12. Procede al destete progresivo de la sedoanalgesia según orden médica.
13. Realiza anotación y registro de las observaciones en la HC del paciente (hoja de valoración y monitoreo de enfermería)(39)

● **Después de la sedoanalgesia.**

14. Reconoce complicación que se manifiesta luego de la sedoanalgesia en paciente sometido a VM.
15. Hace anotación y registra las observaciones en la HC del paciente (Hoja de valoración y monitoreo de enfermería)(39)

2.4. Definición de términos básicos.

Sedoanalgesia.

La sedoanalgesia es la acción de combinar sedación con anestesia local, normalmente en casos de cirugía, etc. Estudios, demostraron que la administración de sedoanalgesia es rentable en costo y tiempo en semejanza a la anestesia local y/o general, y que el uso puede reducir el número de personal de enfermería, anesthesiólogo y equipos necesarios para determinados procedimientos. Se utiliza con frecuencia en pacientes

que presentan un riesgo considerable y en pacientes de edad avanzada con afecciones médicas comórbidas. (2)

Escala (RASS).

Más conocida como (Escala de Agitación y Sedación de Richmond) instrumento para evaluar agitación - sedación en pacientes. Ha sido validada tanto en paciente ventilado como en pacientes no ventilados. (40)

Analgesia.

Alivio de la impresión al dolor sin producción deliberado de un estado de sedación. El estado mental alterado puede ser un efecto secundario de la medicación administrada.(41)

Sedación.

Alerta deprimida, pero de manera controlado o percepción nula del dolor siempre en cuando mantienen estable los signos vitales, Vía aérea protegida y ventilación espontánea. (41)

Dolor.

Expresión desagradable, en lo sensorial o emocional se puede asociar al daño tisular real o potencial, es un concepto muy subjetivo donde existirá dolor, cuando el paciente indique que expone dolor. (42)

Ventilación mecánica.

Ventilación mecánica (V M) es un medio terapéutico de soporte de vida, que contribuyó decisivamente mejorar la sobrevivencia de los pacientes en estado crítico, en aquellos que sufren insuficiencia respiratoria aguda (IRA). (38)

Practica.

Describe la habilidad de la persona que adquiere en el tiempo previo al conocimiento, revisión, expresión; la práctica son acciones que puede ser cuantificada por medio de instrumentos y clasificamos de diferentes formas: correcto, incorrectas, superficiales, adecuadas, malas entre otros. (43)

Unidad de cuidado intensivos (UCI).

La creación de servicios UCI en los hospitales; en la actualidad especialidad, con el desarrollo de la medicina y la tecnología. La UCI es servicio dentro del marco institucional con una estructura diseñada para

mantener las funciones vitales de los usuarios en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación. (44)

Benzodiacepinas

Son en particular útil porque son ansiolítico, anticonvulsivante, amnésico que proporciona algún grado de relajación muscular y efectos hipnóticos. Sus efectos están mediados por depresión de la excitabilidad del sistema límbico, mediante la unión reversible al complejo receptor benzodiacepina-ácido gama amino butírica (GABA). Tiene mínimo efecto depresor cardiorrespiratorio y también es sinérgico con opioides. Sin embargo, la dosis infundido rápido pueden causar hipotensión y paro respiratorio. Todas ellas se metabolizan en el hígado. Fármaco generalmente utilizado en esta clase son: midazolam. Diazepam y lorazepam. (45)

Opiáceos.

variedad de analgésico opiáceo, donde la acción analgésica se produce en su interacción con los receptores opioides de neuronas del SNC. Los más potentes fármacos analgésicos que contamos en la actualidad. El riesgo de habito es limitación principal de uso de los analgésicos, por lo cual, suelen aplazar para tratamiento de corta duración en dolor muy agudo o esencialmente para aliviar el dolor en pacientes terminales. (46)

Hemodinámica.

Parte de la biofísica que refiere al estudio de la dinámica sanguínea en el interior del cuerpo como: las arterias, las venas, vénulas, arteriolas y capilares, también la mecánica del corazón mediante la introducción de cateterismo finos a través de las arterias de la ingle o brazo. Este procedimiento interpreta con exactitud el estado del aparato cardiovascular de todo el cuerpo y del corazón. (47)

Hipoxia.

Depleción de oxígeno en la sangre repercute en el cuerpo y afecta la función. Diferentes situaciones son las causas, como: tabaquismo, inhalación de gases o exposición a grandes alturas (mal de montaña) dotación insuficiente de oxígeno al cerebro afecta con correcto funcionamiento normal. La poca dotación de oxigeno afecta a los hemisferios cerebrales más grande del cerebro. (47)

Cuidados de enfermería.

Referente a la acción y manejo que brinda el profesional enfermero en sus usuarios con la finalidad de mejorar su estado de salud. (48)

Conocimiento.- vincula una mayor capacidad resolutive, ello por el amplio conocimiento de competencias que permitirá mayor oportunidad en la atención eficiente (27)

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

3.1. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General.

Ha. Existe relación entre el conocimiento y práctica de cuidado de enfermería a paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

H₀. No existe relación entre conocimiento y práctica de cuidado de enfermería a paciente con sedoanalgesia sometido a VM en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

3.1.2. Hipótesis específicas

16. **H₁.** Existe relación entre conocimiento y práctica de cuidado por enfermería antes de la sedoanalgesia e pacientes sometidos a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

17. **H₂.** Existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería durante la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

18. **H₃.** Existe relación entre conocimiento y práctica del cuidado de enfermería después de la sedoanalgesia en pacientes sometidos a VM en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

3.1.1. Operacionalización de variables.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Índice / Ítems	Método y Técnica
Conocimiento	El conocimiento representa el eje de formación académica de los profesionales en enfermería aunando al desarrollo de habilidades y destrezas; con los conocimientos se mide el impacto de los cuidados que brinda el profesional de enfermería tomando nuevas decisiones y/o direcciones de acuerdo a las necesidades. (49)	Es el conjunto de conceptos teóricos que posee el profesional de enfermería que emplea en el cuidado a los pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica .	Sedoanalgesia	<ul style="list-style-type: none"> Definición. Objetivo indicaciones Complicaciones. Fármacos usados con frecuencia Efectos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> Pregunta: 1,2,3,4,5,6. 	Hipotético deductivo cuantitativo - Cuestionario
			Agitación y sedación.	<ul style="list-style-type: none"> Escala de sedación RASS: violento, intenta retirarse todo, movimiento frecuentes, ansioso, adormilado –tranquilo, somnoliento, despierta 10 segundos, se mueve y abre los ojos sin dirección, no responde abre los ojos a dolor, no hay respuesta a estímulo. 	<ul style="list-style-type: none"> Pregunta: 7,8,9,10, 11,12,13, 14,15,16, 17. 	Hipotético deductivo cuantitativo - Cuestionario
			Dolor	<ul style="list-style-type: none"> Escala de estimación de dolor. Valoración de dolor en pacientes con VM. Escala BPS. 	<ul style="list-style-type: none"> Preguntas: 18, 19 	Hipotético deductivo cuantitativo - Cuestionario
			Ventilación mecánica	<ul style="list-style-type: none"> Definición. Objetivo. Indicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Pregunta: 20, 21, 22,23,24. 	Hipotético deductivo

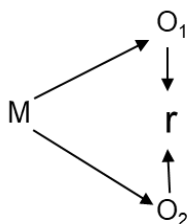
Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Índice / Ítems	Método y Técnica
				<ul style="list-style-type: none"> • Modos de ventilación mecánica. • Complicaciones de la ventilación mecánica. 		cuantitativo - Cuestionario
Practica	La práctica corresponde a la acción o las acciones que desarrolla en base a los conocimientos, la práctica es el manejo de técnicas para brindar cuidados integrales a los pacientes es situación crítica de su salud. (2)	Practica que posee enfermería son las habilidades y destrezas que evidencia frente al cuidado que le brinda al paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica	Antes de la sedoanalgesia	<ul style="list-style-type: none"> • Valora agitación y su necesidad de sedoanalgesia del paciente sometido a VM. • Resuelve la agitación a través de medios no farmacológicos. • Evaluación y toma de funciones vitales. • instala y/o verifica la vía exclusiva de sedoanalgesia. • Preparación del material (ventilador mecánico, circuito para ventilación, humidificación, bomba de infusión, fármacos) previo al lavado de manos cumpliendo los 5 correctos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ítems: 1, 2, 3, 4, 5. 	Hipotético deductivo cuantitativo – guía de observación
			Durante el proceso de sedoanalgesia	<ul style="list-style-type: none"> • Prepara correctamente la medicación, concentración y dosis. • Escribe en los equipos infusoras: nombre, hora, fecha y dosis del medicamento. • Valora la sedoanalgesia del paciente sometido a VM por medio de la escala de RASS las veces necesarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ítems: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. 	Hipotético deductivo cuantitativo – guía de observación

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Índice / Ítems	Método y Técnica
				<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del dolor según escala BPS. • Titula la medicación según el estado de sedoanalgesia del paciente en VM. • Monitorea las FV c/hora. (PA, FR, FC, Sat O₂). • Reconoce signos de efecto adverso a la sedoanalgesia de pacientes sometidos a VM. • Procede al destete progresivo de la sedoanalgesia según orden médica. • Realiza anotación y registro de las observaciones en la HC del paciente (hoja de valoración y monitoreo de enfermería) 		
			Después de la sedoanalgesia	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce complicación que se manifiesta luego de la sedoanalgesia en paciente sometido a VM. • Hace anotación y registra las observaciones en la HC del paciente (Hoja de valoración y monitoreo de enfermería) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ítems: 15, 16. 	Hipotético deductivo cuantitativo – guía de observación

IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO.

4.1. Diseño metodológico.

El tipo de investigación es cuantitativo porque se basó en la cuantificación numérica de las variables, el estudio realizado es aplicada donde el objetivo es conocer “conocimiento y practica de cuidado de enfermería a paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica, con respecto al nivel que se relaciona, en primero describimos las variables y a su vez correlacionamos las variables,(50) posee un corte transversal por el estudio en momento determinado, de tipo prospectivo por que se realizó el estudio en un momento actual es decir se registró los hechos en el momento de la investigación. El estudio que se investigó su diseño fue no experimental, porque no se manipula las variables de la investigación, el nivel de investigación es de tipo relacional fue sometido a la correlación de sus variables.(51)



Donde:

M: Muestra Profesionales de Enfermeria

O₁: Variable Valoración del Conocimiento

O₂: Variable Valoración de la Practica

r: Relación entre **O₁** y **O₂**

4.2. Método de investigación.

Esta investigación se basa en el hipotético-deductivo, el cual parte de la formulación del problema partiendo de observar para luego redactar la hipótesis explicando el problema, continuando un proceso continuo en cada etapa y utilizando la hipótesis del estudio para establecer la relación de las variables. (51)

4.3. Población y muestra.

Población

La población de estudio fueron todos los profesionales de enfermería que laboraban en la UCI del hospital de tercer nivel, contándose un total de 36 licenciados en enfermería.

Muestra

Para sacar la muestra aplicamos la fórmula. Al realizar la operación matemática, la muestra final estuvo conformada por 33 profesionales de enfermería que laboraban en la UCI del hospital de Tercer Nivel Lima, según lo siguiente:

$$\eta = \frac{Z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N: Tamaño de la Población = **36**

n: Muestra

Z: Coeficiente de confianza = 1.96

P: Probabilidad que ocurra el evento = 0.5

q: Probabilidad que no ocurra el evento = 0.5

e: Error muestral = 0.05

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{(36) (1,96)^2 (0.5)(0.5)}{(36-1) (0.05)^2 + (1.96)^2(0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(36)(3.8)(0.25)}{(36)(0.0025) + (3.8)(0.25)}$$

$$n = \frac{31.35}{1.0325}$$

$$n = 33.3 = 33; \quad n = \mathbf{33}$$

Población de estudio = 33 Lic. en enfermería

Elegimos a participantes por muestreo no probabilístico por conveniencia conforme a disponibilidad de los licenciados de la UCI.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.

El ámbito de estudio es el Servicio de cuidado intensivos de un hospital de 3er nivel del distrito de Jesús María (Lima Perú) cuenta con 14 camas, 36 enfermeras y 18 técnicos de enfermería.

El Periodo en el que recolecta los datos Enero - mayo 2024.

4.5. Técnica e instrumento.

Técnica empleada en recolección de información.

Para esta investigación se utilizaron dos técnicas:

La primera, la encuesta, debido a su facilidad de uso y por permitir abordar a los sujetos de investigación para recolectar información importante para la investigación.

La segunda, la observación, porque permitió recolectar información través del sentido de la vista, identificando si el participante de la investigación realizaba cierta acción de cuidado con los pacientes en la UCI.

Instrumentos

Utilizamos dos instrumentos, que a continuación describimos:

- a) **Cuestionario de conocimiento del cuidado de enfermería:** estuvo conformada por dos partes; la primera sobre datos generales y la segunda sobre partes específicas de conceptos claves sobre el conocimiento de sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica, consta de 24 preguntas cerradas con respuestas opciones de respuesta múltiple y con una sola respuesta. (1) respuesta adecuada y (0) incorrecta. Sus baremos finales fueron:

Conocimiento	Baremos
Bajo	<15
Medio	15 - 20
Alto	>20

Validación

Fue sometido a validación de contenido por juicio de expertos, lo cual estuvo conformado por licenciados en enfermería especialista en cuidados intensivos y grados de maestría, se aplicó la V de Aiken con resultado = 0.83

Confiabilidad

Se aplicó a una muestra piloto y se midió la confiabilidad del instrumento a través del cálculo del KR20 como prueba estadística = 0.81; ello indicó del instrumento era confiable.

- b) Guía de observación de la práctica del cuidado:** se utilizó para medir las practicas, estuvo constituido por 16 ítems con opciones de respuestas dicotómicas (Sí; No), con un total de 3 dimensiones: antes, durante y después de la sedoanalgesia. Sus baremos finales fueron:

Práctica	Baremos
Deficiente	0 - 12
Eficiente	13 - 16

Validación

Fue sometido a la validación por juicio de expertos en el tema licenciados en enfermería especialista en cuidados intensivos y con grado de maestría. Por correspondencia y uniformidad aplicamos la V de Aiken con resultado = 0.87.

Confiabilidad

Para la confiabilidad se aplicó la guía de observación, esta se aplicó a una muestra piloto y luego se halló el coeficiente KR20 donde se apreció un valor de 0,81, lo que demostró instrumento era confiable.

4.6. Análisis y procesamiento de datos.

La presente investigación realizado la validez y confiabilidad de los instrumentos, precedimos recolectar la información mediante el Cuestionario y la guía de observación. Luego de tener los datos recolectados se procedió a plasmarlo en Excel - 2019 sobre el resultado obtenido, para insertar en el software SPSS versión 25 creando la base de datos donde nos permitió aplicar la estadística descriptiva: tablas, gráficas y la estadística inferencial se determinó mediante la correlación

de ambas variables, para luego trasladar a Microsoft Word para realizar la interpretación de las tablas y gráficos, así mismo el análisis de acuerdo a los objetivos y variables de investigación de la misma forma comparar las hipótesis, y rescribir la conclusión y recomendación de la investigación

4.7. Aspectos Éticos en Investigación.

La presente investigación está basada en los tres principios fundamentales de la ética en investigación: primero el respeto a las personas, ya que se mantendrá en reserva los nombres de los participantes; los resultados de la investigación beneficiará al servicio de la UCI y los profesionales de enfermería; así mismo no trasgrede tampoco afecta los derechos de las personas.

IV. RESULTADOS.

5.1. Resultados descriptivos.

Tabla 5.1.1

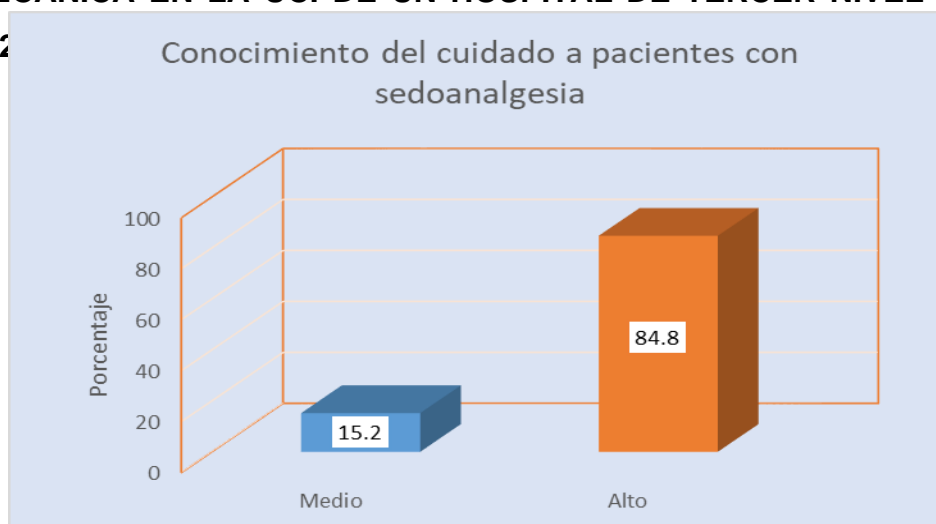
NIVELES DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES EN SEDOANALGESIA SOMETIDO A VENTILACION MECANICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

Conocimiento: cuidado a pacientes con sedoanalgesia.	fi	%
Medio	5	15,2
Alto	28	84,8
Total	33	100

Fuente: Cuestionario Conocimiento sometido a análisis descriptivo.

Figura 5.1.1.

NIVELES DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES EN SEDOANALGESIA SOMETIDO A VENTILACION MECANICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.



Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 5.1.1 y figura 5.1.1 el conocimiento del cuidado a pacientes con sedoanalgesia, se observa que

de 33 (100%), un 15,25 (5) conocimiento medio y el 84,8% (28) conocimiento alto.

Tabla 5.1.2

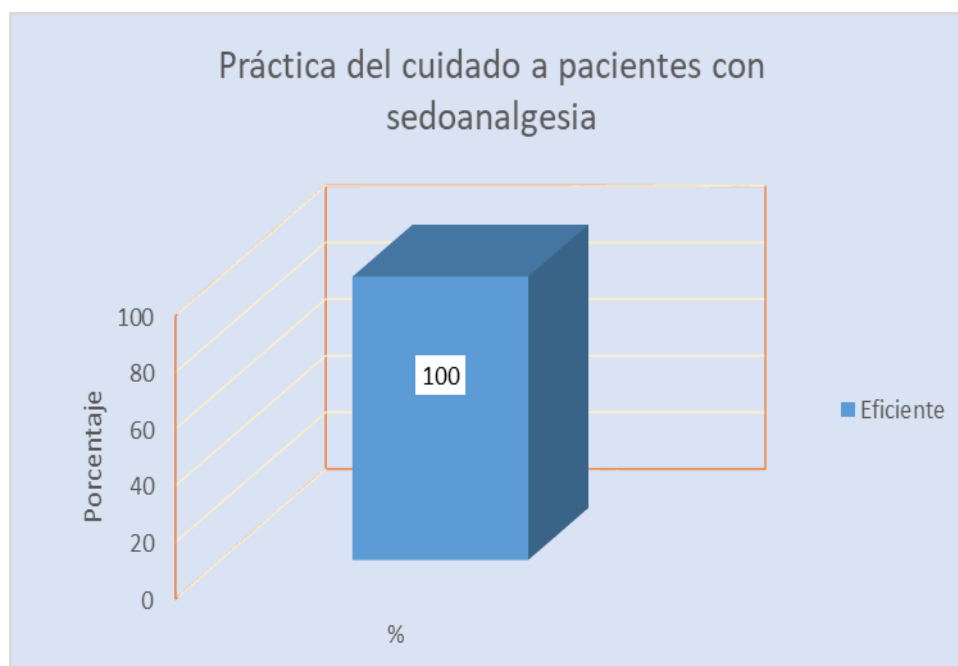
NIVEL DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE EN SEDOANALGESIA SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024

Práctica del cuidado a pacientes con sedoanalgesia	fi	%
Eficiente	33	100
Total	33	100

Fuente: Cuestionario Conocimiento sometido a análisis descriptivo.

Figura 5.1.2.

NIVEL DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE EN SEDOANALGESIA SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024



Interpretación.

De la tabla 5.1.2 y figura 5.1.2 de la práctica del cuidado a pacientes con sedoanalgesia, se observa que en su totalidad 33 (100%), los profesionales tuvieron una práctica de cuidado eficiente.

Tabla 5.1.3

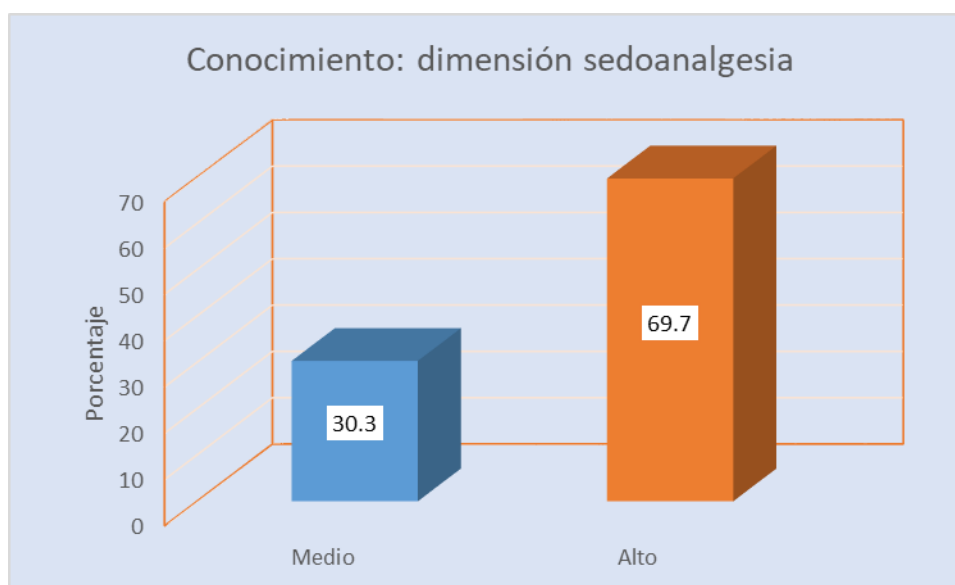
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA DIMENSIÓN SEDOANALGESIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

Conocimiento: sedoanalgesia	dimensión	fi	%
Medio		10	30,3
Alto		23	69,7
Total		33	100

Fuente: Cuestionario Conocimiento sometido a análisis descriptivo.

Figura 5.1.3.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA DIMENSIÓN SEDOANALGESIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.



Interpretación

De acuerdo a la tabla 5.1.3 y figura 5.1.3 del conocimiento en la dimensión sedoanalgesia de pacientes sometidos a ventilación mecánica, se observa que de 33 (100%), un 30,3% (10) tuvo un conocimiento medio y en más de la mitad con 69,7% (23) tuvieron un conocimiento alto.

Tabla 5.1.4

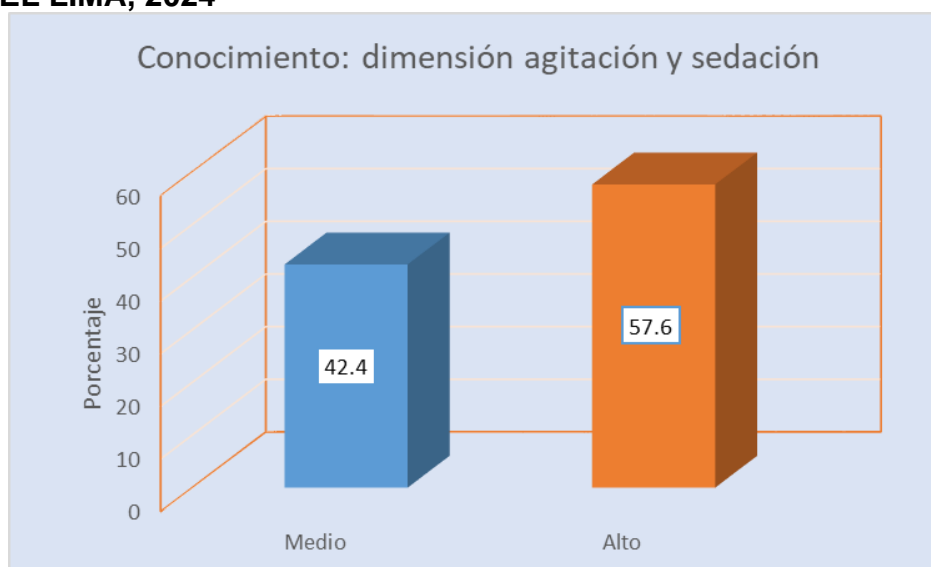
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA DIMENSIÓN AGITACIÓN Y SEDACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024

Conocimiento: agitación y sedación	dimensión	fi	%
Medio		14	42,4
Alto		19	57,6
Total		33	100

Fuente: Cuestionario Conocimiento sometido a análisis descriptivo.

Figura 5.1.4.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA DIMENSIÓN AGITACIÓN Y SEDACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024



Interpretación

De la tabla 5.1.4 y figura 5.1.4 del conocimiento en la dimensión agitación y sedación de pacientes sometidos a ventilación mecánica, se observa que de 33 (100%), un 42,4% (14) tuvo un conocimiento medio y en más de la mitad con 57,6% (19) tuvieron un conocimiento alto.

Tabla 5.1.5

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA DIMENSIÓN DOLOR DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN

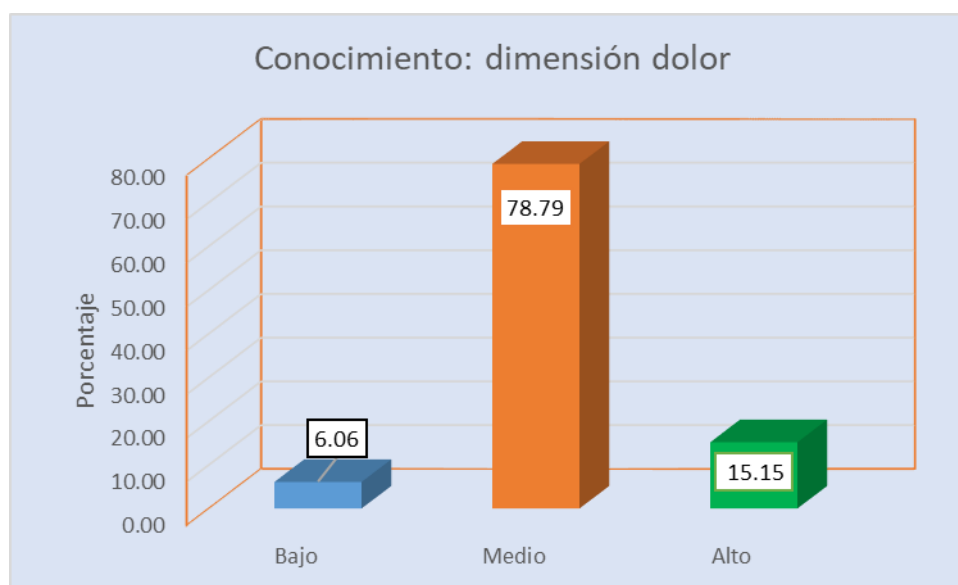
MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

Conocimiento:	dimensión	fi	%
dolor			
Bajo		2	6,1
Medio		26	78,8
Alto		5	15,2
Total		33	100

Fuente: Cuestionario Conocimiento sometido a análisis descriptivo.

Figura 5.1.5.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA DIMENSIÓN DOLOR DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.



Interpretación

De la tabla 5.1.5 y figura 5.1.5 del conocimiento en la dimensión dolor de pacientes sometidos a ventilación mecánica, se observa que de 33 (100%), un 6,1% (2) nivel bajo de conocimiento, el (78,8%) 26 nivel medio del conocimiento y 15,2% (5) un nivel de conocimiento alto.

Tabla 5.1.6

CONOCIMIENTO EN LA DIMENSIÓN VENTILACIÓN MECÁNICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO EN

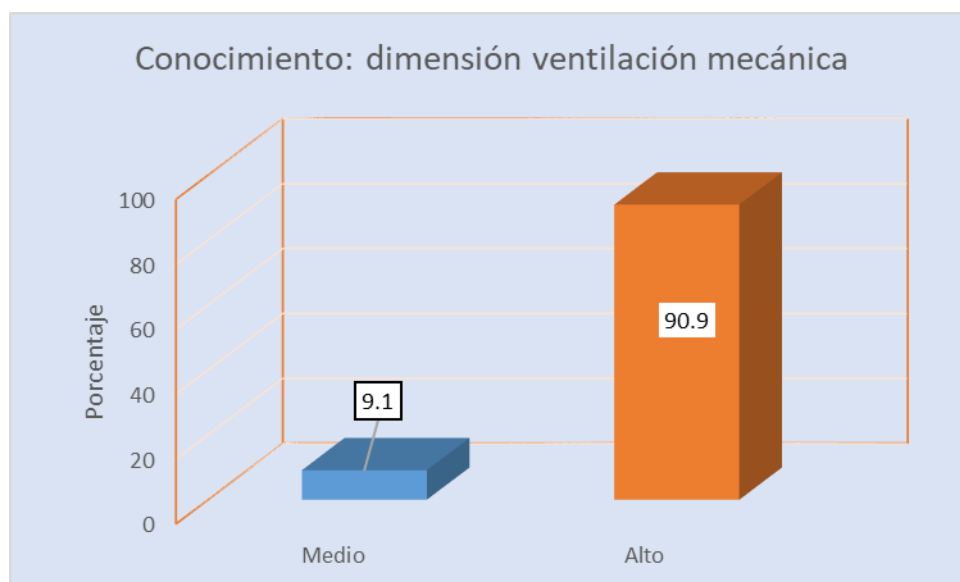
VETNILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA ,2024.

Conocimiento: ventilación mecánica	dimensión	fi	%
Medio		3	9,1
Alto		30	90,9
Total		33	100

Fuente: Cuestionario Conocimiento sometido a análisis descriptivo.

Figura 5.1.6.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA DIMENSIÓN VENTILACIÓN MECÁNICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO EN VETNILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA ,2024.



Interpretación

De la tabla 5.1.6 y figura 5.1.6 del conocimiento en la dimensión ventilación mecánica de pacientes sometidos a ventilación mecánica, se observa que de 33 (100%), un 9,1% (3) conocimiento medio y el 90,9% (30) un conocimiento alto.

Tabla 5.1.7

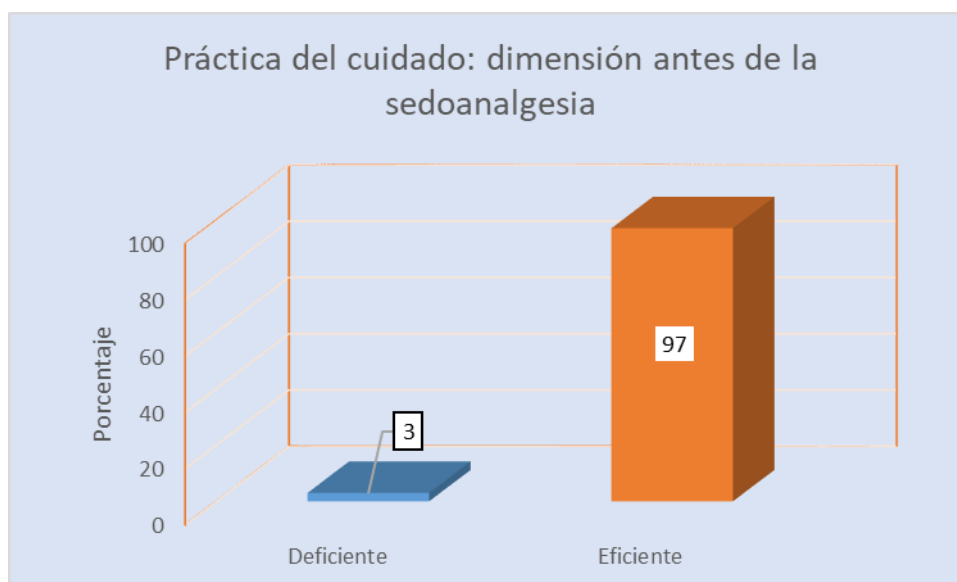
PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN ANTES DE LA SEDOANALGESIA A PACIENTES SOMETIDO A VENTILACION MECANICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, 2024.

Práctica del cuidado: dimensión antes de la sedoanalgesia	fi	%
Deficiente	1	3
Eficiente	32	97
Total	33	100

Fuente: análisis descriptivo instrumento guía de observación

Figura 5.1.7

PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN ANTES DE LA SEDOANALGESIA A PACIENTES SOMETIDO A VENTILACION MECANICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, 2024.



Interpretación

De a tabla 5.1.7 y figura 5.1.7 de la práctica del cuidado a pacientes en la dimensión antes de la sedoanalgesia, se observa que del total 33 (100%), un 3% (1) tuvieron prácticas deficientes y en su gran mayoría con 97% (32) tuvieron prácticas eficientes.

Tabla 5.1.8

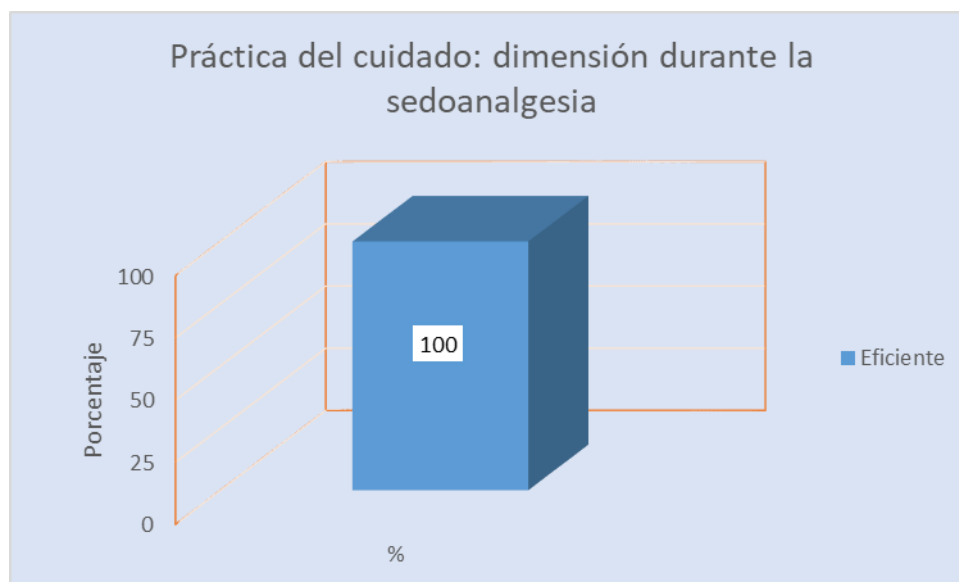
PRÁCTICA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN DURANTE LA SEDOANALGESIA A PACIENTE SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024

Práctica del cuidado: dimensión durante la sedoanalgesia	fi	%
Eficiente	33	100
Total	33	100

Fuente: análisis descriptivo instrumento guía de observación

Figura 5.1.8

PRÁCTICA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN DURANTE LA SEDOANALGESIA A PACIENTE SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.



Interpretación

De la tabla 5.1.8 y figura 5.1.8 de la práctica del cuidado a pacientes en la dimensión durante la sedoanalgesia, se observa que en su totalidad 33 (100%), los profesionales tuvieron una práctica de cuidado eficiente.

Tabla 5.1.9

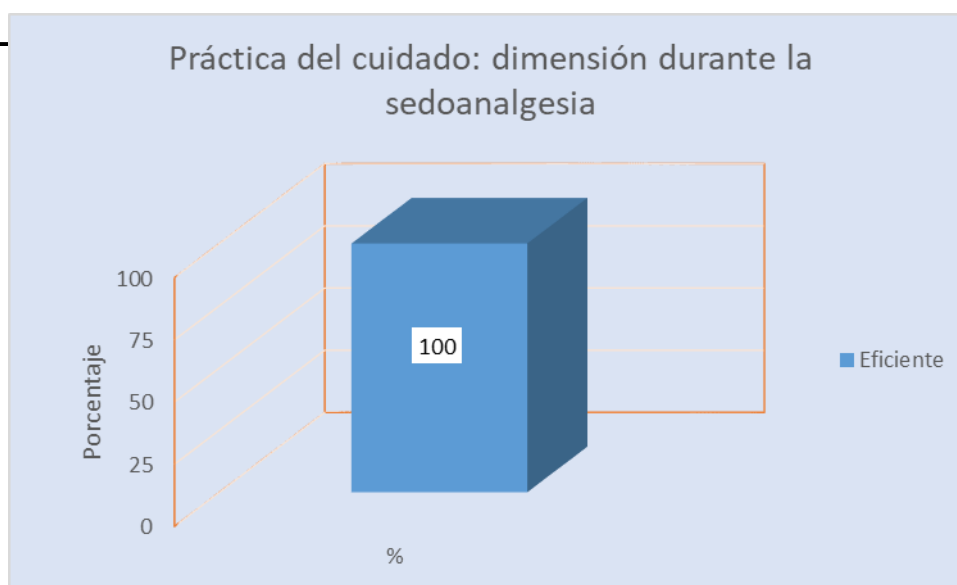
PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN DESPUÉS DE LA SEDOANALGESIA A PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

Práctica de cuidado:	Dimensión después de la sedoanalgesia.	fi	%
Eficiente		33	100
Total		33	100

Fuente: análisis descriptivo instrumento guía de observación

Figura 5.1.9

PRÁCTICA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN DESPUES DE LA SEDOANALGESIA A PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL



Interpretación

De la tabla 5.1.9 y figura 5.1.9 de la práctica del cuidado a pacientes en la dimensión después de la sedoanalgesia, se observa que en su totalidad 33 (100%), los profesionales tuvieron una práctica de cuidado eficiente.

18.2. Resultados inferenciales.

Tabla 5.2.1

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE EN SEDOANALGESIA SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

		Conocimiento	Práctica	
Rho de Spearman	Conocimiento	Coefficiente de correlación	1	0,211
		p-valor	-	0,238
		n	33	33
	Práctica	Coefficiente de correlación	0,211	1
		p-valor	0,238	-
		n	33	33

Fuente: Instrumentos del estudio de investigación resultado del análisis inferencial.

Interpretación

En la tabla 5.2.1 al verificar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería a pacientes con sedoanalgesia, se observa un coeficiente de correlación Rho de Spearman=0,211 y un p-valor=0,238, lo que indicó la existencia de un relación directa, positiva, débil, pero no significativa entre ambas variables.

Tabla 5.2.2

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA DIMENSIÓN ANTES DE LA SEDOANALGESIA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

		Conocimiento	Práctica antes de la sedoanalgesia	
Rho de spearman	conocimiento	coeficiente de correlación	01	0,208
		p-valor	-	0,246
		n	33	33
	Práctica antes de la sedoanalgesia	Coefficiente de correlación	0,208	1
		p-valor	0,246	-
		n	33	33

Fuente: Instrumentos del estudio de investigación resultado del análisis inferencial.

Interpretación

En la tabla 5.2.2 al verificar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la dimensión antes de la sedoanalgesia, se observa un coeficiente de correlación Rho de Spearman=0,208 y un p-valor=0,246, lo que indicó la existencia de un relación directa, positiva, débil, pero no significativa entre ambas variables.

Tabla 5.2.3

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA DIMENSIÓN DURANTE DE LA SEDOANALGESIA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

		Conocimiento	Práctica durante la sedoanalgesia	
Rho de Spearman	Conocimiento	Coeficiente de correlación	1	
		p-valor	0,113	
	Práctica durante la sedoanalgesia	Coeficiente de correlación	-	
		p-valor	0,531	
			n	33
			n	33

Fuente: Instrumentos del estudio de investigación resultado del análisis inferencial.

Interpretación

En la tabla 5.2.3 al verificar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la dimensión durante la sedoanalgesia, se observa un coeficiente de correlación Rho de Spearman=0,113 y un p-valor=0,531, lo que indicó la existencia de un relación directa, positiva, débil, pero no significativa entre ambas variables.

Tabla 5.2.4

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA DIMENSIÓN DESPUÉS DE LA SEDOANALGESIA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024.

		Conocimiento	Práctica después de la sedoanalgesia	
Rho de Spearman	Conocimiento	Coefficiente de correlación	1	0,103
		p-valor	-	0,541
		n	33	33
	Práctica después de la sedoanalgesia	Coefficiente de correlación	0,103	1
		p-valor	0,541	-
		n	33	33

Fuente: Instrumentos del estudio de investigación resultado del análisis inferencial.

Interpretación

De la tabla 5. 2. 4 verificando el conocimiento - práctica del cuidado de enfermería en la dimensión después de la sedoanalgesia su relación existente podemos, observar un coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,103 y un p-valor=0,541, lo que indicó la existencia de un relación directa, positiva, débil, pero no significativa entre ambas variables.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis.

6.1.1. Hipótesis general

Hipótesis nula (H₀)

No existe relación entre los conocimientos y la práctica de cuidado de enfermería a paciente sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

Hipótesis alterna (Ha)

Existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

Nivel de significancia estadística

$p < 0,05$

Estadística de prueba

Rho de Spearman

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde:

r_s = Correlación de Spearman

D = la diferencia entre los rangos de las variables correspondientes

n = número de observaciones

Decisión estadística

Con el valor del coeficiente Rho de Spearman=0,211 y el p-valor=0,238 podemos afirmar que existe una relación débil, positiva y no significativa entre ambas variables.

Conclusión

No se puede rechazar la hipótesis nula y se afirma que “No existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024”; esto significa que, por más que los conocimientos eran mayores, no necesariamente las prácticas de cuidado eran mejores.

6.1.2. Hipótesis específica 1

Hipótesis nula (Ho1)

No existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería antes de la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

Hipótesis alterna (Ha1)

Existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería antes de la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

Nivel de significancia estadística

$p < 0,05$

Estadística de prueba

Rho de Spearman

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde:

r_s = Correlación de Spearman

D = la diferencia entre los rangos de las variables correspondientes

n = número de observaciones

Decisión estadística

Con el valor del coeficiente Rho de Spearman=0,208 y el p-valor=0,246 podemos afirmar que existe una relación débil, positiva y no significativa entre ambas variables.

Conclusión

No se puede rechazar la hipótesis nula y se afirma que “No existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería antes de la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024”; esto significa que, por más que los conocimientos eran mejores no

necesariamente las prácticas de cuidado en la dimensión antes de la sedoanalgesia eran mejores.

6.1.3. Hipótesis específica 2

Hipótesis nula (Ho2)

No existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería durante la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

Hipótesis alterna (Ha2)

No existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería durante la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024

Nivel de significancia estadística

$p < 0,05$

Estadística de prueba

Rho de Spearman

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde:

r_s = Correlación de Spearman

D = la diferencia entre los rangos de las variables correspondientes

n = número de observaciones

Decisión estadística

Con el valor del coeficiente Rho de Spearman=0,113 y el p-valor=0,531 podemos afirmar que existe una relación débil, positiva y no significativa entre ambas variables.

Conclusión

No se puede rechazar la hipótesis nula y se afirma que “No existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería durante la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024”; esto significa que, por más que los conocimientos eran mejores no necesariamente las prácticas de cuidado en la dimensión durante de la sedoanalgesia eran mejores.

6.1.4. Hipótesis específica 3

Hipótesis nula (Ho3)

No existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería después de la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024

Hipótesis alterna (Ha3)

Existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería después de la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.

Nivel de significancia estadística

$p < 0,05$

Estadística de prueba

Rho de Spearman

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde:

r_s = Correlación de Spearman

D = la diferencia entre los rangos de las variables correspondientes

n = número de observaciones

Decisión estadística

Con el valor del coeficiente Rho de Spearman=0,103 y el p-valor=0,541 podemos afirmar que existe una relación débil, positiva y no significativa entre ambas variables.

Conclusión

No se puede rechazar la hipótesis nula y se afirma que “No existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado de enfermería después de la sedoanalgesia a pacientes sometido a ventilación mecánica en la UCI de un hospital de tercer nivel Lima, 2024”; esto significa que, por más que los conocimientos eran mejores no necesariamente las prácticas de cuidado en la dimensión después de la sedoanalgesia eran mejores.

6.2. Contrastación de resultados.

De acuerdo al estudio realizado por **Maldonado Espejo; P (Bolivia-2019)**; Las competencias de conocimiento del profesional de enfermería sobre la atención a pacientes en proceso de sedoanalgesia. Reportan los resultados que el 58,3% cuenta con un nivel regular, un 33,3% el nivel deficiente y sólo un 8,3% de nivel excelente, del total de profesionales de enfermería evaluadas. En comparación con la presente investigación, se observa un porcentaje alto de encuestados cuenta con excelente nivel de conocimiento del cuidado de enfermería a pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidado intensivo en un hospital de tercer nivel de lima, 2024.

De la misma forma, al comparar los estudios realizados por **Cahuana Alcahua Y. Chacca Yupaicca B. (Cuzco - 2022)** el estudio de investigación realizado Determinar la influencia de conocimiento en práctica de los profesionales enfermeros en valorar la sedoanalgesia en paciente en la UCI de ESSALUD Cusco – 2022. resultado obtenido expresa, existencia de influencia significativa del conocimiento y la práctica del personal de enfermería; un 42% de la variabilidad conocimiento del profesional de enfermería versus la valoración de sedoanalgesia, influye en la variabilidad de practica sobre la aplicación sedoanalgésico en pacientes. En comparación con la presente investigación la correlación entre las variables existe una relación directa,

positiva, débil, pero no significativa de acuerdo a Rho de Spearman = 0,211 y un p Valor= 0,238.

6.3. Responsabilidad ética de la investigación.

En la presente investigación se cumplió con las normas establecidas por la Universidad Nacional del Callao mediante resolución N° 260-19-CU Código de ética en investigación.

Objetividad: en cumplimiento del código de ética los profesionales que colaboraron como participantes de la investigación no cuentan con relación directa con los investigadores de la misma forma ni condicionados con intereses económicos y/o políticos.

Probidad: los investigadores cumplimos con los enfoques de la ética entre ellos podemos citar la justicia, el estudio autónomo, la no maleficencia y la beneficencia que aportara dicha investigación..

Transparencia: los resultados obtenidos de la investigación luego de la tabulación en la base de datos son veraz, se actuó con transparencia al presentarlos a los jueces expertos.

Profesionalismo: durante el proyecto, trabajo estadístico y elaboración del informe final de la tesis actuamos con total profesionalismo.

Igualdad, compromiso, dedicación y honestidad: el compromiso que se mantuvo dentro del estudio de investigación fue la dedicación a esta investigación, con honestidad frente a los derechos de autores que se utilizó para referenciar la tesis.

Confidencialidad: este principio se aplicó en el manejo de los resultados que se obtuvieron durante la aplicación de los instrumentos y la tabulación en la base de datos, así como los datos personales de los profesionales que participaron en la investigación.

VII. CONCLUSIONES.

1. La relación conocimiento y práctica del cuidado de enfermería a pacientes con sedoanalgesia existe una relación directa, positiva, débil pero no significativa entre ambas variables debido al resultado del coeficiente, correlación Rho de Spearman = 0,211 y el p valor = 0,238.
2. La relación entre conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a ventilación mecánica en la dimensión **antes** de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos se observa la existencia de una relación directa, positiva, débil pero no significativa entre ambas variables debido a que el coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,208 y un p valor= 0,246.
3. La relación entre conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a ventilación mecánica en la dimensión **durante** de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos, observamos un coeficiente de correlación de Rho de Spearman=0,113 y un p valor=0,531 lo que indica la existencia de una relación directa, positiva, débil pero no significativa entre ambas variables.
4. La relación entre conocimiento y práctica de cuidado de enfermería a paciente sometido a ventilación mecánica dimensionado en **después** de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos, observamos el coeficiente de correlación Rho de Spearman=0,103 y un p valor= 0,541 lo que indica la existencia de una relación positiva, débil, pero no significativa entre ambas variables.

VIII. RECOMENDACIÓN.

1. Se debe facilitar cursos como parte del trabajo en los servidores para mejorar los conocimientos, por así brindar atención de calidad al usuario.
2. Realizar evaluaciones trimestrales por parte del comité científico del servicio para ver qué puntos hay que reforzar en el manejo de sedoanalgesia y las practicas del cuidado de enfermería.
3. Trabajar con el personal antiguo para brindar la experiencia a través de prácticas y manejo de manuales y/o guías de prácticas.
4. Realizar la estandarización de procedimientos en base a conocimientos y métodos científicos con respecto al conocimiento y prácticas del cuidado del paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica.

IX. BIBLIOGRAFIA.

1. Resolución Ministerial N.º 161-2020-MINSA [Internet]. [citado 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/466158-161-2020-minsa>
2. Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal MÁ, Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 1 de noviembre de 2013;37(8):519-74.
3. Organization Mundial Salud WH. Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit: COVID-19 adaptation. 2020 [citado 30 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331736>
4. Donato M, Carini FC, Meschini MJ, Saubidet IL, Goldberg A, Sarubio MG, et al. Consenso para el manejo de la analgesia, sedación y *delirium* en adultos con síndrome de distrés respiratorio agudo por COVID-19. *Rev bras ter intensiva*. 19 de abril de 2021;33:48-67.
5. Olmos M, Varela D, Klein F. ENFOQUE ACTUAL DE LA ANALGESIA, SEDACIÓN Y EL DELIRIUM EN CUIDADOS CRÍTICOS. *Rev Med Clin Condes*. 1 de marzo de 2019;30(2):126-39.
6. EsSalud - Investigación (IETSI) SS de S (EsSalud) I de E de T en S e. Recomendaciones clínicas para el manejo de sedoanalgesia en pacientes COVID-19 en ventilación mecánica. septiembre de 2020 [citado 30 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/1849>
7. Franco Layza T. 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. 2010;100-100.
8. Pujota Licto, Johanna Katherine. CORRELACIÓN DE ESCALAS DE SEDACIÓN_ ANALGESIA_ AGITACIÓN CON EL CONOCIMIENTO Y LA PRACTICA DE LOS ENFERMEROS PUJOTA LICTO JAHOANNA KATHERINE 2023. julio de 2023; Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16445>

9. Silva Quispe PA. Competencias cognitivas y técnicas de enfermería sobre la monitorización del paciente con sedoanalgesia con ventilación mecánica, Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Cotahuma, La Paz, 2022 [Internet] [Thesis]. 2023 [citado 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/33157>
10. Tinta Quispe Marydza. Conocimiento y aplicación de la escala observacional del dolor en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica invasiva, por el profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, Hospital Oncológico de La Caja Nacional de Salud, 2020 [Internet] [Thesis]. 2021 [citado 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/27096>
11. Morales Rodriguez AS. Conocimiento y registro de enfermería en síndrome de abstinencia secundario a sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica - Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital del Norte, gestión 2020 [Internet] [Thesis]. 2020 [citado 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/25064>
12. Maldonado E de, Pacesa P. Competencias cognoscitivas del profesional de enfermería en la atención del paciente con sedoanalgesia, Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés La Paz-Bolivia, Gestión 2019 [Internet] [Thesis]. 2019 [citado 11 de abril de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24837>
13. Carani Condori C. Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica, Unidad de Cuidados Intensivos Clínica La Paz, Prosalud Tercer Trimestre Gestión 2019 [Internet] [Thesis]. 2019 [citado 11 de abril de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24815>
14. Castro Almeida H. Conocimiento y práctica del profesional de enfermería en la valoración de las escalas de sedoanalgesia en pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. knowledge and practice of the nursing professional in the assessment of sedoanalgesia scales in critically ill patients in the intensive care unit of a hospital in Lima [Internet]. 20 de octubre de 2023 [citado 11 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1927>

15. Aquino Condori IJ, Ruiz Chacón MG. Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de cuidados intensivos COVID de un hospital de Tarapoto, 2023. 27 de marzo de 2023 [citado 11 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6580>
16. Cahuana Alcahua YL, Yupaiccana Chacca B. Conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre la valoración de sedoanalgesia en pacientes en la unidad de cuidados intensivos de ESSALUD Cusco – 2022. 2022 [citado 11 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7357>
17. Sarmiento Villavicencio F, Vásquez Vera KJ. Efectividad de los protocolos de sedoanalgesia para reducir el tiempo en ventilación mecánica en pacientes entubados en las unidades de cuidados intensivos. Effectiveness of sedoanalgesia protocols to reduce the time on mechanical ventilation in intubated patients in intensive care units [Internet]. 2 de agosto de 2020 [citado 11 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/4194>
18. Sarabia Ramos KT, Solis Valverde TR. EFECTIVIDAD DE LA ESCALA DE VALORACIÓN AGITACIÓN- SEDACIÓN RAMSAY VERSUS LA ESCALA DE RICHMOND (RASS) EN EL PACIENTE CRÍTICO. EFFECTIVENESS OF THE SCALE OF VALUATION AGITATION- SEDATION RAMSAY VERSUS THE SCALE OF RICHMOND (RASS) IN THE CRITICAL PATIENT [Internet]. 22 de septiembre de 2019 [citado 11 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3344>
19. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. diciembre de 2017;19(3):89-100.
20. Juan-Bautista ARR, Maria-Reyes ACC, Miguel-Ángel AEB, Juan-Pedro AJC, María-del-Carmen AOM, Antonio APC Juan, et al. Marco Conceptual. Proceso Enfermero en EPES. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario [Internet]. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias|ISBN: 8460941531; 2005. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317501266_Marco_Conceptual_Proce

so_Enfermero_en_EPES_Hacia_la_excelencia_en_el_cuidado_extrahospitalario

21. Porcel-Gálvez AM. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Granada; 2011 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62902>
22. Bellido Vallejo; José, Lendínez Cobo; José Francisco. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. (Sefarad, 42- 1º- D y bajo 23006 JAÉN; vol. : J 1574-2010). Disponible en: <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
23. Peña Ruiz Ana Martínez. Propuesta de implantacion de Plan de cuidados esatandarizado en las amenazas de parto pretermino [Internet]. España - Navarra: Academica-e.unavarra.es.; 2016. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/7808>
24. Teoria DE Florencia Nightingale - TEORIA DE FLORENCIA NIGHTINGALE La teoría de Nightingale se centró - Studocu [Internet]. [citado 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/instituto-superior-de-estudios-de-enfermeria-del-estado-de-chiapas/anatomia/teoria-de-florencia-nightingale/17433533>
25. ahernandez. Callista Roy: Modelo de Adaptación - Enfermería Virtual [Internet]. 2022 [citado 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriavirtual.com/callista-roy-modelo-de-adaptacion/>
26. Chozas JMV. Enfermería Actual. 2024 [citado 19 de mayo de 2024]. Marjory Gordon: Biografía y Contribuciones en Enfermería. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/marjory-gordon/>
27. SlideShare [Internet]. 2021 [citado 19 de mayo de 2024]. INFOGRAFIA-EL CONOCIMIENTO-IUPSM. Disponible en: <https://es.slideshare.net/danielherrera395/infografiael-conocimientoiupsm>
28. DELSOL S. ▷ Tipos de conocimiento [Internet]. [citado 30 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sdelsol.com/blog/tendencias/tipos-de-conocimiento/>

29. Manual de Procedimientos - SAMUR Protección Civil [Internet]. [citado 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://servpub.madrid.es/manualsamur/>
30. Christopher Colvin MD. McGraw Hill Medical. [citado 22 de mayo de 2024]. Sedoanalgesia. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1504§ionid=95157795>
31. MUÑOZ MARTINEZ T, PARDO-REY C, SILVA-OBREGÓN JA. Sedación en procedimientos y situaciones especiales [Internet]. [citado 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-13116132>
32. Sakata RK. Analgesia y sedación en unidad de cuidados intensivos. Rev Bras Anesthesiol. diciembre de 2010;60:653-8.
33. Rojas-Rivera W, Camacho-Aguilar M. Sedación ¿Qué es?, ¿Quién debe administrarla? Acta Médica Costarricense. junio de 2004;46(2):68-71.
34. MINSA - INSN-SB. GUIA DE PROCEDIMIENTO: SEDOA NALGESIA EN PEDIATRÍA EN EMERGENCIA [Internet]. 2021 [citado 1 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000006-2022-DG-INSNSB%20GU%C3%8DA%20PR%C3%81CTICA%20SEDOANALGESIA%20>
35. Pescatore Richard. Manual MSD versión para profesionales. 2021 [citado 3 de junio de 2024]. Cómo hacer sedación y analgesia - Lesiones y envenenamientos. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/cómo-hacer-procedimientos-de-anestesia/cómo-hacer-sedación-y-analgesia>
36. Chamarro Jambrina C, Martínez Malgar JL, R Barrientos. Monitorización de la sedación. 2008;
37. Fernández Ramos Lorena. Valoración de las escalas de dolor en pacientes con ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos. 2014;
38. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta Médica Peruana. abril de 2011;28(2):87-104.
39. Carrión Gonzales Rosaura, Huaraca Contreras Maricela. Conocimientos y prácticas de cuidado en pacientes con ventilación mecánica bajo sedoanalgesia de enfermeros en la unidad de cuidados intensivos del Hospital

Sub Regional de Andahuaylas, 2022. 2022 [citado 23 de mayo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7698>

40. 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*. 15 de noviembre de 2002;166(10):1338-44.

41. Ramon Rivera Brenes. Sedación y analgesia: una revisión. *Acta Pediátrica Costarricense*. enero de 2002;16(1):06-21.

42. Del Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farmacia Profesional*. 1 de enero de 2015;29(1):36-43.

43. Chavez Patilongo ML. Conocimiento y prácticas sobre los cuidados de enfermería a pacientes con sedoanalgesia en ventilación mecánica de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2020. Universidad Peruana Unión [Internet]. 16 de julio de 2020 [citado 7 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3301>

44. Aguilar García CR, Martínez Torres C, Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*. junio de 2017;31(3):171-3.

45. Gavin Werret. Sedacion en pacientes de Cuidados Intensivos. Hospital de Derriford Plymouth Reino Unido [Internet]. 2012; Disponible en: <https://www.anestesia.org.ar/assets/downloads/articles/220/182-Sedacion-en-pacientes-en-cuidados-intensivos.pdf>

46. Divins MJ. Analgésicos opiáceos. *Farmacia Profesional*. 1 de enero de 2012;26(1):22-6.

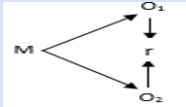
47. Diccionario medico. <https://www.cun.es>. [citado 21 de abril de 2024]. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hemodinamica>

48. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan*. octubre de 2005;5(1):114-27.

49. Antuña Maria Teresa, Santiago Herrero Rosa Maria. SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICO [Internet]. 2000 [citado 23 de mayo de 2024]. Disponible en: https://uninet.edu/cimc2000/conferencia/conf2/SED_ANALGESIA.htm

50. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación Para las Ciencias de la Salud. Bioestadístico, EIRL; 2014. 340 p.
51. Hernandez Sampier Roberto. Metodologia de la Investigacion. [citado 8 de mayo de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/32697156/Hern%C3%A1ndez_R_2014_Metodologia_de_la_Investigacion
52. Avila Napán C., Fernández Chávez M., Tarco Delgado D. Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017 [Internet]. Lima; 2017. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/789/Carmen_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y

ANEXO 1. Matriz de consistencia.

TITULO: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL , LIMA, 2024.					
	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES Y DEMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>Problema general. ¿Cuál es la relación entre los conocimientos y prácticas en el cuidado de enfermería a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la unidad de cuidado intensivo de un hospital de tercer nivel Lima, 2024?</p> <p>Problemas específicos:</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la unidad de cuidado intensivo de un hospital de tercer nivel Lima, 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p>	<p>Hipótesis General. Ha. Existe relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la unidad de cuidado intensivo de un hospital de tercer nivel Lima, 2024 Ho. No existe relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la unidad de cuidado intensivo de un</p>	<p>V1.- Conocimiento. Dimensiones: a) Sedoanalgesia b) Agitación y sedación. c) Dolor. d) Ventilación mecánica</p> <p>V2.- Practica. Dimensiones: i. Antes de la sedoanalgesia. ii. Durante la sedoanalgesia.</p>	<p>a.1.- Definición. a.2.- Objetivo. a.3.- Indicciones. a.4.- Complicaciones. a.5.- Fármacos usados con frecuencia. a.6.- Efectos adversos. b.1.- Escala de sedación RASS. c.1.- Escala de valoración de dolor. c.2.- Valoración de dolor en pacientes con VM. c.3.- Escala BPS.</p>	<p>Método: Hipotético – deductivo. Enfoque: Cuantitativo Nivel: Descriptivo correlacional. Tipo: aplicada. Diseño: No experimental – transversal.</p>  <p>Población: 33 Muestra: 30</p>

TITULO: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL , LIMA, 2024.

	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES Y DEMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica antes de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024? ¿Cuál es la relación entre los conocimientos y prácticas que 	<ul style="list-style-type: none"> Describir cual es la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica antes de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024. Describir cual la relación entre los conocimientos y prácticas que 	<p>hospital de tercer nivel Lima, 2024.</p> <p>Hipótesis específicas 1.</p> <p>Ha. Existe la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica antes de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024.</p> <p>Ho. No existe la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica antes de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024.</p>	<p>iii. Después de la sedoanalgesia.</p>	<p>d.1.- Definición.</p> <p>d.2.- Objetivo.</p> <p>d.3.- Indicaciones.</p> <p>d.4.- Modos de ventilación mecánica.</p> <p>d.5.- Complicaciones de la ventilación mecánica.</p> <p>i.1.- Prácticas de cuidados antes de la sedoanalgesia.</p> <p>ii.1.- Prácticas de cuidados durante de la sedoanalgesia</p> <p>iii.1.- Prácticas de cuidados después de la sedoanalgesia</p>	

TITULO: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL , LIMA, 2024.

	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES Y DEMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica durante de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia 	<p>posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica durante de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024.</p> <p>Describir cual la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con</p>	<p>Hipótesis específicas 2.</p> <p>Ha. Existe la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica durante de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024.</p> <p>Ho. No existe la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica durante de la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024.</p> <p>Hipótesis específicas 3.</p> <p>Ha. Existe la relación entre los conocimientos y prácticas que</p>			

TITULO: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL , LIMA, 2024.

	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES Y DEMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
sometido a ventilación mecánica después de la sedonalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024?	sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica después de la sedonalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024	posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica después de la sedonalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024. Ho. No existe la relación entre los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a pacientes con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica después de la sedonalgesia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel, 2024.			

ANEXO 2. Instrumento 1 de recolección de datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA INTENSIVA

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Introducción: El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulado “CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA, 2024”. Realizado por: Lic. en enfermería Mariana Francisca Carrasco Rios, Lic en enfermería Freedman Raul Perez Casas, alumnos de la especialidad de Enfermería Intensiva de la Universidad Nacional del Callao, cuyos resultados serán utilizados para identificar los conocimientos y prácticas que posee las enfermeras en el cuidado a paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la unidad de cuidado intensivo de un hospital de tercer nivel Lima, 2024. Es de carácter anónimo y se le pide contestar de forma veraz. Se agradece su gentil participación.

Instrucciones: El presente cuestionario intenta recabar sus conocimientos y prácticas en el cuidado del paciente con ventilación mecánica bajo sedoanalgesia. Marca con aspa (x) la opción que le parezca pertinente.

I. DATOS GENERALES.

I.1 Sexo: Masculino () . Femenino ()

I.2 Edad:

25-30 años ()

31-35 años ()

36-40 años ()

41 años a mas () .

I.3 Condición laboral:

728 () .

Contrato CAS regular ()

Contrato por Locador (...)

I.4 Tiempo de experiencia laboral:

- 0-5 años ()
- 6-10 años ()
- 11-15 años ().
- 16 años a mas ()

I.5 Estudio de especialidad en enfermería intensiva.

- Título de 2da especialidad UCI ().
- Egresado de 2da especialidad UCI ()
- Titulado(a) y/o egresada de otra especialidad (....)

II. DATOS ESPECIFICOS.

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

1. ¿Cómo definiría paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva?
 - a) Un paciente en coma.
 - b) Un paciente dormido.
 - c) Un paciente dormido, sin dolor y sedado.**
 - d) Un paciente ansioso.
2. ¿Cuál es el objetivo más importante de la sedoanalgesia?
 - a) Facilitar la ventilación mecánica.**
 - b) Alivio de la ansiedad y del dolor.
 - c) Mejorar las funciones vitales.
 - d) Inducción del sueño.
3. ¿En qué casos se indica la sedoanalgesia?
 - a) Paciente consciente
 - b) Paciente con PCR
 - c) Paciente con ventilación mecánica**
 - d) Paciente con drenaje pleural
4. ¿Cuáles son las complicaciones de la sedoanalgesia?
 - a) Sueño profundo, estado de coma
 - b) Sopor y delirio
 - c) Sedación superficial
 - d) Infrasedación o sobredación**

5. ¿Cuáles son los medicamentos más usados para sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos?
- a) Flumazenil y ketamina
 - b) Tiopental y morfina.
 - c) Fentanilo y Midazolam.**
 - d) Propofol y Metamizol.
6. ¿Cuál es el efecto adverso más común de estos medicamentos?
- a) Trastornos digestivos
 - b) Hipotensión Sistólica
 - c) Taquicardia Sinusal
 - d) Depresión respiratoria**
7. ¿Qué debe monitorizar la enfermera en un paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva?
- a) Pulso, AGA, F.R
 - b) Llenado capilar, PVC, glicemia
 - c) Nivel de conciencia, RASS, Sat O2, P.A, F.R.,FC**
 - d) PAM, F.R, PIC.
8. ¿Qué escala se utiliza para evaluar estado de agitación – sedación en paciente con ventilación mecánica?
- a) Escala de GLASGOW
 - b) Escala Visual Analógica
 - c) Escala de RASS**
 - d) Escala de Sedoanalgesia
9. ¿Con qué frecuencia debe aplicarse la escala de agitación y sedación en el paciente?
- a) Cuatro veces al día
 - b) Una vez al día
 - c) Dos veces al día
 - d) Cuantas veces sea necesario**
10. ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación profunda según la escala de RASS? (RASS-4)
- a) Despertares breves con contacto visual con la voz (<10 segundos)

b) No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico

c) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación

d) Compite con el ventilador

11. ¿Cómo considera Ud. al paciente somnoliento según la escala de RASS? (RASS-1)

a) Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada.

b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal

c) Alerta y Calmo

d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo

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

a) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal

b) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador

c) Movimiento (sin apertura de ojos) a la llamada

d) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (>/= 10 seg)

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

a) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador

b) Alerta y Calmo

c) Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos)

d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo

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

a) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (>/= 10 seg)

- b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - c) Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos**
 - d) Despertares breves con contacto visual con la voz (<10 segundos)
15. ¿Cómo considera Ud. al paciente Alerta y Calmo según la escala de RASS? (RASS 0)
- a) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
 - b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - c) Ausencia de respuesta a la voz, pero con movimientos o apertura de los ojos a la estimulación física
 - d) Alerta y Calmo**
16. ¿En paciente con ventilación mecánica y PEEP alto (15-24), que RASS debería manejar?
- a) Rass -4**
 - b) Rass 0
 - c) Rass +1
 - d) Rass +3
17. ¿Según la escala de RASS que grado de sedación debemos mantener en un paciente en pronación?
- c) Rass -5**
 - d) Rass-2**
 - e) Rass +5**
 - f) Rass -4**
18. ¿Qué escala de valoración del dolor en paciente con ventilación mecánica, o paciente no comunicativo bajo sedación profunda conoce Ud.?
- a) Escala Visual Análoga EVA
 - b) ESCID
 - c) Behavioural Pain Scale (BPS)
 - d) B y C**
19. La EVA se aplica en pacientes:
- a) Con ventilación mecánica

- b) **Conscientes y comunicativos**
 - c) Sedados
 - d) Ninguna de las anteriores
20. ¿Cómo define ventilación mecánica invasiva?
- a) Es la utilización de oxígeno para ventilación del paciente.
 - b) **Es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.**
 - c) Es un instrumento que ayuda a la ventilación del paciente
 - d) Es la intervención de apoyo ventilatorio
21. ¿Cuál es el objetivo de ventilación mecánica?
- a) Mantener al paciente dormido.
 - b) **Mantener, normalizar o manipular el intercambio gaseoso**
 - c) Mantener al paciente relajado.
 - d) Mantener al paciente sedado y relajado.
22. ¿Cuáles son las indicaciones de ventilación mecánica?
- a) Agitación continua, tiraje, incontinencia urinaria.
 - b) **Estado mental: agitación, Excesivo trabajo respiratorio, tiraje, uso de músculos accesorios, signos faciales, Fatiga de músculos inspiratorios, Agotamiento general de paciente, Hipoxemia.**
 - c) Agotamiento general del paciente, agitación, tiraje, taquipnea, ahogamiento ureteral.
 - d) Estado mental, agitación, estado de coma
23. ¿Cuáles son los modos más conocidos de ventilación mecánica invasiva?
- a) S. Mandatorio A/P SIMV,
 - b) **CPAP. P A/C, V A/C, SIMV.**
 - c) V A/C, V CPAP, ALEATORIO
 - d) SIMV, INVASIVO, CPAP
24. ¿Cuáles son las complicaciones de la ventilación mecánica?

- a) **Atelectasia, neumonía asociada al ventilador, neumotórax, extubación accidental, obstrucción del tubo**
- b) Injuria cardíaca, Volutrauma, hilio paralítico.
- c) Mala programación del ventilador.
- d) Extubación, caídas del paciente.

Instrumento 2 Lista de chequeo



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIECIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA INTENSIVA

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LAS PRACTICAS DEL CUIDADO DE **ENFERMERÍA**

Instrucciones: La presente guía de observación y su aplicación intenta recabar los conocimientos y prácticas que posee enfermería en el cuidado a paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica.

Marca con aspa (x) la opción que le parezca pertinente.

Antes de la sedoanalgesia		SI	NO
1	Valora como se encuentra en cuanto a la agitación y si existe la necesidad de sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica.		
2	Resuelve la agitación a través de medios no farmacológicos.		
3	Evaluación y toma de funciones vitales.		
4	Canaliza y/o verifica la vía exclusiva de sedoanalgesia.		
5	Preparación del material (ventilador mecánico, corrugados, humidificación, bombas infusoras, fármacos) previo al lavado de manos y cumpliendo los 5 correctos.		
Durante la sedoanalgesia		SI	NO
6	Preparación correcta del medicamento, concentración y la dosis		
7	Rotula correctamente los equipos, la infusión colocando el nombre, hora, fecha y a que concentración está el medicamento		
8	Valoración del grado de sedoanalgesia de las personas sometidos a ventilación mecánica mediante la escala de RASS las veces que se necesiten.		
9	Valoración del dolor según escala BPS.		
10	Titula la infusión según el estado de sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica del paciente		
11	Monitorea las funciones vitales cada hora. (presión arterial, frecuencia respiratoria, Sat O2).		
12	Identifica signos de efectos adversos a la sedoanalgesia de pacientes sometidos a ventilación mecánica		
13	Realiza el destete progresivo de la sedoanalgesia según orden médica.		
14	Realiza las anotaciones y registro de las observaciones en la historia clínica del paciente (hoja de valoración y monitoreo de enfermería)		
Después de la sedoanalgesia		SI	NO

15	Reconoce complicaciones que se dan luego de sedoanalgesia en aquellos pacientes sometidos a ventilación mecánica.		
16	Hace anotaciones y registro de las observaciones en la historia clínica del paciente (Hoja de valoración y monitoreo de enfermería)		

ANEXOS

Pruebas de normalidad

Tabla 5.3.1

PRUEBA DE NORMALIDAD DEL PUNTAJE DE CONOCIMIENTO Y SUS DIMENSIONES

Shapiro-Wilk	Estadístico	gl	p-valor
Puntaje total de conocimiento	0,585	33	0,000
Dimensión sedoanalgesia	0,809	33	0,000
Dimensión agitación y sedación	0,918	33	0,016
Dimensión dolor	0,625	33	0,000
Dimensión ventilación mecánica	0,599	33	0,000

Fuente: análisis inferencial del cuestionario de conocimiento

Interpretación

En la tabla 5.3.1 de la verificación de normalidad a través del test de Shapiro-Wilk se observa que, en el puntaje total de conocimiento y sus dimensiones los valores de p todos son menores de 0,05 por lo que se infiere que tanto la variable principal y sus dimensiones no siguen una distribución normal, por lo que optó para verificar las hipótesis la prueba no paramétrica de correlación de Spearman.

Tabla 5.3.2

PRUEBA DE NORMALIDAD DEL PUNTAJE DE PRÁCTICAS Y SUS DIMENSIONES

Shapiro-Wilk	Estadístico	gl	p-valor
Puntaje total de prácticas	0,562	33	0,000
Dimensión antes de la sedoanalgesia	0,549	33	0,000
Dimensión durante la sedoanalgesia	0,168	33	0,000
Dimensión después de la sedoanalgesia	0,168	33	0,000

Fuente: análisis inferencial de la guía de observación

Interpretación

En la tabla 5.3.2 de la verificación de normalidad a través del test de Shapiro-Wilk se observa que, en el puntaje total de prácticas y sus dimensiones los valores de p todos son menores de 0,05 por lo que se infiere que tanto la variable principal como sus dimensiones no siguen una distribución normal, por lo que optó para verificar las hipótesis la prueba no paramétrica de correlación de Spearman.

Confiabilidad de los instrumentos

Tabla 5.3.3

COEFICIENTE KUDER RICHARDSON DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

KR-20	Número de elementos
0,81	24

Fuente: análisis inferencial del cuestionario de conocimiento

Interpretación

En la tabla 5.3.3 se observa un coeficiente KR-20=0,81 considerado como un coeficiente de confiabilidad aceptable ($>0,70$), es decir el instrumento logra medir la variable conocimiento de la misma manera en repetidas ocasiones de su aplicación.

Tabla 5.3.4

COEFICIENTE KUDER RICHARDSON DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS

KR-20	Número de elementos
0,81	16

Fuente: análisis inferencial del cuestionario de conocimiento

Interpretación

En la tabla 5.3.4 se observa un coeficiente KR-20=0,81 considerado como un coeficiente de confiabilidad aceptable ($>0,70$), es decir el instrumento logra medir la variable práctica de la misma manera en repetidas ocasiones de su aplicación.