

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**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**

Por:

Carmen Rosa Avila Napán

Madeleyne Beatriz Fernández Chávez

Diane Tarco Delgado

Asesor:

Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Lima, julio de 2017

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF	Avila Napán, Carmen Rosa
2	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. / Autores: Carmen Rosa Avila Napán, Madeleyne Beatriz Fernández Chávez, Diane Tarco Delgado; Asesora: Dra. Mayela Cajachagua Castro. Lima, 2017.
A92	109 páginas.
2017	Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Nivel de conocimiento. 2. Prácticas del personal de enfermería.

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, ROCÍO SUÁREZ RODRÍGUEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “*Conocimientos y prácticas del profesional 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.*” Constituye la memoria que presentan las licenciadas: CARMEN ROSA AVILA NAPÁN, DIANE TARCO DELGADO y MADELEYNE BEATRIZ FERNANDEZ CHAVEZ, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veinticuatro días del mes de julio de 2017.



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Conocimientos y prácticas del profesional 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.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

JURADO CALIFICADOR



Dra. Flor Lucila Contreras Castro

Presidente



Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Secretario



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Asesor

Lima, 24 de julio de 2017

Índice

Resumen	viii
Capítulo I.....	10
Planteamiento del problema.....	10
Identificación del Problema.....	10
Formulación del Problema	12
Problema general.	12
Problemas específicos.....	12
Objetivos de la Investigación	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.	13
Justificación.....	13
Justificación teórica.	13
Justificación metodológica.	14
Justificación práctica y social.	14
Capítulo II	16
Desarrollo de las perspectivas teóricas	16
Antecedentes de la investigación.....	16
Bases teóricas	23
Variable A.....	57
Variable B.....	58

Definición conceptual de variables	58
Capítulo III.....	59
Metodología	59
Descripción del lugar de ejecución.....	59
Población.	59
Criterios de inclusión y exclusión.....	60
Tipo y diseño de investigación	60
Formulación de hipótesis.....	61
Identificación de variables.....	61
Operacionalización de variables.....	63
Técnica e instrumentos de recolección de datos	66
Cuestionario.....	66
Lista de chequeo.	67
Proceso de recolección de datos	67
Procesamiento y análisis de datos	68
Consideraciones éticas	69
Capítulo IV.....	70
Administración del proyecto de investigación.....	70
Cronograma de ejecución.....	70
Presupuesto.....	71
Referencias.....	72
Apéndice	78

Apéndice B. Validez y confiabilidad de los instrumentos	84
Apéndice C. Consentimiento informado	106
Apéndice D. Carta de autorización.....	107
Apéndice E. Matriz de consistencia	107

Resumen

En la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se puede observar que el personal presenta distintas actitudes frente al tema de sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, el conocimiento y la experticia de la enfermera permitirá que el cuidado del paciente sea óptimo al cumplir los criterios y acciones con base científica, estos cuidados aportarán positivamente en el tratamiento de los pacientes haciendo más pronta su recuperación. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar la relación que existe entre conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva. Es una investigación con enfoque cuantitativa, tipo básica, no experimental y descriptiva correlacional. Para la variable conocimientos se utilizará como instrumento el cuestionario, este instrumento fue sometido a validación por juicio de expertos, lo cual estuvo conformado por un estadista, un enfermero especialista en cuidados críticos, dos médicos especialistas en el área y un enfermero especialista en investigación en salud, para ver la concordancia y homogeneidad de los jueces se aplicó la V de Aiken y se obtuvo el resultado de 0.83; para la confiabilidad se aplicó el cuestionario a una muestra piloto para medir la fiabilidad del instrumento, se calcula el KR20 como prueba estadística, teniendo como resultado 0.81; lo cual nos muestra que el instrumento es confiable estadísticamente. La población estará conformada por todas las profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados críticos del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, haciendo un total de 33, la cual será seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

El desarrollo de esta investigación será en beneficio para el personal de enfermería que labora en la unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, pues facilitará una conducta reflexiva en el manejo de paciente crítico con sedoanalgesia y ventilación mecánica invasiva; igualmente le permitirá identificar los niveles de sedación. Asimismo, los resultados del estudio se pondrán a disposición de las autoridades del área crítica y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para que a partir de la realidad encontrada se puedan diseñar e implementar planes de mejora.

Palabras clave: Valoración, sedoanalgesia, ventilación mecánica, conocimientos y prácticas

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del Problema

En el cuidado al paciente en estado crítico se debe garantizar un control del dolor óptimo y un nivel óptimo de comodidad en medio de su entorno en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Los objetivos inmediatos de la sedoanalgesia son: Disminuir los niveles de ansiedad y la desorientación, dar seguridad, aumentar la facilidad de conciliar el sueño, y aliviar los niveles altos de dolor que pueda presentar en ese momento el paciente, a largo plazo esto trasciende en menos efectos fisiológicos deletéreos, facilita las evaluaciones y las intervenciones terapéuticas, esto nos ayudara a disminuir el tiempo de hospitalización del paciente en la unidad de cuidados intensivos, cabe resaltar que este autor menciona también que se disminuye considerablemente los efectos secundarios y complicaciones (Díaz & Celis, 2010).

Cuando el personal de enfermería esta atendiendo a pacientes que requieren sedación y analgesia a la misma vez, se estará buscando una sedación y analgesia apropiada para cada paciente, esto es muy relevante en todos los pacientes críticos que están conectados a la ventilación mecánica. El uso de protocolos de sedación y analgesia permite mejorar desenlaces clínicos relevantes, como son los días de Ventilación Mecánica (VM) y de estadía en Unidad de cuidados intensivos (Bugedo, Tobar, Aguirre & Lira, 2009).

Jackson, Proudfoot, Cann & Walsh (2009) refieren que mundialmente más del 69 % de pacientes que están hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un centro hospitalario están mal sedados; 30.6 % tenían sedación ideal, 15.4 % tenían sedación insuficiente y 54.0 % tenían sedación excesiva.

Por su parte Alvarez (2015) refiere que, en Ecuador, encontró los siguientes resultados: El promedio de valoración de la escala de RASS es de -4 -5, lo cual esto corresponde a una sedación profunda que esta sin estimulación; esto teniendo en cuenta que según los autores en algunos bibliografías refieren que un valor de entre 0 y -2 en la escala de RASS, son los valores adecuados para una sedación.

Un reporte en el Perú se evidencio que del 100 % del profesional de enfermería, el 50 % presenta un nivel de conocimiento sobre la sedoanalgesia, desde las definiciones, y los fármacos que mas se usan, y los efectos secundarios que estos pueden alcanzar, también sobre la escala de monitoreo como es el Ramsay, presentan conocimiento básico sobre el monitoreo básico a los pacientes que presentan una sedación y que están conectados a un ventilador mecánico, por su parte el estudio también evidencia que hay una deficiente en los conocimientos, de los objetivos de la sedoanalgesia, y sobre presentar un óptimo nivel de una sedación esperada (Franco, 2010).

La unidad de cuidados críticos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas cuenta con dos áreas de unidades críticas, cada una con una capacidad de 6 camas con monitores multiparámetros, con ventiladores mecánicos, entre otros, donde se brinda cuidados a pacientes de las áreas de medicina y cirugía con diversas patologías oncológicas, el personal profesional de enfermería está conformado por 33 Licenciados en enfermería, siendo una de las funciones de la enfermera intensivista el monitoreo estricto de funciones vitales, estado de conciencia, valoración del dolor, valoración de la sedoanalgesia a través de la escala del RASS, y la administración de analgésico y sedante para dar la comodidad necesaria, reducir el estrés y evitar el retraso en la recuperación y en la liberación de la ventilación mecánica, las investigadoras en calidad de personal asistencial de las unidades, pudieron observar que no se realiza una valoración adecuada en relación a la sedoanalgesia, se observa el mal uso de la

escala de RASS por parte del personal de enfermería que labora en dicha área; juntamente con esto se puede observar que muchas veces no se realiza un adecuado registro de la hoja de monitoreo, encontrándose espacios en blanco, lo que refleja una inadecuada valoración de sedoanalgesia y el nivel ideal de sedación que requiere la situación clínica de cada paciente; se pudo observar que hay dificultad en el manejo de la sedoanalgesia en el paciente, no se toma en cuenta los riesgos de una inadecuada sedación, la dependencia a fármacos e inmovilización prolongada al mantener al paciente sedado por periodos de tiempo prolongados y sus implicancias en el incremento de costos; por tal motivo las investigadoras se plantean la siguiente pregunta.

Formulación del Problema

Problema general.

¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos y las prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2017?

Problemas específicos.

¿Cuál es el nivel de los conocimientos del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2017?

¿Cuál es el nivel de prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2017?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre los conocimientos y las prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Objetivos Específicos.

Determinar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Identificar la práctica del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Justificación

Justificación teórica.

La realización del presente estudio tiene un aporte teórico actualizado de los conocimientos y prácticas de las enfermeras frente al paciente con ventilación mecánica y sedoanalgesia mediante el cual se pretende concientizar un trabajo coordinado con el equipo de salud para bienestar del paciente, dado que la enfermera intensivista cumple un rol importante durante el cuidado del paciente crítico en la administración y evaluación del nivel de sedoanalgesia adecuada del paciente a través de la aplicación de escalas de valoración de sedación y analgesia.

Es así que con el propósito de conocer esta realidad se ha estructurado todo un marco teórico, producto de la revisión de bibliografía actualizada respecto a estas variables de estudio que se pone a disposición de la profesión de enfermería y sobre todo para las especialistas del área respectiva.

Justificación metodológica.

El presente estudio proporcionará un gran aporte metodológico pues con el propósito de medir las variables de conocimiento y prácticas en pacientes con sedoanalgesia y ventilación mecánica, se aplicarán instrumentos elaborados por las investigadoras mediante revisión bibliográfica actualizada, estos serán evaluados por juicio de expertos para la respectiva validación y aplicación de prueba piloto para confiabilidad, los mismos que se pondrán a disposición de otras enfermeras investigadoras para que puedan ser empleados en investigaciones con contextos similares.

Justificación práctica y social.

Los instrumentos a utilizarse en la recolección de datos nos brindaran una mejor visión de la monitorización del paciente por la enfermera.

El desarrollo de esta investigación será en beneficio para el personal de enfermería que labora en la unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, pues facilitará una conducta reflexiva en el manejo de paciente crítico con sedoanalgesia y ventilación mecánica invasiva; igualmente le permitirá identificar los niveles de sedación. También los resultados encontrados se pondrán a disposición de las autoridades del área crítica y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para que a partir de la realidad encontrada se puedan diseñar e implementar planes de mejora con el propósito de generar un adecuado monitoreo de

sedoanalgesia para el buen desempeño de la enfermera que permita al mismo tiempo un alto nivel de calidad en el cumplimiento de sus funciones especializadas que requieren de mucha precisión.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Quispe (2016) realizó el estudio Conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia la práctica de enfermería basada en evidencias, Perú 2016, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y actitudes de las Enfermeras hacia la práctica de Enfermería Basada en Evidencias en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en la Clínica Ricardo Palma 2016. Material y Método. De tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. La muestra un total de 30 profesionales de enfermería. Se encontraron los siguientes resultados, el 67 % no conoce, el 33 % conoce, y en cuanto a la actitud el 70 % es favorable medianamente, 20 % desfavorable y un 10 % Favorable; se llegó a la siguiente conclusión: que en su mayoría no conoce sobre la importancia y sobre la EBE mejora la posibilidad de abordaje.

Raurell, Cordón, Conejo y Corcuera (2015) realizaron el estudio: Evaluación de la sedación mediante la escala Richmond Agitation Sedation Scale en pacientes con ventilación mecánica de larga duración realizado en la Unidad de cuidados intensivos, España, cuyo objetivo es: Evaluar los niveles de sedación más prevalentes en la Unidad de cuidados intensivos de acuerdo a las categorías de la escala RASS y valorar si el tratamiento es individualizado. Utilizó el método de investigación, estudio prospectivo por cohortes en periodo de 7 meses, la muestra estuvo conformada por 1021 valores de RASS de 220 días de ventilación mecánica, los resultados evidenciaron que 39.6 % sedación profunda, 46.4% sedación consciente y un 5.3 % sedación agitada, también el estudi evidencia que un 8.7 % tienen valores faltantes, también debemos mencionar que los pacientes que estuvieron con sedoanalgesia continua, se encontraron

mas tiempo en sedación profunda que en sedación consciente un 87.1 % frente a un 32.3 % ; se encontraron las siguiente conclusiones, la sedación predominante es la profunda en pacientes sometidos a sedoanalgesia.

Fernández (2014) Brasil, realizó la investigación Valoración de las escalas de dolor en pacientes con ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos cuyo objetivo es realizar una puesta al día sobre la utilidad de las distintas escalas de dolor que se emplean para el manejo de los pacientes ingresados en las UCIs sometidos a ventilación mecánica; se aplicó un método de revisión bibliográfica de diferentes artículos sobre el tema en estudio, la muestra estuvo conformada por 22 artículos de una base de datos; los resultados fueron que hay diversas escalas para valorar al pacientes en estado crítico y que este inconsciente, por ejemplo BPS, CPOT, ESCID y NVPSV; se llegó a la conclusión que todas estas escalas son de utilidad para detectar el dolor en pacientes, pero que de igual forma se necesita realizar más estudios.

Celis-Rodríguez, et al (2013) realizó una investigación titulada: Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo, tuvo como objetivo: Actualizar la Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo publicada en Medicina Intensiva en el 2007 y dar recomendaciones para el manejo de la sedación, analgesia y delirium. Metodología: de tipo descriptivo, la muestra la conformo 21 enfermeras intensivistas. Resultados: Del total de la muestra 11 fueron asignados a la sección de la guía, donde se baso en la revisión bibliográfica, estos presentaron las recomendaciones pertinentes, sustentaron y se discutió en sesiones plenarias, donde se aprobó a las que llegaron como mínimo el 80 % del

censo. Conclusiones: la guía presentada representa a las recomendaciones y sugerencias basadas en la evidencia para el manejo de la sedación, analgesia y delirium del paciente crítico.

López, et al (2013) realizaron un estudio de investigación titulado: Aplicación de la Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) en el paciente con trauma grave no comunicativo y ventilación mecánica en España, tuvo como objetivo: Valorar el dolor en el paciente no comunicativo con trauma grave y ventilación mecánica antes, durante y después de la aspiración de secreciones, movilizaciones y curas. Metodología: fue una investigación observacional, prospectivo, con una muestra de 29 pacientes. Resultados: Del total el 27 % que realiza los procedimientos, recibieron analgesia, de esto el 9 % antes del procedimiento, el 15 % durante, y el 3.2 % después del procedimiento; un 33.3 % requirió mayor analgesia en las curaciones, el 20.66 % mostro que en la gráfica de enfermería según la valoración del dolor efectividad de la analgesia. Conclusión: en la investigación se llega a la conclusión que se evidencia un considerable aumento en la puntuación ESCID, durante la realización de los procedimientos que realiza el personal de enfermería.

Rojas & Crisancho (2012) realizaron el estudio Esquemas de sedoanalgesia en las unidades de cuidado intensivo de la organización sanitas internacional, tuvo como objetivo: describir los esquemas de sedación y analgesia empleados en pacientes adultos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo (UCI) de la Organización Sanitas Internacional (OSI) en relación con el nivel de sedación y control del dolor. Métodos: Descriptivo observacional, con una muestra de 1013 pacientes; los resultados encontrados que el 39,3 % requirió de una sedación, los fármacos que se utilizaron en su mayor frecuencia fue el midazolam con un 42,5 %, por otro

lado un porcentaje representativo de un 53,2 % requirió analgesia y el fármaco a utilizar fue el fentanyl con un 46,9 % en su utilización de acuerdo a la frecuencia de uso, en cuanto a la sedoanalgesia el 68,7 % utilizó el fentanyl-midazolam y un 40,9 % fue dexmedetomidina en un 7.8 %; en cuanto al promedio de la escala de RASS se evidenció un - 3; en la escala verbal numérica (EVN) el promedio fue de 3 y por su parte la escala de Campbell el promedio fue de 4. Conclusiones: se concluye que el 68,7 % reciben sedoanalgesia, el esquema que más se empleó fue el Fentanyl-Midazolam, seguido por Dexmedetomidina como una monoterapia.

Amaral, Kure y Jeffe (2012) realizaron el estudio “Sedación mínima en ventilación mecánica (ESM), El objetivo fue evaluar el efecto sobre la duración de la ventilación mecánica de una intervención multifactorial. Metodología: Descriptivo, de diseño pre experimental; la muestra estuvo constituida por 1 556 pacientes; teniendo una relación de enfermera-paciente de 1 y 1. Resultados: la intervención de enfermería aumentó el grado de cumplimiento de la ESM del 80,4 % a un 96,2 %; por lo que se vio reducida la ventilación mecánica a un 14.5 %; esto mostró en el registro con un ahorro de 503 (IC 95 % 301 729) en cuanto a los días de ventilación, durante el periodo de pos intervención. Conclusiones: se evidencia que la ESM es efectiva para disminuir la duración de la ventilación mecánica.

Teniente (2011) realizó un estudio de investigación titulado: Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo 2011-Perú, tuvo como objetivo determinar los conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo 2011. Utilizó el método cuantitativo, descriptivo,

transversal, la muestra fue 20 profesionales y los resultados 60 % conocen y 40 % no conocen; por su parte a los conceptual el 70 % si conoce, el 30 % no tiene o no conoce conceptual; con respecto a la valoración un 70 % conoce y tan solo el 30 % no conoce, por su parte en los niveles de sedación el 80 % si conoce y tan solo un 20 % no conoce; en cuanto a las medidas complementarias vemos que un 90 % si conoce y tan solo el 10 % no conoce, esto nos lleva a la conclusión: vemos que hay un porcentaje alto del personal de enfermería que si conoce del cuidado a los pacientes críticos que requieren sedoanalgesia.

Franco (2010) realizó un estudio de investigación titulado: 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, Perú, tuvo como objetivos: Determinar los conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras en el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos. Metodología: Descriptivo de corte transversal. Muestra 21 enfermeras. Resultados: en el estudio se evidencia que el 50 % si tiene conocimientos, en cuanto a la sedoanalgesia; escala de Ramsay, y sobre el monitoreo básico que se debe realizar en pacientes sedados y que están conectados a un ventilador mecánico, por su parte en cuanto a las practicas, se muestra que los resultados son favorables en la valoración, preparación, dosificación, pero se evidencia debilidades para el monitoreo continuo. Conclusiones: un porcentaje alto de los profesionales de enfermería si conocen sobre sedación, y en cuanto a la práctica se concluye que es adecuada.

Castilla y López (2010) realizaron el trabajo titulado El uso de un protocolo por enfermeras, mejora la calidad de sedación y la cantidad de fármacos administrados en pacientes con ventilación mecánica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, tiene como Objetivo: El uso de un protocolo por enfermeras, mejora la calidad de sedación y reduce la cantidad de fármacos administrados en pacientes con ventilación mecánica. Diseño: Ensayo clínico aleatorizado. El tamaño muestral es 40 pacientes con una duración de la VM de 8 días para una meta, los resultados. 22 en el grupo protocolo (P) y 18 en el grupo convencional (C), obteniéndose: Una mayor proporción de evaluaciones de pacientes con un nivel de sedación SAS 3-4 en el grupo P frente al C, con 43,9% y 31,1% respectivamente ($p < 0,05$). Existe una reducción en las dosis de Midazolam en grupo P, siendo de 0,04 y 0,06 mg/kg/h en el grupo P y C respectivamente ($p < 0,05$). Conclusiones: se concluye que el uso de un protocolo de sedación mejora la calidad de la sedación en pacientes conectados a ventilación mecánica.

Frade, et al (2009) realizaron un estudio de investigación titulado Análisis de 4 escalas de valoración de la sedación en el paciente crítico en España. Tuvo como objetivos: comprobar la correlación entre distintas escalas de valoración de la sedación (EVS) del paciente crítico con ventilación mecánica, así como conocer la asociación entre las EVS, datos clínicos y dosis de sedoanalgesia en perfusión (SAP). Metodología analítica longitudinal prospectiva. Muestra 30 pacientes con SAP y ventilación mecánica. Resultados. Se evidencio que el 63 % son varones con un promedio de edad de 53 con una varianza de 19 años, la mortalidad al alta en Unidad de Cuidados Intensivos es de 34 %. Mediana y rango intercuartílico de estancia en UCI 15,5 y 20 días, de ventilación mecánica 9 y 14 días, de SAP 6 y 5,5 días y de relajación en perfusión (RP) 2 y 5 días, respectivamente. Se detectó correlación entre todas las EVS, con una $p < 0,0001$. La

relación entre SAS, RASS y MASS fue directa, mientras que estas se relacionaron inversamente con el Ramsay. No se observó correlación entre las EVS, los datos clínicos y las dosis de SAP. Conclusión: La escala de Ramsay, no validada, tiene una fuerte correlación con el resto de las EVS estudiadas, ya validadas.

Tobar, et al (2009) realizaron el trabajo de investigación titulado “Sedación guiada por protocolo versus manejo convencional en pacientes críticos en ventilación mecánica”, cuyo objetivo fue: Comparar en pacientes con ventilación mecánica, la aplicación de guías de enfermería en la administración de protocolo de sedantes y analgésicos (Protocolo: Grupo P) con la práctica habitual de criterios médicos (control: Grupo C). Material y métodos: Ensayo clínico, la muestra estuvo conformada por 40 pacientes. Resultados: Durante 9 meses, se incluyeron de forma consecutiva 40 pacientes, 22 en el grupo protocolo y 18 en el convencional. No se observó cambios en la proporción de pacientes con sedación insuficiente con la aplicación del protocolo. Puntuación de SAS con más frecuencia se evaluó dentro de los límites de la meta en grupo P que en el grupo C (44% y 32%, respectivamente $p = 0,001$) Las dosis de midazolam fueron inferiores en P que en el grupo C 0,04 (0,02-0,07) y 0,06 (0,03-0,08) mg/kg/h respectivamente, $p = 0,005$). Conclusiones: La aplicación del Protocolo de sedación aplicado por enfermeras mejoró la calidad de la sedación y reduce las dosis de Midazolam en pacientes con ventilación mecánica.

Pozo, et al (2008) realizaron la investigación titulada Caracterización de la sedoanalgesia en pacientes críticos ventilados, cuyo objetivo es obtener una titulación dosis efecto, basada en una evaluación de los requerimientos de cada paciente, usando alguna escala de sedación, para evitar las fases de infra y sobredosificación, la metodología del estudio utilizada fue longitudinal,

Muestra de 12 pacientes. Resultados, se obtuvo un promedio de 14.8 días de VAM y 6.4 días de sedación, la menor cantidad de pacientes se ubicó inicialmente fuera de meta SAS deseada, por agitación psicomotora e infrasedación. Conclusión, el midazolam fue el medicamento más usado. Fue necesario el cambio a meta SAS 1-2 en pocos pacientes para realizar reclutamiento alveolar. En una minoría se usaron neurolépticos y en los sobrevivientes no fue necesario prolongar el tiempo de ventilación mecánica asistida.

Bases teóricas

Sedoanalgesia en el Paciente Crítico.

En el tratamiento de un paciente crítico es primordial tener una adecuada sedoanalgesia, sobre todo cuando un paciente que está hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos y este está conectado a un ventilador mecánico, es de suma importancia que el paciente presente una buena sedación y también una buena analgesia, con el propósito de reducir la respuesta hormonal ante situaciones de estrés que pueda presentar el paciente, y que pueden ser perjudiciales, también nos ayuda a tener una adaptación perfecta del paciente con el ventilador mecánico (Antuña, Herrero & Fanjul, 2000).

Grados de Sedación.

Sedación mínima (ansiolísis): depresión mínima de la conciencia en la que el paciente responde normalmente a las órdenes verbales. Aunque las funciones cognitivas y la coordinación pueden estar alteradas, las funciones cardiovascular y respiratoria no están afectadas (Arbeláez, Pineda & Otero, 2004).

Sedación/analgesia moderada (sedación consciente): supresión del estado de conciencia, a causa de la administración de fármacos, donde la función cardiovascular se preserva su funcionalidad, donde el paciente puede responder a órdenes verbales dadas por el profesional de la salud, también se asocia a la estimulación táctil (Gonzales & Dávalos, 2012).

Sedación/analgesia profunda: en esta fase de la sedación por fármacos el pacientes no se le puede despertar de manera fácil, pero si responden a los estímulos de dolor que pueden ser repetidos, se puede ver impedida la función del sistema respiratorio, y la función cardiovascular se mantiene preservada. (Gonzales & Dávalos, 2012).

Anestesia general: En esta fase es cuando el paciente pierde la conciencia por la administración de fármacos, el paciente no se despertara incluso ni con estímulos dolorosos, la función respiratoria está impedida, paciente debe recibir ventilación por parte de un ventilador mecánico, disminución de la función neuromuscular, en esta etapa se puede comprometer la función cardiovascular (Gonzales & Dávalos, 2012).

Objetivos de la Sedoanalgesia.

Control del dolor, por eso es muy importante tener en cuenta como un paciente se debe estar en sedoanalgesia, ya que si el control no es correcto, se puede ocasionar que los niveles de ansiedad aumenten, y esto puede ocasionar que la actividad motora disminuya, puede ocasionar alteración en la función respiratoria (Antuña, Herrero & Fanjul, 2000).

Sedación en Unidad de cuidados intensivos.

El término sedación deriva del latín sedatum que significa adormilado.

Estébanez, Alonso, Sandiumenge & Jimenez (2008) mencionan sobre la sedoanalgesia como fuente o parte muy importante, y hacen mención sobre la función integral, en el desarrollo de la práctica clínica por parte del personal de enfermería, en los servicios críticos como son las unidades de cuidados intensivos, teniendo en cuenta que hay diferentes fármacos que se utilizan entre ellos está en el grupo de los antiulcerosos y antibióticos, que se requieren en los tratamientos, los pacientes en las unidades críticas, requieren tener un nivel adecuado en lo que se refiere a sedoanalgesia, esto nos ayudara a reducir un respuesta del estrés por parte del paciente, es favorable para la tolerancia y la interacción de ventilación mecánica con el paciente, una adecuada sedoanalgesia da facilidad para el personal de enfermería, para brindar un cuidado de calidad, sin dejar de lado los efectos adversos y complicaciones que se pueden presentar, por tal motivo es de suma importancia crear estrategias que faciliten las intervenciones del personal de enfermería, en cuanto a la sedación adecuada del paciente, para de eso modo disminuir los efectos colaterales que no se desea en el paciente.

Es la administración de sedantes, analgésicos o fármacos disociativos para inducir un estado que permita al paciente tolerar un procedimiento desagradable sin interferir en sus funciones corporales. La intención es disminuir el nivel de conciencia preservando el control independiente y continuo de la vía aérea (Estébanez, Alonso, Sandiumenge & Jiménez, 2008).

Objetivos de la Sedación.

La sedación tiene como objetivo, brindar comodidad y a la misma vez la disminución de los niveles de ansiedad, cuando un paciente tiene compromiso hemodinámico, que es necesario una terapia de ventilación mecánica en los pacientes críticos, por lo cual es de suma importancia obtener una adaptación confiable paciente – ventilador, en todo momento el niveles de sedación deben ser óptimos, de acuerdo a la cuadro clínico del paciente, por tal motivo es importante el uso de escalas de valoración en cuanto a la sedación del paciente, estas nos ayudaran a determinar y dar ajustes en cuanto a las drogas y sus dosis para alcanzar un nivel óptimo de sedación (Antuña, Herrero & Fanjul, 2000).

Pasos para un nivel adecuado de Sedación.

Antuña, Herrero & Fanjul (2000) Menciona que para alcanzar un adecuado nivel de sedación, se debe tener en cuenta la estrategia adecuada y este recomienda los siguientes pasos que se mencionaran a continuación:

Dejar de lado algunos problemas muy graves que necesiten una terapia específica (hipoxia, neumotórax).

Manejar farmacológicamente el aspecto de la desorientación y los niveles de ansiedad.

Se debe primero identificar cual es el problema principal o central que pueda estar ocasionando el dolor, ansiedad, deprivación del sueño).

Se debe hacer una selección de todas las drogas que sean apropiadas, según la patología o el problema principal o central (ansiolítico, analgésico, hipnótico).

Al iniciar la terapia se debe comenzar con dosis bajas, posteriormente ir aumentando en el caso fuera necesario hasta alcanzar el nivel óptimo o deseado

Se debe valorar frecuentemente cual es la necesidad del tratamiento y realizar los respectivos ajustes.

Si en el caso se administró un fármaco y este llega a fallar, se debe considerar la inclusión de otro fármaco como segunda opción, pero este fármaco debe ser de la misma línea o familia del primero que se utilizó, se debe tener una cuidadosa valoración, ya que cuando se asocian estos fármacos pueden presentar un efecto sinérgico, lo cual nos permite utilizar dosis más bajas, recordar que cada paciente debe tener su propia sedación, la sedación es individualizada.

Según Antuña, Herrero y Fanjul (2000) refieren que según la escala de RASS el valor adecuado tiene que ser entre 0 a -2, este valor nos indica que el paciente estará en comodidad, este valor puede minimizar los riesgos de sedación profunda, lo cual sería complicado para el paciente, estos nos ayuda a minimizar los efectos adversos de la terapia.

Una minoría de pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos tiene indicación de sedación profunda continua, por ejemplo, el tratamiento de la hipertensión endocraneana, la insuficiencia respiratoria grave, el estado epiléptico refractario y la prevención de las laceraciones de la conciencia en los pacientes tratados con bloqueantes neuromusculares (Reade & Finfer, 2014).

Complicaciones asociadas a la sedación.

Las complicaciones por la sedación se relacionan por la fisiopatología del paciente crítico.

La complicación más común que se puede presentar es la sedación insuficiente o también llamada infrasedación, cuando el paciente está en este nivel, tiene tendencia a presentar aumento

de los niveles de estrés y aumento de la ansiedad, a esto se puede sumar el temor, trastornos del patrón del sueño con agitación, esto no ayuda a cumplir bien el proceso de la ventilación mecánica, no hay una buena fusión entre ventilador y paciente, esto puede aumentar de una forma considerable la extubación de forma accidental en el paciente, aumentando considerablemente el consumo de O₂, se verá afectado el sistema autónomo, el musculo del miocardio aumenta su trabaja; por otro lado la sobredosificación puede llevar a bajar la presión arterial, con presencia de una bradicardia, he incluso puede presentar dificultades neurologicas, desencadenando problemas relacionados con las secuelas graves (Carrilero, et al, 2014).

El tratamiento del síndrome de privación comienza por prevenir su aparición evitando la suspensión brusca de la pauta de benzodiazepinas y/u opiáceos (Estébanez, Alonso, Sandiumenge & Jiménez, 2008).

La “tolerancia” está definida como el requerimiento en un mismo paciente. Está asociada a un aumento de la dificultad para conseguir o mantener un nivel adecuado de sedación y, en ocasiones, obliga al empleo de dosis elevadas de sedantes o a la combinación de diferentes fármacos, aumentando el riesgo de complicaciones asociadas (Estébanez, Alonso, Sandiumenge & Jiménez, 2008).

Analgesia en UCI.

El dolor (IASP) le da una definición que es parecido a una experiencia emocional y sensorial, que es desagradable con un daño específicamente en los tejidos (Publicada en 1979 por IASP en revista Pain, pág. 250). “La aparición del dolor en los pacientes, especialmente en los

pacientes críticos, pueden tener diferentes orígenes, ya sean de su patología de ingreso, incluso puede ser origen del reposo y por los procedimientos que se le realiza” (Latorre, Solís, Falero, Larrasquitu, Romay & Millán, 2011).

Con mucha frecuencia el dolor no se valora correctamente, lo cual permite no tratar adecuadamente en los pacientes, un 50 % se puede evidenciar que presentan dolor muy significativo, siendo este causante que el paciente pueda presentar el síndrome de estrés postraumático, o seguir con el dolor después de dado el alta, si hay una deficiente valoración del dolor, esto puede producir un aumento en la morbilidad e incluso aumento en la (Carrilero, et al, 2014).

En cuanto a la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, es complicado porque estos están en un estado crítico, y teniendo en cuenta la naturaleza de la patología que puedan presentar, es de suma importancia la valoración del dolor, y para esto se utilizan escalas que ayudan al profesional de enfermería a identificar de manera objetiva la presencia del dolor (Pardo, Muñoz & Chamorro, 2006).

Fármacos.

Fármacos sedantes.

Existen muchos fármacos para utilizar en la sedación, a continuación mencionaremos algunos que se usan en la unidad de cuidados intensivos:

Benzodiacepinas (BZ).

También denominados agentes ansiolíticos, que pueden llegar a producir amnesia, estos sedantes no se registra propiedades de analgesia, pero como su mecanismo de acción produce reducción de la ansiedad, esto nos ayudara a que el paciente tenga necesidad de un analgésico, en forma especial del grupo de los opiáceos, por otro lado en el cerebro se reduce el consumo de O₂, la PIC y el flujo sanguíneo cerebral, de tal manera que estos sedantes son muy requeridos en los tratamientos en pacientes con presencia de un TEC, en la unidad de cuidados intesivos se utilizan dos de este grupo que mencionaremos a continuación (Antuña, Herrero & Fanjul, 2000).

Diazepam.

En la unidad de cuidados intensivos este fármaco es de primera opción para ser utilizado, como tiene un alto grado de ser liposoluble, esto hace que su mecanismos de acción sea rápido, y también que sea incompatible con otros fármacos, tiene un gran distribución, y su eliminación hepática es muy lenta, y como resultado tiene una vida media larga, como de 48 horas. En cuanto a la farmacocinética, se ve alterado cuando hay una disfunción hepática, pero cuando hay una disfunción renal no se ve alterado.

Dosis habitual: - Bolo ev: 5-10 mg

- Infusión: 1-4 mg/h

En la actualidad no se usa mucho en pacientes críticos, por larga vida media, si se llega usar, indica un retardo en el despertar, esto puede requerir de 5 a 7 días (Chávez, 2002).

Midazolam.

Este fármaco se caracteriza por producir ansiedad o denominado ansiolisis, nos ayuda con la sedación causando hipnosis, tiene un efecto anticonvulsivante y el efecto miorelajación central, tiene su acción en el sistema: hipocampo y amígdala (ansiolisis).

Dosis de 0.03-0.3 mg/kg de peso/hora. Dosis de mantenimiento: 0.03-0.2 mg/kg de peso/hr. Contraindicaciones: todo paciente que presente hipersensibilidad al fármaco, el uso a largo plazo o prolongado puede producir y puede condicionar la tolerancia y puede presentar un síndrome de abstinencia; la metabolización de este fármaco y su respectiva eliminación se da a través del hígado, por lo que su uso debe ser condicionado en pacientes con problemas hepáticos, también tener precaución en pacientes con insuficiencia renal la interacción se puede ver un incremento de vida media con los siguientes fármacos: Claritromicina, eritromicina, isoniazida, verapamilo, diltiazem, etinilestradiol, ketoconazol, rifampicina.; tener presente que cuando se administra este fármaco el paciente puede presentar apnea por la depresión del sistema respiratorio y conllevar a una paro cardiorespiratorio, tener precaución en pacientes mayores de 60 años (Liceaga, 2015).

Flumazenil.

El flumazenil o flumazepil es un antagonista que bloquea los receptores benzodiazepínicos¹ y benzodiazepínicos. No produce cambios conformacionales, ocupa el receptor e impide la interacción del mismo con las benzodiazepinas. De esta manera el receptor GABA opera exclusivamente por la acción de dicho neurotransmisor. La utilización del flumazenil se orienta en el tratamiento de intoxicaciones por benzodiazepínicos y por agentes depresores del sistema nervioso central. También en la recuperación de la anestesia general con previo uso de benzodiazepina en la inducción (Valsecia & Malgor, 2011).

Pauta inicial:

- Adultos: 0.2 miligramos, endovenoso, en un periodo de 30 segundos, valorar el estado de conciencia y si no se alcanza el nivel deseado, en 30 segundos después de la valoración, se aumenta la una dosis más de 0.3 miligramos, y después de la valoración si aún necesitamos se debe administrar otra dosis de 0.5 miligramos a intervalos de un minuto hasta una dosis máxima de 3 miligramos, la recomendación es no superar los 3 miligramos en una hora.

Pauta de mantenimiento:

“Adultos con una exposición a benzodiazepinas de acción prolongada o pacientes con insuficiencia hepática debida a benzodiazepinas”:

“Perfusión continua de Flumazenilo (0,25-1 mg/hora): Diluir 2 mg en 500 ml de Suero Glucosado 5%, a pasar en 6 horas. No exceder los 0,5 mg/h” (Albacete, 2013).

Propofol.

Este anestésico se encuentra dentro del grupo del alquifenol, usando en dosis mínimas o bajas produce cierto grado de sedación, este fármaco no tiene propiedades analgésicas, no soluble en agua, la característica principal es la recuperación rápida al suspender dicho fármaco, la recuperación puede tardar entre 5 a 10 minutos, en la perfusión prolongada la vida media se ve aumentada.

Dosis: - Bolo: 1-3 mg/kg.

- Infusión: 1-6 mg/kg. /h

Este fármaco puede llegar a producir hipotensión, cuando se administra en bolo, también el paciente puede presentar vasodilatación periférica, y la disminución del retorno venoso, también se puede evidenciar una disminución de la contractilidad en el miocardio y por ende un descenso del gasto cardiaco. En cuanto al tono vascular pulmonar no se vera modificado, lo que si puede producir disminución de la frecuencia cardiaca, presencia de convulsiones, en cuanto al sistema respiratorio se ve disminuido el volumen minuto, la capacidad residual y el volumen corriente, se alterados de forma en depresión los reflejos laríngeos, esto nos facilita en una intubación; “Otro problema derivado de la preparación del propofol en emulsión lipídica, es la facilidad para el crecimiento de gérmenes, de ahí la importancia de un manejo aséptico de la vía de infusión del propofol” (Antuña, Herrero & Fanjul, 2000).

Bromuro de Vecuronio

Este anestésico se usa para en una sedación general para inducir la relajación muscular, tener en cuenta que este fármaco puede causar depresión en el sistema respiratorio, un personal altamente capacitado puede usar este fármaco, por la complejidad que este representa, se debe usar con una ventilación asistida, por un ventilador mecánico bien equipado, el uso de esta fármaco debe estar siempre acompañado de una adecuada anestesia, puesto que no tiene efecto en el umbral del dolor ni en el estado de conciencia, si el fármaco se usa prolongadamente, este puede causar debilidad muscular hasta llegar a la parálisis, en cuanto esté la función hepática disminuida, el efecto puede verse incrementado, la relajación muscular puede aumentar si hay una deficiencia en el funcionamiento renal; las reacciones adversas que puede presentarse es. Disminución de la FC, Disminución de la PA, juntamente con arritmias cardiacas (MINSa, 2017).

Barbitúricos.

Este grupo de fármacos está en el grupo de los anestésicos , su uso es en subdosis anestésicas estos pueden ser hiperanalgesicos, puede exagerar durante la respuesta al dolor, este fármaco es capaz de producir depresión en el EEG, este fármaco produce bajo consumos de O₂ a nivel cerebral, disminución de la PIC, también disminuye el flujo sanguíneo en el cerebro, el efecto en cuanto al sistema cardiovascular se ve afectado por la disminución de la PA, juntamente con la disminución de la precarga, la contractilidad del miocardio no se afectada mucho, puede producir aumento de la frecuencia cardiaca (Chávez, 2002).

Si bien es cierto que actualmente el uso de este fármaco está limitado en las unidades críticas como son las unidades de cuidados intensivos, porque al usar este grupo de fármacos, los efectos secundarios pueden agravar al paciente, ya que estos están en un estado crítico, por lo tanto se debe tener mucha precaución al utilizar este grupo de fármacos (Chávez, Mendoza, Acuña, Losada, & Silva, 2005).

Neurolépticos.

Este grupo de fármacos lo conforman las fenotiacinas (Clorpromacina) y las butirofenonas (Droperidol y Haloperidol), estos pueden ser usados, para controlar la confusión en los pacientes y de la misma forma la agitación cuando presentan delirios, su efecto se ve reflejado en la disminución de la actividad motora, su efecto hipnótico es mínimo, y la función respiratorio no se ve afectada como afecta otros fármacos sedantes, los efectos cardiovasculares

también son mínimos, estos fármacos son los más usados por su tan eficiente mecanismo de acción.

Para controlar una agitación se puede utilizar Haloperidol, se debe administrar 2.5 a 5 miligramos cada 30 minutos, hasta que la agitación ceda, en el día se puede llegar de 100 a 300 miligramos por día, este fármaco se puede administrar de forma continua por infusión, con una frecuencia de 1 – 5 miligramos por hora (Antuña, Herrero & Fanjul, 2000).

Los mismos autores refieren que el Droperidol es otra butirofenona que tiene efectos antieméticos muy elevados, estos pueden producir disminución de la PA muy considerable, y son muy escasos los estudios que aportan evidencia sobre estos agentes.

Fármacos analgésicos.

En la unidad de cuidados intensivos es de suma importancia el paciente, porque este está en estado crítico y por tal motivo es de suma importancia y fundamental, que se debe garantizar un buen alivio del dolor, una buena sedoanalgesia, teniendo en cuenta que en su mayoría de los casos este paciente no puede comunicarse, en este tipo de pacientes, a cada momento es de suponer que el dolor existe, y por ende se debe usar fármacos con efectos analgésicos, además estos nos ayudaran a usar menos fármacos sedantes (Antuña, Herrero & Fanjul, 2000).

Opioides.

Cuando se habla de aliviar el dolor en una UCI, el primer en salir son los fármacos de la familia de Opioides, ya que su efecto en el dolor visceral es muy efectivo, estos fármacos

utilizados en la unidad de cuidados intensivos, su administración tiene que ser vía endovenosa en forma de infusión, la administración en bolos no son recomendables (Chávez, 2002).

Cuando se administra los opioides se debe tener en cuenta estos efectos adversos:

Depresión respiratoria, náuseas, vómitos, hipomotilidad intestinal, espasmo del esfínter de Oddi (Excepto meperidina, retención urinaria, la liberación de histamina con excepción del fentanilo, tolerancia, rigidez muscular (Chávez, 2002).

A continuación mencionaremos los principales fármacos de esta línea:

Morfina.

Este fármaco es el mas usado en los pacientes críticos, este fármaco tiene una vida media de 2 a 4 horas, este es el mas hidrosoluble, por consecuente el inicio el lento en cuanto a su acción, de 20 a 30 minutos puede alcanzar el efecto pico, teniendo en cuenta que su efecto es más prolongado, en cuanto al efecto cardiovascular es la vasodilatación arterial y también venosa, eso produce una disfunción de la frecuencia cardíaca (Vargas, 2014).

Este fármaco puede ocasionar la liberación de las histaminas, produciendo así desequilibrio en cuanto a lo hemodinámico, y cuando se administra en bolo puede producir broncoconstricción, tiene a tener efectos secundario cuando el paciente tiene deterioro de la función renal, ya que la eliminación es por esa vía, este fármaco causa efecto en el sistema respiratorio ocasionando una depresión respiratoria, se recomienda no usar en pacientes com problemas de asma, y en tampoco en pacientes don disfunción renal (Vargas, 2014).

Dosis: - Bolo: 2-5 mg

- Infusión: 2-10mg/h

Fentanilo.

Este fármaco se puede administrar por intramuscular, vía endovenosa, transdérmica y como analgésico epidural, se recomienda que las dosis tienen que tenerse en cuenta la edad del paciente, peso, el estado físico, si está recibiendo algún fármaco diferente, el tipo de anestesia que se usará y el tipo de procedimiento en sala de operaciones, muy importante que tiene que ser administrada de forma individualizada, precaución y reducción de la dosis en pacientes de la tercera edad y en pacientes que muestren un estado físico débil; el mecanismo de acción de este fármaco se da en el sistema nervioso central y los órganos del músculo liso; este produce analgesia, euforia, sedación y disminuyendo la capacidad de concentración, sus efectos pueden producir náuseas, el paciente puede sentir una sensación de calor en todo el cuerpo, las extremidades las sentirá pesadas, y en las mucosas orales estarán secas; este fármaco puede producir depresión del sistema respiratorio en la ventilación en dosis dependientes, deprime el sistema nervioso central (Ramón, 2016).

Este fármaco se considera un potente agonista opiáceo sintético, se ha comprobado que las acciones de este fármaco es similar a la morfina.

Dosis: - Bolo: 75-150 microgramos

- Infusión: 25-100 microgramo/h

Remifentanilo.

“El remifentanilo es un opiáceo sintético que, por ser metabolizado rápidamente por esterasas plasmáticas, prácticamente no se acumula. Tampoco lo hace en pacientes con insuficiencia renal o hepática. Estas propiedades hacen que la recuperación de su efecto se

produzca en pocos minutos, aún después de infusiones prolongadas. Dependiendo de la dosis, produce efectos depresores centrales como otros opioides. Puede utilizarse en el proceso de destete del ventilador” (Celis, et al, 2013).

Meperidina.

Su acción es agonista en los receptores μ , delta y sobre las celular kappa, este fármaco es menos potente que la morfina en 10 veces menor, pero tiene una ventaja que es más liposoluble, produciendo una accione más rápida, su absorción es buena en general por casi todas la vias.

Dosis iniciales: de 1.5 a 2 miligramos por kilogramo IM seguidas de 1 a 1.5 mg/k IM cada 3 a 4 horas, también se puede administrar vía endovenosa, iniciando con una dosis de 25 a 50 miligramos por infusión continua a 10 a 40 miligramos por hora.

Contraindicaciones: debido a que se metaboliza en el hígado, tiene una vida media de 14 a 20 horas, no se recomienda el uso en pacientes con problemas hepáticos, no se recomienda en pacientes con insuficiencia renal, si se usa en estos pacientes se puede ocasionar una estimulación en el sistema nervioso central.

Efectos adversos: El paciente puede presentar episodios de taquicardia, produce una mayor toxicidad a nivel cardiovascular y a nivel neurológico (Liceaga, 2015).

Tramadol.

“Es un opiáceo con una potencia analgésica que es 1/10 de la morfina. Esta indicado en el tratamiento del dolor de intensidad moderada-severa. Se caracteriza por que no produce

prácticamente depresión respiratoria y las alteraciones hemodinámicas que produce son mínimas” (Chávez, 2002).

Dosis: - Bolo 100-150 mg ev. Inicial: 50-100mg /6-8h

Infusión: 15 mg/h

Antiinflamatorios no esteroideos.

Cuando se quiere tratar el dolor leve y moderado los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son muy efectivos, el uso de estos fármacos puede ahorrar el uso de opioides, porque mediante su mecanismo de acción, realiza la inhibición de la vía ciclooxygenasa, estos fármacos potencian se potencian de acuerdo a la necesidad.

El uso puede ser en cirugías poco agresivas y en presencia de politraumatizados, en cuanto a las cirugías mayores se puede usar durante las 48 horas de realizarse la intervención quirúrgica.

Entre los efectos secundarios tenemos las hemorragias gastrointestinales, altera la función renal, se afectada la plaquetas causando la disfunción (Bugedo, Tobar, Aguirre & Lira, 2009).

En la unidad de cuidados intensivos se usan los siguientes en su mayor cantidad:

Ketorolaco.

Es un antiinflamatorio no esteroideo con propiedad analgésica y moderado efecto antiinflamatorio y antipirético. Se absorbe rápida y completamente por vía oral y parenteral. Impide la síntesis de prostaglandinas por inhibición de la vía de la ciclooxigenasa del metabolismo del ácido araquidónico y es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria. Dosis: vía intravenosa: 30 mg IV como una dosis simple o 30 mg IV cada 6 horas, dosis máxima 120mg/día. La duración máxima de tratamiento no debe superar los 2 días. (ancianos y pacientes con un peso máximo < 50kg, 60mg/ día). Según la Agencia Reguladora de Medicamentos de los EEUU (FDA) y el Formulario Nacional Británico (BNF 59), está indicado para el manejo del dolor postoperatorio por un período corto de tiempo.

Ketorolaco a las dosis recomendadas puede asociarse con un riesgo más elevado de toxicidad gastrointestinal grave, en comparación con dosis equivalentes de otros AINE. En base a la información revisada, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas considera que la adquisición de ketorolaco 60mg/2ml, ketorolaco 30mg/ml y ketorolaco 10mg tabletas, autorizada por el comité farmacoterapéutico no se encuentra justificada debido a que existe en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales otras alternativas más costo-efectivas (MINSa, 2010).

Metamizol.

Este fármaco su función es analgésica y también es una antitérmico, su efecto permite la no lesión de la mucosa gástrica, su vida media es de 6 a 9 horas, su administración de 2 gramos equivalen a 6 a 8 miligramos de una morfina, si se administra de forma endovenosa, este puede ocasionar disminución de la PA, sobre todo en pacientes hipovolémicos, los efectos secundarios

que se pueden presentar son: Presencia de anemia aplásica, depresión del sistema nervioso central, agranulocitosis (Bugedo, Tobar, Aguirre & Lira, 2009).

Escalas de valoración de sedoanalgesia.

Escala.

Del latín *scala* y este del gr. *σκάλα*, Sucesión ordenada de valores distintos de una misma cualidad.

Escala de sedación.

Existe una amplia variedad de escala de valoración de sedación EVS, aunque sólo una minoría es utilizada y conocidas.

“Las EVS incluyen: escala de Ramsay, escala de sedación-agitación (SAS), escala de evaluación de la actividad motora (MAAS) y escala de sedación-agitación de Richmond (RASS); La escala de RASS fue desarrollada en 1999 por un equipo multidisciplinario de Virginia Commonwealth University School of Medicine en Richmond, Virginia, EE.UU. y validada en 2002; posteriormente se ha comprobado su validez y fiabilidad en otros estudios. Es útil en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos e incluye la valoración del delirio y la agitación” (Frade, et al, 2009).

Escala de RASS.

“La escala de la agitación y sedación Richmond (o "RASS" inglés "Richmond Agitation-Sedation Scale") es una escala utilizada para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o está bajo agitación psicomotora. Consiste en un método de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes que utilizan tres pasos

claramente definidos que determinan una puntuación que oscila -5 a +4. A diferencia de otras escalas, la RASS utiliza como parámetro el tiempo que se mantiene el contacto visual con el paciente, para medir el nivel de sedación. La puntuación de cero (0) se refiere a alerta, pacientes sin aparente agitación o sedación. Los niveles < que cero significa que el paciente tiene un cierto grado de sedación. Los niveles > que cero significa que el paciente tiene algún grado de agitación” (Bugedo, Tobar, Aguirre & Lira, 2009).

Tabla N° 1 Escala de Agitación/Sedación de Richmond (RASS)

Puntos	Categorías	Descripción
+4	Combativo	Violento o combativo, con riesgo para el personal
+3	Muy agitado	Intenta arrancarse los tubos o catéteres o es agresivo con el personal
+2	Agitado	Movimientos descoordinados o desadaptación del respirador
+1	Inquieto	Ansioso pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-2	Sedación ligera	Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-3	Sedación moderada	Movimientos (sin apertura de ojos) a la llamada
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos, al estímulo físico
-5	No estimulable	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

Fuente: Sessler CN, Grap MJ, Brophy. Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. *Semin Respir Crit Care Med* 2001, 22:211-25

Procedimiento:

- Observe al paciente. ¿Está alerta y tranquilo? (puntuación 0). ¿Tiene un comportamiento inquieto o agitado (puntuación +1 a +4)?
- Si el paciente no está alerta, llámelo por su nombre y vea si abre los ojos y mira al observador.

- Repítalo si es preciso.
- El paciente se despierta y abre los ojos manteniendo el contacto visual durante más de 10 segundos: puntuación -1
- El paciente se despierta y abre los ojos manteniendo el contacto visual durante menos de 10 segundos: puntuación -2
- El paciente se mueve a la llamada, pero sin abrir los ojos: puntuación -3
 - Si el paciente no responde a la llamada, estímulo físicamente moviendo el hombro o apretando el esternón.
- El paciente se mueve ante el estímulo físico: puntuación -4
- El paciente no se mueve ante ningún estímulo: puntuación -5

Escalas de valoración del dolor.

Valoración del dolor en el Paciente consciente y comunicativo.

Cuando se habla de valorar el dolor, debe hacerse por turno como mínimo na vez, también se debe realizar antes y después de los procedimientos que se realizan, antes y después de la administración de los analgésicos, también se debe tener en cuenta el criterio del profesional de enfermería, si se considera que se debe valorar el dolor, se tiene de valorar (Carrilero y otros, 2014).

Instrumentos:

Escala verbal numérica (EVN): con esta escala el mismo paciente es quien refiere la percepción del dolor con una escala de 0 que es nulo hasta 10 que nos indica el peor dolor que puede estar sintiendo el paciente, esta valoración puede ser también escrita muy a parte que sea hablada, esta escala se aplica a los pacientes que pueden articular palabras, no aplicable en pacientes que no estén conscientes (Carrilero, et al, 2014).

Valoración del dolor en el paciente no comunicativo o bajo sedación profunda.

Behavioural Pain Scale.

Esta escala esta conformada por tres ítems, y cabe mencionar que esta escala tiene su validez respectiva, en valoración es la expresión del rostro o también llamada expresión facial, también se puede valorar los miembros superiores en su movimiento y también en cuanto a la adaptación al ventilador mecánico, la puntuación que se le da a cada reactivo o ítem es de 1 – 4, y la puntuación general es de 3 como mínimo donde nos indica que no hay dolor, la puntuación máxima es de 12 lo que nos indica que la intensidad del dolor es máximo (Uya, 2013).

La Escala evalúa:

Ausencia de dolor = 3 puntos

Máximo dolor = 12 puntos

Tabla N° 2: Behavioural Pain Scale BPS (Escala de dolor Comportamental)

Item	Descripción	Score
Expresión facial	Relajada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Haciendo muecas	4
Movimientos de los miembros superiores	Relajada	1
	Parcialmente flexionado	2
	Totalmente flexionado	3
	Totalmente contraído	4
Ventilación mecánica	Tolerando movimientos	1
	Tosiendo, pero tolerando la mayor parte del tiempo	2
	Luchando contra el ventilador	3
	Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Fuente: Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care.

Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID).

Esta escala es una propuesta para la modificación de la escala de Campbell, esta escala tiene las puntuaciones desde 0 que es mínimo y 10 que es el puntaje máximo, está compuesta por cinco ítems, donde se evalúa, la musculatura facial, la tranquilidad, el tono muscular, la confortabilidad y la adaptación a la ventilación mecánica, cabe resaltar que el último de los ítems, es el por qué hace la diferencia de las otras escalas ya mencionadas (Bugedo, Tobar, Aguirre & Lira, 2009).

En las escalas cuando hay un valor de 4 o que sea inferior eso nos indica que el paciente presenta un dolor mínimo o leve moderado, valores de 4 a 6 es un dolor moderado y hasta grave, y si el valor está sobre 6 el dolor es intenso en el paciente que se aplica estas escalas.

Tabla N° 3: Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID)

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/dientes apretados	
“Tranquilidad”	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
Adaptación a ventilación mecánica (VM)	Tolerando VM	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	
Puntuación total .../10				
0: no dolor	1-3: dolor leve- moderado	4-6: dolor moderado-grave	>6: dolor muy intenso	
	Considerar otras posibles causas			

Fuente: Enfermería Intensiva 2011-22:3-12 Resultados del Proyecto ESCID

Cada valor encontrado el personal de enfermería debe registrar, en la hoja de valoración o en la hoja de grafica del paciente, también debería registrar en las anotaciones de enfermería, antes, durante y después de cada procedimiento y de la administración de fármacos como son los analgésicos, se recomienda valorar los signos vitales como indicadores en la aparición del dolor en los pacientes en estado crítico (Bugedo, Tobar, Aguirre & Lira, 2009).

Ventilación Mecánica.

Definición.

La ventilación mecánica, es el procedimiento que se brinda a todo paciente en esta crítico que se denomina respiración artificial, este procedimiento ayuda parcialmente a la función ventilatoria, facilitando así la función de los músculos encargados de la inspiración; la ventilación mecánica no se le considera una terapia, ya que como es una ayuda para el paciente, se le considera una intervención de apoyo para el paciente, también considerada prótesis externa y es temporal (Valencia, 2015).

Objetivos Primordiales:

Mejorar el intercambio gaseoso.

Evitar la injuria pulmonar.

Disminuir el trabajo respiratorio (Gutiérrez, 2011).

Indicaciones clínicas:

Insuficiencia respiratoria tipo I o hipoxemia severa.

Insuficiencia respiratoria II o hipercápnica.

Compromiso neuromuscular de la respiración.

Hipertensión endocraneana.

Profilaxis frente a inestabilidad hemodinámica.

Aumento del trabajo respiratorio

Tórax inestable.

Permitir sedación y/o relajación muscular (Gutiérrez, 2011).

Modalidades de VM.

Ventilación controlada por volumen (CMV): “Todas las respiraciones son controladas por el respirador y ofrece volumen tidal (VT) y frecuencia respiratoria (FR) predeterminados. No acepta el estímulo inicial del paciente por lo que su uso se reserva a pacientes que no tienen esfuerzo inspiratorio espontáneo o están paralizados, por ejemplo, en el post operatorio inmediato o en los pacientes con disfunción neuromuscular” (Valencia, 2015).

Ventilación asistida controlada (AC): “Las respiraciones se entregan según lo programado tanto en volumen tidal, flujo pico y forma de la onda, así como la frecuencia respiratoria base. Las respiraciones iniciadas por la máquina o el paciente se entregan con estos parámetros, la sensibilidad se puede regular para que el paciente pueda generar mayor frecuencia respiratoria que la programada” (Gutiérrez, 2011).

Ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV): “Combinación de respiración de la máquina y espontánea del paciente. La respiración mandatoria se entrega cuando se censa el esfuerzo del paciente, es decir está sincronizada con el esfuerzo del paciente. El paciente determina el volumen tidal y la frecuencia de la respiración espontánea, con una frecuencia respiratoria base. Puede ser utilizada en modo CMV, así como en modo PCV” (Valencia, 2015).

Ventilación controlada por presión (PCV): “Consiste en la aplicación de una presión inspiratoria, un tiempo inspiratorio, la relación I: E y la frecuencia respiratoria, todas programadas por el médico. El flujo entregado varía de acuerdo a la demanda del paciente. El volumen tidal varía con cambios en la compliance y la resistencia. El flujo entregado es desacelerante o en rampa descendente” (Gutiérrez, 2011).

Ventilación presión de soporte (PSV): “Es la aplicación de una presión positiva programada a un esfuerzo inspiratorio espontáneo. El flujo entregado es desacelerante, lo cual es

inherente a la ventilación por presión. Para aplicar PSV se requiere que el paciente tenga su estímulo respiratorio intacto, entonces producido el esfuerzo inspiratorio espontáneo este es asistido a un nivel de presión programado, lo que genera un volumen variable. En este modo el paciente determina la frecuencia respiratoria, el tiempo inspiratorio, flujo pico y volumen tidal” (Valencia, 2015).

Presión positiva continua en las vías aéreas (CPAP): “Es la aplicación de una presión positiva constante en las vías aéreas durante en un ciclo respiratorio espontáneo. Este modo no proporciona asistencia inspiratoria, por lo que necesita que el paciente tenga un estímulo respiratorio espontáneo activo. Tiene los mismos efectos fisiológicos que la PEEP” (Gutiérrez, 2011).

VM con relación I: E invertida (IRV)

Modo de la ventilación controlada en donde la relación I: E es > 1

En este caso se obtiene las unidades alveolares en su mayor tiempo abiertas, de esta manera favorecer al intercambio de gases a nivel alveolar, así mejorando la oxigenación a los órganos que estén más distantes y que hayan sufrido algún daño (Valencia, 2015).

Indicaciones de sedación en ventilación mecánica:

Inhibir el centro respiratorio y conseguir la adaptación al ventilador.

Aliviar y disminuir el dolor y la ansiedad.

Mejorar la comodidad general, manteniendo la posición y aumentando la tolerancia al tubo endotraqueal.

Facilitar el sueño y provocar amnesia.

Premedicación en exploraciones y técnicas invasivas (Chávez, Mendoza, Guedez, Zavala & Lazorza, 2005).

Desadaptación del enfermo a la Ventilación Mecánica:

Cómo diagnosticarlo:

No hay sincronización entre paciente – respirador.

El paciente lucha contra la máquina.

Respiración paradójica.

Inquietud, agitación

Hiperactividad simpática (HTA, taquicardia, sudoración).

Saltan las alarmas continuamente (Valencia, 2015).

Las consecuencias se reflejan a distintos niveles:

Mecánica pulmonar: Aumento de ventilación, disminución del tiempo espiratorio, dificultad de vaciado pulmonar, aumentan PEEP, Ppico y Pmeseta.

Músculo respiratorio: Aumenta el trabajo respiratorio, hay presencia de fatiga en el diafragma.

Hemodinámica: Se ve aumentado las presiones que dificultan el retorno venoso, y se ve afectado el gasto cardiaco disminuyendo considerablemente, se produce hiperactividad adrenérgica como consecuencia de la lucha con el respirador.

Intercambio gaseoso: Se aumenta la producción de CO₂, y también del consumo de O₂, esto puede provocar hipercapnea, que es aumento del Na, puede producir también bajar la

saturación de oxígeno, esto puede llevar al paciente a presentar una acidosis (Chávez, Mendoza, Guedez, Zavala & Lazorza, 2005).

Los fármacos nos ayudaran a tener una mejor adaptación entre paciente y ventilador mecánico, pero es muy importante realizar la valoración, para identificar las causas que se presentan por la no adaptación del ventilador al paciente, ya que a veces no es necesario aplicar un fármaco para la adaptación, a continuación se mencionara las causas que se dividen en cuatro categorías:

Programación inadecuada de la ventilación mecánica: Volumen minuto bajo, FiO₂ límite, Trigger mal ajustado.

Complicaciones: Barotrauma, Atelectasia, Obstrucción de tubo endotraqueal por tapón mucoso (Valencia, 2015).

Modificaciones fisiológicas del paciente: Dolor, ansiedad, fiebre, cambios posturales, traslados (cambio de respirador).

Disfunción del respirador: Fallo de alarma, rotura de circuitos internos (Chávez, Mendoza, Guedez, Zavala & Lazorza, 2005).

Intervención de la Enfermería en sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva, antes, durante y después

El capítulo de enfermería crítica de la sociedad de terapia intensiva de Argentina, ha establecido Conceptos clave para el manejo de sedación y analgesia en UCC como son:

El profesional de enfermería realiza sus acciones en forma interdisciplinaria, para realizar un buen manejo de la sedoanalgesia, valora al paciente, identificación de los factores predisponentes que puede presentar el paciente, valora la medicación de un tratamiento frecuente que tenga el paciente, el profesional de enfermería, tiene que identificar los delirios utilizando un instrumento válido científicamente, registra la valoración y todas las acciones realizadas en el paciente, valoración del dolor según la escala que se usa en el servicio donde se labora, se valora la respuesta al tratamiento por los fármacos, la valoración debe ser de forma regular conjuntamente con el monitoreo y todo debe ser registrado de forma documentada, valorar los niveles de sedación utilizando la escala adecuada, tener presente una estrategia para evitar la acumulación de metabolitos causado por los medicamentos; evaluar y manejar la agitación severa incluyendo la investigación de factores causales y realizar tranquilización rápida; en lo más posible se debe evitar los efectos adversos especialmente lo que son potenciales, causados por los fármacos; y si en caso se presentara algún efecto adverso, inmediatamente se debe manejar; si por algún motivo un fármaco tiene su falla en su administración en cuanto a su dosis adecuada, se debe reportar al médico de turno, quien propondrá otro fármaco como alternativa.

El personal de enfermería debe realizar el monitoreo continuo al paciente, esto incluye valoración frecuente de la FC, FR y todo el patrón respiratorio, PA y el estado de conciencia del paciente, está recomendado el uso de la oximetría para medir la saturación de O₂.

Conocimiento.

Se puede entender el conocimiento como la interacción del pensamiento, teniendo en cuenta el desarrollo a través de la historia del pensamiento humano, también puede referirse a la asimilación de una realidad espiritual indispensable, para realizar una práctica determinada para un proceso donde se pueden crear conceptos y también las teorías, de manera racional, creadora y activa (Arias, 2012).

Flores (2005) refiere que el conocimiento empírico espontáneo; están relacionados con la práctica del ser humano que son fueron y son necesarios para realizar diferentes acciones exitosas, en el trabajo o labor que se desempeña, son transmitidas y se reafirman por generaciones, en sus actividades diversas diarias, por las experiencias que se conviven mayormente adoptas este conocimiento con las personas que compartes tus tiempos en mayor cantidad, este tipo de conocimiento no tiene un método, ni se rige de ningún sistema, pero puede ser muy superficial, ya que se pueden conformar con lo aprendido, mediante la convivencia, entre otros.

Apolinario (2002) el conocimiento científico; este tipo de conocimiento es el resultado de las investigaciones científicas, que para la adquisición se requiere el uso de los órganos sensoriales y análisis crítico de la persona que quiere adquirir este tipo de conocimiento, se apoya mediante una o más teorías. (Cahua, 2013) se guía por un método científico a diferencia del conocimiento empírico que no sigue ningún método, se apoyó de los medios técnicos, este conocimiento va más allá de las apariencias, se puede captar lo más importante lo esencial de los objetos y de los fenómenos, donde se pueden elaborar hipótesis y hasta leyes científicas, para explicar de una manera muy objetiva una determinada realidad (Ramírez, 2009).

Según Gutiérrez (2005) resalta que en cuanto a la teoría del conocimiento, este resulta por las investigaciones, de la relación que tiene el sujeto y el objeto, se estudia el origen y la esencia sobre el conocimiento, este autor refiere que evidencia la interacción de los elementos, es también el desarrollo histórico del pensamiento (Martínez & Rodríguez, 2011).

El conocimiento (en general), es el conjunto de datos e información que el hombre en su proceso evolutivo ha adquirido sobre la naturaleza y sobre sí mismo. (Terrones, 2009). La fuente de conocimiento es la realidad que circunda al hombre y que actúa sobre él. El hombre percibe los objetos y fenómenos del mundo e influye activamente sobre ellos, transformándolos (Seminario, 2010).

Conocimiento en enfermería

El conocimiento es un eje principal en la formación del profesional de enfermería, juntamente en el desarrollo de las habilidades y destrezas que adquiere en su formación como profesional, esto hará que el profesional de enfermería esté capacitado para desempeñarse en el cuidado de las personas, estas cosas serán guías para que el cuidado sea de calidad y tengan una formación de excelencia, durante el desarrollo de su labor el profesional de salud en este caso el profesional de enfermería se encuentra con situaciones muy diversas en el cuidado del paciente, que requieren de su conocimiento y destreza, para la mejora del enfermo, y en si en el desempeño de su labor hay deficiencia para realizar un cuidado de calidad, el profesión deberá capacitarse y desarrollar el

conocimiento científico, que fundamente la profesión de enfermería (Andreu y Sieber, 2000).

Mediante los conocimientos se mide el impacto de las acciones de atención brindadas por el personal de enfermería, también permitirá tomar decisiones según el desarrollo de la patología, se evalúa las acciones en base al fundamento científico y a las necesidades del paciente, de esa manera optimizar la atención de calidad; en enfermería como disciplina se busca ampliar y fortalecer los conocimientos para perfeccionar la práctica del profesional, esto nos permitirá perfeccionar continuamente, y mostrar resultados de mucha satisfacción en el cuidado del paciente, sobre todo en las áreas críticas, en la actualidad las especializaciones en el área de enfermería se requieren de un fundamento científico, y por ende los conocimientos del profesional debe estar al día, para intercambiar, y contribuir con las experiencias adquiridas por el conocimiento (Rojas, 2012).

Práctica.

Es el resultado de las experiencias y la expresión del conocimiento científico o también empírico, es muy necesario tener un contacto de forma directa, usando los sentidos y conducta psicomotriz (Alarcon & Shirley, 2012).

También se refiere a la realización de acuerdo a las normas y que están están supervisadas o sujetas a un docente, para que las personas practicantes puedan mejorar su desempeño en el área específica, también se puede utilizar este término para definir un

entrenamiento, la práctica es fundamental para mejorar en gran parte las habilidades y desarrollar nuevas habilidades y destrezas en una área en particular, “. Por otro lado, cuando una persona desarrolla una gran habilidad, mucha destreza en un campo en particular, se suele decir que “tiene mucha práctica” (Hernández, 2013).

En los currículos de cada universidad se viene elaborando la inclusión de las practicas en sus líneas, estas permitirán que un estudiante este mejor capacitado para cumplir con el perfil del egresado, en la práctica profesional se denomina a la aplicación de la ciencia y también de la tecnología (Hernández, 2013).

Teorías de enfermería

Virginia Henderson (1897-1996) “Definición De Enfermería”

En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”. Virginia afirma que para que una enfermera ejerza como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio profesional, necesita un tipo de formación adecuada. Destaca su importancia en la capacidad del individuo para funcionar con independencia la relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow (Bravo, 2016).

Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales). Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).

Sor Callista Roy (2009) “Modelo De Adaptación”

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Esta teoría tiene 5 esenciales elementos: paciente, salud, entorno, meta de la enfermedad y dirección es de actividades: en cuanto a los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
- Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.
- Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Esta teorista menciona que los individuos poseen cuatro formas para adaptación; lo fisiológico, el autoconcepto, relaciones de interdependencia y el desempeño de funciones (Bravo, 2016).

Este modelo tiene como objetivo facilitar una adaptación del individuo por consecuencia del fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento, en cuanto al cuidado de enfermería es aplicado cuando el individuo has uso excesivo de energía para el logro de las metas de supervivencia, incluye valoración, diagnostico, establecer metas, intervenciones y evaluación (Hernández, 2013).

Variable A.

Sub título variable A.

Nivel de conocimiento.

Sub título del sub título de la variable A.

Valoración de la sedoanalgesia

Valoración de la agitación-sedación

Valoración del dolor

Valoración de la ventilación mecánica.

Variable B.

Sub título variable B.

Prácticas del personal de enfermería.

Sub título del sub título de la variable B.

Antes de la sedoanalgesia.

Durante la sedoanalgesia.

Después de la sedoanalgesia.

Definición conceptual de variables

Conocimiento. El conocimiento debe ser eje de interés en la formación de enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas. Con los conocimientos se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, los cuales se evalúan de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evaluación para asegurar una óptima atención de calidad.

Práctica. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos, La práctica de enfermería comprende experiencias y fenómenos que la enfermera encuentra cuando brinda cuidado.

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

El presente estudio se realizará en El Instituto de Enfermedades Neoplásicas que es un organismo Público Ejecutor del sector Salud, especializado en la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades tumorales o neoplásicas; ubicada en Av. Angamos 2520 en el distrito de Surquillo, Lima-Perú.

La historia de esta prestigiosa institución se remonta hacia el 11 de mayo de 1939, cuando se promulgó la Ley N° 8892 que estableció la creación del “Instituto Nacional del Cáncer”, cuyas actividades primigenias se orientaron a la prevención y asistencia social anticancerosa, asistencia especializada en sus consultorios externos y de hospitalización, y como centro de estudios y enseñanza superior universitaria sobre cáncer (INEN, 2016).

Cuenta con servicios de hospitalización de cirugía oncológica, medicina oncológica, en adultos, adolescentes y pediatría, emergencia adultos y pediátricos, central de esterilización, servicio de quimioterapia ambulatoria, salas de administración de radioterapia, salas de rayos X, resonancia magnética, ambientes de laboratorio, cuenta con consultorios externos para la atención de pacientes, entre otros, así mismo con las áreas de cuidados críticos Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Terapia Intermedia, donde se brinda cuidados especializados a pacientes, la capacidad de camas es de 12 en las áreas de cuidados críticos. Población y muestra

Población.

La población estará conformada por todas los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados críticos del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, haciendo un total de 33, la cual será seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

Profesional de enfermería de ambos sexos de todas las edades.

Personal que labora en la unidad de cuidados críticos.

Tiempo mínimo en el servicio de un año, sea nombrado o contratado.

Que acepte participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

Que no desee participar en el estudio.

Que sea jefe del servicio.

Enfermera de reten.

Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

Es una investigación con enfoque cuantitativo porque recoge y analiza datos cuantificables sobre las variables: Conocimientos y prácticas. En función a los objetivos es una investigación del tipo básica porque se orienta a ampliar el conocimiento teórico existente respecto a las variables en estudio, en función a la fuente de recolección de los datos es una investigación de campo porque los datos fueron obtenidos del mismo individuo donde se presentan las variables (Monje, 2011).

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental por que no existirá manipulación de variables, de corte transversal por que la recolección de los datos se realizará en un solo momento y descriptiva correlacional porque se realizará un diagnóstico de las variables de estudio determinando la relación entre ellos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

Formulación de hipótesis

H_a Existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H₀ No existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Identificación de variables

Para la Variable Conocimiento.

Valoración de sedoanalgesia.

- Definición.
- Objetivos.
- Complicaciones.
- Fármacos más utilizados y efectos adversos.

Valoración de agitación-sedación

- Escalas de valoración de sedación (RASS).

Valoración del dolor

- Valoración del dolor escalas BPS

Valoración básica de ventilación mecánica

- Ventilación mecánica, definición, objetivos, indicaciones y modos de ventilación mecánica.

Para variable Prácticas.

Antes.

- Preparación de material y equipo.
- Verificación del correcto funcionamiento (ventilador, bombas infusoras).
- Verificación de los fármacos a utilizar.

Durante.

- Preparación correcta de los fármacos.
- Titulación de la dosis respuesta de sedoanalgesia.
- Registro de la valoración de sedación escala RASS, en forma frecuente.
- Valoración del dolor BPS
- Verificación vía exclusiva de sedoanalgesia
- Monitoreo y registro de funciones vitales
- Identifica signos de complicaciones de sedoanalgesia.
- Destete progresivo de sedoanalgesia.

Después.

- Evaluación del estado de conciencia.
- Registro.
-

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala
Variable 1 Conocimientos de sedoanalgesia y ventilación mecánica invasiva del profesional de enfermería.	El conocimiento debe ser eje de interés en la formación de enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas. Con los conocimientos se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, los cuales se evalúan de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evaluación para asegurar una óptima atención de calidad.	Es el conjunto de conceptos y teorías que tiene el profesional de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica.	Valoración de la sedoanalgesia Valoración de la agitación-sedación Valoración del dolor Valoración de la ventilación mecánica.	-Definición de sedoanalgesia. -Objetivo de sedoanalgesia -Indicaciones de sedoanalgesia. -Complicaciones de la sedoanalgesia -Fármacos más utilizados en sedoanalgesia. -Efectos adversos de los fármacos -Escala de sedación RASS <ul style="list-style-type: none"> • Agresivo • Muy agitado • Agitado • Intranquilo • Alerta-Tranquilo • Somnoliento • Sedación ligera • Sedación moderada • Sedación Profunda • No se puede despertar -Escala de valoración de dolor -Valoración de dolor en paciente con VMI -Escala BPS -Definición de ventilación mecánica. -Objetivo de ventilación mecánica. -Indicaciones de ventilación mecánica. -Modos de ventilación mecánica.	Bajo Medio Alto

Técnica e instrumentos de recolección de datos

Cuestionario.

Para la variable conocimientos de utilizará como instrumento el cuestionario el cual tiene como objetivo de identificar los conocimientos que tienen las enfermeras en el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva en la unidad de cuidados críticos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, conformada de dos partes la primera sobre los datos generales y la segunda parte los datos específicos que consta de 22 ítems en forma de preguntas cerradas con respuestas múltiples, la cual se dará la siguiente calificación: si la respuesta es correcta el valor de 1 y si la respuesta es incorrecta el valor de 0, este instrumento fue sometido a validación por juicio de expertos, lo cual estuvo conformado por un estadista, un enfermero especialista en cuidados críticos, dos médicos especialistas en el área y un enfermero especialista en investigación en salud, para ver la concordancia y homogeneidad de los jueces se aplicó la V de Aiken y se obtuvo el resultado de 0.83; para la confiabilidad se aplicó el cuestionario a una muestra piloto para medir la fiabilidad del instrumento, se calcula el KR20 como prueba estadística, teniendo como resultado 0.81; lo cual nos muestra que el instrumento es confiable estadísticamente.

Para su calificación se le dará la siguiente puntuación:

Nivel de conocimiento bajo Menor de 12

Nivel de conocimiento medio 13 - 17

Nivel de conocimiento alto Mayor de 18

Lista de chequeo.

Para medir las prácticas se utilizará una lista de chequeo con respuestas dicotómicas (SI – NO), consta de dos partes, la primera están los datos generales y la segunda están los datos específicos que está dividido en tres subdimensiones: antes, durante y después del procedimiento; este instrumento también fue sometido a la validación por juicio de expertos en el tema, conformado por: un estadista, un enfermero especialista en cuidados críticos, dos médicos especialistas en área y un enfermero especialista en investigación en salud, para ver la concordancia y homogeneidad de los jueces se aplicó la V de Aiken y se obtuvo el resultado de 0.87; para la confiabilidad se aplicó la lista de chequeo a una muestra piloto para medir la fiabilidad del instrumento, se calcula el KR20 como prueba estadística, teniendo como resultado 0.81; lo cual nos muestra que el instrumento es confiable estadísticamente.

Para calificación de este instrumento será de la siguiente manera:

De 0 – 12 Práctica deficiente

De 13 – 15 Práctica eficiente

Según la validación y confiabilidad los instrumentos están aptos para aplicar a la muestra.

Proceso de recolección de datos

Para la recolección de los datos los investigadores solicitarán el permiso respectivo a la Dirección General del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Departamento de Enfermería y la Unidad de Docencia, Investigación y Capacitación y se realizarán las coordinaciones con el personal de salud del área: Enfermeras jefes del Departamento de Enfermería y de los Servicios

de la Unidad de Cuidados Críticos, se procederá a informar a la oficina de apoyo a la docencia e Investigación. Previo a la recolección de datos se solicitará el consentimiento informado de los profesionales de enfermería sobre su participación en el estudio, también se solicitará que firmarán un acta de compromiso. La recolección de datos se realizará individualmente a los profesionales de enfermería en cada turno, de lunes a viernes en los horarios de turno tarde. A cada uno de los participantes se le explicará el motivo del estudio y se les proporcionará un tiempo de 20 minutos para que pueda responder a las preguntas planteadas, posteriormente se recogerán los instrumentos validando que cada uno de las preguntas hayan sido respondidas.

La recolección de los datos para la guía de observación se realizará durante las actividades diarias para ello las investigadoras se programarán turnos rotativos para poder observar las actividades de las enfermeras durante un tiempo de 30 minutos, sin que los profesionales se den cuenta que están siendo evaluadas.

Procesamiento y análisis de datos

Terminada la recolección de datos se procederá al ingreso de los datos en el software IBM SPSS Statistics Versión 22, donde se realizará la depuración de los datos; es decir, el control de calidad que se tendrá como criterio de eliminación a los casos que presenten más del 10% de los ítems perdidos, luego se procederá a la preparación de los datos, para lo cual, se realizara la sumatoria de los valores obtenidos para cada ítem. Una vez terminado el proceso de preparación de los datos se realizarán los pasos correspondientes previa elaboración de las pruebas de normalidad para la comprobación de las hipótesis se aplicará la prueba paramétrica de correlación de sperman, siendo la aplicación de esta prueba para obtener la relación de las

variables. Los resultados de correlación se presentarán en una tabla cruzada considerando el valor P, el valor del coeficiente de correlación de Spearman.

Consideraciones éticas

Se tendrá en cuenta la autorización de la institución, así como el consentimiento informado del sujeto de estudio, informándole que es de carácter anónimo y confidencial expresándole que lo obtenido será solo de uso para fines del estudio.

Principios bioéticos.

Las consideraciones éticas que se tendrán en cuenta en el desarrollo serán:

Autonomía: Las(os) enfermeras(os) tendrán el derecho de decidir participar o no de la investigación, dando su consentimiento informado.

Justicia: En el presente estudio de investigación se actuará con equidad, proporcionando información adecuada y personalizada para cada enfermera.

Beneficencia: Las(os) enfermeras(os) recibirán información completa, veraz, clara y precisa sobre el estudio, asegurando así su integridad física, mental y social.

No Maleficencia: Se aplicará el precepto hipocrático que a la letra dice: “No causar daño de ningún tipo al participante”. El estudio se hará con total transparencia.

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
1.Aprobación anteproyecto	X					
2.Reelaboración proyecto		X				
3. Ampliación del Marco Teórico		X				
4.Preparación inst. recolección datos		X	X			
5. Aplicación de instrumentos			X			
6.Sistematización de información				X		
7. Análisis e interpretación				X		
8. Redacción del borrador				X		
9. Revisión y crítica				X	X	
10. Redacción final					X	
11.Presentación					X	
12.Sustentación						X

Presupuesto

RUBROS	CANTIDAD DE RECURSO	DEDICACION Horas/mes	Costo Hora S/	Costo/mes (S/)	Tiempo en el proyecto (meses)	Subtotal
A. GASTOS DE PERSONAL						
INVESTIGADORES	3	100	50.00	5.000.00	6	30.000.00
ENCUESTADORES	3	5	50.00	250.00	1	250.00
ASESORIA	1	10	100.00	1.000.00	6	6.000.00
TOTAL						36.250.00
B. TRABAJO DE CAMPO						
VIAJES(PASAJES)	6	4	20.00	320.00	6	1.920.00
ALIMENTOS	3	8	10.00	240.00	6	1.440.00
OTROS						
TOTAL						3.360.00
C. EQUIPOS						
PC, LAPTOP	1					1.500.00
IMPRESORA	1					1.000.00
TOTAL						2.500.00
D. OTROS RUBROS						
PAPELERIA INSUMOS TELEFONÍA MÓVIL, INTERNET	1.000		20.00			20.00
BIBLIOGRAFÍA	..					200.00
FOTOCOPIAS	1.000		0.10			100.00
SERVICIOS TECNICOS SOFTWARE	3		50.00			150.00
	1		300.00			300.00
ALIMENTACIÓN	3	12	10.00	120.00	6	720.00
MOVILIZACIÓN	3	24	10.00	240.00	6	1.440.00
TOTAL						3.130.00
TOTAL (A+B+C+D)						45.240.00
MAS IMPREVISTOS 3%						1.357.20
TOTAL						46.597.20

Referencias

- Alarcón, M., & Rubiños, S. (2012). *Tesis conocimientos y prácticas en la prevención de riesgos biológicos de las Enfermeras del Hospital Belen*. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Lambayeque.
- Alvarez, C. (2015). *Monitorización de sedoanalgesia, utilizando la escala de agitación sedación (RASS) para determinar el confort en ventilación mecánica*. Trabajo de Grado - Especialización en Medicina Interna, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Obtenido de Trabajos de Grado - Especialización en Medicina Interna: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3770>
- Amaral, A., Kure, L., & Jeffe, A. (2012). Sedación Mínima en Ventilación Mecánica. *Critic Care*, 16: R78. Obtenido de <http://www.medicina-intensiva.com/2012/05/>
- Antuña, M., Herrero, S., & Fanjul, R. (2000). Sedoanalgesia en el paciente crítico. *CIMC2000*. España: II Congreso Internacional de Medicina Crítica en Internet. Obtenido de http://www.uninet.edu/cimc2000/conferencia/conf2/SED_ANALGESIA.htm
- Apolinario, R. (2002). *Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Hipolito Unanue*. Trabajo de Investigación para optar el título de especialista en Enfermería de Cuidados Intensivos, UNMSM, Lima.
- Arbeláez, V., Pineda, I., & Otero, W. (2004). Sedación y analgesia en endoscopia gastrointestinal. *Revista colombiana de gastroenterología*, 212.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de Investigación-introducción a la metodología científica* (6° ed.). Venezuela: Episteme.
- Bravo, M. (2016). *Guía metodológica del PAE. Propuesta de Registros Enfermería Taxonomías NANDA, NOC Y NIC. Segundo capítulo Teorías y modelos de Enfermería. Propuesta de registros de enfermería por especialidades con SOAPIE*. Lima.
- Bugedo, G., Tobar, E., Aguirre, M., & Lira, T. (2009). *Protocolo de sedación basado en analgesia*. Chile: Universidad Católica. Obtenido de <http://terapiaventilatoria.uc.cl/Articulos/sedacion-basada-en-analgesia>
- Cahua, S. (2013). *Conocimientos y Prácticas de la Enfermera sobre Aspiración de secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos.Hospital María Auxiliadora*. Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería Intensivista, UNMSM, Lima. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4096>

- Carrilero, C., Castillo, D., García, J., López, I., Prado, A., Rojano, V., & Tornero, V. (2014). *Desarrollo e implementación de un protocolo de sedación, analgesia y control de delirio en UCI*.
- Castilla, J., & López, S. (2010). El uso de un protocolo por enfermeras, mejora la calidad de sedación y la cantidad de fármacos administrados en pacientes con ventilación mecánica. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 7(32). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4667689>
- Celis-Rodriguez, E., Birchenall, C., De la Cal, M., Castorena, G., Hernandez, A., Ceraso, D., . . . Rubiano, S. (2013). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva*, 588-644. Obtenido de <http://www.fepimcti.org/documentos/GUIADESEDOANALGESIAENUCI2013.pdf>
- Chávez, O., Mendoza, M., Acuña, E., Losada, B., & Silva, A. (2005). Sedación de pacientes en Ventilación Mecánica. Parte II. *Medicrit*, 72 - 78. Obtenido de http://www.medicrit.com/Revista/v2n5_05/V2_N5_72.pdf
- Chávez, O., Mendoza, M., Guedez, R., Zavala, M., & Lazorza, C. (2005). Sedación de pacientes en ventilación mecánica Parte I. *Medicina interna y medicina crítica*, 50. Obtenido de <http://www.medicrit.com/rev/v2n4/2449.pdf>
- Chávez, R. (2002). *Sedación, analgesia y relajación en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins*. Lima Perú: UNMSM.
- Estébanez, M., Alonso, A., Sandiumenge, A., & Jimenez, M. y. (2008). Sedación prolongada de unidades de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 19-30. Obtenido de medintensiva.elsevier.es/es/pdf/13116123/S300/
- Fernández, L. (2014). *Valoración de las escalas de dolor en pacientes con ventilación mecánica en unidad de cuidados intensivos*. Trabajo Fin de Grao en Enfermería, Escola Universitaria de Enfermaría A Coruña, Coruña-Brazil. Obtenido de http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13611/FernandezRamos_Lorena_TFG_2014.pdf?sequence=2
- Flores, M. (2005). Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. *Espacios*, 22. Obtenido de www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260241.html
- Frade, M., Guirao, A., Esteban, M., Riveja, J., Cruz, A., Bretones, B., Motane, M. (2009). Análisis de 4 escalas de valoración de la sedación en el paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 10(79). Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-4-escalas-valoracion-sedacion-13141479>

- Franco, T. (2010). *Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre el paciente con sedoanalgesia*. Tesis para optar el grado de Especialista Enfermería en Cuidados Intensivos, Lima.
- Garrigues, M., & Vega, L. A. (2013). *Guía de Administración de antídotos y antagonistas*, 37. Obtenido de http://www.chospab.es/area_medica/farmacia_hospitalaria/profesional/guiaAntidotos/doc/guia_antidotos_2014.pdf
- Gonzales, P., & Dávalos, V. (2012). Niveles de sedación. En *Manual práctico de sedación y analgesia en procedimientos endoscópicos* (pág. 188). Loja-Ecuador: Hospital docente UTPL.
- Gutierrez, F. (Abril-Junio de 2011). Ventilación Mecánica. *Acta Médica Peruana*, 28(2), 87-104. Obtenido de Acta Médica Peruana: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006
- Gutierrez, G. (2005). Unidad de lo diverso. En G. Gutierrez, *Metodología de las ciencias sociales*. Oxford-Mexico.
- Gutierrez, P. (2010). Manual Moderno. En P. Gutierrez, *Protocolos y procedimientos en el paciente crítico* (pág. 554). Cuauhtémoc-Mexico: El Manual Moderno-S.A. de C.V. Obtenido de www.manualmoderno.com
- Guzmán, M. (2010). *La generación del cambio climático: una aproximación desde el enfoque del caos*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Hernández, J. (2013). *Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: MacGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Inen. (2016). *MINSA*. Obtenido de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: <http://www.inen.sld.pe/portal/>
- Jackson, D., Proudfoot, C., Cann, K., & Walsh, T. (2009). The incidence of sub-optimal sedation in the ICU: Systematic review. *Critical care*, 13(6), R204. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/cc8212>
- Latorre, I., Solis, M., Falero, T., Larrasquitu, A., Romay, A., & Millán, I. (2011). Validación de la escala de conductas indicadoras de dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica. *Elsevier*, 3-12. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-validacion-escala-conductas-indicadoras-dolor-S1130239910001069>

- Liceaga, E. (2015). *Guía para el manejo de la sedoanalgesia Hospital general de México*. México. Obtenido de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/GuiasSedoanalgesia2015.pdf
- López, C., Murillo, M., Torrente, S., Cornejo, C., García, M., Orejana, M., Alted, E. (2013). Aplicación de la Escala de conductas indicadoras de dolor(ESCID) en el paciente con trauma grave no comunicativo y ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 137-144. Obtenido de www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239913000655-S300
- Martínez, R., & Rodríguez, E. (2011). Investigación. *Manual de Metodología de la Investigación Científica*.
- MINSA. (2010). *Informe técnico N° 09*. Obtenido de Dirección general de medicamentos, insumos y drogas: www.digemid.minsa.gob.pe
- MINSA. (2017). *Digemid*. Obtenido de Dirección general de medicamentos, insumos y drogas: <http://www.digemid.minsa.gob.pe>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación cuantitativa y cualitativa*. Colombia: Universidad surcolombiana.
- Pardo, C., Muñoz, T., & Chamorro, C. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 379-385. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004
- Pozo, T., Matos, K., Cobas, O., Navarro, Z., & Obrador, L. (2008). Caracterización de la sedoanalgesia en pacientes críticos ventilados. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 3.
- Quispe, J. (2016). *Conocimientos y Actitudes de las Enfermeras hacia la Práctica de Enfermería Basada en Evidencia*. Trabajo de Investigación para optar el Grado de Especialista en Enfermería Intensiva, UNMSM, Lima.
- Ramírez, A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3), 217-224. Obtenido de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/943/768>
- Ramírez, J. (2012). La naturaleza del conocimiento científico. En J. Ramírez, *Introducción a la Psicología* (pág. 3). Perú: Universidad de Jaén. Obtenido de <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema1>

- Ramón de la Fuente, M. (2016). *Análisis del uso y abuso de fentanilo en personal de salud que trabaja en dos unidades críticas*. Universidad Favaloro, Argentina. Obtenido de <http://www.toxicologia.org.ar/wp-content/uploads/2016/06/Fentanilo.pdf>
- Raurell, M., Burgos, A., Conejo, A., & Cocuera, I. (2015). Evaluación de la sedación mediante la escala Richmond Agitation Sedation Scale en pacientes con ventilación mecánica de larga duración. *Rol de enfermería*, 53-58. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/401403>
- Reade, M., & Finfer, S. (2014). Sedación y Delirio en la UCI. *New England Journal Medicine*, 370(5), 444-454. Obtenido de http://academicdepartments.musc.edu/medicine/divisions/pulmonary/fellowship_and_education/education/Critical%20Care%20Syllabus/critical_care_files/Delirium/nejm%20sedation%20and%20delirium%202014.pdf
- Rojas, J., & Cristancho, M. (2012). Esquemas de sedoanalgesia en las unidades de cuidados intensivos de la organización sanitas internacional. *Revista Médica Sanitas*, 15(1), 22-28. Obtenido de <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/25/SEDOANALGESIA.pdf>
- Rojas, R. (2012). *EL proceso de la investigación científica*. México: Trillas.
- SATI. (2014). *Sedación y analgesia del paciente crítico*. Obtenido de Capítulo de Enfermería Crítica Argentina: <http://www.sati.org.ar>
- Seminario, J. (2010). Ciencia y conocimiento científico. *Metodología Investigación*. Obtenido de <http://investigacionyacademia.blogspot.pe/2011/03/ciencia-y-conocimiento-cientifico.html>
- Sessler, C., & Pedram, S. (25 de julio de 2009). *Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Teniente, S. (2011). *Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos*. Tesis para optar Grado de Especialista Enfermería en Cuidados Intensivos, Lima.
- Terrones, E. (2009). *Elementos del conocimiento científico*. Obtenido de <http://eudoroterrones.blogspot.pe/2009/03/elementos-del-conocimiento-cientifico.html>.
- Tobar, E., Lanas, A., Pino, S., Aspée, P., Rivas, S., Prat, D., Castro, J. (2008). Sedación guiada por protocolo versus manejo convencional de pacientes críticos en ventilación mecánica. *Revista Médica de Chile*, 136(6), 711-718. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000600004
- Uya, J. (2013). Monitorización del dolor en el paciente crítico. En R. Anglés, & F. Fernández, *Sedación y analgesia en el paciente crítico* (pág. 18). Barcelona: Edikamet.

- Valencia, E., & Marin, A. (2015). *Guías de Ventilación mecánica en medicina crítica*. Colombia: Epidemiólogos Asociados. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/275524480_Guias_de_Ventilacion_Mecanica_en_Pacientes_Criticamente_Enfermos_para_IPSs_Colombianas
- Valsecia, M., & Malgor, L. (2011). Farmacología de las Benzodiazepinas y de la Transmisión Gabaérgica. En *Psicofarmacología* (pág. 9). Argentina. Obtenido de https://malagaaunike.files.wordpress.com/2011/10/2_benzodiaz.pdf
- Vargas-Hernández, J. (2014). Anestesiología en oncología: Anestesia libre de opioides. *Revista mexicana de anestesiología*, 37(S1), p24-p27. Obtenido de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50199>

Apéndice

Apéndice A. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO

INTRODUCCION: El presente instrumento forma parte de un trabajo de investigación que lleva por título ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas que tiene las enfermeras acerca del cuidado del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica INEN marzo-agosto 2017? Realizado por: Lic. Carmen Avila Napán, Lic. Madeleyne Fernández Chávez, Lic. Diane Tarco Delgado, alumnas de la especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos de la Universidad Peruana Unión, cuyos resultados serán utilizados para identificar los conocimientos y prácticas que desarrollan las enfermeras en el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica del INEN. Es de carácter anónimo y se le pide contestar de forma veraz. Se agradece su gentil participación.

Instrucciones:

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

I. DATOS GENERALES

1. Sexo:
2. Edad:
3. Tiempo que labora en la Unidad

II. DATOS ESPECÍFICOS

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

- 1) ¿Cómo definiría paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva?
 - a) Un paciente en coma.
 - b) Un paciente dormido.
 - c) Un paciente dormido, sin dolor y sedado.
 - d) Un paciente ansioso.

- 2) ¿Cuál es el objetivo más importante de la sedoanalgesia?
 - a) Facilitar la ventilación mecánica.
 - b) Alivio de la ansiedad y del dolor.
 - c) Mejorar las funciones vitales.
 - d) Inducción del sueño.

- 3) ¿En qué casos se indica la sedoanalgesia?
 - a) Paciente consciente
 - b) Paciente con PCR
 - c) Paciente con ventilación mecánica

- d) Paciente con drenaje pleural
- 4) ¿Cuáles son complicaciones de la sedoanalgesia?
- Sueño profundo, estado de coma
 - Sopor y delirio
 - Sedación superficial
 - Infrasedación o sobrededación
- 5) ¿Cuáles son los medicamentos más usados para sedoanalgesia en la unidad de críticos?
- Flumazenil y ketamina
 - Tiopental y morfina.
 - Fentanilo y Midazolam.
 - Propofol y Metamizol.
- 6) ¿Cuál es el efecto adverso más común de estos medicamentos?
- Transtornos digestivos
 - Hipotensión Sistólica
 - Taquicardia Sinusal
 - Depresión respiratoria
- 7) ¿Qué debe monitorizar la enfermera en un paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva?
- Pulso, AGA, F.R
 - Llenado capilar, PVC, glicemia
 - Nivel de conciencia, Sat O₂, P.A, F.R.,FC
 - PAM, F.R, PIC.
- 8) ¿Qué escala se utiliza para evaluar estado de agitación – sedación en paciente con ventilación mecánica?
- Escala de GLASGOW
 - Escala Visual Analógica
 - Escala de RASS
 - Escala de Sedoanalgesia
- 9) ¿Con qué frecuencia debe aplicarse la escala en el paciente?
- Cuatro veces al día
 - Una vez al día
 - Dos veces al día
 - Cuantas veces sea necesario
- 10) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación profunda según la escala de RASS? (RASS-4)
- Despertares breves con contacto visual con la voz (<10 segundos)
 - No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico
 - Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación

- d) Compite con el ventilador
- 11) ¿Cómo considera Ud. al paciente somnoliento según la escala de RASS? (RASS-1)
- a) Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada.
 - b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - c) Alerta y Calmo
 - d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo
- 12) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación moderada según la escala de RASS? (RASS-3)
- a) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - b) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
 - c) Movimiento (sin apertura de ojos) a la llamada
 - d) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (≥ 10 seg)
- 13) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación ligera según la escala de RASS? (RASS-2)
- a) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
 - b) Alerta y Calmo
 - c) Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos)
 - d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo
- 14) ¿Cómo considera Ud. al paciente Inquieto según la escala de RASS? (RASS+1)
- a) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (≥ 10 seg)
 - b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - c) Ansioso pero sin movimientos agresivos o vigorosos
 - d) Despertares breves con contacto visual con la voz (< 10 segundos)
- 15) ¿Cómo considera Ud. al paciente Alerta y Calmo según la escala de RASS? (RASS 0)
- a) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
 - b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - c) Ausencia de respuesta a la voz, pero con movimientos o apertura de los ojos a la estimulación física
 - d) Alerta y Calmo
- 16) ¿En paciente con ventilación mecánica y PEEP alto, que RASS debería manejar?

- a) Rass -4
 - b) Rass 0
 - c) Rass +1
 - d) Rass +3
- 17) ¿Qué escala de valoración del dolor en paciente con ventilación mecánica, o paciente no comunicativo bajo sedación profunda conoce Ud.?
- a) Escala Visual Análoga EVA
 - b) ESCID
 - c) Behavioural Pain Scale (BPS)
 - d) B y C
- 18) La EVA se aplica en pacientes:
- a) Con ventilación mecánica
 - b) Conscientes y comunicativos
 - c) Sedados
 - d) Ninguna de las anteriores
- 19) ¿Cómo define ventilación mecánica invasiva?
- a) Es la utilización de oxígeno para ventilación del paciente.
 - b) Es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.
 - c) Es un instrumento que ayuda a la ventilación del paciente
 - d) Es la intervención de apoyo ventilatorio
- 20) ¿Cuál es el objetivo de ventilación mecánica?
- a) Mantener al paciente dormido.
 - b) Mantener, normalizar o manipular el intercambio gaseoso
 - c) Mantener al paciente relajado.
 - d) Mantener al paciente sedado y relajado.
- 21) ¿Cuáles son las indicaciones de ventilación mecánica?
- a) Agitación continua, tiraje, incontinencia urinaria.
 - b) Estado mental: agitación, Excesivo trabajo respiratorio, tiraje, uso de músculos accesorios, signos faciales, Fatiga de músculos inspiratorios, Agotamiento general de paciente, Hipoxemia.
 - c) Agotamiento general del paciente, agitación, tiraje, taquipnea, ahogamiento ureteral.
 - d) Estado mental, agitación, estado de coma.
- 22) ¿Cuáles son los modos más conocidos de ventilación mecánica invasiva?
- a) S. Mandatorio A/P SIMV,
 - b) CPAP. P A/C, V A/C, SIMV.
 - c) V A/C, V CPAP, ALEATORIO
 - d) SIMV, INVASIVO, CPAP

LISTA DE CHEQUEO

Enfermera observada..... Hora:

Fecha.....

PRACTICA	SI	NO	OBSERVACIONES
<p>ANTES DE LA SEDOANALGESIA Comprueba la operatividad del equipo a usar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilador mecánico - Corrugados - Humidificación - Bombas infusoras - Fármacos Prepara el material y equipo <p>DURANTE LA SEDOANALGESIA Preparación correcta de fármacos Titulación de las infusiones de sedoanalgesia Monitoreo de funciones vitales Valoración de la sedación según escala de RASS Valoración del dolor según escala BPS Identifica signos de complicaciones y posibles efectos adversos Registra en historia clínica</p> <p>DESPÚES DE SEDOANALGESIA Registra en historia clínica Registra evaluación de estado de conciencia</p>			

Apéndice B. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Prueba binomial

V DE AIKEN DE CUESTIONARIO

Items	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	S	N	C-1	V de Aiken
Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Orden de las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Dificultad para entender las preguntas	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	5	1	0.8
Palabras difíciles de entender en los ítems	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Opciones de respuesta pertinentes	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	3	5	1	0.6
Correspondencia con la dimensión o constructo	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	3	5	1	0.6
V de Aiken Total														0.83

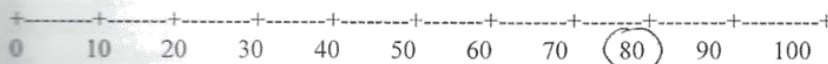
V DE AIKEN DE LISTA DE CHEQUEO

Items	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	S	N	C-1	V de Aiken
Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Orden de las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Dificultad para entender las preguntas	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Palabras difíciles de entender en los ítems	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	4	5	1	0.8
Opciones de respuesta pertinentes	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	3	5	1	0.6
Correspondencia con la dimensión o constructo	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	4	5	1	0.8
V de Aiken Total														0.87

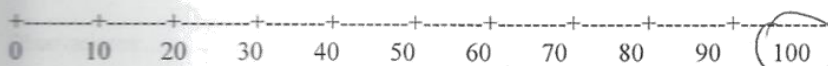
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

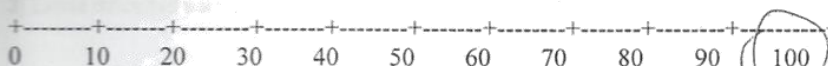
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



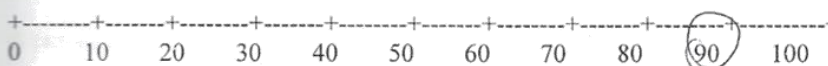
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



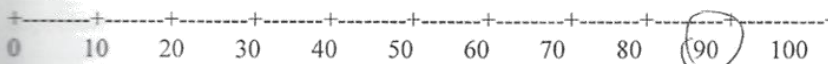
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Pregunta 21, las respuestas están mal estructuradas.
 Sobre Tardata que se da como respuesta estado mental: Agitación
 " LA agitación NO ES INDICACIÓN DE VENTILACION MECÁNICA "
 → Se podría colocar: alteración del estado mental, tiraje, uso de
 músculos, acrocianosis, hipoxemia cerebral.

Fecha: 00/01/17
 Valido por: Rosa Quispe Soto

Medicina Intensiva
 CMP: 46935 RNE: 22149

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
 DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

Observaciones: ~~SI~~ (X) NO ()
 el Instrumento consigue valorar los diferentes niveles de sedación.
 Sugerencias: Solo es importante aderez y ordene los reactivos de preguntas 2, 3, 4 y 21.

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Observaciones: ~~SI~~ (X) NO ()
 Sugerencias:

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Observaciones: ~~SI~~ (X) NO ()
 Sugerencias: La pregunta conecta. cuáles son las complicaciones asociadas al uso de sedación prolongada? a) coma b) delirium c) tolerancia d) infrasedación o sobredosificación

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Observaciones: SI () NO (X)
 Sugerencias:

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

Observaciones: SI () NO (X)
 Sugerencias: Pregunta 3, el ítem b) debería decir ALIVIO ANSIOSO, AGITACIÓN Y DOLOR.

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Observaciones: SI () NO (X)
 Sugerencias: Pregunta 3 se puede indicar sedación consciente en Paciente consciente (uso de dexmedetomidina), se puede indicar en PCR y pos último en ventilación mecánica. Superior, colorea EN Ocasos se indica la sedación? excepto
 - Paciente agitado y/o delirium
 - Paciente Post PCR
 - Paciente en VM
 - Paciente con drenaje pleural (rpta)

ROCIO LESLIE QUISPE SOTO
 Medicina Intensiva
 CMP: 46935 RNE: 22149

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad determinar la relación que existe entre los 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.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: 29/ xii/ 10

Nombres y Apellidos de Juez: Florentino Aquino Robles

Institución donde labora: INEN

Años de experiencia profesional o científica: 28 años

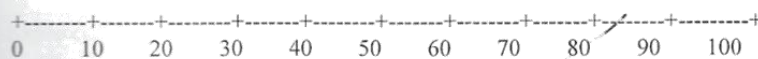
Lic. Florentino Aquino Robles
CER. 21797
ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA

Firma y Sello

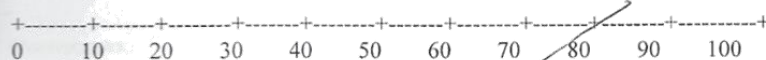
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

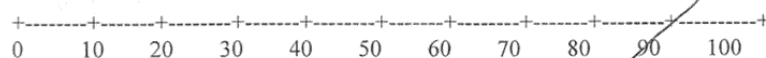
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



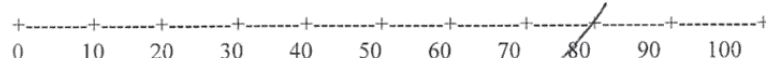
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



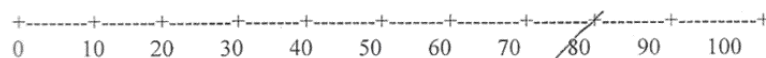
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

*Ado' de mas 10 preguntas de
caro centu y agregaria mas a
practicar hasta 25 (veinticinco)*

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: _____

Valido por: _____

Florencia Agustina Paredes
C.P. 21797
ESPECIALISTA EN C.W. CALI

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

Observaciones: ~~SI ()~~ NO ()
cepto o no tiene

Sugerencias:

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Observaciones: ~~SI ()~~ NO ()

Sugerencias:

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Observaciones: SI () ~~NO ()~~
no se entienden

Sugerencias:

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Observaciones: SI () ~~NO ()~~

Sugerencias:

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

Observaciones: ~~SI ()~~ NO ()
ninguna opción (Ver ítem)

Sugerencias:

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Observaciones: ~~SI ()~~ NO ()

Sugerencias:

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad determinar la relación que existe entre los 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

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

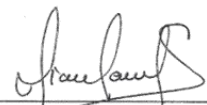
Juez N°: _____

Fecha actual: 16-01-2017

Nombres y Apellidos de Juez: Diana Rosalva Cáceres Flores

Institución donde labora: INEN

Años de experiencia profesional o científica: 26 años



FIRMA Y SELLO
LIC. DIANA ROSALVA CÁCERES FLORES
Superiora General del Departamento de Enfermería
CEP. 15753
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

*¿Aumento del personal de enfermería sobre el
uso prolongado de todo analgésico.
¿Aumento de causas que ocasionan dolor?*

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha:

16-11-17

Valido por:

[Signature]
Lic. DIANA ROSALIA CACERES FLORES
Supervisora General del Departamento de Enfermería
CEP: 15753
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

②

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (✓) NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (✓) NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI () NO (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI () NO (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (✓) NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓) NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad determinar la relación que existe entre los 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.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: 09/01/17

Nombres y Apellidos de Juez: Martha Marina Aguilar Puchá

Institución donde labora: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Años de experiencia profesional o científica: 17 años



Dra. Martha Marina Aguilar Puchá
Médica Cirujano
CNP 14338

Firma y Sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Modificar las preguntas 2-2, 3. | Las respuestas están muy dirigidas.
 * Falta identificar como van a relacionar sus dos variables

Fecha: 09/04/17

Dra. Alartha Marina Aguilar Puolite
 Médico Cirujano
 C.M.P. 04360

Valido por: _____

(4)

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI NO ()

Observaciones:

Sugerencias:

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI NO ()

Observaciones:

Sugerencias:

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI () NO

Observaciones:

Sugerencias:

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI () NO

Observaciones:

Sugerencias:

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI () NO

Observaciones: Las preguntas 1, 2, 3 deberían contener conceptos evaluables para el estudio.

Sugerencias: Duplicar en cada ítem las posibles respuestas.

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI () NO

Observaciones:

Sugerencias:

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad determinar la relación que existe entre los 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.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: 19/01/17

Nombres y Apellidos de Juez: César Eduardo Rodríguez Félix

Institución donde labora: INEN.

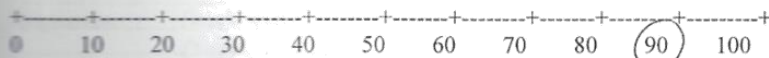
Años de experiencia profesional o científica: 2001-2017.

Firma y Sello
CESAR EDUARDO RODRIGUEZ FELIX
Medicina Intensiva
CMP 28954 RNE 16524

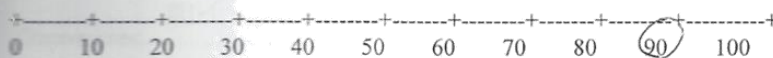
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

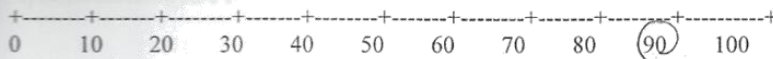
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



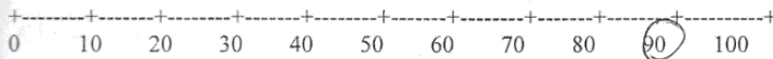
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



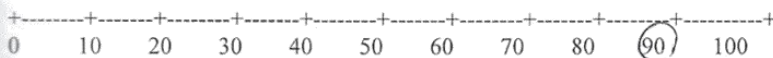
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

- Preguntas:
- Complicaciones por intubación
 - Efectos adversos de los opiáceos
 - Cuidados en el paciente intubado
 - Signos fisiológicos relacionados a nivel
 - Relación entre sedación (grado) y nivel de ventilación

¿Qué preguntas se podrían eliminar?


- o ↓ preguntas relacionadas al nivel de RASS.

Fecha:

19/01/17

Valido por:

César Rodríguez F.


CESAR EDUARDO RODRIGUEZ FELIX
Medicina Intensiva
CMP 28954 RNE 16524

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
 DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (✓) NO ()
 Observaciones: El Score RASS es importante.
 Sugerencias: Realizar 2 preguntas solamente relacionadas a esta escala
 agregar preguntas de efecto de riesgo.

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (✓) NO ()
 Observaciones:
 Sugerencias:

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI () NO (✓)
 Observaciones:
 Sugerencias:

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI () NO (✓)
 Observaciones:
 Sugerencias:

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (✓) NO ()
 Observaciones:
 Sugerencias:

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓) NO ()
 Observaciones:
 Sugerencias:

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad determinar la relación que existe entre los 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

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: 13.08.17

Nombres y Apellidos de Juez: Elizabeth Estrada Salas

Institución donde labora: INEN

Años de experiencia profesional o científica: 26 años

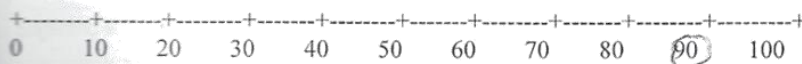
E. Estrada Salas

Firma y Sello

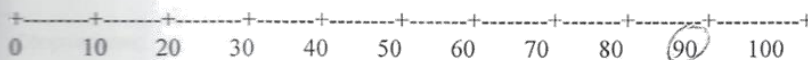
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

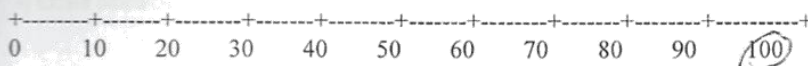
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



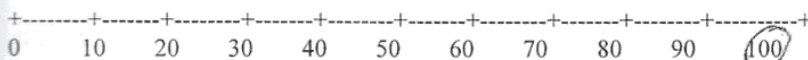
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



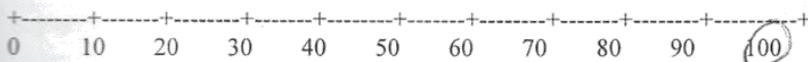
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: June of June 2017
 Valido por: J. Estrella J. de la S.

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ

(3)

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 (70) 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 (70) 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 (80) 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 (80) 90 100

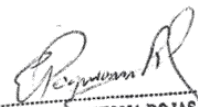
¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

Elegir el nivel de complejidad de algunas preguntas.

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

La número 3, 8 y 9.

Fecha: 14/01/2017
Valido por: _____


EBERT C. POQUIOMA ROJAS
MEDICO CIRUJANO
CMP 29138

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 (70) 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 (70) 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 (80) 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 (80) 90 100

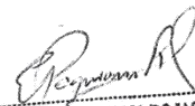
¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

Elevar el nivel de complejidad de algunas preguntas.

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

La número 3, 8 y 9.

Fecha: 14/01/2017
 Valido por: _____


EBERT C. POQUIOMA ROJAS
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 29138

Confiabilidad de los instrumentos

KR20 DE CUESTIONARIO

piloto (1) - Micro

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibri 11 Fuente Alineación General

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
1																									
2	ENF1	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	VALOR	TOTAL
3	ENF2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	15
4	ENF3	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16
5	ENF4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	16
6	ENF5	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	11
7	ENF6	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	15
8	ENF7	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	17
9	ENF8	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18
10	ENF9	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15
11	ENFK	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	17
12	ENF11	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
13	ENFK	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15
14	ENFK	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	15
15	ENFK	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
16	ENFK	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	17
17	ENFK	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	15
18	ENFK	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	12
19	ENFK	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	11
20	ENFK	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	16
21	ENF2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	16
22	ENF2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	20
23	ENF2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17
24	ENF2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	13
25	ENF2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
26	ENF2	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	18
27	ENF2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
28	ENF2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	18
29	ENF2	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	17
30	ENF2	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17
31	ENF3	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	15
32	TRIC	15	19	23	8	29	18	25	26	27	8	24	24	22	20	27	27	14	24	17	24	27	30		
33	P	0.68	0.06	1.05	0.26	1.32	0.22	1.14	1.18	1.23	0.36	1.09	1.09	1.00	0.91	1.23	1.23	0.84	1.09	0.77	1.09	1.23	1.36		
34	Q	0.32	0.14	-0.05	0.64	-0.32	0.18	-0.14	-0.18	-0.23	0.64	-0.09	-0.09	0.00	0.09	-0.23	-0.23	0.36	-0.09	0.23	-0.09	-0.23	-0.36		
35	P*Q	0.2	0.11	-0.05	0.2	-0.42	0.1	-0.2	-0.2	-0.28	0.2	-0.1	-0.1	0	0.1	-0.28	-0.28	0.2	-0.1	0.2	-0.1	-0.28	-0.5		
36	S*P*Q	-1																							
37	VT	5																							
38	KR-20	0.81																							
39																									
40																									
41																									
42																									
43																									
44																									

CONOCIMIENTOS PRACTICAS Hoja3

Listo

0.81

KR20 DE LISTA DE CHEQUEO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	X
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	IVALORTOT	
1																	
2	ENF1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	15
3	ENF2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	15
4	ENF3	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	16
5	ENF4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	16
6	ENF5	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	11
7	ENF6	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	15
8	ENF7	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	17
9	ENF8	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18
10	ENF9	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	15
11	ENF10	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17
12	ENF11	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18
13	ENF12	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	15
14	ENF13	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	15
15	ENF14	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	18
16	ENF15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	17
17	ENF16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	15
18	ENF17	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	12
19	ENF18	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	11
20	ENF19	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	16
21	ENF20	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	16
22	ENF21	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
23	ENF22	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	17
24	ENF23	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	13
25	ENF24	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17
26	ENF25	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18
27	ENF26	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18
28	ENF27	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
29	ENF28	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
30	ENF29	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17
31	ENF30	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	15
32	TRC	15	19	23	8	29	18	25	26	27	8	24	24	22	20	27	
33	P	0.68	0.86	1.05	0.36	1.32	0.82	1.14	1.18	1.23	0.36	1.09	1.09	1.00	0.91	1.23	
34	Q	0.32	0.14	-0.05	0.64	-0.32	0.18	-0.14	-0.18	-0.23	0.64	-0.09	-0.09	0.00	0.09	-0.23	
35	PQ	0.22	0.1	-0.05	0.2	-0.4	0.15	-0.2	-0.2	-0.3	0.23	-0.1	-0.1	0	0.08	-0.3	
36	SD/D	-1.4															

0.81

Apéndice C. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Título del estudio: **Conocimientos y prácticas del personal de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva.**

Investigadoras principales: Carmen Avila Napán, Madeleyne Fernández Chávez, Diane Tarco Delgado

Sede donde se realizará el estudio: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Nombre de la Enfermera _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. Objetivo del estudio

Determinar la relación que existe entre los conocimientos y las prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica.

2. Beneficios del estudio

Con este estudio se conocerá de manera clara los niveles de conocimientos que tiene la Enfermera en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica.

3. Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán preguntas sobre usted y como realiza su labor respecto a la sedoanalgesia durante su jornada laboral.

4. Aclaraciones

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadoras.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Consentimiento informado

Expreso mi consentimiento para participar de este estudio dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo.

Se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre “Conocimientos y prácticas del personal de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva” consistirá en responder una encuesta.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio:

LUGAR Y FECHA

APELLIDO Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE:

DNI:

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

APELLIDO Y NOMBRES DEL INVESTIGADOR

DNI:

FIRMA DEL INVESTIGADOR

A. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología, Técnicas e instrumentos
<p>Problema Principal:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos y las prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2017?</p> <p>Problemas Secundarios:</p> <p>P1. ¿Cuál es el nivel de los conocimientos del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica Instituto Nacional</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación que existe entre los conocimientos y las prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>O1. Determinar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>Existe relación entre los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <p>Primera Hipótesis</p> <p>H₁ Si existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en la valoración de la</p>	<p>Variables de la Investigación.</p> <p>Variable Uno</p> <p>Conocimientos.</p>	<p>Para la Variable Conocimiento.</p> <p>Valoración de sedoanalgesia.</p> <p>a) Definición. b) Objetivos. c) Complicaciones. d) Fármacos más utilizados y efectos adversos.</p> <p>Valoración de agitación-sedación</p> <p>e) Escalas de valoración de sedación (RASS).</p> <p>Valoración del dolor</p> <p>f) Valoración del dolor escalas BPS</p> <p>Valoración básica de ventilación mecánica</p> <p>g) Ventilación mecánica, definición, objetivos, indicaciones y modos de ventilación mecánica.</p> <p>Para variable Prácticas.</p> <p>Antes.</p> <p>a) Preparación de material y equipo.</p>	<p>Tipo y diseño de Investigación:</p> <p>Tipo de la Investigación:</p> <p>a) Cuantitativo; porque recoge y analiza datos cuantitativos sobre las variables: Conocimientos y Prácticas.</p> <p>Diseño de la Investigación:</p> <p>b) Es no experimental, porque no existirá manipulación de variables.</p> <p>c) De corte Transversal porque la recolección de datos se realizará en un solo momento.</p> <p>d) Descriptiva Correlacional porque se realizará un diagnóstico de las variables de estudio determinando la relación entre ellos.</p>

<p>de Enfermedades Neoplásicas 2017?</p> <p>P2. ¿Cuál es el nivel de prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2017?</p>	<p>ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>O2. Identificar la práctica del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p>	<p>sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>Segunda Hipótesis</p> <p>H₀ No existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p>	<p>Variable Dos</p> <p>Practicar.</p>	<p>b) Verificación del correcto funcionamiento (ventilador, bombas infusoras).</p> <p>c) Verificación de los fármacos a utilizar.</p> <p>Durante.</p> <p>a) Preparación correcta de los fármacos.</p> <p>b) Titulación de la dosis respuesta de sedoanalgesia.</p> <p>c) Registro de la valoración de sedación escala RASS, en forma frecuente.</p> <p>d) Valoración del dolor BPS</p> <p>e) Verificación vía exclusiva de sedoanalgesia</p> <p>f) Monitoreo y registro de funciones vitales</p> <p>g) Identifica signos de complicaciones de sedoanalgesia.</p> <p>g) Destete progresivo de sedoanalgesia.</p> <p>Después.</p> <p>a) Evaluación del estado de conciencia.</p> <p>b) Registro.</p>	<p>La Población (N) y Muestra (n):</p> <p>La Población:</p> <p>Conformada por todos los profesionales de enfermería que laboran en la unidad</p> <p>Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, haciendo un total de 33.</p> <p>Muestra:</p> <p>Por conveniencia de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.</p>
---	--	---	--	--	---