



Facultad de
Ciencias Médicas
UNCUYO



Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas,
Escuela de Enfermería,
Sede Ciudad de Mendoza

**CONOCIMIENTO Y MANEJO DE SEDOANALGESIA EN
PACIENTES VENTILADOS DE TERAPIA INTENSIVA
SECCIÓN “B” DEL HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE
DURANTE EL AÑO 2022.**

Autores:

Alós Mayra

Villalobo Daiana

Mendoza, 29 de Noviembre de 2022.

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado, ni citado, en todo o en parte, sin el previo conocimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

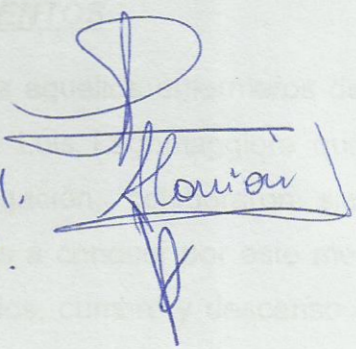
ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal examinador:

Presidente: Michel Jorge G.

Vocal 1: Corrion, Adriaana M.

Vocal 2: Banco, Estela D.



Integrantes de Equipo tutorial:

Profesor:

Profesor:

Profesor:

Trabajo Aprobado el: 29 / 11 / 22

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento está dirigido a aquellos enfermeros del servicio de terapia intensiva de Quemados del hospital Luis Lagomaggiore que de manera desinteresada y apoyando nuestra investigación, colaboraron siendo nuestra muestra de estudio y en gratitud los daremos a conocer por este medio como los enfermeros que estuvieron presentes en inicios, cumbre y descenso de pandemia Sars COVID 19, siendo el frente de batalla contra una enfermedad que poco se sabía, con temor, incertidumbre y exposición, pero siempre siendo un pilar fundamental del área sanitario.

PRÓLOGO

Nuestra investigación apunta a mejorar el desempeño en sedoanalgesia en los enfermeros que prestan servicio en terapia intensiva del hospital Luis Lagomaggiore, analizando cada una de sus fortalezas y acrecentar, así como también sus debilidades y poder proponer cambios beneficiosos y viables a través de propuestas analizadas cautelosamente.

ÍNDICE

Página de advertencia.....II

Acta de aprobación.....III

Agradecimientos.....IV

Prólogo.....V

Índice general.....VI

Índice de tablas y gráficos.....VIII

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema.....pág.2

Descripción del problema.....pág.3

Formulación del problema.....pág.7

Objetivos de la investigación.....pág.8

Justificación del Problema.....pág.9

Servicio de terapia intensiva.....pág 11

Ventilación mecánica.....pág.13

Modalidades ventilatorias.....pág.14

Sedación y analgesia en pacientes vinculados a la VM.....pág.15

Analgesia.....pág.17

Escalas de analgesia utilizadas en UTI.....pág.19

Tratamiento del dolor.....pág.23

Sedación.....pág.23

Ventajas y desventajas de la sedación.....pág.26

Escalas de sedación y monitoreopág.26

Intervención de enfermería para pacientes con sedoanalgesia.....pág.29

Seguridad y efectividad de la sedoanalgesia.....pág.32

Identificación del delirium.....pág.33

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio.....pág.36

Área de estudio.....pág.36

Universo y muestra.....pág.36

Unidad de análisis.....pág.36

Criterios de inclusión y exclusión.....pág.37

Aspectos éticos y legales.....pág.37

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....pág.37

Cuadro de variable.....pág.38

Análisis e interpretación de tablas y gráficos.....pág.45

CAPÍTULO III RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

Conclusión y resultados.....pág.72

Propuestas.....pág.75

Bibliografía.....pág.76

CAPÍTULO IV: APÉNDICE Y ENCUESTAS

Hoja de enfermería actual.....	pág.79
Propuesta de protocolo de sedoanalgesia dirigido a enfermería.....	pág.80
Propuesta de registro de enfermería para pacientes con VM.....	pág.81
Matriz de datos.....	pág.84
Referencia de tabla matriz.....	pág.86
Encuesta de recolección de datos	pág.91

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N°1 Distribución de la muestra según "Edad".....	pág.46
Tabla N°2 Distribución de la muestra según nivel de formación.....	pág.47
Tabla N°3 Distribución de la muestra según turno laboral.....	pág.48
Tabla N°4 Distribución de la muestra según antigüedad del personal dentro del hospital Lagomaggiore.....	pág.49
Tabla N°5 Distribución de la muestra según antigüedad ejerciendo como enfermeros.....	pág.50
Tabla N°6 Distribución de la muestra según autopercepción teórica sobre conocimiento de sedoanalgesia.....	pág.51
Tabla N°7 Distribución de la muestra según lectura bibliográfica sobre sedoanalgesia.....	pág.52
Tabla N°8 Distribución de la muestra según autopercepción práctica en el manejo de sedoanalgesia.....	pág.53
Tabla N°9 distribución de la muestra según nivel de conocimiento práctico en el paciente con ventilación mecánica.....	pág.54
Tabla N°10 distribución de la muestra según errores frecuentes" valoración del dolor".....	pág.55
Tabla N°11 Distribución de la muestra según conocimiento teórico sobre finalidad de sedoanalgesia.....	pág.56
Tabla N° 12 Distribución de la muestra según nivel de conocimiento teórico sobre efectos adversos de fármacos	pág.58

Tabla N°13 Distribución de la muestra según conocimiento teórico sobre complicaciones de sobredosificación.....pág.60

Tabla N°14 Distribución de la muestra según conocimiento teórico sobre complicaciones de sedación prolongada.....pág.62

Tabla N° 15 Distribución de la muestra según conocimiento teórico sobre escala para medir nivel de sedación.....pág.64

Tabla N° 16 Distribución de la muestra según conocimiento teórico sobre valoración paciente crítico utilizando escala de Ramsay.....pág.66

Tabla N°17 Distribución de la muestra según detección de errores frecuentes en el manejo de sedo analgesia mediante unificación de criterios.....pág.68

Tabla N°18 Distribución de la muestra según conocimiento teórico sobre sedoanalgesia.....pág.69

Tabla N°19 Distribución de la muestra según donde realizó o recibió capacitaciones el personal de enfermería.....pág.70

Tabla N°20 Distribución de la muestra según disposición para realizar capacitaciones sobre sedoanalgesia.....pág.71

PLANISAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I:

Planteamiento del problema

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación realizada surge de observar los diferentes conocimientos, criterios y manejo de pacientes ventilados sobre sedación y analgesia en pacientes vinculados a ventilación mecánica, por parte del plantel de Enfermería del Servicio de Terapia de Quemados del Hospital Lagomaggiore.

Dicho servicio de cuidados intensivos para pacientes con patologías de gravedad con riesgo vital, requieren total dependencia del personal interdisciplinario. Siendo necesario manejar con total responsabilidad y capacidad, el tratamiento adecuado.

Los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos requieren monitorización, evaluación y valoración permanente. Lo que nos permite un control estricto sobre el estado general del paciente, teniendo en cuenta principalmente la condición hemodinámica y fisiológica. Para ello el personal de Enfermería es esencial en el cuidado de los pacientes, ya que nos permite anticiparnos y detectar posibles complicaciones. 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 ayudará 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).

El trabajo que se expondrá tiene como finalidad investigar y dar a conocer los conocimientos y manejo sobre sedación y analgesia por parte del personal de Enfermería, en pacientes conectados a asistencia respiratoria mecánica. Al observar diferentes criterios y manejos en cuánto a dosificación de medicación,

desconocimiento de aparatología tecnológica del servicio de alta complejidad, dilución, tipos de medicación, desconocimiento de escalas de dolor y analgesia, indebida utilización de bombas de infusión, desconocimiento de parámetros del monitor, mala o escasa valoración del paciente, desconocimiento del respirador y sus alarmas, desvinculación del paciente.

El personal de enfermería en el servicio de UTI de quemados del Hospital Luis Lagomaggiore está compuesto por veintiocho enfermeros en total, dos de ellos Licenciados que se encargan de llevar a cabo su desempeño administrativo (jefe y encargados del servicio), el resto del personal se encarga del funcionamiento operativo, distribuidos en tres turnos:

- ✓ Turno mañana: formado por nueve enfermeros: dos enfermeros profesionales en planta permanente y siete enfermeros prestadores de servicio (trabajadores informales).
- ✓ Turno tarde con un total de siete enfermeros: uno de ellos en planta permanente y cinco enfermeros prestadores de servicio.
- ✓ Turno noche con un total de 10 enfermeros profesionales (dos en planta permanente y 8 enfermeros prestadores de servicio).

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el servicio de unidad de terapia intensiva los pacientes conectados en Asistencia respiratoria mecánica (ARM), requieren un adecuado manejo de administración de sedación y analgesia que es uno de los pilares básicos del manejo del paciente crítico, la mayoría requieren de su uso facilitando su tratamiento, disminuyendo el grado de estrés y dolor, mejorando su pronóstico, sin embargo, la sedación sobre todo en perfusión continua, es una práctica que no está exenta de complicaciones derivadas tanto de su infra como de su sobreutilización, que pueden empeorar el pronóstico de los pacientes críticos. Un nivel de sedación adecuada dependerá del tipo de paciente, del tipo de procedimiento, de los medicamentos utilizados y de las variaciones clínicas que sufra durante su ingreso.

Se logró observar diferentes niveles de conocimientos ya que no todo el personal de Enfermería presenta criterios y manejo de protocolos de sedoanalgesia unificado.

Observando diferentes tipos de dosificación de medicación, dilución, desconocimiento de tipos de medicación, finalidad de la misma, dosis máximas, mínimas, efectos adversos de sedación prolongada y sobredosificación, como así también poco/escaso conocimiento de aparatología tecnológica, así como escalas de dolor y sedación (y su aplicación), inadecuado manejo de bombas de infusión, desconocimiento de parámetros del monitor, mala, poca y escasa valoración del paciente. Escaso y hasta desconocimiento del ventilador (partes y modalidades), sus alarmas, el no reconocimiento de desvinculación del paciente en Asistencia respiratoria mecánica. Generando así complicaciones entre ellas, mayores días de internación, asincrónicas, disconfort, aumento de la tasa de mortalidad, y delirium en estos pacientes críticos entre otras complicaciones.

El personal de enfermería de dicho servicio en su mayoría es de reciente ingreso, sin experiencia previa en servicios de mediana o alta complejidad, es por este motivo que queremos investigar sobre cómo este personal maneja sedación y analgesia de un paciente crítico, ya sea desde valoración del paciente en Asistencia respiratoria, manejo del dolor, utilización de escalas de evaluación de nivel de sedación, administración y conocimientos de analgésicos y sedantes (efectos adversos, complicaciones de sedación prolongada, sobre sedación, dosis máximas).

Consideramos además que dentro del servicio se ha incorporado nuevo personal de enfermería lo cual necesita de un tiempo prolongado o constante de capacitación continua para desempeñarse en servicio complejo, ya sea de manera teórica y práctica.

En el servicio se desarrollan capacitaciones semanales por Meet, de las cuales se conectan dos terapias de manera virtual, y solo alrededor de diez a doce personas se conectan, a veces las charlas la diserta un profesional médico, grabando las clases que luego son subidas al grupo de cada UTI. Las mismas se desarrollan los días viernes en horario de 19hs. Este tipo de capacitaciones son dictadas por

diferentes enfermeros que eligen un tema, lo desarrollan y lo exponen con previa autorización y vista buena del profesional a cargo de las capacitaciones, quién es él, el encargado de realizar cronograma de Meet donde se desarrolla de forma virtual ya como mencionamos y es solo teoría de, por ejemplo: enfermedades, condiciones clínicas, sin adherir a casos clínicos.

Recaudando datos encontramos estudios que hablan de esta problemática, que nos darán a conocer, los problemas más comunes que se presentan tanto en Argentina como en otros países.

Bisso-Carini et al.,(2019), realiza una investigación para describir el conocimiento y el uso del paquete de medidas ABCDEF en unidades de cuidados intensivos UCI de la República Argentina con una muestra de profesionales médicos, kinesiólogos enfermeros y terapeutas ocupacionales que se desempeñan en UCI de Argentina a través de una entrevista en línea a 138 profesionales.

Siendo que el 66% del total, respondió que conoce el paquete ABCDEF y lo aplica, y que al menos aplica una escala para la valoración del dolor. Asimismo, más de la mitad realizan vacación de sedación y pruebas de ventilación espontánea.

No obstante, denota que el 91% de los encuestados, refiere utilizar de forma diaria las escalas de sedación y valoración de la debilidad muscular lo que conlleva la movilización temprana y el ejercicio de los pacientes, y que el 62% realiza valoración para detección del delirium.

Tobar- Rojas et al., (2019) bajo el cargo de la sociedad chilena de medicina intensiva (SOCHMI) quienes realizaron una encuesta de manera online en dicho año, con el objetivo de tener información a nivel país de conocimientos en sedoanalgesia por parte de los profesionales de la salud, con una muestra de 283 de los cuales 50 % corresponde a médicos, el 35% a enfermeros, el 10% a kinesiólogos y el resto a otros profesionales. El 48% del total tenía una experiencia laboral en cuidado intensivo menor a 5 años, el 84% refiere valorar el dolor con una mayor utilización de la escala análoga con el 39%, el 72% manifiesta disponer de un protocolo de sedación, entre otros resultados. Concluyen que estos resultados obtenidos, dejan como oportunidad la intervención y capacitación, principalmente en la monitorización

y valoración del dolor, delirium y la utilización de bloqueantes neuromusculares, proponiendo un documento operativo con sugerencias y recomendaciones adaptadas a su realidad.

Cala Hernández y Gomes García (2018) realizaron un trabajo de investigación realizado en la universidad de Madrid, titulado: "Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa". tuvo como objetivo la identificación de la líneas de revisión y recomendación de las prácticas de sedoanalgesia en pacientes sometidos a la ventilación mecánica (VM) en cuidados intensivos observar la representación del rol de la enfermera y la importancia otorgada a esta figura, y explorar la monitorización utilizada para los niveles de sedación y necesidad de analgesia en este contexto, con la metodológica de una revisión narrativa de artículos publicados dentro del rango de los años 2013 a 2018, se analizaron 17 artículos, arrojando que las mayores barreras para la evolución de las prácticas de sedoanalgesia son la falta educativa del personal y el miedo a la sedación ligera y aumento de carga de trabajo, siendo más común en enfermería, la utilización más común de escalas son la escala de Rass y la CPOT, solo en dos artículos hablaban de las guías PAD.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento y manejo de sedoanalgesia que realizan las enfermeras del servicio de unidad de terapia intensiva del hospital Luis Lagomaggiore con pacientes en Asistencia Respiratoria Mecánica, durante 2022?

Objetivos generales

Evaluar conocimientos sobre manejo de sedoanalgesia en personal de enfermería con pacientes en ARMA.

Caracterizar al Personal de Enfermería del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore.

Identificar estilos de aprendizaje con manejo de sedoanalgesia por parte del personal de Enfermería.

Determinar estilos de aprendizaje del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Analizar el manejo y conocimiento de sedoanalgesia que realizan las Enfermeras del Servicio de Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore con pacientes en ARM, durante 2022

Objetivos específicos:

- Evaluar conocimientos sobre manejo de sedoanalgesia del personal de Enfermería con pacientes en ARM.
- Caracterizar al Personal de Enfermería del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore
- Determinar errores frecuentes en el manejo de sedoanalgesia por parte del personal de Enfermería.
- Determinar cuántos enfermeros del Servicio de terapia están capacitados sobre manejo de sedo analgesia en pacientes en ARM

JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de investigación que se expondrá surge al observar que el nivel de conocimiento y manejo de sedoanalgesia en el servicio de terapia intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore no poseen suficientes herramientas tanto de recurso humano capacitado como así también su recurso físico e infraestructura.

Ante una mayor demanda de personal por el aumento de pacientes con requerimientos de cuidados intensivos ocasionada en pandemia por COVID -19, en su momento, el personal de enfermería de reciente ingreso poseía cero experiencia laboral y desconocimiento del paciente crítico. Eran recién recibidos de instituciones educativas, por lo tanto, siendo personal adquirido por emergencia sanitaria los procesos de adquisición de conocimientos fueran más cortos y repentinos para cada uno de ellos, dando lugar a conocimientos empíricos, saltando explicación científica.

Actualmente ese personal aún continúa con esa base de conocimientos empíricos que por diferentes razones ya sean, personales, laborales, o de los procesos de aprendizaje obstaculizan adquirir su base teórica y científica por esta razón, que en este documento daremos a explicar los motivos y propondremos soluciones viables, ya que es punto clave para mejorar y dar algún tipo de resolución a nuestro tema principal en el que buscamos analizar y evaluar el nivel de conocimiento y manejo del personal de enfermería sobre sedoanalgesia del paciente en ARM ante los diferentes criterios.

MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado abordaremos detalladamente el fundamento científico sobre dicho trabajo de investigación desde su unidad del servicio de terapia intensiva, definición de asistencia respiratoria mecánica, cuidados de Enfermería en dichos pacientes en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), fármacos utilizados en sedación y analgesia, su valoración y cuidados para el manejo de las mismas.

SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

La unidad de terapia intensiva es un área de cuidados para pacientes críticos, que requieran de soporte vital para poder evitar el riesgo inminente para su vida, dicho servicio está destinado para pacientes que presenten alteraciones fisiopatología con un nivel de gravedad real o potencial para su vida y que son susceptibles de recuperación por lo tanto hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico:

- Enfermedad grave
- Potencial de revertir la enfermedad
- Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos
- Necesidad de un área tecnificada (UCI).¹

“En unidad de cuidados intensivos se encuentra pacientes que requieren cuidados constantemente y atención especializadas las 24 hs del día, los 7 días de la semana, debido a su estado crítico, dichos cuidados deben ser brindados por profesionales especializados y educados que brinden atención debida a los pacientes, como los son las distintas ramas de medicina entre ellos médicos, enfermeros, técnicos, kinesiólogos, anestesiólogos, entrenados en medicina intensiva, recibiendo el nombre de intensivistas y generalmente tienen formación previa en medicina interna, cirugía, anestesiología o medicina de urgencias.”¹

Este sector debe ser cerrado (área con restricción de personas civiles y con horarios de visitas para familiares) en la cual puede circular libremente personal de salud que allí cumpla función, aquel personal de salud que pertenezca a otra área o servicio, debe realizar protocolo de ingreso estricto y uso de equipo de protección personal ya que es un área que se debe mantener limpia por el tipo de pacientes que se encuentran allí, ya que están expuestos mayormente a ser contaminados por Cualquier tipo de microorganismos multirresistentes.

¹ García, C. Torres, C. (2017). La realidad de la unidad de cuidados críticos. Revista del colegio mexicano de medicina crítica y terapia intensiva, 31(3), 229-233.

La unidad de cuidados intensivos puede desarrollarse en diferentes especialidades, como cuidados cardiológicos, neurológicos, traumatológicos, posoperatorios, de tipo respiratorios, o metabólicos, entre otros. Por esta razón es que esta área debe estar equipada con aparatología que cumplan con el propósito de estabilización y mejora del paciente, no obstante, de personas capacitadas para su atención, y para que esa área funcione correctamente a lo que nombraremos dos partes importantes: la parte operativa (médicos, enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas, etc.) y la parte administrativa (jefes de área, encargados, supervisores, etc.)

No obstante, es un servicio donde se le brinda calidad asistencial, y siguiendo con el lineamiento de nuestra investigación hablar de sedoanalgesia implica hablar sobre seguridad del paciente.

El artículo de "The critical care safety study" refiere, que los pacientes admitidos tanto en terapia como en la unidad coronarias alrededor del 20 % experimentan o han experimentado dentro de su estadía en estos servicios, eventos adversos, dados a entender como un agravio hacia el paciente a través del tratamiento médico y no a la enfermedad subyacente, evidenciando que el 45 % de los eventos eran evitables y el 90% fueron incidentes que se produjeron dentro de la atención diaria del paciente.

"La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica"²

"Las Unidades de Cuidados Críticos son ámbitos de alto riesgo que pueden convertirse en ambientes muy seguros debido a la oportunidad de entrenar a los equipos y la posibilidad de la observación directa de los procesos"³

Continuando con la descripción de paciente crítico, debemos mencionar aquellos pacientes que requieren de soporte ventilatorio indiferentemente de su patología, ya sea, de manera no invasiva (cánula nasal, máscara venturi o reservorio,

² Rocco, C & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista médica clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.

³ Rodríguez, V. (2015). La seguridad de los pacientes y las unidades de cuidados críticos. *Revista SATI*, 32(4), 2930.

cánula de alto flujo, soporte de VNI), o invasiva (asistencia ventilatoria total o parcial y sus modos ventilatorios) que describiremos en apartados posteriores detalladamente.

VENTILACIÓN MECÁNICA

Es un tratamiento de soporte ventilatorio (VM) a través de un sistema tecnológico, en el cual permite un óptimo intercambio gaseoso en pacientes que se encuentran críticamente con insuficiencia respiratoria en servicio de unidad de terapia intensiva. Las funciones principales de la VM serán proveer gas al paciente según determinadas condiciones de volumen, presión, flujo y tiempo.

Una falla severa en este proceso vital hará imprescindible de la atención sanitaria altamente capacitada. Todo el personal de salud abocado a cuidar de este paciente crítico debe conocer cuándo está indicado este medio de soporte vital avanzado (VM), los principios fisiológicos de la ventilación, los efectos favorables y desfavorables que obtenemos con su uso.

“Así mismo, aprender a programar los diferentes modos disponibles como también interpretar las diferentes estrategias de monitorización y en base a esta información efectuar en forma oportuna los cambios necesarios para optimizar la ayuda y minimizar las complicaciones que pueden producirse por un uso inadecuado o ineficiente.”⁴

Para facilitar la ventilación mecánica y hacer más confortable este soporte, muchas veces es necesario hacer uso de medicamentos sedantes en bolos IV o infusión continua, en combinación con analgésicos, con los objetivos de reducir el dolor, agitación y la ansiedad, permitiendo así, la adaptación *óptima* a la ventilación, la seguridad del paciente, y minimización de días vinculado al ventilador mecánico lo que conlleva a la disminución de neumonías asociadas a la ventilación, complicaciones varias y hasta la mortalidad.

⁴ Muñoz, F. (2011). Ventilación mecánica. *Acta médica peruana*, 28(2), 1728.

Como ya hemos mencionado un enfermero de cuidados críticos mínimamente debe reconocer modalidades ventilatorias, para que se utilizan y en qué paciente se utiliza cada uno, brevemente los mencionaremos.

MODALIDADES VENTILATORIAS

Existen varias maneras que tiene un ventilador mecánico para sustituir la función respiratoria de un paciente que necesita aporte de oxígeno de manera total o parcial dependiendo el estado de salud de ese paciente. Partiendo de la base clasificaremos a la ventilación mecánica en ventilación controlada, donde el ventilador controla el inicio y el final de la inspiración y el ciclado; la ventilación asistida en cambio quien realiza el inicio de la ventilación es el paciente (trigger) y es quien dará de manera autónoma la Frecuencia respiratoria. Y por último, la ventilación espontánea donde el paciente es el que decide el inicio de la ventilación y el ciclo de la misma con apoyo de soporte ventilatorio.

En esta ocasión nombraremos las modalidades ventilatorias más utilizadas, como son:

Ventilación mandataria total (CMV): aquí el ventilador controla todas las variables de la fase, ósea todo el ciclo respiratorio, y se programa independiente del esfuerzo del paciente (el paciente debe tener una buena sedación y analgesia para estar adaptado a la ventilación, y a veces también con bloqueo muscular). Esta modalidad trabaja de dos maneras basadas en variables de volumen y presión (Volumen control y volumen presión)

Ventilación mandatoria intermitente (SIMV): modo asistida o parcial, lo que quiere decir que solo asiste al paciente de manera sincronizada a su respiración, interactuando con el paciente en base con la respiración del paciente. El ventilador le da soporte al paciente cuando este lo requiera, en el inicio o en el final del ciclo donde el ventilador hace de vigilancia del ciclo respiratorio en caso de que el paciente por algún motivo no inicie o finalice el ciclo respiratorio. El ventilador mecánico debe tener programado la variable Tigger.

Ventilación de presión de soporte: modo de soporte ventilatorio parcial, que apoya el esfuerzo inspiratorio espontáneo del paciente, donde se aplica un valor de presión positiva que se mantiene constante durante toda la fase inspiratoria. Se entiende que el ventilador solo aporta gas a presión y el paciente es el que desencadena cada ciclo y el que lo termina.

Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP): modo de respiración espontánea con un nivel de presión positiva continua tanto en la inspiración como en la expiración, actúa de igual manera que el modo SIMV, solo que en esta modalidad no es invasiva (el paciente utiliza máscara). En esta modalidad generalmente se utiliza leve sedación en aquellos pacientes que no toleran la presión que ejerce sobre ellos el ventilador, para disminuir la agitación y las fugas en el sistema. Así como leve analgesia para brindar comodidad.

Presión positiva bifásica en la vía aérea (BIPAP): modo controlado por presión ciclado por tiempo, con curva de flujo desacelerado, consiste en permitir que el paciente pueda respirar en cualquier fase del ciclo respiratorio de esta manera suministra dos plataformas de presión en la vía aérea entre las cuales se moviliza un volumen corriente debido a los cambios de presión y adicionalmente se desplaza el volumen corriente resultante al de la actividad del paciente.

SEDACIÓN Y ANALGESIA EN PACIENTES VINCULADOS A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

El objetivo principal de la sedación en un paciente con ventilación mecánica es inducir la hipnosis y la analgesia para mejorar su comodidad, lograr tener un manejo del dolor adecuado, ya que esta es una experiencia sensitiva y emocional desagradable. Por ese motivo es que lo simplificamos como un triángulo, donde la punta del mismo es el paciente, y sus dos bases son: la ventilación y la sedación/analgesia. Es de suma importancia la valoración del paciente, desde su rostro o cuerpo (expresión facial, agitación) hasta los datos que nos arroja un ventilador mecánico con sus curvas alteradas o alarmas para poder obtener lo que se conoce como "adaptación paciente/ventilador", para evaluación del mismo existen escalas

de valoración del dolor, es importante realizar muy buena observación, valoración del paciente.

El paciente es propenso a cursar dolor de diferente etiología, desde la causa que hace que ingrese para cuidados críticos, dolor por tiempo prolongado (reposo/inmovilidad) hasta los propios procedimientos que se le realizan comenzando por el mismo proceso de intubación orotraqueal. En sí, el hecho de estar en un ambiente hospitalario genera en cualquier persona, agitación y ansiedad, aumentando así el síndrome postraumático.

Para poder sobrellevar una estancia hospitalaria óptima, en todos los sentidos, se emplean agentes sedantes y analgésicos con el objetivo de bajar niveles de estrés, obtención del sueño, adaptación a la ventilación, reducir la hipertensión, disminuir la hipertensión cerebral, entre otros. Por lo contrario, un uso indebido de sedoanalgesia puede desencadenar una serie de complicaciones a largo y corto plazo.

La sociedad Argentina de terapia intensiva (SATI) y el Hospital Italiano de Buenos Aires publican en el año 2020 guía para el manejo de la analgesia, la sedación y el delirium del paciente en UTI, hacen referencia en la implementación del paquete ABCDEF ("Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment") propuesto por el grupo de W. Ely a través de la iniciativa ICU Liberation y el paradigma eCASH4 propuesto por J.L. Vincent como herramientas claves. El cual se busca implementar progresivamente en los servicios de terapia intensiva de Argentina. En este compilado podemos observar los objetivos de implementar el concepto de eCASH donde el mismo conlleva la implementación de las tres "C", un paciente calmo, colaborativo y cómodo, adoptando el concepto de una buena analgesia, mínima sedación, y acompañamiento familiar.

El paquete ABCDEF utiliza ítems de las guías PAD 2013 que evalúan al dolor, la agitación y el delirium, por ejemplo:

- Dolor: utiliza la escala Critical care pain observation tool (CPOT) y la escala numérica (pacientes comunicativos).
- Agitación: escala de Richmond (RASS), y la escala de sedación- agitación (SAS).
- Delirium: CAM-ICU (método de evaluación de la confusión en UTI)

Una vez ya obtenidos los síntomas que el paciente presenta (dolor, agitación y/o delirium) con las herramientas ya mencionadas anteriormente en cada ítem, se procede a la intervención del paquete ABCDEF, donde:

A: evaluar, prevenir y tratar el dolor.

B: both (ambas), Vacación de sedación (SAT) y prueba de ventilación espontánea (SBT)

C: Choice (Elección) del sedante y analgésico con mejor perfil de EA.

D: Evaluar, prevenir y tratar el delirium

E: movilización precoz (early)

F: inclusión y empoderamiento familiar

ANALGESIA

Entendemos por analgesia al alivio de la sensación de dolor sin intención de producir sedación. En primer lugar y basados en pacientes con asistencia mecánica ventilatoria ya sea invasiva o no invasiva, se debe valorar su expresión corporal y la complianza de este con el ventilador mecánico.

“Un abordaje efectivo de la evaluación y manejo del dolor es fundamental en los pacientes críticos, teniendo en cuenta algunas de sus características únicas como son la dificultad para comunicarse, el nivel alterado de conciencia, la ventilación mecánica, la necesidad de realizar procedimientos y el uso de dispositivos invasivos, la alteración del sueño y la falta de movilidad adecuada”⁵

A continuación, solo mencionaremos los analgésicos más utilizados tanto en el servicio de estudio, como en la disponibilidad en Argentina:

- **Remifentanilo:** analgésico utilizado en inducciones, y para mantención de anestesia general, su presentación es de 5 mg en 5 ml cada ampolla, tiene un inicio de acción entre 1 a 3 minutos. En bombas de infusión se debe programar con la siguiente programación mcg/kg/min. Como sobredosificación debemos tener en cuenta a la rigidez muscular, depresión respiratoria, apnea, hipotensión, temblores y bradicardia.

⁵ Pardo, T. & Muñoz, C. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Medicina intensiva, 30(8). 2227.

- **Fentanilo:** agonista sintético narcótico opioide con mayor acción que la morfina, lo que lo hace un fármaco que debe ser bien manejado por el personal de salud, ya que su uso inadecuado, erróneo o de sobredosificación puede producir en el paciente la depresión respiratoria, hipotensión severa y posterior a eso la parada cardiaca. Se utiliza en pacientes hemodinámicamente inestables, alérgicos a la morfina, y en pacientes con fallo renal. Su concentración a pasar en bomba de infusión para ser más precisa es mcg/kg/hs.
- **Morfina:** es un analgésico agonista de los receptores opiáceos, su inicio de acción es de 5 a 10 minutos y como efecto adverso podemos nombrar a fallo hepático y/o renal, liberación de histamina, inestabilidad hemodinámica.
- **AINES:** se utilizan como coadyuvantes de los opioides en pacientes que son elegidos, para reducir la necesidad de utilización continúa de los opioides (en pacientes que son próximos a desvincular de la ventilación mecánica y que no padezcan fallo renal). Según la sociedad argentina de terapia intensiva (SATI) no se recomienda la utilización de AINES en pacientes vinculados a la ventilación mecánica.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ANALGESIA

Como ventaja podemos decir que todo paciente que esté vinculado a la ventilación mecánica y recibe analgesia de manera adecuada y correcta a su estado, será un paciente que tendrá confort, donde se lo verá adaptado a la ventilación, con disminución de la mortalidad, y con mayor probabilidad de buena evolución en su estado de salud. En cambio, un paciente con analgesia ya sea en exceso o insuficiente será un paciente que tendrá más días de internación, y de vinculación a la ventilación (aumentando probabilidad de mortalidad, neumonías asociadas a la ventilación, Úlceras por presión, barotraumas, etc), empeorando su condición de salud, será un paciente que estará desadaptado, asincrónico, entre otros.

“La presencia de dolor puede ir asociada a hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, midriasis o lagrimeo”⁶

La analgesia debe ser controlada para prevenir que un paciente llegue a padecer dolor, para eso debemos en primer lugar evaluar, buscar tratamiento si es necesario y ante todo prevenir. Según varios artículos, ya previamente citados, primero se debe tratar el dolor antes de indicar sedación.

“La educación del personal médico y de enfermería en la evaluación del dolor y el uso de algoritmos para su tratamiento pueden reducir la incidencia de dolor moderado-grave de un 37 a un 13%”⁷

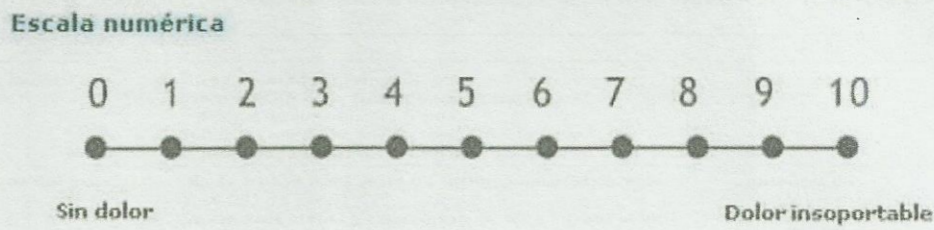
ESCALAS DE ANALGESIA MÁS UTILIZADAS EN UTI

Las escalas para la valoración del dolor dependerán del estado físico del paciente, si puede o no verbalizar. Para esto debemos reconocer que tipo de escala se aplicará individualizando a cada paciente. Continuando con la temática de nuestra investigación vamos a categorizar a los pacientes que requieren asistencia respiratoria mecánica (ARM) invasiva y no invasiva. En los pacientes críticos que están conectados a la asistencia mecánica no invasiva (VNI) podemos utilizar la escala numérica del dolor, indicando los ítems de dicha tabla, a lo que el paciente responderá con un movimiento de cabeza o movimiento o mueca facial la opción que indicará el grado de dolor que padezca en ese momento, como requisito elemental el paciente debe presentar una buena condición motora, visual y auditiva. Ver imagen (1)

⁶ Harmer, M., & Davies, K. A. (1998). The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services. *Anaesthesia*, 53(5), 424–430. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.1998.00368.x>

⁷ Larson, M. D., Sessler, D. I., Ozaki, M., McGuire, J., & Schroeder, M. (1993). Pupillary assessment of sensory block level during combined epidural/general anesthesia. *Anesthesiology*, 79(1), 42–48. <https://doi.org/10.1097/00000542-199307000-00009>

Imagen 1



Do pico, J.(28 de septiembre de 2020). Escala de cuantificación del dolor y su importancia en pacientes críticos. Tecne y Medeos. Recuperado de: <https://techneymedeos.com/escalas-de-cuantificacion-del-dolor-y-su-importancia-en-pacientes-criticos/>

En cambio, en pacientes con ventilación mecánica invasiva la comunicación se ve alterada a lo que debemos utilizar otra escala como herramientas útiles para valorar el dolor, por ejemplo: Critical care pain observation tool (CPOT). Ver imagen (2) , y/o la Behavioral pain scale (BPS) ver imagen (3) lo cual se recomienda aplicarlas periódicamente cada 4/6 horas, así como antes y después de procedimientos invasivos que puedan desencadenar dolor.

La escala Critical care pain observation tool es una escala de valoración del dolor que incluye cuatro indicadores del comportamiento.

Imagen 2

TABLA 1 Escala de valoración del dolor mediante la observación en el paciente crítico: CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool) ^a			
Indicador	Descripción	Puntuación	
Expresión facial	No se observa tensión muscular	Relajado, neutro	0
	Presencia de ceño fruncido, cejas bajadas, órbitas de los ojos contraídas	Tenso	1
	Todos los movimientos faciales anteriores más los párpados fuertemente cerrados	Muecas	2
Movimientos del cuerpo	No se mueve nada (esto no significa necesariamente ausencia de dolor)	Ausencia de movimientos	0
	Movimientos lentos, cautelosos, se toca o frota el sitio donde le duele, busca atención a través de movimientos	Protección	1
	Empuja el tubo, intentos de sentarse, mueve los labios, no obedece órdenes, atosiga al personal, trata de salirse de la cama	Agitado	2
Tensión muscular Evaluación por flexión y extensión pasiva	No resistencia a movimientos pasivos	Relajado	0
	Resistencia a movimientos pasivos	Tenso, rígido	1
	Fuerte resistencia a movimientos pasivos, incapacidad para terminarlos	Muy tenso o muy rígido	2
Adaptación ventilador (pacientes intubados)	No se activan las alarmas, fácil ventilación	Bien adaptado al ventilador	0
	Las alarmas paran espontáneamente	Tose, pero se adapta	1
	Asincronía: la ventilación se para, las alarmas se activan frecuentemente	Lucha con el ventilador	2
Excluye el ítem siguiente			
Vocalización (pacientes extubados)	Habla con tono normal o no habla	Habla con tono normal o no habla	0
	Suspiros, gemidos	Suspiros, gemidos	1
	Gritos, sollozos	Gritos, sollozos	2
Excluye el ítem anterior			
Rango total			0-8

Do pico, J.(28 de septiembre de 2020). Escala de cuantificación del dolor y su importancia en pacientes críticos. Tecne y Medeos. Recuperado de: <https://techneymedeos.com/escalas-de-cuantificacion-del-dolor-y-su-importancia-en-pacientes-criticos/>

Imagen 3

Behavioral Pain Scale (BPS)

Escala BPS	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Haciendo muecas	4
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	
Relajado	1
Parcialmente flexionados	2
Totalmente flexionados	3
Totalmente contraído	4
VENTILACIÓN MECÁNICA	
Tolerando movimientos	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
Luchando contra el ventilador	3
Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Graduación del dolor
Presencia de dolor ≥ 6 Dolor inaceptable > 7
OBJETIVO < 6

* versión al Español no validada y solo a efectos de comprensión del presente trabajo

Clarett M. ESCALAS DE EVALUACIÓN DE DOLOR Y PROTOCOLO DE ANALGESIA EN TERAPIA INTENSIVA. 1st ed. Argentina: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento; 2012.

Peña, A.(5 de septiembre de 2021).Dolor.Enfermería Usar urban search y rescue. Recuperado de:<https://enfermeriadeescombros.com/testimonial/dolor/>

- Expresión facial: relajado/neutro, tenso, mueca.
- Movimientos del cuerpo: ausencia de movimientos, protección, agitado.
- Tensión muscular: relajado, tenso/rígido, muy tenso o muy rígido.
- adaptación al ventilador: bien adaptado al ventilador, tose, pero se adapta, lucha con el ventilador
- Vocalización: solo para pacientes intubados y excluye al ítem anterior.

Esta escala solo valora la presencia o ausencia de dolor, pero no su intensidad.

Behavioral Pain scale (BPS) fue desarrollada por Payen et al., tiene como propósito valorar si hay o no presencia de dolor, pero se limita a verificar la intensidad, posee 4 indicadores que son:

- Expresión facial: relajada, parcialmente contraída (baja las cejas), totalmente contraída (cierra las pestañas), lagrimeo.
- Extremidades superiores: sin movimiento, parcialmente flexionados, totalmente flexionados, parcialmente retraídos.
- Sincronía con el ventilador: tolera todo el tiempo, tose, pero tolera todo el tiempo, lucha con el ventilador, incapaz de ventilarse.

Esta escala posee clasificación por cada indicador de 1 a 4. Con un total de 12 puntos. Siendo que un total menos a 6 sería el objetivo para tener un paciente sin dolor, mayor o igual a 6 presenta dolor, y mayor a 7 el paciente presenta dolor inaceptable.

No obstante, como ya mencionamos con anterioridad se debe saber que escala del dolor utilizar en cada paciente. La guía para el manejo de la analgesia, la sedación y el delirium en UCI de Carini et al. 2020, recomienda que para pacientes con sedación moderada y profunda (Rass de -3, -4), o sedación continua, las escalas del dolor e incluso la CPOT pierden utilidad por la condición física y cognitiva del paciente. Asimismo, recomienda no guiarse solo con las variaciones fisiológicas, y comenzar con la implementación de:

- Reactividad pupilar (pupilometría)
- Variabilidad de la frecuencia cardiaca (ANI)
- Actividad del electroencefalograma.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Como nuestro trabajo de investigación se enfoca a enfermería, a los cuidados y valoración evocados en esta profesión, solo nos enfocaremos en lo que un enfermero/a puede realizar de forma autónoma para el tratamiento del dolor en un paciente. Según la guía ABCDEF de Carini et al. (2020), y en principio para tratarlo se debe implementar el tratamiento no farmacológico (postural, reaseguro, movilización precoz, etc). Es por este motivo, que cada servicio donde haya pacientes críticos vinculados a la ventilación mecánica se debe tener un protocolo destinado para enfermería, donde se implementen herramientas actualizadas, científicas, de fácil utilización, y con implementación de los dispositivos tecnológicos que se tengan a disposición. Además, que estén limitadas a las incumbencias de enfermería y no médica, para una buena evolución del paciente.

SEDACIÓN

El principal objetivo de la sedación en un paciente crítico es darle confort y minimizar su ansiedad, especialmente en situaciones de compromiso hemodinámico o insuficiencia respiratoria, en donde se necesita asistencia ventilatoria mecánica para lograr una buena adaptación al ventilador y disminución del consumo de oxígeno, la sedación es la disminución en forma controlada de la percepción del medio y/o del dolor por parte del enfermo, pero manteniendo su respiración espontánea y su vía aérea permeable; este estado oscila desde un estado de calma a la sedación profunda (depresión de cualquier estímulo doloroso) en la que se observa una pérdida de reflejos protectores y que requiere, por parte del personal de salud, un manejo adecuado de la vía aérea y la ventilación.

Ese nivel de sedación dependerá del estado del paciente y del soporte ventilatorio elegido, pero siempre se intenta mantener al paciente con un sueño ligero de fácil despertar, evitando el dolor y la ansiedad, y de ser posible con amnesia del proceso para conseguir adaptación a la ventilación mecánica, producir el reposo muscular para facilitar la tolerancia al tubo endotraqueal y reducir el consumo de oxígeno, aunque clásicamente la sedación farmacológica tenía como fin mantener al enfermo acoplado al ventilador en la actualidad se utiliza para:

- a) Cohibir el centro respiratorio y lograr la adaptación al ventilador
- b) Calmar y minimizar la ansiedad y el dolor.
- c) Mejorar la comodidad general y aumentar la tolerancia.
- d) Favorecer el sueño y ocasionar amnesia
- e) Como premedicación en exploraciones y técnicas invasivas.

Actualmente se habla y se promueve lo que es las vacaciones de sedación y la prueba de ventilación espontánea (PVE), los cuales se emplea seleccionado al paciente que cuente con diferentes criterios físicos, cognitivos, neurológicos, motores y respiratorios. Lo que se emplea es ir bajando los sedantes y suspender los neuro bloqueantes con anterioridad. El objetivo es que el paciente presente un Rass de "-1", o "0", así poder dar paso al proceso de Winning exitosamente.

En las guías PADIS 2013 se sugiere tener un objetivo de sedación para cada paciente y prueba de interrupción diaria de sedación, lo que favorecerá al descenso del uso de benzodiacepinas, mejorando así, la condición de salud del paciente de manera que a corto plazo ese individuo será desvinculado de la ventilación mecánica, y su estadía en la unidad de cuidados críticos será disminuirá, así como también el síndrome postraumático. Además, menciona dos terminologías, similares, pero de manejo diferente, que es importante saber diferenciarlas:

- La interrupción diaria de sedación/DSI (Daily sedative interruption) o prueba de despertar: se define como un periodo de tiempo durante el día, en el que se suspenden los sedantes al paciente, dándole la posibilidad de poder despertar, abrir los ojos, lograr un estado vigil, responder mediante apertura ocular a llamado, y responder a órdenes simples. como condición el paciente debe tener un Rass de -1 a +1.
- protocolo con objetivo de sedación superficial manejada por enfermería/NP (nursing-protocolized): es un protocolo manejado por enfermería que se basa en realizarlo al lado de la cama del paciente, para determinar la elección de sedantes, para lograr un objetivo de sedación indicado. No obstante, este protocolo debe estar basado en indicadores de profundidad de sedación que requiera individualmente cada paciente.

“La sedación de forma individualizada, con la adopción de protocolos y cuestionarios específicos, y con la interrupción diaria, puede mejorar el resultado”⁸

Sin embargo, la DSI, aplica correr con diferentes riesgos, como, por ejemplo:

Aumento de la autoextubación, abstinencia a los psicofármacos, riesgo de aumento de la presión intracraneal, aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca.

A continuación, describiremos los sedantes más utilizados y disponibles en Argentina.

- Propofol: Alquiifenol con propiedades sedantes, hipnóticas, anticonvulsivante y antieméticas. Con una acción rápida, pero de corta duración. Es el principal fármaco utilizado en la inducción y mantenimiento del paciente con ventilación mecánica. Con una dosis máxima de 4,5 mg/kg/h (excepto obesos). Produciendo como efectos adversos depresión respiratoria, hipotensión, bradicardia, incremento de lípidos, pancreatitis. Principalmente causa efectos adversos a nivel cardiovascular.
- Midazolam: actúa sobre el receptor GABA, duración de acción corta, de eliminación breve, con una potencia de acción elevada, atraviesa la barrera hematoencefálica, metaboliza en el hígado, y se elimina a través de la vía urinaria. Sus efectos secundarios son Hipotensión, depresión respiratoria, acumulación por infusión prolongada, depresión respiratoria en mayor estado, privación. Su dosis máxima es de 0,25 mg/kg/h.
- Dexmedetomidina: alfa 2 agonista. de acción sedante/analgésico a través de Locus ceruleus del tronco encefálico. Se utiliza como sedante ligero, y analgésico moderado. Generalmente se utiliza en pacientes que no requieren de tanta sedación (Rass de 0 a -3). Disminuye la respuesta al estrés, mejora la calidad del sueño, y no produce depresión respiratoria. Produce con bolo inicial una vasoconstricción e hipertensión. puede producir bradicardia y en infusión continua hipotensión. Su dosis máxima es de 1.4 ug/kg/h.
- Lorazepam: pertenece a la familia de las benzodiacepinas, fármaco que generalmente se utiliza para realizar bolos, y no tanto para infusiones continuas. Su

⁸ Mehta S, McCullagh I, Burry L – Current sedation practices: lessons learned from international surveys. Crit Care Clin, 2009;25:471-48

mecanismo de acción es ser un ansiolítico, hipnótico, sedante y relajante muscular.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA SEDACIÓN

Una adecuada sedación en el paciente produce confort, mejora la oxigenación y ventilación alveolar, facilita los cuidados, reduce la respuesta al estrés físico y psíquico, produce cierto grado de amnesia e hipnosis.

Disminuye la respuesta al estrés, la presión de la vía aérea, la PIC, la auto-extubación, el barotrauma, y la lucha del paciente contra el ventilador.

En cambio, un paciente ya sea infrasedación o sobresedación, es un paciente que va a necesitar más días de internación y de ventilación mecánica, que será difícil de desvincular con el ventilador, con probabilidad de abstinencia, y delirium.

Es por esta razón que se debe elegir bien la sedación que se le va a aplicar a cada paciente, para garantizar una óptima sedación que no perjudique ni tenga efectos adversos, y que se busca además la no acumulación (para dar inicio en un periodo determinado y correcto a Weaning).

ESCALA DE SEDACIÓN Y MONITORIZACIÓN

Para cada paciente se debe lograr el nivel de sedación óptimo, según sea su situación clínica, por eso es importante la utilización de escalas que evalúen el nivel de sedación y ajustar la dosis de drogas al nivel deseado.

Se recomienda la evaluación objetiva de la presencia y cuantificación de la sedoanalgesia en todo paciente crítico, mediante una escala de medición validada. Debe hacerse de forma sistemática y por personal entrenado en su aplicación. La escala de sedación de Ramsay fue validada hace más de 30 años específicamente para valorar el nivel de sedación.

En los últimos años se han desarrollado instrumentos más eficaces para valorar la sedación.

Si el paciente está despierto se utilizarán escalas gráficas (Escala Visual Analógica), la cual tiene una línea “no dolor” en una punta y “dolor máximo” en la otra. En el caso de los pacientes sedados, en los que especialmente se tiende a infrautilizar la analgesia, es importante evaluar los equivalentes somáticos y

fisiológicos del dolor. Entre los primeros, la expresión facial, los movimientos y la postura pueden ser claros indicadores de dolor. Entre los signos fisiológicos, la taquicardia, la hipertensión, la taquipnea, la desadaptación al ventilador obligarán a considerar la administración de analgésicos, si no se estaban administrando o a aumentar la dosis. Se recomienda no usar sedación profunda (Ramsay superior a 4 o RASS menor de -2) en forma rutinaria. Los niveles de sedación serán diferentes para cada paciente y adaptados a su patología y al momento de la evolución en que se encuentran.

La escala más utilizada es la escala de sedación de RAAS (ver imagen 4), cuya aplicación en la práctica diaria para valorar el nivel de sedación, garantiza mayor calidad de cuidados y facilita el nivel de sedación adecuado a cada paciente.

Además, también se utiliza la escala de Ramsay (ver imagen 5), que fue creada para medir la sedación inducida por drogas, la cual provee una manera de medir el nivel de respuesta y de sueño de los pacientes de UCI⁹

imagen 4

ESCALA RASS (2001)		
Rango 1 a 4 ansiedad-agitación	+ 4 Combativo.	Ansioso, violento
	+ 3 Muy agitado.	Intenta retirarse los catéteres, TET, etc.
	+ 2 Agitado.	Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
	+ 1 Ansioso.	Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
Rango -3 a 0 sedación moderada-consciente	0 Alerta y tranquilo	
	- 1 Adormilado.	Despierta con la voz, mantiene ojos abiertos más de 10 segundos.
	- 2 Sedación ligera.	Despierta con la voz, no mantiene ojos abiertos más de 10 s
	- 3 Sedación moderada.	Se mueve y abre los ojos a la orden. No dirige la mirada
Rango -4 a -5 sedación profunda	- 4 Sedación profunda.	No responde, abre los ojos a la estimulación física
	- 5 Sedación muy profunda.	No hay respuesta a la estimulación física

Raurell Torredà M, Burgos Cordón A, Conejo Caravaca A, Corcuera Pastor I. Evaluación de la sedación mediante la escala Richmond Agitation Sedation Scale en pacientes con ventilación mecánica de larga duración. RevROL Enferm 2015; 38(7-8):533-538. Recuperado en:<https://www.researchgate.net/publication>.

⁹ Dr. Lovesio. (2001). medicina interna. analgesia, sedación y relajación en el paciente crítico.editorial el ateneo. BS AS. Argentina

Esta última, no es recomendable para pacientes con infusión continua de neuro bloqueantes musculares.

imagen 5

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Ramsay, M. Savaje, T. Simpson BR Goodwin R: controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. MBJ 1974:2(920):656-659.

Además de la utilización de tablas para la valoración de sedación, podemos encontrar diferentes monitores que nos dan una perspectiva del estado del paciente.

En la terapia intensiva del nuestro estudio se encuentran dos herramientas tecnológicas para medir el nivel de sedación que el paciente posee, a continuación, las describiremos.

El monitor Biss (ver imagen 6): se utiliza para detectar actividad encefálica, detectando diferencias hemisféricas en el cerebro, midiendo e interpretando las ondas cerebrales de manera no invasiva. Generalmente utilizado para pacientes que están bajo efecto sedante. Su clasificación de indicadores es:

100-80 Despierto, memoria intacta

80-60 Sedación

60-40 anestesia general (objetivo). Hipnosis profunda (40) y amnesia

40-20 Supresión progresiva

<20 Paroxismo supresión / silencio cortical.

imagen 6



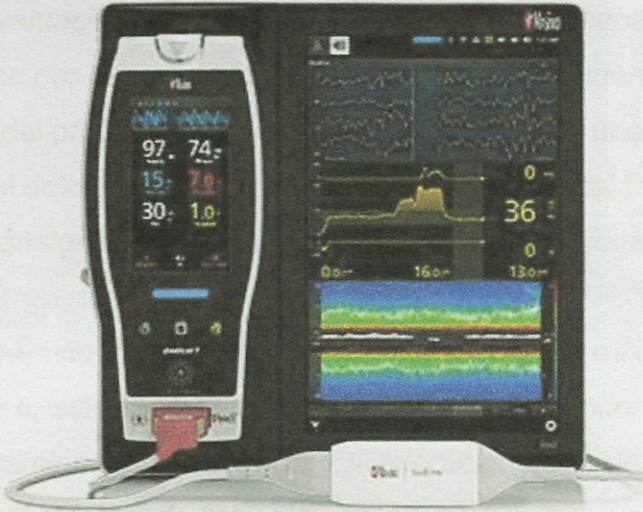
Decade s.a. (3 de abril de 2021). Monitor del estado de conciencia. Recuperado de: <https://www.decade.com.ar/equipamiento-hospitalario/120-bis-vista->

El monitor Masimo (imagen 6): aparato no invasivo que mide diferentes parámetros, como la oximetría cerebral, medición de hemoglobina total, monitorización de la función cerebral (Electroencefalograma) entre otras funciones más específicas. Utiliza 4 electrodos de EEG bilateral.

Sus indicadores son:

- 50- 100 color amarillo: estado hipnótico ligero fuera del rango óptimo para anestesia general.
- 25- 50 color verde: rango óptimo de sedación/ niveles de anestesia (valores PSI entre 25-50).
- Menor a 25 color violeta: estado anestésico profundo, fuera del rango óptimo: señala el potencial de retraso en la emergencia y la recuperación de la anestesia.

imagen 7



Masimo.(22 de octubre de 2018). Soluciones de monitorización. Recuperado de:
<https://www.masimo.es/monitoring-solutions/>

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON SEDOANALGESIA

El profesional de enfermería es el principal gestor de los cuidados que se les brindan a los pacientes y su intervención marca una diferencia en su estado de salud. La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado.

Las características del trabajo que se desarrolla en una UCI requieren que el enfermero posea amplia experiencia clínica y madurez suficiente para hacer frente a la toma de decisiones difíciles con implicaciones morales y éticas.

“Las cualidades más reseñables son: responsabilidad, entendiendo como tal una obligación moral de ejercer la profesión de manera adecuada evitando errores, serenidad, comprensión para entender las necesidades del enfermo como un todo, integridad, paciencia, prudencia, optimismo, laboriosidad y afabilidad”¹⁰

¹⁰ Bermudez G. F.J., Gómez C.D., Palomino R.R., et al. (2015).Comparación de 3 pautas de sedación para pacientes sometidos a anestesia subaracnoidea. Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego. Rev Colomb. Anestesiología.43(2):122-128

“La enfermera debe adoptar un papel activo en lo que respecta al manejo de la sedación y la atención integral adaptada al paciente. Uno de los principales cuidados que debe de realizar el profesional de enfermería en las unidades de cuidados intensivos es la evaluación de la analgesia y la sedación, cabe destacar que estas deben de evaluarse por separado, a pesar de su interdependencia”¹¹.

La intervención del profesional de enfermería debe incluir una valoración detallada de la sedación y del dolor, basada en el uso de escalas para tal fin, así mismo verificar la meta de la sedoanalgesia con las escalas, y todo dispositivo tecnológico disponible para ello.

“La valoración permite a la enfermera desarrollar un plan de cuidados con el objetivo de facilitar la selección del tratamiento y además poder evaluar la efectividad del tratamiento administrado. La valoración debe de realizarse regularmente con el objetivo de reajustar las dosis”¹²

Es importante recordar que las necesidades de sedación no son las mismas para todos los pacientes, ni para el mismo paciente a lo largo del día ni durante su evolución en la UTI, por lo que se debe individualizar el tratamiento en función de los requerimientos de analgesia y sedación que precise el paciente en cada momento.

“La introducción en la práctica clínica de un protocolo de sedación dirigido por enfermería aumenta la cantidad de pacientes óptimamente sedados y disminuye la incidencia de retiradas accidentales de sondas y catéteres”¹³.

El profesional de enfermería realiza sus acciones en forma interdisciplinaria, para realizar un buen manejo de la sedoanalgesia debe:

- Valorar al paciente, identificación de los factores predisponentes que puede presentar el paciente.
- Valorar la medicación de un tratamiento frecuente que tenga el paciente
- Identificar los delirios utilizando un instrumento válido científicamente

¹¹ Echeverry P, Jaramillo J. Sedación en anestesia regional [consultado 13 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.anestesiaweb2.com/archivos/sedacion.pdf>

¹² Martínez S.A., Cacho A.E. (2018).. Monitorización de la Sedación en UCI. SEDAR.

¹³ Martín C.L.(2012). Escala de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. 1-39

- Registra la valoración y todas las acciones realizadas en el paciente.
- Valoración del dolor según la escala que se usa en el servicio.
- Valorar la respuesta al tratamiento por los fármacos, la valoración debe ser de forma regular juntamente 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 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.
- 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. ¹⁴(Ávila Napan. 2017)

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE LA SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

La búsqueda de una sedoanalgesia basada en criterios de calidad y seguridad es un tema relevante en el paciente crítico.

El uso de protocolos permite mejorar desenlaces clínicos relevantes, como los días de VM y estancia en la unidad. Muchas sociedades médicas de países extranjeros recomiendan la evaluación del dolor (junto con la evaluación del nivel de sedación y existencia de delirio) en pacientes ingresados en terapia intensiva.

De esta manera buscan cumplir con las exigencias de la "Joint Commission on

¹⁴ Ávila Napan, Carmen. (2017). Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima : 16 -63.

Accreditation of Healthcare Organization 's standards. Se pretende proporcionar al paciente crítico un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y desorientación, facilitando el sueño y controlando el dolor. Una de las recomendaciones son los sistemas de monitorización de la sedación, que permiten medir y evaluar de forma periódica y planificada aspectos relevantes de la asistencia mediante el uso de indicadores de calidad. Los indicadores de calidad son instrumentos de medida que identifican la presencia de un suceso y su intensidad y deben ser fiables, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia.

Los indicadores de calidad relacionados con la sedación y la analgesia, descritos por la SEMICYUC son los siguientes:

- Monitorización de la sedación.
- Sedoanalgesia adecuada.
- Interrupción diaria de la sedación.
- Identificación del delirio.
- Existencia de protocolos para el manejo del dolor
- Evaluación periódica del dolor¹⁵(Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC)

IDENTIFICACIÓN DEL DELIRIO

El delirio tiene una incidencia elevada en adultos, se asocia a una importante morbilidad e incremento de costes en los enfermos críticos. Su identificación es difícil siendo recomendable la utilización de sistemas que nos permitan reconocerlo y tratarlo de forma adecuada.

Los sanitarios pueden malinterpretar el delirio hiperactivo como una expresión de dolor en pacientes cuyo dolor estaba bien controlado.

Esto puede generar falsos positivos en las herramientas conductuales de

¹⁵ 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

evaluación del dolor, por lo que se hace necesario evaluar el delirio para poder considerar este factor¹⁶.

(Teniente. 2014)

Una de las funciones de la enfermería es intentar prevenir estados de delirio mediante intervenciones específicas:

- Mantener el mayor grado de comunicación con el paciente.
- Explicar al paciente su enfermedad y todos los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo.
- Conversación sobre cuestiones de actualidad o interés.
- Permitir audífonos, gafas, periódicos, libros, música, radio.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

¹⁶ Teniente, S. (2014). Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos. Tesis para *optar al Grado de Especialista Enfermería en Cuidados Intensivos*, Lima.

CAPÍTULO II: **DISEÑO METODOLÓGICO**

TIPO DE ESTUDIO

- ✓ **Cuantitativo:** Este tipo de estudio usa la recolección de datos de medición de manera numérica y de análisis estadístico estableciendo patrones de comportamiento.
- Descriptivo:** Mediante este estudio buscamos detallar características y comportamiento laboral del personal de Enfermería del Hospital Luis Lagomaggiore
- ✓ **Transversal:** se *analiza* información obtenida mediante datos del grupo de trabajo seleccionado de manera específica en tiempo y lugar determinado, Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio de investigación se realizó durante el primer semestre del año 2022 en el servicio de terapia intensiva del hospital Luis Lagomaggiore, ubicado en calle Timoteo Gordillo S/N del Departamento de Las Heras, Provincia de Mendoza.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo está compuesto por 28 Enfermeros del Servicio de Terapia Intensiva Sector B del Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza, debido a cantidad escasa del personal de Enfermería a estudiar no se toma muestra, sino que se trabajara con el total del universo.

UNIDAD DE ANÁLISIS

28 Enfermeras/os de terapia intensiva sección "B" del Hospital Luis Lagomaggiore.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- ✓ Criterios de inclusión: En su totalidad del personal de enfermería correspondiente a los tres turnos (turno mañana, turno tarde y turno noche).
Enfermeros profesionales y licenciados.
Enfermeros de reciente ingreso y con antigüedad.
- ✓ Criterio de exclusión: se excluye a todo personal no enfermero y ajeno al servicio de terapia intensiva sector b del hospital Luis lagomaggiore, así como también a la jefa y la encargada del servicio quienes se encargan de la parte administrativa. A todo enfermero que no quiera participar en esta investigación.

ASPECTO ÉTICOS Y LEGALES

Se realizó mediante autorización verbal a jefa de Enfermería del Servicio de Terapia Intensiva Sector "B".

Formulario de encuesta será respondido de manera anónima.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- ✓ Método: se realizó una encuesta cerrada a 28 Enfermeros del Servicio de Terapia Intensiva Sector B
- ✓ Instrumento: se realizó un cuestionario con un total de 19 preguntas, cerradas y múltiple opción obteniendo información necesaria de manera precisa.

Cuadro N° 1. Variable: “Conocimientos sobre Sedoanalgesia”

Conocimiento Teórico y Práctico de Sedoanalgesia del Personal de Enfermería

Variable	Dimensión	Indicadores
Aspecto Sociodemográficos	1_ Edad	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años Más de 60 años
	2_ Grado académico	Enfermera/o profesional Enfermera/o universitario Lic. en enfermería Lic. Especialista en cuidados críticos.
	3_ Turno laboral	Turno mañana Turno tarde Turno noche Turno rotativo
	4_ Antigüedad dentro	De 1 a 3 años De 3 a 5 años Más de 5 años

del hospital	Más de 10 años Más de 20 años
5_ Antigüedad como enfermera/o	Menos de un año De 1 a 3 años De 3 a 5 años Más de 5 años Más de 10 años Más de 20 años

Aspectos técnicos	6_ ¿Cómo considera usted su conocimiento en cuanto a sedoanalgesia?	Muy satisfactorio Satisfactorio Ni satisfactorio, ni insatisfactorio Poco satisfactorio Insatisfactorio No sabe, no contesta
	7_ ¿Ha leído bibliografía referida al tema?	si, totalmente si, en gran medida a veces raras veces nunca

8_ considerando que usted es un trabajador que se desempeña en UTI ¿Tiene práctica en el manejo de sedoanalgesia?	sí, totalmente casi siempre a veces nunca
9_ ¿Maneja y reconoce de manera adecuada las diferentes alarmas relacionadas con el ventilador?	sí, totalmente casi siempre a veces rara veces nunca no sabe, no contesta
10_ Dentro de su ambiente laboral, ¿evalúa el dolor del paciente en ARM?	Si totalmente Si, en gran medida A veces Raras veces nunca

11_ Desde su experiencia, ¿Cuál de las siguientes opciones, considera usted las más importante, relacionada con la sedoanalgesia en un paciente crítico?	aliviar la ansiedad, excitación y dolor, facilitando el descanso aliviar la ansiedad, la excitación y el dolor facilitando una adecuada ventilación mecánica proporcionar un nivel óptimo de comodidad, disminuyendo la ansiedad y la excitación. proporcionar un nivel óptimo de comodidad reduciendo la ansiedad y el dolor
12_ ¿Cuál de los siguientes fármacos produce depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular?	Dexmedetomidina Midazolam Fentanilo Propofol no sabe, no contesta
13_ ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la sobre sedación	Depresión respiratoria, hipotensión, hipercapnia. Hiperventilación depresión hemodinámica, depresión respiratoria hipotensión, depresión respiratoria,

en pacientes críticos?	neumonías asociadas a la ventilación no sabe, no contesta
14_ ¿Cuál es la complicación más frecuente de la sedación prolongada?	dependencia a los fármacos excitación psicomotriz- delirium toxicidad a fármacos síndrome de abstinencia no sabe, no contesta
15_ ¿Cuál es la escala más utilizada para medir el nivel de sedación?	escala de Rass escala de Gasglow escala de Ramsay escala de Silverman no sabe, no contesta
16_ A continuación, le pedimos que marque la opción correcta en cuanto a la escala de Ramsay, ¿qué	Dolor nivel de sedación, con el fin de evitar exceso en la misma calidad y profundidad de la sedación excitación y nivel de conciencia no sabe, no contesta

evaluamos?	
17_ ¿Utiliza criterios unificados en cuanto al manejo de sedoanalgesia?	Si no
18_ ¿Recibe o recibió capacitaciones sobre sedoanalgesia?	Si No
19_ En el caso de que la respuesta anterior haya sido positiva, fue realizada:	Durante la formación Luego de la formación Dentro del hospital Fuera del hospital

20_

Le gustaría recibir
capacitaciones al
menos 1 vez al
mes

Si

No

Análisis.

Procesamiento

Y Presentación de datos

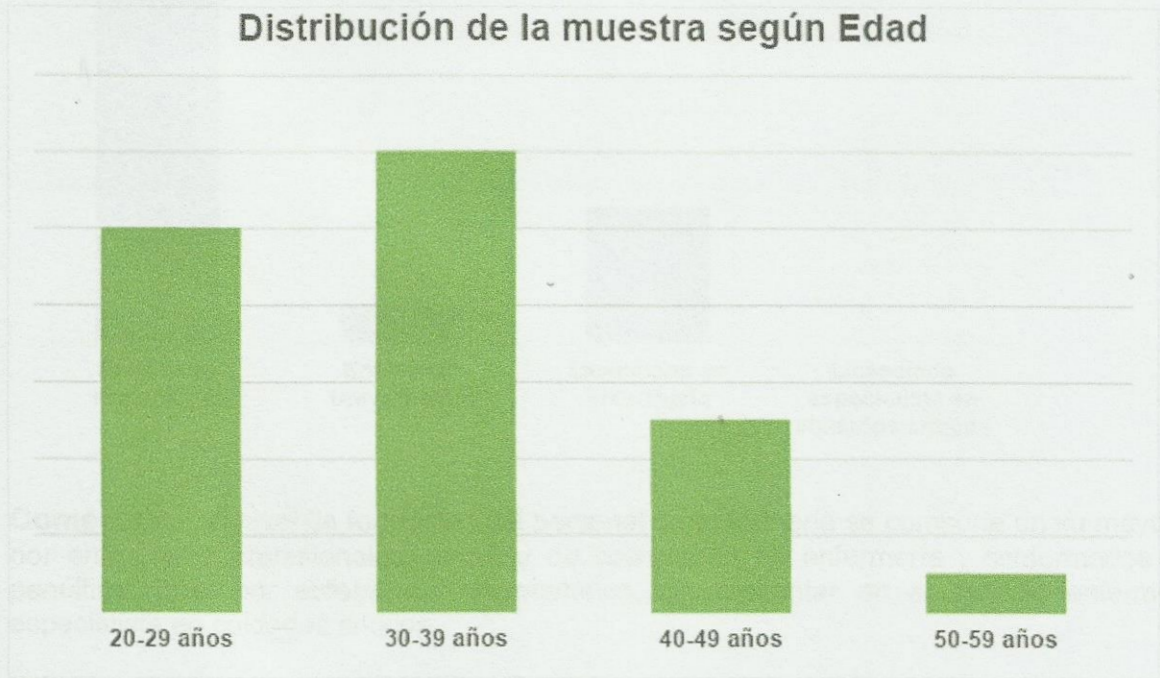
Análisis,
Procesamiento
Y Presentación de datos

TABLA N° 1

Distribución de la muestra según "EDAD".

EDAD	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
20-29 años	10	0,36	36%
30-39 años	12	0,43	43%
40-49 años	5	0,18	18%
50-59 años	1	0,03	3 %
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.

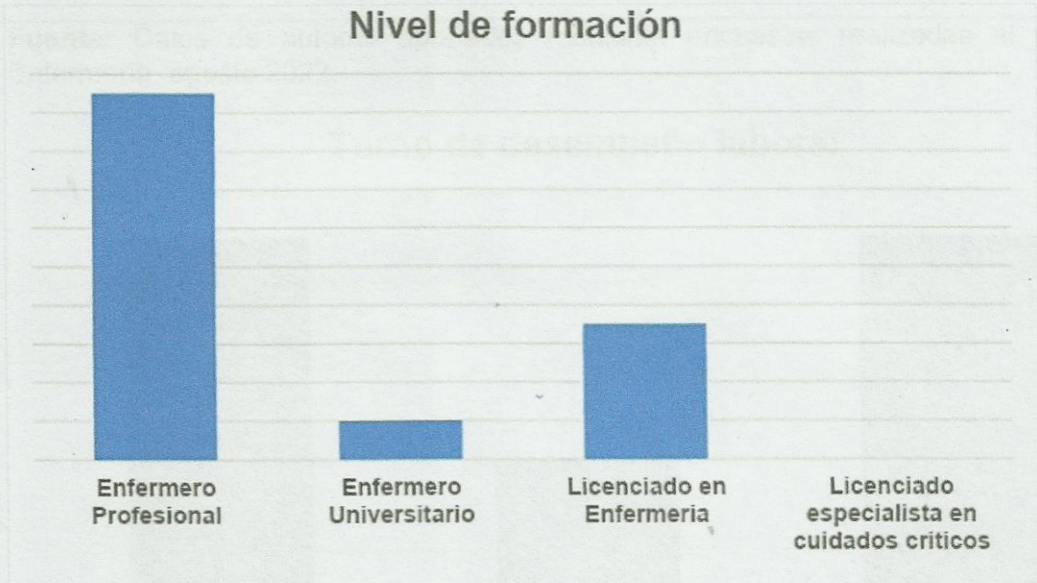


Comentario: Se logra observar de datos obtenidos que el personal de enfermería del hospital Luis Lagomaggiore del servicio de terapia intensiva en su mayoría tiene entre 30 a 39 años , seguido de 20- 29 años. (autoras)

TABLA N° 2
Distribución de la muestra según "Nivel de formación".

Formación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Enfermero profesional	19	0,679	67,9 %
Enfermero universitario	2	0.071	7,1 %
Licenciado en enfermería	7	0,25	25 %
Licenciado especialista en cuidados críticos	0	0	0%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



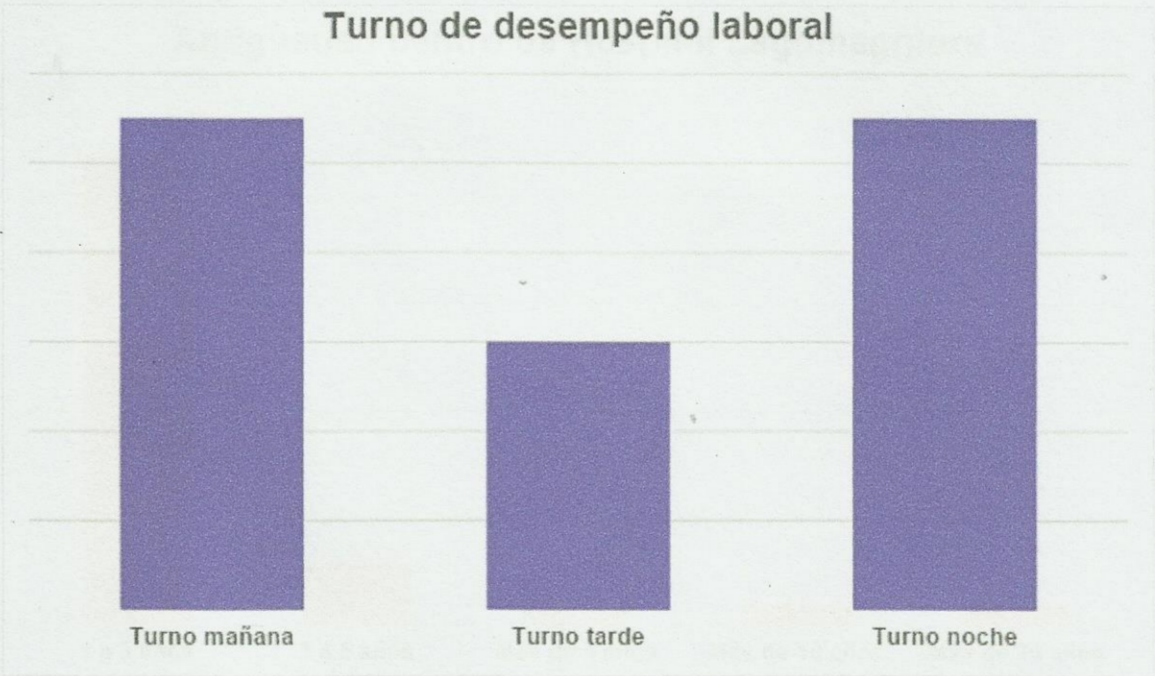
Comentario: el nivel de formación del personal de enfermería se compone en su mayoría por enfermeros profesionales, seguido de licenciados en enfermería , conformados en penúltimo nivel por enfermeros universitarios, sin presentar en el servicio enfermero especialista en cuidados críticos.

TABLA N° 3

Distribución de la muestra según "turno de desempeño laboral".

Turno en el que se desempeña	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Turno mañana	11	0,393	39,3%
Turno tarde	6	0,214	21,4%
Turno noche	11	0,393	39,3%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



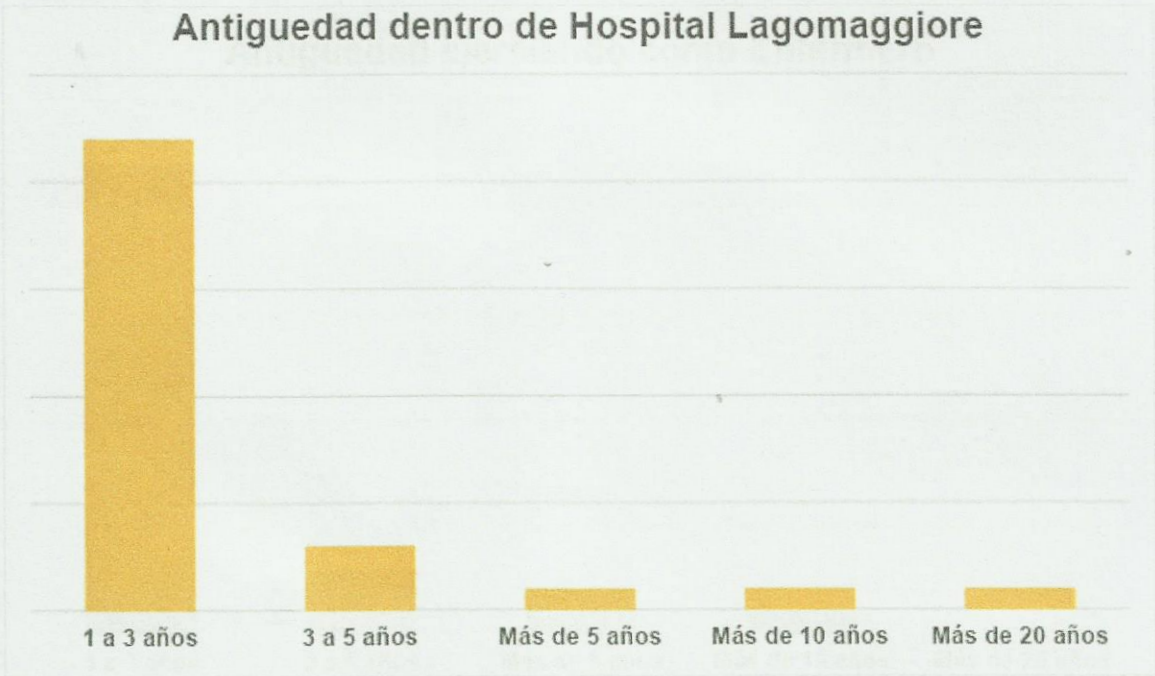
Comentario: del total de encuestados la mayoría pertenece al turno mañana y turno noche.

TABLA N° 4

Distribución de la muestra según "Antigüedad del personal dentro del Hospital Lagomaggiore".

Antigüedad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
1-3 años	22	0,786	78,6 %
3-5 años	3	0,107	10,7 %
Más de 5 años	1	0,036	3,5%
Más de 10 años	1	0,036	3,5%
más de 20 años	1	0,036	3,5%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



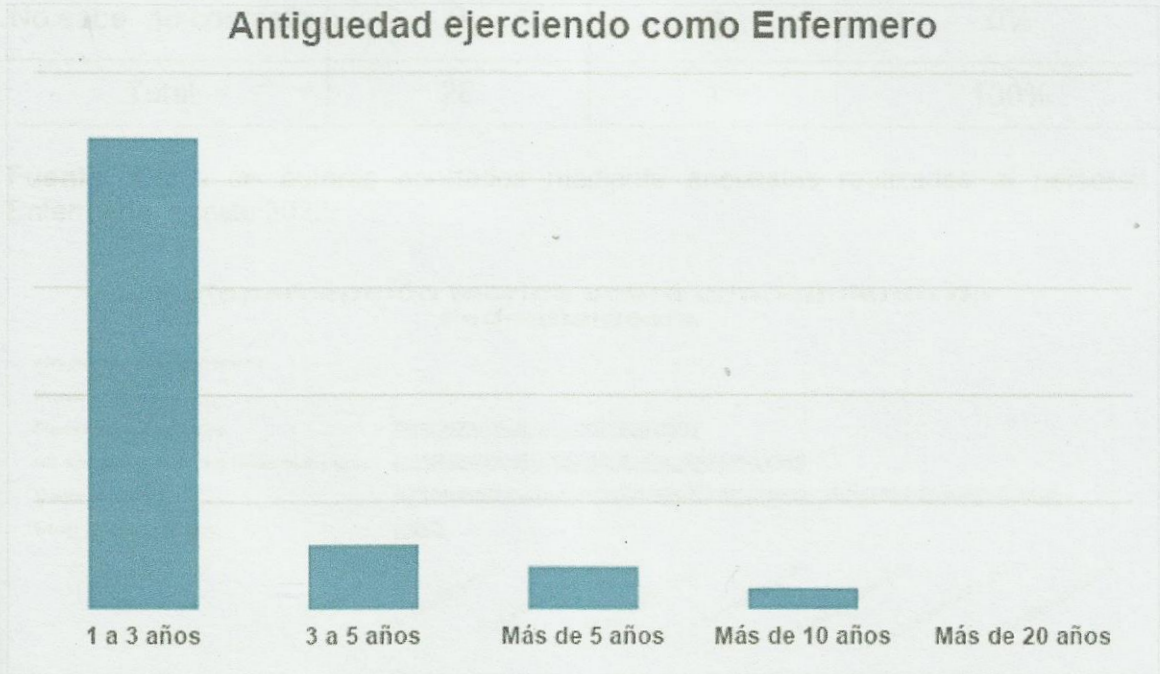
Comentario: se logra observar en gráfico presentado que en su mayoría el personal de Enfermería posee corto lapso (1-3 años), de antigüedad trabajando dentro del hospital Lagomaggiore.

TABLA N° 5

Distribución de la muestra según "Antigüedad ejerciendo como enfermeros".

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
1-3 años	22	0,78	78 %
3-5 años	3	0,11	11%
Más de 5 años	2	0,07	7 %
Más de 10 años	1	0,03	3 %
Más de 20 años	0	0	0%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022..



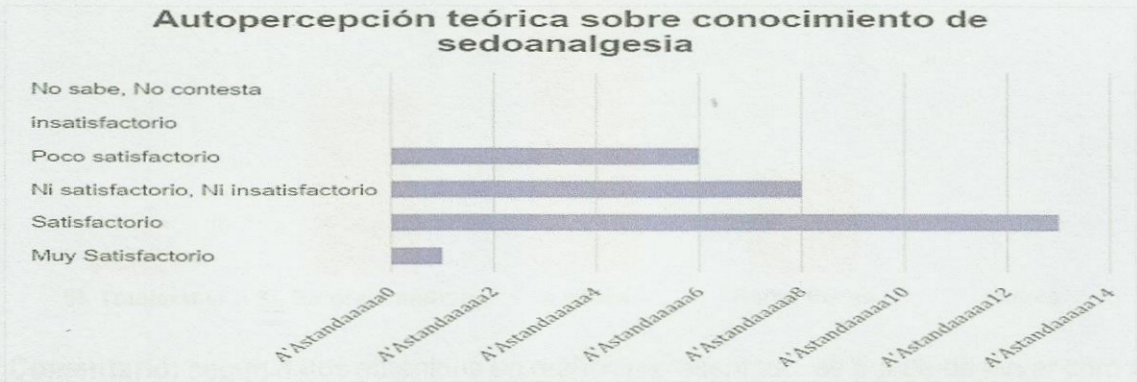
Comentario: Según datos obtenidos más de la mitad del total de los enfermeros del servicio de terapia intensiva del hospital Lagomaggiore posee corta experiencia ejerciendo como enfermeros.

TABLA N° 6

Distribución de la muestra según “Autopercepción teórica sobre conocimiento de sedo analgesia”.

Respuestas autopercepción sobre conocimientos teóricos de sedo analgesia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Muy satisfactorio	1	0,036	3,6%
Satisfactorio	13	0,464	46,4%
Ni satisfactorio, ni insatisfactorio	8	0,286	28,6%
Poco satisfactorio	6	0,214	21,4%
insatisfactorio	0	0	0%
No sabe, no contesta	0	0	0%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



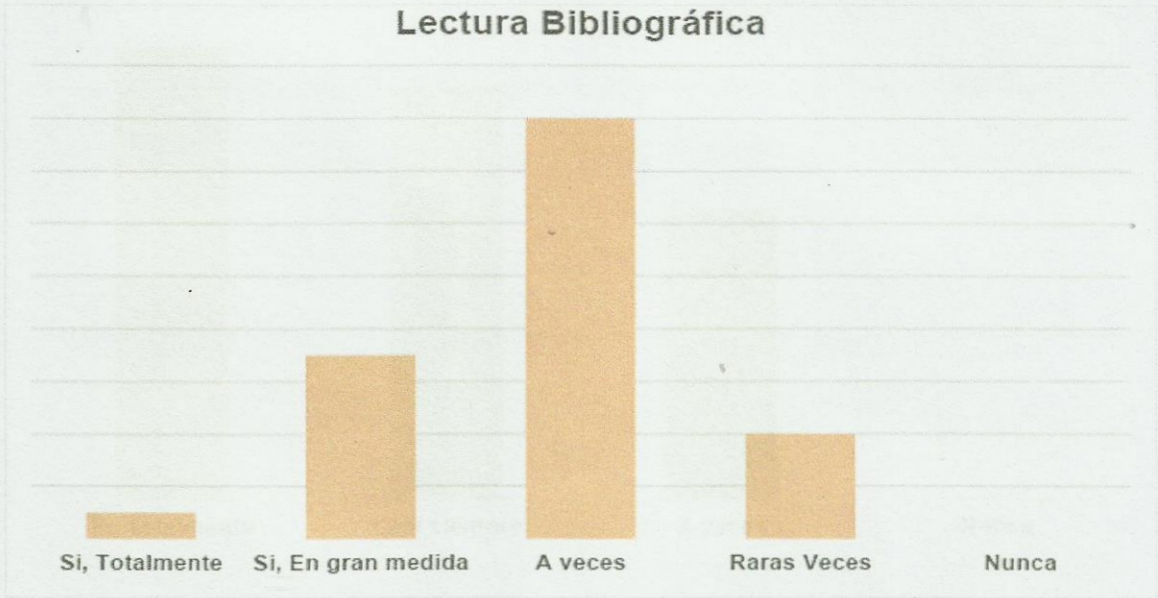
Comentario: Según datos obtenidos los enfermeros del servicio de terapia intensiva consideran desde su autopercepción teórica de manera satisfactoria, seguida de manera ni satisfactoria , ni insatisfactoria.

Tabla N° 7

Distribución de la muestra según "lectura bibliográfica sobre sedoanalgesia".

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Si, totalmente	1	0,036	3,6%
Si, en gran medida	7	0,25	25%
A veces	16	0,57	57,1 %
Raras veces	4	0,143	14,3 %
Nunca	0	0	0%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



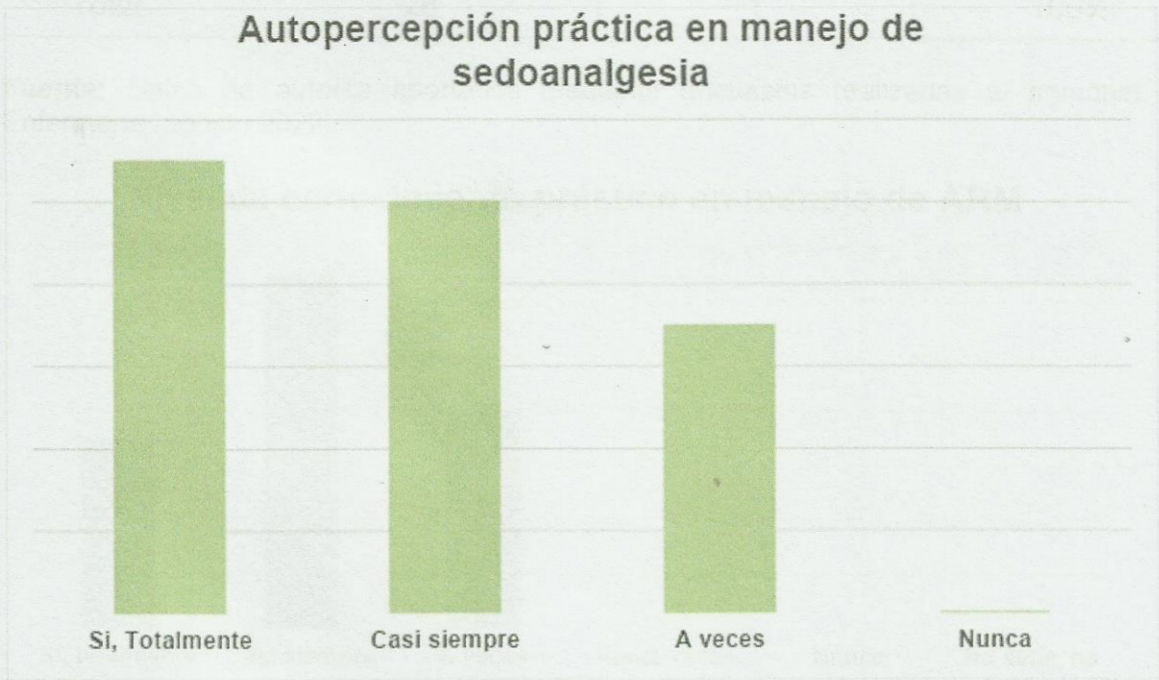
Comentario: según datos obtenidos en gráfico representado, se puede observar cómo más de la mitad del personal de enfermería a veces realiza lectura bibliográfica sobre sedoanalgesia.

TABLA N° 8

Distribución de la muestra según “Autopercepción práctica en el manejo de sedoanalgesia”.

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Si, totalmente	11	0,393	39,3%
Casi siempre	10	0,357	35,7%
A veces	7	0,25	25%
Nunca	0	0	0%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



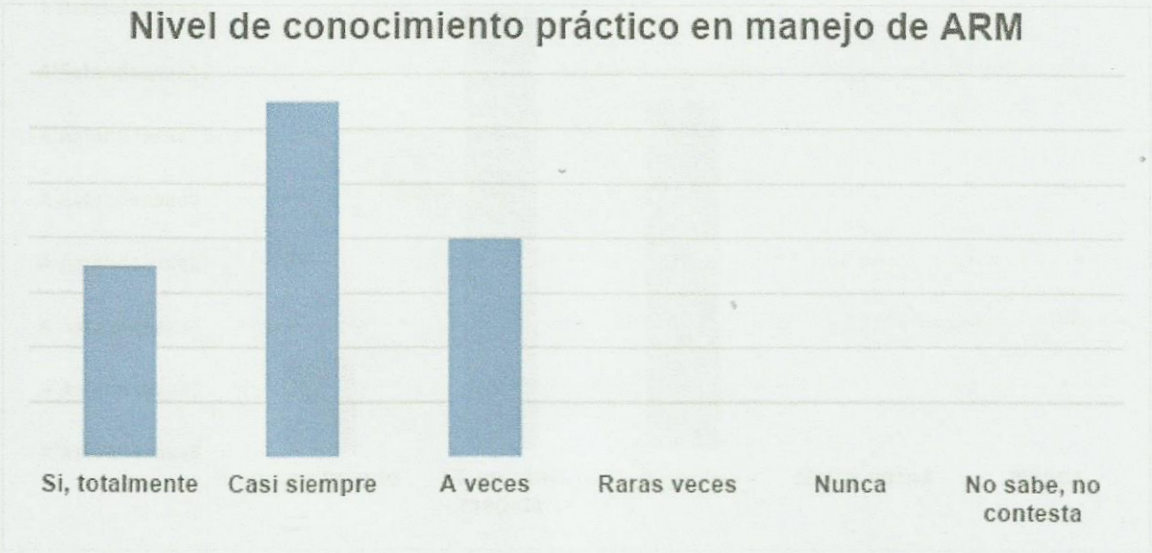
Comentario: del total de los encuestados, se divide en su mayoría entre manejo práctico de sedoanalgesia de total y casi siempre de manera efectiva.

TABLA N° 9

Distribución de la muestra según "Nivel de conocimiento práctico en el paciente con ventilación mecánica".

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Si, totalmente	7	0,25	25%
Casi siempre	13	0,464	46,4%
A veces	8	0,286	28,6%
Raras veces	0	0	0%
Nunca	0	0	0%
No sabe, no contesta	0	0	0%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



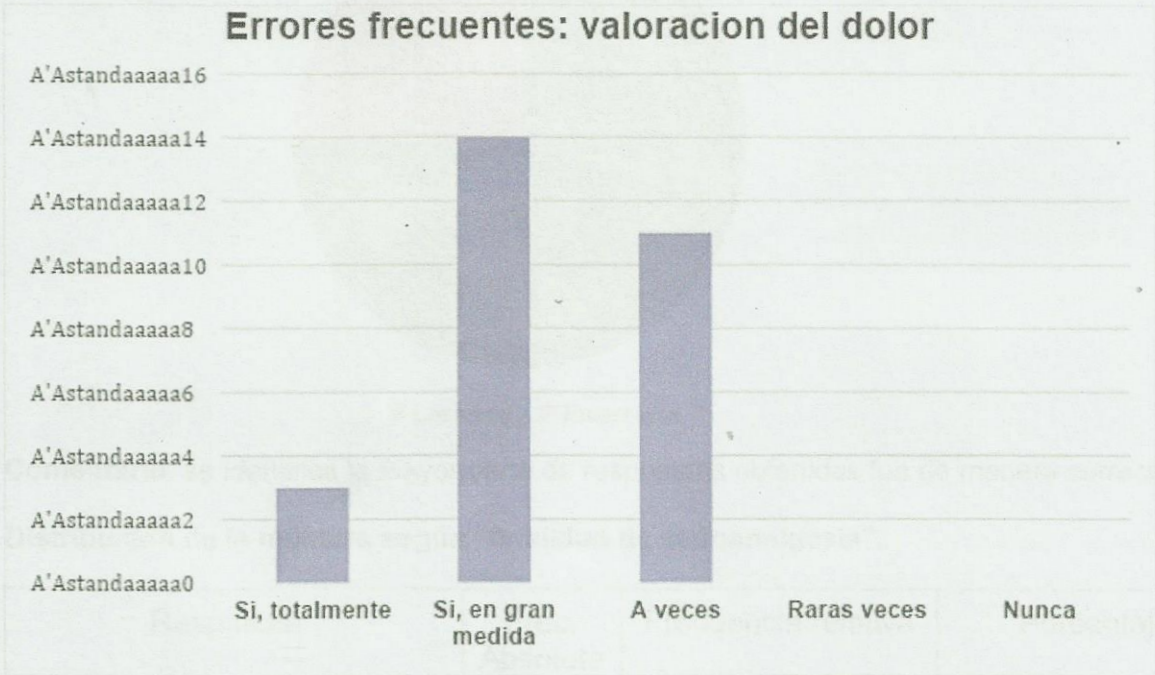
Comentario: Del total de encuestados del Servicio de terapia intensiva, la mayoría casi siempre reconoce y sabe identificar las alarmas del respirador.

TABLA N° 10

Distribución de la muestra según errores frecuentes: "valoración del dolor".

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Si, totalmente	3	0,107	10,7%
Si, en gran medida	14	0,5	50%
A veces	11	0,393	39,3%
Raras veces	0	0	0%
Nunca	0	0	0%
Total	28		100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



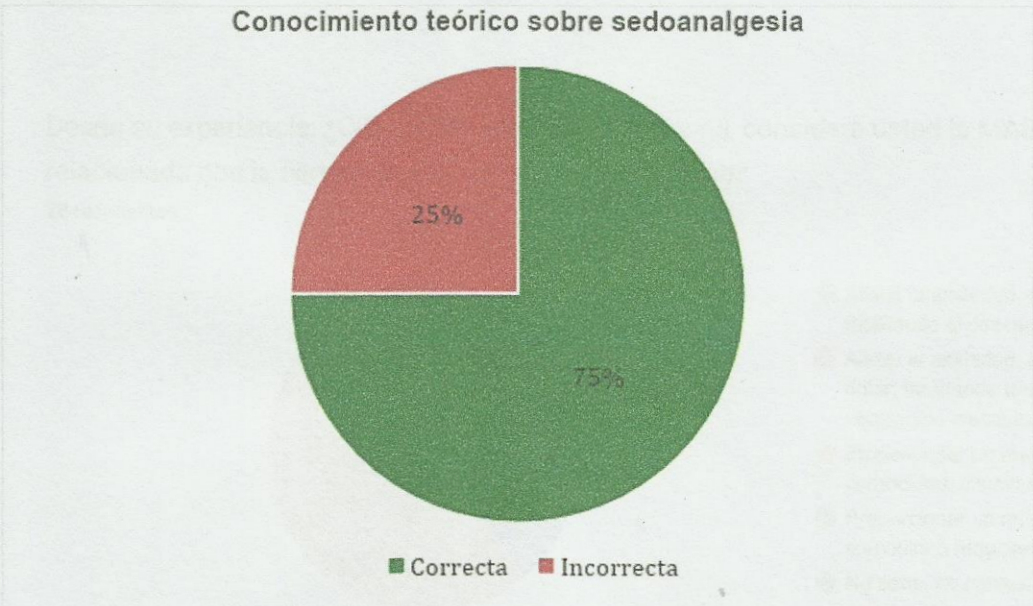
Comentario: Según datos obtenidos, se logra identificar que el 50% de la muestra refiere identificar el dolor del paciente, en contrapuesto que el 39,3 % raras veces logra, lo que deja un margen de errores diarios muy alto para la seguridad y calidad de asistencia al paciente.

TABLA N° 11

Distribución de la muestra según “Conocimiento teórico sobre finalidad de sedoanalgesia”.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Correcta	21	0,75	75%
Incorrecta	7	0,25	25%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



Comentario: se identifica la mayor parte de respuestas obtenidas fue de manera correcta..

Distribución de la muestra según "finalidad de sedoanalgesia".

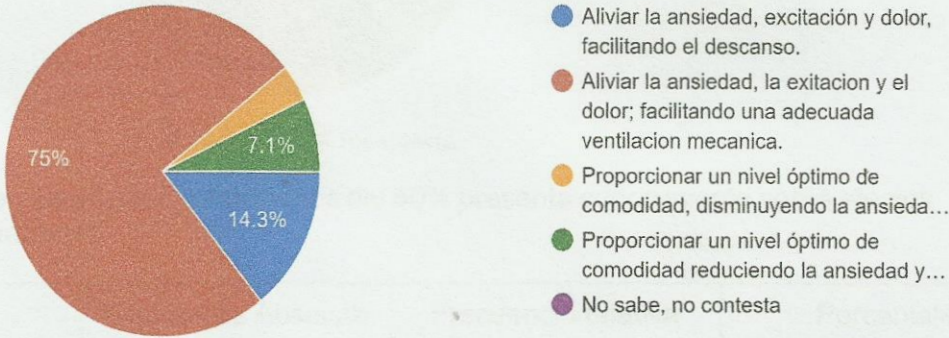
Respuesta	Frec. Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Aliviar la ansiedad, excitación y dolor, facilitando el descanso	4	1,12	14,3%
Aliviar la ansiedad, la	21	0,75	75%

excitación y el dolor, facilitando una adecuada ventilación mecánica			
Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, disminuyendo la ansiedad	1	0,036	3,6%
Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, reduciendo la ansiedad y	2	0,07	7,1%
No sabe, no contesta	0	0	0%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.

Desde su experiencia; ¿Cuál de las siguientes opciones, considera usted la MÁS importante, relacionada con la sedoanalgesia en un paciente critico?

28 respuestas



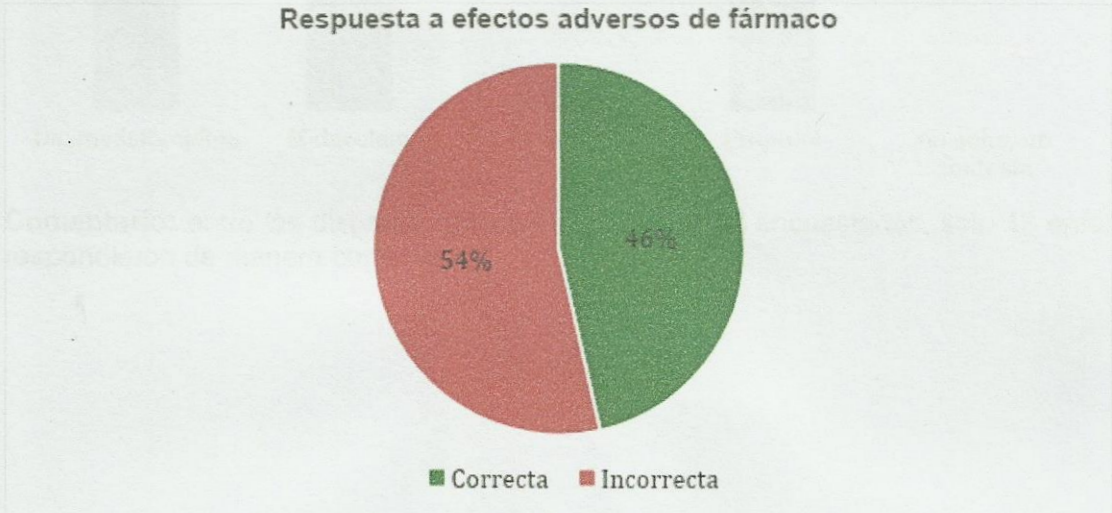
Comentario: más de ¾ del total de los encuestados responde de manera correcta opción B, el resto lo realiza de manera incorrecta entre las distintas opciones.

TABLA N° 12

Distribución de la muestra según “Nivel de conocimiento teórico sobre efectos adversos de fármacos”.

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Correctas	13	0,46	46 %
Incorrectas	15	0,54	54 %
Total	28		

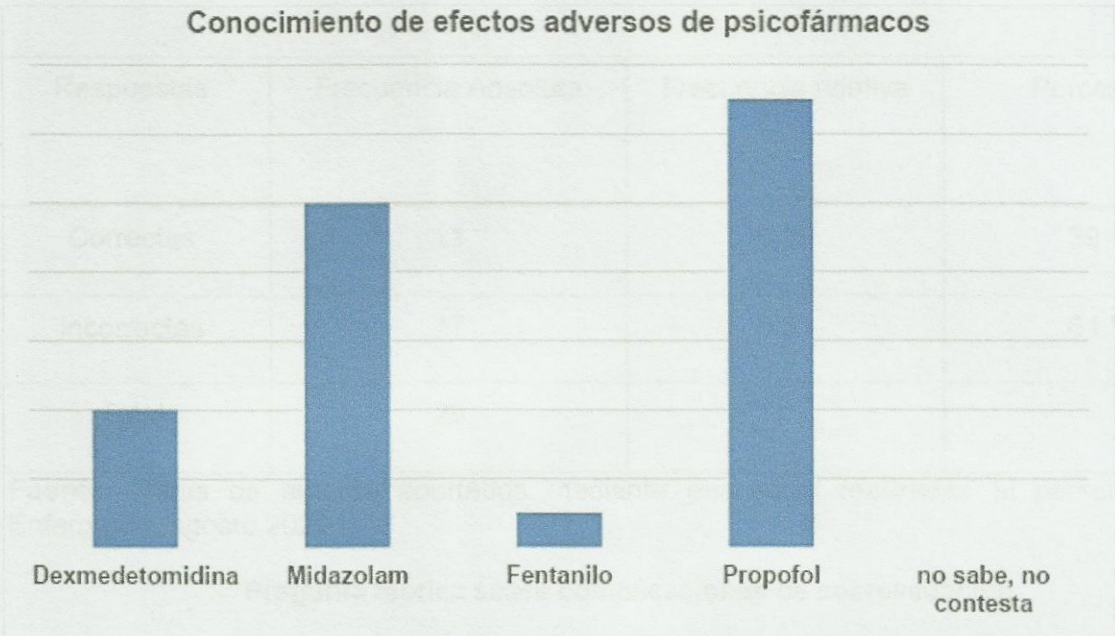
Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



Comentario: Del personal encuestado menos del 50% presenta conocimiento sobre efectos adversos de psicofármacos.

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Dexmedetomidina	4	0,143	14,3%
Midazolam	10	0,36	35,7 %
Fentanilo	1	0,11	3,6%
Propofol	13	0,46	46,4%
No sabe, no contesta	0	0	0%
Total	28		100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



Comentario: entre las distintas opciones del total de 28 encuestados, solo 13 enfermeros respondieron de manera correcta.

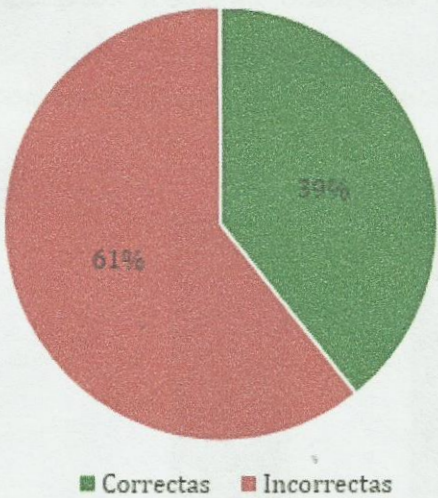
Tabla N° 13

Distribución de la muestra según “Conocimiento teórico sobre complicaciones de sobresedación”.

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Correctas	11	0,39	39 %
Incorrectas	17	0,61	61 %
Total	28		

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022

Pregunta teórica sobre complicaciones de sobresedación

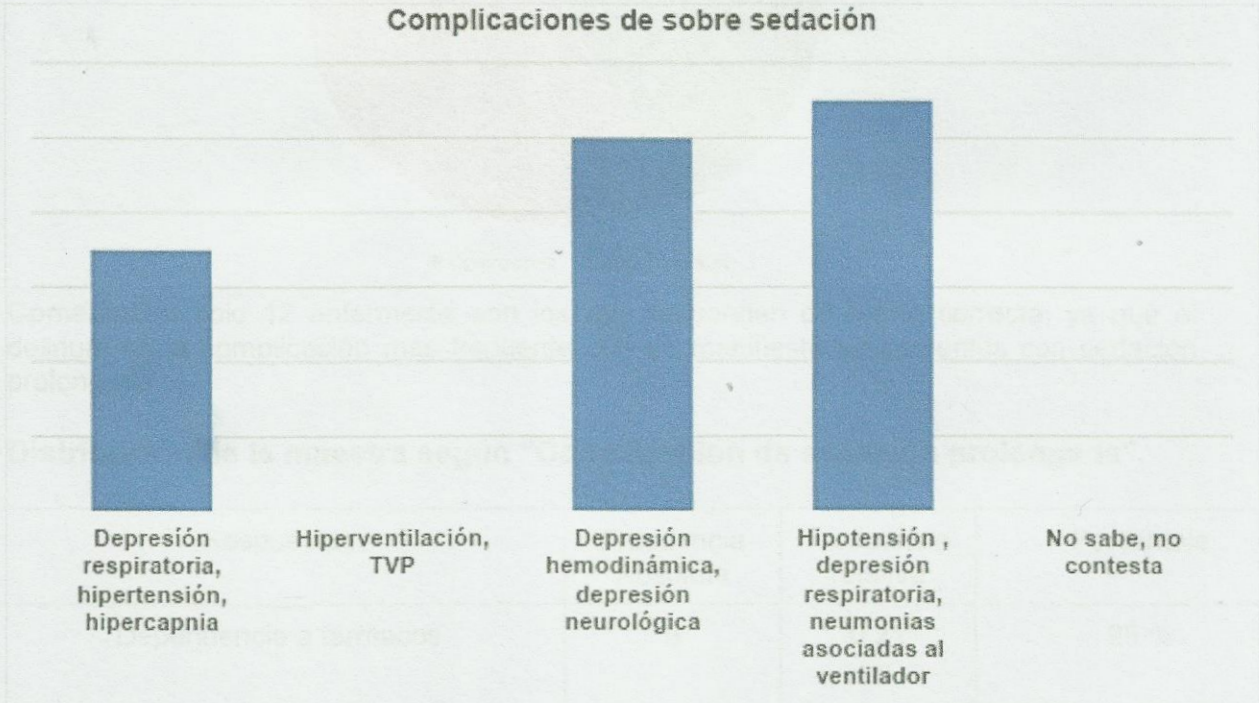


Comentario: se observa que, del total de los encuestados, la mayoría no conoce las complicaciones de sobre sedación del paciente.

Distribución de la muestra según "Complicaciones frecuentes de sobre sedación en pacientes críticos".

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Depresión respiratoria, hipertensión, hipercapnia	7	0,39	25 %
Hiperventilación, TVP		0	0 %
Depresión hemodinámica, depresión neurológica	10		35,7%
Hipotensión, depresión respiratoria, neumonías asociadas al ventilador	11		39,3%
No sabe, no contesta			0%
TOTAL	28		

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



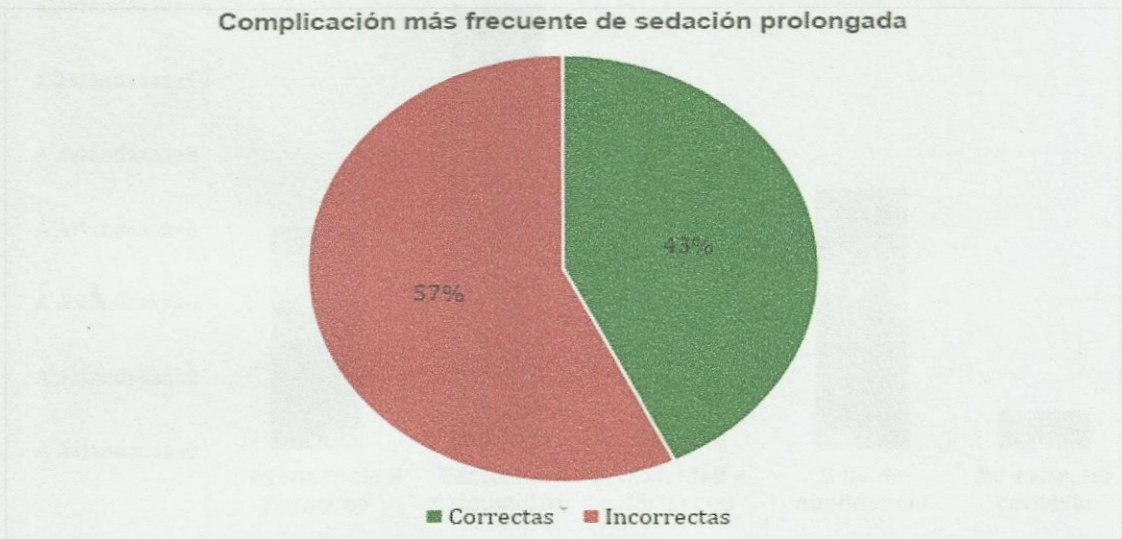
Comentario: se observa que, del total del personal encuestado, la mayoría respondió de manera incorrecta en cuanto al conocimiento de complicaciones de sobresedación en el paciente crítico.

TABLA N°14

Distribución de la muestra según “Conocimiento teórico sobre complicaciones de sedación prolongada”.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Correcta	12	0,4	43%
Incorrecta	16	0,6	57%
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



Comentario: solo 12 enfermeros son los que responden de forma correcta, ya que el delirium es la complicación más frecuente que se manifiesta en pacientes con sedación prolongada.

Distribución de la muestra según "Complicación de sedación prolongada".

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Dependencia a fármacos	6	0,21	25 %
Excitación psicomotriz-delirium	12	0,43	42,9 %

Toxicidad a fármacos	2	0,07	%
Síndrome de abstinencia	7	0,25	25%
No sabe, no contesta	1	0,03	0%
TOTAL	28		

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.

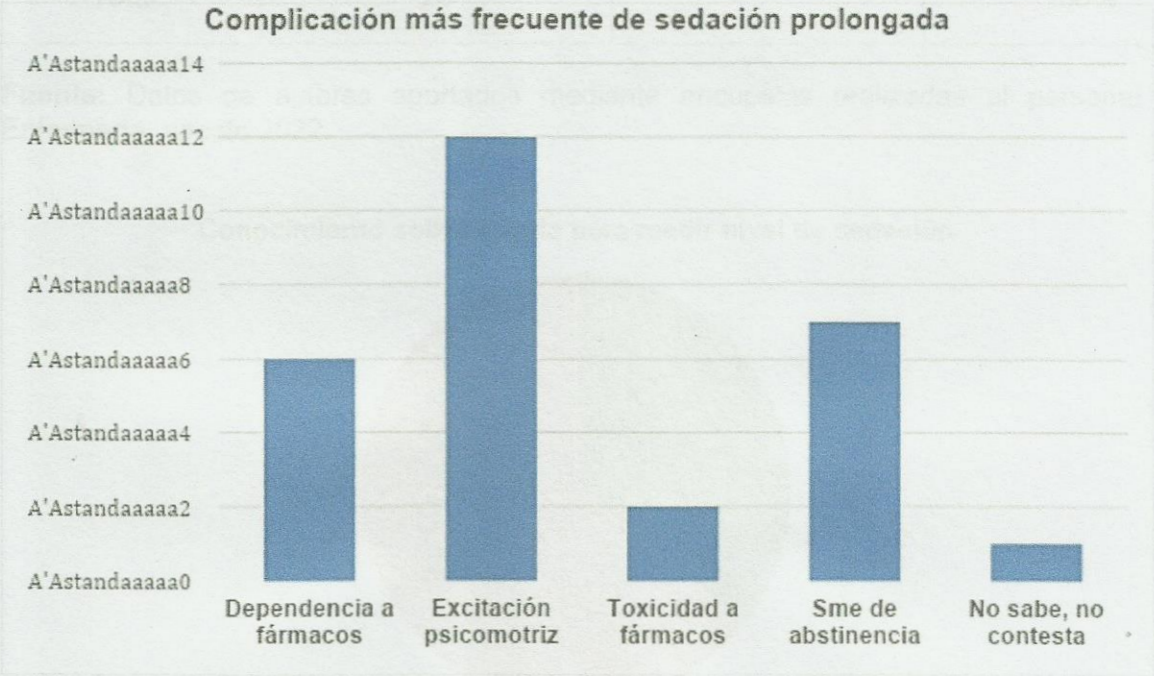
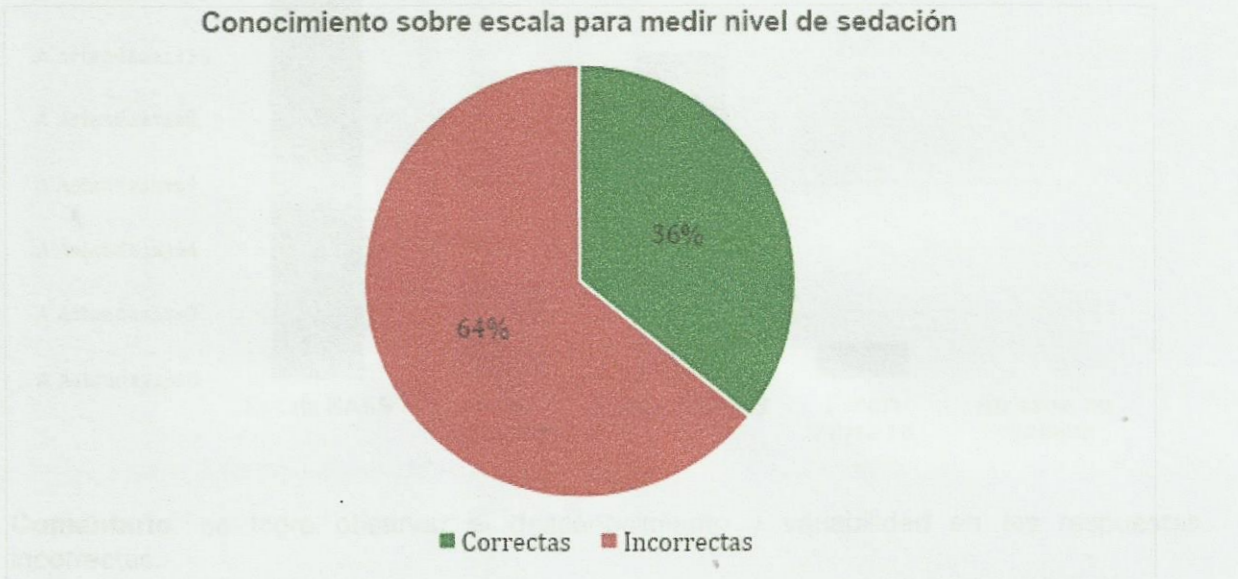


TABLA N° 15

Distribución de la muestra según “Conocimiento teórico sobre escala para medir nivel de sedación”.

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Correctas	10	0,36	36 %
Incorrectas	18	0,64	64 %
Total	28		100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



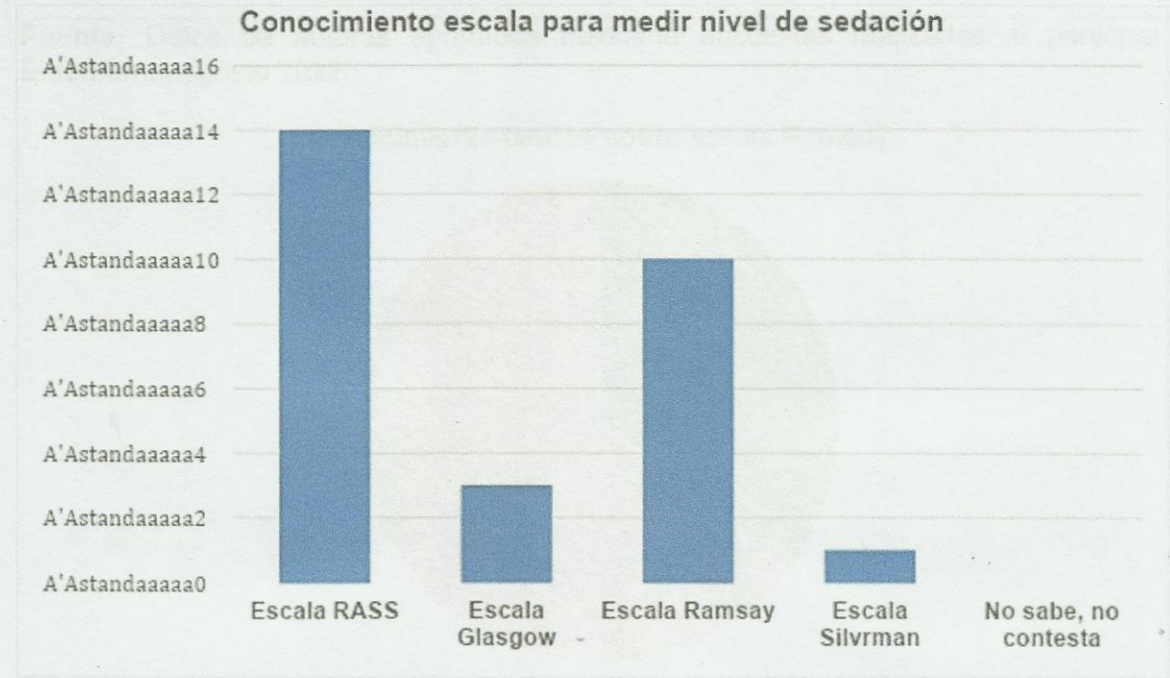
Comentario: del total de 28 enfermeros, solo 10 entrevistados responden de manera correcta.

Distribución de la muestra según "Conocimiento de escala para medir nivel de sedación".

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Escala RASS	14	0,5	50 %

Escala Glasgow	3	0,11	11%
Escala Ramsay	10	0,36	36%
Escala Silverman	0	0	0%
No sabe, no contesta	1	0,03	3%
TOTAL	28		

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



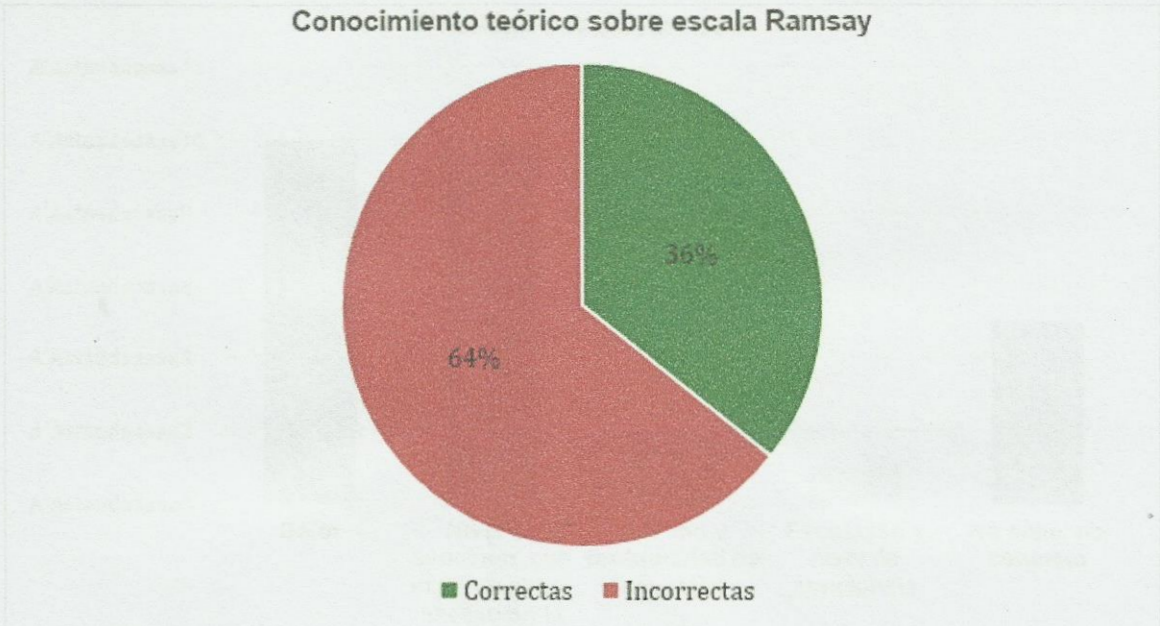
Comentario: se logra observar el desconocimiento y variabilidad en las respuestas incorrectas.

TABLA N° 16

Distribución de la muestra según “Conocimiento teórico sobre valoración paciente crítico utilizando escala Ramsay”.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Correcta	10	0,357	36 %
Incorrecta	18	0,643	64%
Total	28		

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



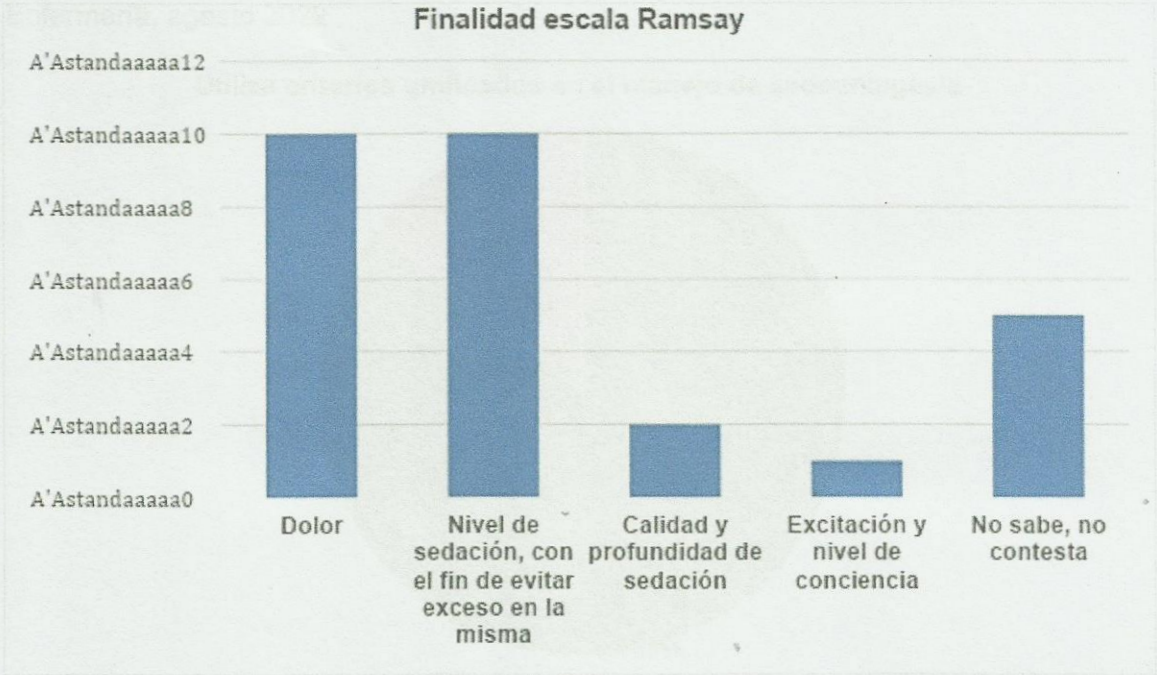
Comentario: del total de encuestados, se puede observar que más de la mitad de los enfermeros no presenta conocimiento teórico sobre escala Ramsay.

Distribución de la muestra según " finalidad de escala de Ramsay".

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Dolor	10	0,36	36 %

Nivel de sedación, con el fin de evitar exceso en la misma	10	0,36	36%
Calidad y profundidad de sedación	2	0,07	7%
Excitación y nivel de conciencia	1	0,03	3%
No sabe, no contesta	5	0,18	18%
TOTAL	28		100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



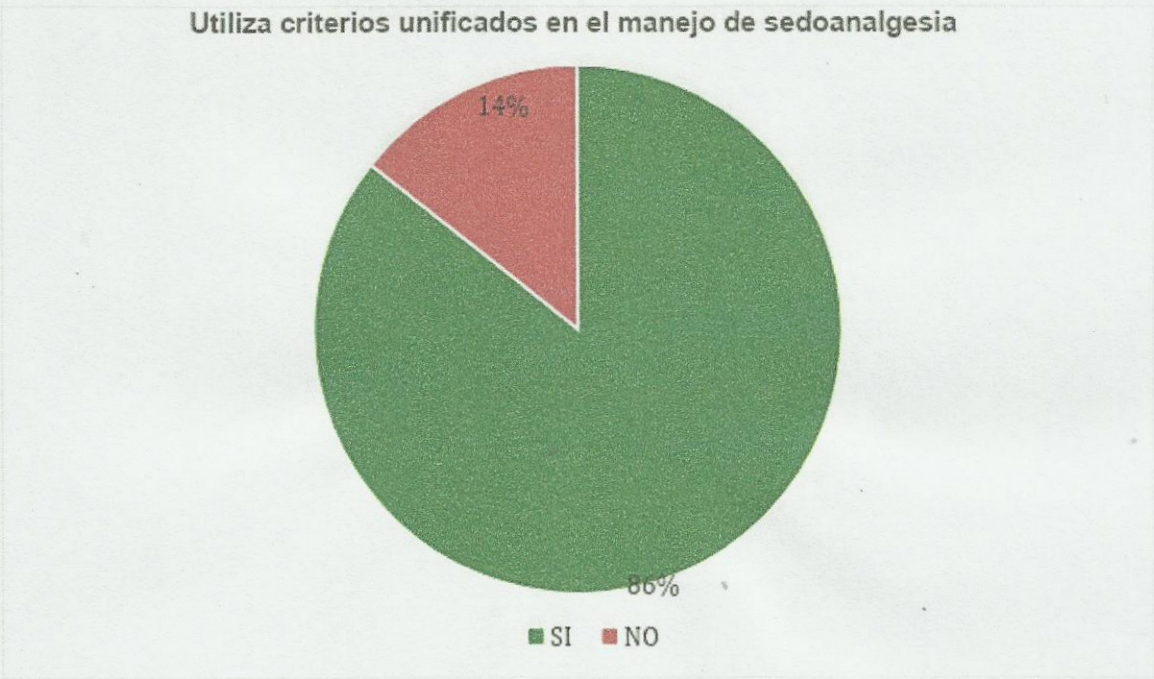
Comentario: se observa que el 64% del total de la población ha contestado erróneamente sobre el concepto y el objetivo de la escala de Ramsay, a contraposición del 36% de ellos que *contestó* correctamente.

TABLA N° 17

Distribución de la muestra según “Detección de errores frecuentes en el manejo de sedo analgesia mediante unificación de criterios”.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Si	24	0,857	86%
No	4	0,143	14%
Total	28		100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022 .



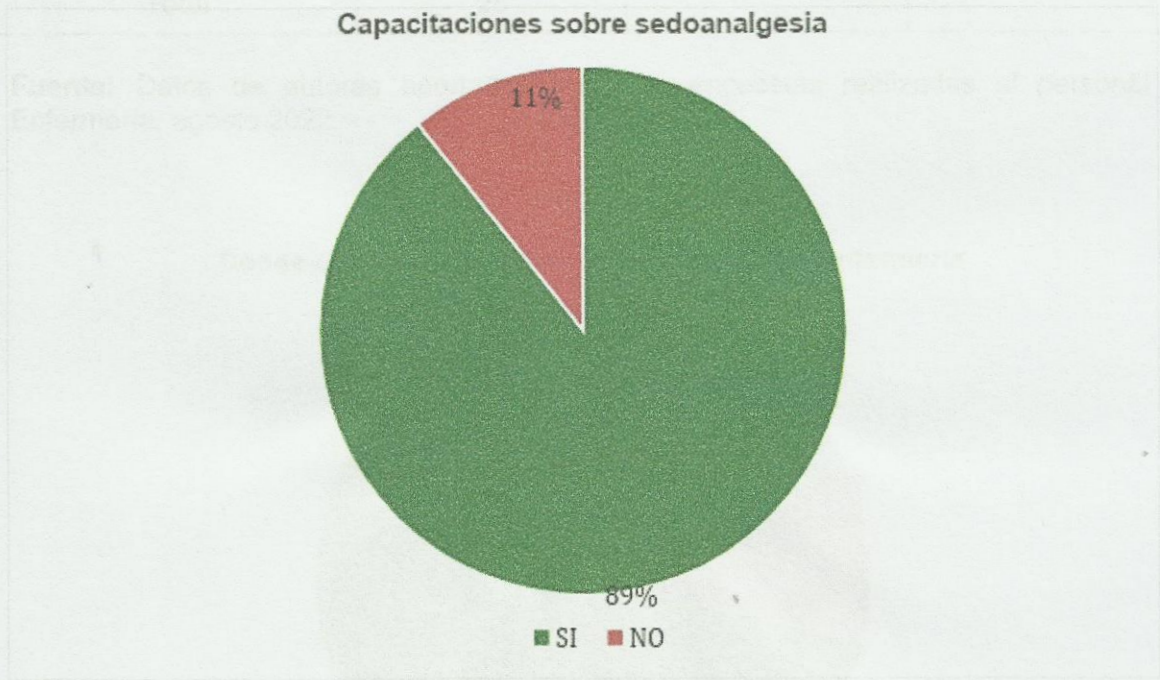
Comentario: Del total de entrevistados en su mayoría refieren manejar criterios unificados en sedoanalgesia.

TABLA N° 18

Distribución de la muestra según “Conocimiento teórico sobre sedoanalgesia”.

Recibe o recibió capacitaciones	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Si	25		89,3%
No	3		10,7%
Total	28		

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



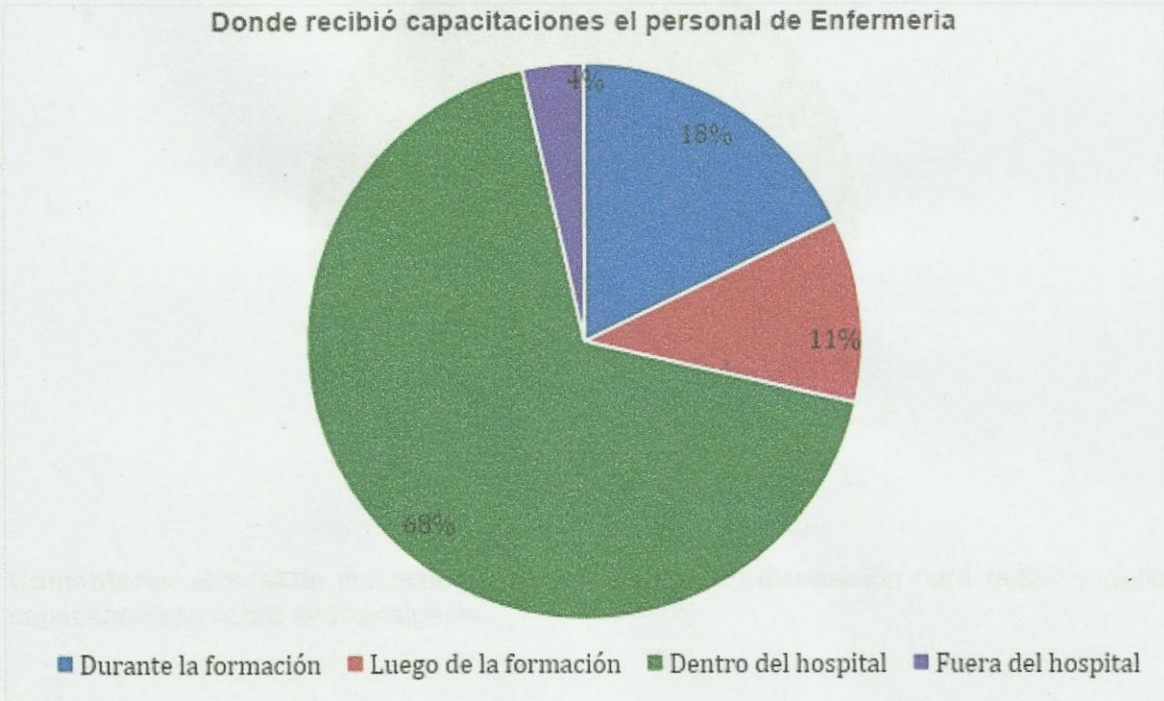
Comentario: el 89,3% de los individuos encuestados tiene conocimiento sobre sedoanalgesia.

TABLA N° 19

Distribución de la muestra según “Donde realizó o recibió capacitaciones el personal de Enfermería”.

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Durante la formación	5	0,179	17,9 %
Luego de la formación	3	0,107	10,7 %
Dentro del hospital	19	0,679	67,9 %
Fuera del hospital	1	0,035	3,1 %
Total	28		

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.



Comentario: Del total de individuos encuestados el más de la mitad recibió o recibe capacitaciones dentro del hospital.

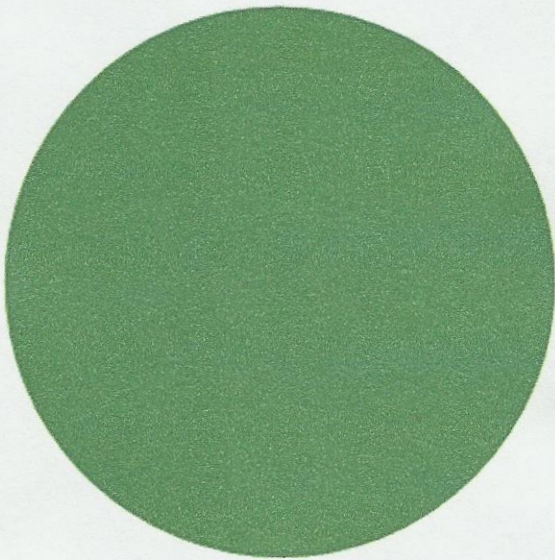
TABLA N°20

Distribución de la muestra según “Disposición para realizar capacitaciones sobre sedoanalgesia”.

Disponibilidad al realizar capacitaciones	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Si	28	1	100%
No	0		
Total	28	1	100%

Fuente: Datos de autoras aportados mediante encuestas realizadas al personal de Enfermería, agosto 2022.

Disposición para recibir capacitaciones de sedoanalgesia en paciente crítico



Comentario: el total de individuos entrevistados tienen disposición para recibir y realizar capacitaciones sobre sedoanalgesia.

CAPÍTULO III

Resultados, discusión y propuestas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de analizar en detalle cada una de las encuestas realizadas en el servicio de terapia intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore, se pudo concluir que el 78,6% del total de enfermeros son de reciente ingreso al servicio lo que abarca de 1 a 3 años de antigüedad dentro del hospital, lo que sugiere que son profesionales recientemente recibidos, cabe mencionar que la mayoría de los enfermeros de este servicio, son personas de rango etario entre 20 a 39 años los cuales son personas recién recibidas y con capacidad de absorber conocimientos fácilmente ya que poseen conocimientos recientes, a lo que se debe apuntar a fortificar aún más de manera teórica y práctica conocimientos en este tema.

Sin embargo, el 46,4% se auto percibe ya sea en la práctica como en la teoría sobre manejo y conocimiento de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica de manera satisfactoria, gran porcentaje refieren valorar el dolor del paciente y saber la finalidad de la sedoanalgesia, el 86% de los profesionales refieren saber detectar los errores frecuentes y mantener criterios unificados en cuanto analgosedación.

No obstante, cuando se le realizaron preguntas explícitas sobre el tema se observó que tuvieron errores en las respuestas tanto en el conocimiento a efectos adversos de fármacos, no reconocer bien las escalas de sedación y analgesia, su utilización, complicaciones frecuentes del uso diarias y prolongado de sedación y analgesia.

Si bien el 89,3% del personal refiere haber recibido capacitación, estos errores reflejan que no se tiene en claro de manera efectiva y eficiente conocimientos del tema, si el personal no sabe diferenciar las escalas de sedación y analgesia y su utilización quiere decir que su valoración de enfermería es escasa, inadecuada y/o nula. Sin embargo, este personal está en continuo aprendizaje, ya que en nombrado nosocomio se les brinda capacitaciones teóricas constantes, lo que refleja puntos a favor para promover cambios significativos favorables para los pacientes, el personal y el servicio.

Concluimos que, a través de los resultados obtenidos, podemos emprender proponer cambios para la mejora del manejo y conocimiento de sedoanalgesia de este servicio, que sean eficientes, rentables en tiempo y economía, comprensibles, de uso fácil

PROPUESTA

Como propuestas para el Servicio de enfermería de Terapia Intensiva de quemados del Hospital Luis Lagomaggiore son:

- Proponer e Implementar un protocolo de sedoanalgesia basado en artículos con base científica como, por ejemplo: guía de sedación y analgesia del Hospital Italiano de Buenos Aires (ABCDEF), utilizando aparatología disponible en el servicio (monitor Biss, monitor Masimo)
- Proponer e Implementar más capacitaciones, no solo de manera teórica sino que prácticas, utilizando al personal de mayor experiencia como capacitador, quien será el encargado de enseñar la utilización de aparatología (monitores, bombas de infusión continua, valoración de ventiladores mecánicos), dispositivos invasivos que posea el paciente (por ejemplo: accesos venosos y arteriales), y por último, capacitador en confort y seguridad del paciente (rotación temprana, cuida de sueño/vigilia, preparación correcta de goteos específicos)
- Proponer a la Jefatura de Unidad y al Dpto. de Enfermería, cómo sugerencia la Modificación de la hoja de enfermería poniendo en práctica la evaluación continua del paciente en asistencia mecánica respiratoria. Para esto, se adjunta en anexos la hoja de enfermería actual, y una propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

- Avila Napan, Carmen.(2017). Conocimiento y prácticas de los profesionales de Enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en unidad crítica del instituto nacional de enfermedades neoplásicas. Lima
- Carini,Cassabella et al. (2020).analgo-sedación en el paciente crítico en ventilación Mecánica: ABCDEF en la pandemia de COVID-19. Revista Argentina de terapia intensiva.
- Carini- Gianassi et al (2018) Guía para el manejo de la analgesia, la sedación y el delirium del paciente de UTI. BS AS Argentina.
- Olmos, Varela, Klein.(2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. Argentina.Revista médica clínica las condes
- tesis lic. Tantelean. (2018).Conocimiento del enfermero de uci- ucin en el control de sedoanalgesia del paciente con ventilación mecánica, propuesta de formato de valoración Chiclayo 2017. Perú
- Delgado. Sabè.(2007).Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación Mecánica. Servicio de anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. Hospital Universitario Mar- Esperanza (IMAS). Barcelona
- Cala Hernández y Gomes Garcia. (2018).”Sedación y analgesia en pacientes con Ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa”. Madrid.
- Eduardo Tobar et al.(2019). Recomendaciones de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva para la Analgesia, Sedación, Delirium y Bloqueo Neuromuscular en Pacientes Críticos Médico-Quirúrgicos Adultos.
- Maximo. (s.f). Monitorización de la función cerebral.recuperado de <https://www.masimo.es/technology/brain-monitoring/sedation/>
- Yuni Jose. Urbano, Claudio. (2014). Técnicas para investigar editorial 1 (2 ed.). Argentina: Brujas.
- Sampieri et al. (2014). Metodología de la investigación (6 ed.) México: Mc Graw Hill Education.
- Díaz Portillo, J. (2014).Guía práctica de lectura crítica de artículos científicos

Originarios en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Madrid.

-Alonso Coello, P. y cols. (2004). Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid. Ed. Difusión Avances de Enfermería (DAE).

CAPÍTULO IV: APÉNDICE Y ENCUESTAS

CAPÍTULO IV: APÉNDICE Y
ENCUESTAS

HOJA DE ENFERMERÍA ACTUAL

HOSPITAL LUIS C. LAGOMAGGIORE

Servicio de Terapia Intensiva

HOJA DE ENFERMERÍA

Apellido.....Nombre.....HC N°..... Cama.....

Fecha...../...../.....

<i>HORA</i>	<i>T/A</i>	<i>P</i>	<i>FR</i>	<i>SAt</i> <i>O2</i>	<i>T</i>	<i>PVC</i> <i>Rass</i> <i>Dolor</i>	<i>INDICACIONES</i>	<i>OBSERVACIONES</i>

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA DIRIGIDO A ENFERMERÍA

1- Establecer niveles de sedación y analgesia individualizando a cada paciente.

2- valoración del paciente sedoanalgesiado cada 4 horas:

- ❖ dispositivo ventilatorio, total o parcial.
- ❖ modo ventilatorio.
- ❖ FiO₂, PEEP, PPico.
- ❖ variación de signos vitales
- ❖ aplicación de escala de sedación y analgesia (colocación de las mismas como guía en anotadores vinilos que se encuentran en el servicio)
- ❖ valoración del monitoreo electroencefalograma. (Biss, Máximo)

3- Seguridad en sedación y analgesia

- ❖ correcta programación de bombas de infusión para cada fármaco.
- ❖ valoración de dosis máxima de cada fármaco finalizado el turno.
- ❖ Bolos administrados

4- movilización temprana

- ❖ Cambios posturales en lo posible cada 2 horas, teniendo en cuenta el estado físico, hemodinámico y ventilatorio de cada paciente hasta las 22- 23 horas. (excepto en pacientes restringidos)
- ❖ baño 1 vez al día, excepto a pacientes con restricción motora, respiratoria o hemodinámica.

5- contención sanitaria

- ❖ hablar con el paciente e indicar cada uno de los procedimientos que se le realizan, independientemente de su estado cognitivo (paciente sedado, bloqueado y analgesiado)
- ❖ situar al paciente en tiempo y espacio.
- ❖ valoración del delirium.

REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA. (PROPUESTA)

Logo de la institución	Nombre y apellido: Diagnóstico: Habitación/ cama:	Edad: Historia clínica N°:
------------------------	---	-------------------------------

		FC	FR	SAT .%	T/A	ARM	BISS/ MASIMO.	GOTEOS Y VELOCIDAD DE INFUSIÓN	ESCALAS UTILIZADA S/PAC. Y NUMERACIÓN.
T.	8					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:
M	10					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:
	14					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:

¿Se realizó prueba de ventilación espontánea? si/ no

¿se realizó vacaciones de sedación? si/no

¿Se realizó una movilización temprana? si/ no

¿Observa al paciente en estado delirioso? si/no

observaciones:

REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA (PROPUESTA)

logo de la institución	Nombre y apellido: Diagnóstico: Habitación/ cama:	Edad: Historia clínica N°:
------------------------	---	-------------------------------

		FC	FR	SAT .%	T/A	ARM	BISS/ MASIM O.	GOTEOS Y VELOCIDAD DE INFUSIÓN	ESCALAS UTILIZADA S/PAC. Y NUMERACIÓN.
T.	16					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:
T	18					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:
	20					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:

¿Se realizó prueba de ventilación espontánea? si/ no

¿se realizó vacaciones de sedación? si/no

¿Se realizó una movilización temprana? si/ no

¿Observa al paciente en estado delirioso? si/no

observaciones:

REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA
(PROPUESTA)

logo de la institución	Nombre y apellido: Diagnóstico: Habitación/ cama:	Edad: Historia clínica N°:
------------------------	---	-------------------------------

		FC	FR	SAT. %	T/A	ARM	BISS/ MASIMO.	GOTEOS Y VELOCIDAD DE INFUSIÓN	ESCALAS UTILIZADA S/PAC. Y NUMERACIÓN.
T. N	22					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:
	24					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:
	02					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:
	04					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:
	06					modo: Peep: PPico:		analgesia: sedación: bloqueante: Hp: vasopresores:	Rass: Ramsay: Cpot: Análoga: BPS:

¿Se realizó prueba de ventilación espontánea? si/ no ¿se realizó vacaciones de sedación? si/no ¿Se realizó una movilización temprana? si/ no ¿Observa al paciente en estado delirioso? si/no observaciones:

Tabla Matriz de Datos

Muestra de estudio	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20
Encuesta 1	1	2	1	1	1	4	3	1	2	3	4	4	4	3	3	4	1	1	1	1
Encuesta 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	4	4	3	2	1	1	1	1
Encuesta 3	1	1	3	1	1	4	4	2	3	2	2	2	4	2	3	5	1	2	3	1
Encuesta 4	1	3	3	1	1	2	2	1	2	2	3	3	3	4	3	3	1	1	3	1
Encuesta 5	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	4	2	4	2	3	2	1	1	3	1
Encuesta 6	1	1	2	1	1	4	3	3	3	3	2	4	3	1	1	3	1	1	3	1
Encuesta 7	1	1	1	1	1	4	3	3	3	3	1	4	4	2	1	1	2	1	3	1
Encuesta 8	1	2	3	1	1	2	3	2	1	3	2	4	1	2	1	1	1	1	3	1
Encuesta 9	1	1	1	1	1	3	4	3	3	3	2	4	3	4	1	1	2	1	3	1
Encuesta 10	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	2	1	1	1	1	3	1
Encuesta 11	2	1	3	1	1	3	3	2	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	3	1
Encuesta 12	2	3	3	1	1	2	2	1	3	2	1	4	4	2	3	2	1	1	3	1
Encuesta 13	2	3	2	1	1	3	3	2	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1

Encuesta 14	2	3	3	2	1	2	2	1	2	3	2	1	3	1	1	2	2	1	1	1
Encuesta 15	2	1	3	4	1	2	3	2	1	2	2	2	3	2	2	1	1	1	3	1
Encuesta 16	2	1	2	1	1	3	4	3	3	3	2	4	3	4	1	2	1	1	3	1
Encuesta 17	2	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	1	4	1	1	1	1	3	1
Encuesta 18	2	1	3	1	1	3	3	2	2	1	1	4	4	2	1	2	1	1	3	1
Encuesta 19	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	4	1	3	2	1	1	2	1
Encuesta 20	2	1	1	2	1	4	4	3	2	2	2	4	4	2	5	5	1	2	3	1
Encuesta 21	2	1	1	1	1	4	3	3	2	3	1	1	1	5	2	5	2	2	2	1
Encuesta 22	2	3	3	4	3	2	3	2	2	2	2	4	4	1	2	5	1	1	2	1
Encuesta 23	3	1	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	3	1
Encuesta 24	3	3	1	4	3	3	2	1	1	2	2	1	1	3	3	2	1	1	1	1
Encuesta 25	3	1	3	1	1	2	3	1	1	1	2	2	4	4	3	2	1	1	3	1
Encuesta 26	3	1	3	3	2	2	3	1	1	2	2	2	3	1	1	5	1	1	3	1
Encuesta 27	3	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	4	3	2	1	1	3	1
Encuesta 28	4	1	1	5	5	2	2	1	1	2	2	4	1	2	1	1	1	1	4	1

REFERENCIA DE TABLA MATRIZ

	<u>Referencia Tabla Matriz</u>	Encuesta realizada a 28 Enfermeros de Unidad de terapia Intensiva, Hospital Lagomaggiore.
	Pregunta N°1, Dato demográfico: Edad	1- 20-29 años 2- 30-39 años 3- 40-49 años 4- 50-59 años 5- Más de 60 años
	Pregunta N° 2 Grado académico	1- Enfermera/o profesional 2- Enfermera/o universitario 3- Lic. en enfermería 4- Lic. Especialista en cuidados críticos.
	Pregunta N°3 Turno laboral	1- Turno mañana 2- Turno tarde 3- Turno noche 4- Turno rotativo
	Pregunta N°4 Antigüedad dentro	1- De 1 a 3 años 2- De 3 a 5 años

del hospital	3- Más de 5 años 4- Más de 10 años 5- Más de 20 años
Pregunta N °5 Antigüedad como enfermera/o	1- Menos de un año 2- De 1 a 3 años 3- De 3 a 5 años 4- Más de 5 años 5- Más de 10 años 6- Más de 20 años

Aspectos técnicos	Pregunta N°6 ¿Cómo considera usted su conocimiento en cuanto a sedoanalgesia?	1- Muy satisfactorio 2- Satisfactorio 3- Ni satisfactorio, ni insatisfactorio 4- Poco satisfactorio 5- Insatisfactorio 6- No sabe, no contesta
	Pregunta N° 7 ¿Ha leído bibliografía referida al tema?	1- Si, totalmente 2- Si, en gran medida 3- A veces 4- Raras veces 5- Nunca

Pregunta N°8 considerando que usted es un trabajador que se desempeña en UTI ¿Tiene práctica en el manejo de sedoanalgesia?	1- Si, totalmente 2- Casi siempre 3- A veces 4- Nunca
Pregunta N°9 ¿Maneja y reconoce de manera adecuada las diferentes alarmas relacionadas con el ventilador?	1- Si, totalmente 2- Casi siempre 3- A veces 4- Rara veces 5- Nunca 6- No sabe, no contesta
Pregunta N°10 Dentro de su ambiente laboral, ¿evalúa el dolor del paciente en ARM?	1- Sí totalmente 2- Si, en gran medida 3- A veces 4- Raras veces 5- Nunca

Pregunta N° 11 Desde su experiencia, ¿Cuál de las siguientes opciones, considera usted las más importante, relacionada con la sedoanalgesia en un paciente crítico?	1- aliviar la ansiedad, excitación dolor, facilitando el descanso 2- aliviar la ansiedad, la excitación y el dolor facilitando una adecuada ventilación mecánica 3- Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, disminuyendo la ansiedad y la excitación. 4- Proporcionar un nivel óptimo de comodidad reduciendo la ansiedad y el dolor
Pregunta N° 12 ¿Cuál de los siguientes fármacos produce depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular?	1- Dexmedetomidina 2- Midazolam 3- Fentanilo 4- Propofol 5- No sabe, no contesta
Pregunta N°13 ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la sobre sedación en pacientes críticos?	1- Depresión respiratoria, hipotensión, hipercapnia. 2- Hiperventilación 3- Depresión hemodinámica, depresión respiratoria 4- Hipotensión, depresión respiratoria, neumonías asociadas a la ventilación 5- No sabe, no contesta

Pregunta N° 14 ¿Cuál es la complicación más frecuente de la sedación prolongada?	1- Dependencia a los fármacos 2- Excitación psicomotriz- delirium 3- Toxicidad a fármacos 4- Síndrome de abstinencia 5- No sabe, no contesta
Pregunta N° 15 ¿Cuál es la escala más utilizada para medir el nivel de sedación?	1- Escala de Rass 2- Escala de Glasgow 3- Escala de Ramsay 4- Escala de Silverman 5- No sabe, no contesta
Pregunta N° 16 Conocimiento Escala Ramsay	1- Dolor 2- Nivel de sedación, con el fin de evitar exceso en la misma 3- Calidad y profundidad de la sedación 4- Excitación y nivel de conciencia 5- No sabe, no contesta
Pregunta N° 17 ¿Utiliza criterios unificados en cuanto al manejo de sedoanalgesia?	1- Si 2- No

	Pregunta N°18 ¿Recibe o recibió capacitaciones sobre sedoanalgesia?	Si No
	Pregunta N° 19 En el caso de que la respuesta anterior haya sido positiva, fue realizada:	1-Durante la formación 2- Luego de la formación 3- Dentro del hospital 4- Fuera del hospital
	Pregunta N° 20 Le gustaría recibir capacitaciones al menos 1 vez al mes	1-Si 2- No

ENCUESTA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1_ ¿Edad?

- de 20 a 29 años
- de 30 a 39 años
- de 40 a 49 años
- de 50 a 59 años
- más de 60 años

2_ ¿Cual es su profesión?

- Enfermero profesional

- Enfermero universitario
- Licenciado/a en Enfermería
- Lic. especialista en cuidado críticos

3_ ¿En que turno se desempeña?

- turno mañana
- turno tarde
- turno noche
- turno rotativo

4_ ¿Cuál es su antigüedad dentro del servicio?

- de 1 a 3 años
- de 3 a 5 años
- más de 5 años
- más de 10 años
- más de 20 años

5_ ¿Cuántos años lleva ejerciendo como enfermero?

- menos de un año
- de 1 a 3 años
- de 3 a 5 años
- más de 5 años
- más de 10 años
- más de 20 años

6_ ¿Cómo considera usted su conocimiento en cuanto a sedoanalgesia?

- muy satisfactorio
- satisfactorio
- ni satisfactorio, ni insatisfactorio
- poco satisfactorio
- insatisfactorio
- no sabe, no contesta

7_ ¿Ha leído bibliografía referida al tema?

- sí, totalmente

- sí, en gran medida
- a veces
- raras veces
- nunca

8_ considerando que usted es un trabajador que se desempeña en UTI, ¿Tiene práctica en el manejo de sedoanalgesia? (hace referencia a la autopercepción al administrar sedoanalgesia, manejo de bombas de infusión, leer y comprender indicaciones médicas, dilución de medicación)

- sí, totalmente
- casi siempre
- a veces
- nunca

9_ ¿Maneja y reconoce de manera adecuada las diferentes alarmas relacionadas con el ventilador?

- sí, totalmente
- casi siempre
- a veces
- raras veces
- nunca
- no sabe, no contesta

10_ Dentro de su ambiente laboral ¿evalúa el dolor del paciente en ARM?

- sí, totalmente
- sí, en gran medida
- a veces
- raras veces
- nunca

11_ Dentro de su experiencia, ¿cuál de las siguientes opciones, considera usted más importante, relacionada con las sedoanalgesia en un paciente crítico?

- aliviar la ansiedad, excitación, y dolor, facilitando el descanso
- aliviar la ansiedad, la excitación y el dolor, facilitando una adecuada ventilación mecánica

- proporcionar un nivel óptimo de comodidad, disminuyendo la ansiedad y la excitación
- proporcionar un nivel óptimo de comodidad reduciendo la ansiedad y el dolor
- no sabe, no contesta

12_ ¿Cuál de los siguientes fármacos produce depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular?

- Dexmedetomidina
- midazolam
- fentanilo
- Propofol
- no sabe, no contesta

13_ ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la sobre sedación en pacientes críticos?

- depresión respiratoria, hipertensión, hipercapnia
- hiperventilación
- depresión hemodinámica, depresión neurológica
- hipotensión, depresión respiratoria, neumonías asociadas a la ventilación
- no sabe, no contesta

14 ¿Cuál es la complicación más frecuente de la sedación prolongada?

- dependencia a los fármacos
- excitación psicomotriz- delirium
- toxicidad a fármacos
- síndrome de abstinencia
- no sabe, no contesta

15_ ¿Cuál es la escala más utilizada para medir el nivel de sedación?

- escala de Rass
- Escala de Glasgow
- escala de Ramsay
- escala de Silverman
- no sabe, no contesta

16_ A continuación le pedimos que marque la opción correcta en cuanto a la escala de Ramsay ¿qué evaluamos?

- dolor
- nivel de sedación, con el fin de evitar exceso en la misma
- calidad y profundidad de sedación
- excitación y nivel de conciencia
- no sabe, no contesta

17_ ¿Utiliza criterios unificados en cuanto al manejo de sedoanalgesia (algoritmos, protocolos)?

- si
- no

18_ ¿Recibió o recibe capacitaciones sobre sedoanalgesia?

- si
- no

19_ en caso de que respuesta anterior haya sido positiva, fue realizada:

- durante la formación
- luego de la formación
- dentro del hospital
- fuera del hospital

20_ ¿Le gustaría recibir capacitaciones al menos 1 vez al mes?

- si
- no