

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN CUIDADOS  
INTENSIVOS - ADULTO**

---

**Conocimiento y prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al  
monitoreo de la analgesia en hospitales públicos de Trujillo, 2024.**

---

**Línea de investigación**

Cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad

**Autoras:**

Asmat Asmad, Meylin Del Cisne  
Córdova Quiroz, Olinda Sarita

**Jurado Evaluador**

Presidente: Chu Campos, Luisa Bertha

Secretaria: Carrera Abanto, Marabet Soledad

Vocal: Caffo Calderon, Sandy Carolina

**Asesora:**

Castillo Rivera, Cecilia Evelyn

**Código Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-3455-5533>

**TRUJILLO-PERÚ 2024**

**Fecha de sustentación: 2024/03/27**

# Conocimiento y prácticas de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en Hospitales Públicos de Trujillo, 2024.

## INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	8%
2	<a href="https://repositorio.uwiener.edu.pe">repositorio.uwiener.edu.pe</a> Fuente de Internet	4%
3	<a href="https://repositorio.umsa.bo">repositorio.umsa.bo</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="http://www.npunto.es">www.npunto.es</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://tesis.usat.edu.pe">tesis.usat.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://repositorio.upao.edu.pe">repositorio.upao.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://revistas.um.es">revistas.um.es</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="https://feilermuete001.wixsite.com">feilermuete001.wixsite.com</a> Fuente de Internet	1%

---

Excluir citas	Apagado	Exclude assignment template	Activo
Excluir bibliografía	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%

## **Declaración de originalidad**

Yo, *Cecilia Evelyn Castillo Rivera*, docente de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en *Cuidados Intensivos - adulto*, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor(a) de la tesis titulada “*Conocimiento y prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgesación en hospitales públicos de Trujillo, 2024*”, autor (a)(es)(as) *Asmat Asmad Meylin Del Cisne y Córdova Quiroz Olinda Sarita*, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 18%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 15 de marzo del 2024
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo, 31 de marzo del 2024

Apellidos y nombres del asesor(a)

DNI: 40063712

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3455-5533>

FIRMA:



Cordova Quiroz, Olinda Sarita

DNI: 47780027

FIRMA:



Asmat Asmad, Meylin Del Cisne

DNI: 73855404

FIRMA



**RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0142-2024-D-F-CCSS-UPAO**

Trujillo, 04 de marzo del 2024

VISTO; el Oficio electrónico N° 0110-2024-DASE-UPAO remitido por el señor Director Académico de la Segunda Especialidad Profesional, solicitando designación de Jurado de la Tesis de las Licenciadas en Enfermería MEYLIN DEL CISNE ASMAT ASMAD y OLINDA SARITA CORDOVA QUIROZ, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, el Director Académico de la Segunda Especialidad Profesional, ha remitido el Oficio N° 0110-2024-DASE-UPAO, declarando su conformidad con el cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos;

Que, con la presentación del ejemplar digital de la tesis y el informe del profesor asesor, las Licenciadas acreditan haber cumplido con la elaboración de la tesis, cuyo proyecto fue aprobado oportunamente por Resolución N° 0484-2023-D-F-CCSS-UPAO, de fecha 31 de agosto del 2023.

Que, para efectos de dictaminar la tesis es necesaria la designación del jurado con docentes de la Facultad;

Que, en el Oficio electrónico referido en el primer considerando de la presente Resolución, el Director Académico de la Segunda Especialidad propone designar el Jurado de la Tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO AL MONITOREO DE LA ANALGOSEDACIÓN EN HOSPITALES PÚBLICOS DE TRUJILLO, 2023**, realizada por las Licenciadas en Enfermería MEYLIN DEL CISNE ASMAT ASMAD y OLINDA SARITA CORDOVA QUIROZ, conducente al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTO, a las docentes:

Dra. LUISA BERTHA CHU CAMPOS	PRESIDENTE
Ms. MARABET SOLEDAD CARRERA ABANTO	SECRETARIA
Ms. SANDY CAROLINA CAFFO CALDERON	VOCAL

Por estas consideraciones y las atribuciones conferidas a este Despacho,

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** CONSTITUIR EL JURADO que recepcionará la sustentación de la Tesis de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería titulada: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO AL MONITOREO DE LA ANALGOSEDACIÓN EN HOSPITALES PÚBLICOS DE TRUJILLO, 2023**, realizada por las Licenciadas en Enfermería MEYLIN DEL CISNE ASMAT ASMAD y OLINDA SARITA CORDOVA QUIROZ, conducente al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTO.

**SEGUNDO:** NOMBRAR como integrantes del Jurado a las docentes:

Dra. LUISA BERTHA CHU CAMPOS	PRESIDENTE
Ms. MARABET SOLEDAD CARRERA ABANTO	SECRETARIA
Ms. SANDY CAROLINA CAFFO CALDERON	VOCAL



Trujillo

Av. América Sur 3145 - Urb. Monserrate - Trujillo  
Teléfono: (+51) (041) 804444 - anexo 2241  
fec\_salud@upao.edu.pe  
Trujillo - Perú

**RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0142-2024-D-F-CCSS-UPAO**

**TERCERO:** REMITIR la presente Resolución al Director de la Segunda Especialidad Profesional, para los fines consiguientes.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**



  
Dra. Elsa Rocio Vargas Díaz  
DECANA (a)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



  
Mr. Carlos Augusto Díez Morales  
SECRETARIO ACADÉMICO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

C. / J. DARR,  
RPN,  
Asistente



## Dedicatoria

A mi Mamá +

Quien es mi guía, a pesar de no estar físicamente, pero su espíritu continua a mi lado y me brinda las fuerzas para continuar el día a día.

Mi Padre y Hermanos

Mi familia, quienes me han mostrado el apoyo incondicional en esta larga trayectoria, mis logros son para ellos.

A mis hijos

Quienes son mi impulso de seguir adelante y la razón de mi vida.

Mis padres y hermano, quienes me han brindado su apoyo en todo momento, mis logros son para ellos.

Meylin & Olinda

## **Agradecimiento**

A nuestra asesora Ms. Cecilia Castillo, que nos mostró los conocimientos y confianza para el desarrollo y terminar de nuestro trabajo de investigación.

A la Dra Luisa Chu, quien fue nuestra maestra durante la formación de la segunda especialidad, la cual nos brindó su apoyo y motivación para la ejecución del proyecto de investigación.

A Dios, por darnos la vida, y siempre nos ha mantenido firmes en el proceso de nuestra tesis y ha sido la fortaleza en situaciones de adversidad.

Meylin & Olinda

## Resumen

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgesia en hospitales públicos de Trujillo, 2024. Estudio de tipo básico, descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 50 enfermeras que laboran en el Hospital Belén de Trujillo y Hospital Regional Docente de Trujillo, se aplicó un cuestionario para medir el conocimiento y lista de chequeo para evaluar la práctica. Los resultados mostraron que el 66% de las enfermeras tiene un conocimiento alto respecto al monitoreo de la analgesia, un 20% conocimiento bajo y un 14% moderado. El 72% de enfermeras muestran prácticas eficientes respecto al monitoreo de la analgesia mientras que un 28% muestran prácticas deficientes. Concluyendo que existe una relación significativa entre el conocimiento y las prácticas respecto al monitoreo de la analgesia de la enfermera de cuidados intensivos ya que se encontró que el valor de significancia (Sig.) es 0.000, menor a 0.05. Por lo tanto, si existe correlación de Spearman (Rho), por ende, fue rechazada la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, la correlación fue positiva alta (0.708).

**Palabras claves:** Conocimiento - practica – monitoreo- analgesia

## **Abstract**

The objective of this research work was to determine the relationship between the knowledge and practices of the intensive care nurse regarding the monitoring of analgosedation in public hospitals in Trujillo, 2024. Basic, descriptive correlational type study. The sample was made up of 50 nurses who work at the Belén Hospital of Trujillo and the Regional Teaching Hospital of Trujillo. A questionnaire was applied to measure knowledge and a checklist to evaluate practice. The results showed that 66% of the nurses have high knowledge regarding analgosedation monitoring, 20% low knowledge and 14% moderate knowledge. 72% of nurses show efficient practices regarding analgosedation monitoring while 28% show deficient practices. Concluding that there is a significant relationship between knowledge and practices regarding the monitoring of analgosedation by the intensive care nurse since it was found that the significance value (Sig.) is 0.000, less than 0.05. Therefore, if there is a Spearman correlation (Rho), therefore, the null hypothesis was rejected and the research hypothesis is accepted, the correlation was high positive (0.708).

**Keywords:** Knowledge - practice - monitoring - analgosedation

## **Presentación**

Tenemos el agrado de dirigirnos a los miembros del jurado que, en conformidad con los estándares del reglamento de grados y títulos de la Escuela Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego, nos honra presentar a continuación nuestro informe final, titulado “Conocimiento y prácticas de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en Hospitales Públicos de Trujillo, 2024”. Realizado con el propósito de obtener el título de segunda especialidad Profesional de Enfermería con mención en Unidad de Cuidados Intensivos-Adulto. Este informe es resultado de nuestro arduo trabajo y dedicación, a nuestros mentores y maestros por su guía, tiempo y aprendizaje, por lo cual expresamos nuestro más profundo agradecimiento

Por lo expuesto, ponemos a su disposición el informe final de nuestra investigación para su análisis y evaluación pertinente, no sin antes agradecer vuestra gentil atención.

## **Hoja de roles de Jurado**

### **Señores miembros del jurado**

PRESIDENTE: CHU CAMPOS, LUISA BERTHA

SECRETARIA: CARRERA ABANTO, MARABET SOLEDAD

VOCAL: CAFFO CALDERON, SANDY CAROLINA

Cumpliendo con los requerimientos estipulados en el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la universidad privada Antenor Orrego, para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería con mención en cuidados intensivos adulto, ponemos a vuestra disposición la presente tesis titulada: Conocimiento y prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.

**Gracias**

## Índice de contenidos

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Resumen.....	iv
Abstract .....	v
Presentación .....	vi
Índice de contenidos .....	vii
Índice de tablas .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
MARCO DE REFERENCIA.....	6
METODOLOGÍA.....	27
RESULTADOS .....	35
DISCUSIÓN .....	39
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES .....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48

## Índice de tablas

Tabla IV-2 Conocimiento de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024. .... **35**

Tabla IV-3 Prácticas de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024. .... **36**

Tabla IV-4 Relación entre el conocimiento y la práctica de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024..... **37**



## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Problema de investigación**

#### **a) Descripción de la realidad problemática**

El conocimiento sobre analgesia y la importancia de una práctica adecuada en pacientes críticos ha experimentado un importante desarrollo en los últimos años, con especial énfasis en aquellos que cuentan con ventilación mecánica invasiva. El desarrollo del conocimiento empírico, que es un aspecto crucial de la práctica diaria del personal de enfermería y del cuidado de los pacientes críticos, también está influenciado por los avances científicos que se recogen a través de diversos estudios. <sup>(1)</sup>

Enfermería, es quien brinda el cuidado al paciente crítico, empleando intervenciones integrales, basadas en el conocimiento científico, el paciente quien, por su estado crítico, a menudo padecen dolor debido a lesiones, daños, molestias, lo cual indicaría que el paciente requerirá de la administración de analgésicos y sedantes para un tratamiento eficaz. Estos procedimientos ayudan a reducir el dolor y la ansiedad, brindan protección y aumentan la probabilidad de dormir; Así también, a largo plazo, facilitara mejores intervenciones terapéuticas, realizar un diagnóstico y disminuir efectos secundarios y complicaciones de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. <sup>(2) (3)</sup>

Una vez administrada la analgosedación, pasa a convertirse en relevante respecto al tratamiento integral del paciente crítico. Los sedantes deben ser ajustados a las necesidades individuales de cada paciente y administrar solo la dosis mínima necesaria para alcanzar el objetivo. Por lo cual la enfermera debe identificar y definir al iniciar el tratamiento y realizar un monitoreo. La monitorización de la analgosedación, ayuda a detectar y corregir situaciones de sedación insuficiente o excesiva, que

podría afectar de manera negativa el progreso del paciente críticamente enfermo. <sup>(4)</sup>

Se requiere un abordaje racional, es por ellos que se necesita el uso de herramientas de evaluación de síntomas y la implementación de una variedad de prácticas, incluidos tratamientos analgésicos apropiados, priorizados y titulados. A la vez establecer un nivel objetivo de analgosedación ideal, aplicando un nivel de sedación superficial, eligiendo mediante el conocimiento científico un agente sedante adecuado y usando estrategias no farmacológicas para controlar los síntomas, se involucra a todo el equipo de salud, así también la familia que participan activamente en el cuidado del paciente. Estos efectos combinados, refuerzan el estándar de atención para los pacientes crítico y ofrecen la oportunidad de mejorar la atención, la comodidad y los resultados a largo plazo. <sup>(5)</sup>

El mal manejo del dolor observado en la práctica se debe a varios factores, en particular el comportamiento del equipo de salud y su resistencia al cambio, el uso de protocolos no basados en evidencia, los métodos inadecuados para la evaluación del dolor y la capacitación inadecuada del área de enfermería sobre herramientas existentes para el monitoreo de la analgosedación. <sup>(6) (7)</sup>

Según la revista brasileira, menos de un 50% de los profesionales evalúan el dolor. La evaluación del dolor y de la sedación es algo particularmente complejo en UCI, porque muchas veces, los pacientes son incapaces o están imposibilitados de comunicarse verbalmente con los profesionales. El paciente no se comunica por diversas razones: intubación traqueal, alteración de la conciencia, sedación, efecto de medicamentos. <sup>(8) (9) (10)</sup>

Datos internacionales, según las estadísticas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), en España, se notificaron 1,424 casos en unidades de cuidados intensivos, 943 eventos no peligrosos y 481 eventos adversos. El 74% con enfermería, medicamentos, equipos, tubos, vías respiratorias, ventilación mecánica y acceso vascular. <sup>(11)</sup>

La enfermera (o) es líder clave en la atención a los pacientes cuyas intervenciones cambiaran su salud. La práctica profesional de enfermería implica brindar al paciente cuidados individualizados, la enfermera debe tener un papel activo en el manejo de la analgosedación y cuidados integrales adaptados al paciente. Uno de las principales intervenciones que debe realizar la enfermera es evaluar la sedación y analgesia, es importante recalcar que, aunque son interdependientes, es necesario evaluarlos por separado. <sup>(12) (13) (14)</sup>

En los hospitales públicos como el Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo se evidenció la problemática que tienen las enfermeras ante la práctica y conocimiento de la analgosedación en la unidad de cuidados intensivos, ya que no siguen normas establecidas y a su vez no se lleva a cabo de manera rutinaria un registro del dolor en los pacientes en unidad de cuidados intensivos ya que el dolor es el recuerdo más común de los pacientes sobre su estancia en la UCI. <sup>(15)</sup>

A través del monitorio y mantenimiento de la analgosedación, el ajuste de parámetros y el hallazgo temprano de posibles complicaciones, convierte a la enfermera en parte de un grupo de trabajo primordial para el manejo eficaz del paciente crítico. En algunas ocasiones, no existe un registro detallado en las hojas de seguimiento hemodinámico, lo que muestra vacíos en la hoja de valoración, se observa limitaciones en cuanto al manejo de la analgosedación en el paciente crítico, lo que conduce a los

riesgos de una mala práctica de esta, ser farmacodependientes, mantener al paciente sedado por periodos de tiempo prolongados, así como al incremento de costos y daño al paciente. <sup>(16)</sup>

Es así que surge la motivación de realizar este estudio, ya que no se han registrado investigaciones a nivel local, que den con la realidad de esta problemática en la unidad de cuidados intensivos y así poder obtener resultados auténticos al aplicar esta investigación.

**b) Formulación del problema.**

¿Existe relación entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024?

**1.2. Objetivos**

**1.2.1. Objetivo General**

- Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024

**1.2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el conocimiento de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.
- Identificar las prácticas de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.

### **1.3. Justificación del estudio**

El presente estudio de investigación surgió por la experiencia vivida en los diferentes turnos que se realizó en la unidad de cuidados intensivos, donde se pudo observar que existe personal de enfermería que realiza una evaluación adecuada respecto al monitoreo de la analgosedación, pero también se observa que hay personal de enfermería que muestran deficiencia en su evaluación respecto a la analgosedación.

Por ende, consideramos que este estudio constituirá un gran aporte teórico ya que facilitara el acceso a la información sobre los conocimientos y prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación lo que a su vez pretenderá impulsar la función investigativa de las enfermeras, permitiendo desarrollar una perspectiva crítica y reflexiva sobre la evaluación adecuada de los pacientes que se encuentran vinculados a la ventilación mecánica, bajo efectos de la analgosedación.

Así mismo, la investigación será metodológicamente relevante, ya que utilizo herramientas validadas y confiables para medir y comparar las variables en estudio, las cuales pueden tener un valor científico importante en los futuros trabajos de investigación relacionados con el tema en estudio.

A la vez, esta investigación tendrá gran relevancia práctica y social, ya que permitió identificar aspectos que los enfermeros deben mejorar en sus procedimientos cotidianos respecto al monitoreo de pacientes en ventilación mecánica bajo la influencia la analgosedación, con la finalidad de mejorar su calidad de vida durante su estancia hospitalaria. A su vez, permitirá establecer estrategias de entrenamiento del personal de enfermería relacionadas con las evaluaciones de la analgosedación

## II. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1. Marco teórico

Según federación mundial de enfermeras de cuidados intensivos (WFCCN) conceptualiza a la enfermera de cuidados intensivos, como una enfermera graduada la cual ha realizado una formación en posgrado, para adquirir conocimientos, habilidades y competencias con el objetivo de brindar cuidados especializados al paciente críticamente enfermo; el cual requiere de intervenciones complejas en un entorno altamente tecnificado. El rol que desempeña la enfermera aportando sus conocimientos y destrezas en cuidados intensivos es esencial para el equipo sanitario multidisciplinario, el cual necesita a las enfermeras para satisfacer el cuidado del paciente crítico. <sup>(17)</sup>

El paciente crítico es aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo 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 y por último Necesidad de un área tecnificada como es la unidad de cuidados intensivos. <sup>(18)</sup>

Las Unidades de cuidados intensivos, son servicios que se encuentran dentro del marco institucional hospitalario, la cual tiene un esquema ideado para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, elaboradas con el propósito de restablecer la salud del paciente crítico. El servicio brinda una atención multidisciplinaria que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizacionales para garantizar las condiciones suficientes de seguridad, calidad y eficiencia para la atención de pacientes sensibles a la rehabilitación,

soporte respiratorio, soporte de órganos y cuidados especiales. y seguimiento, así como fármacos específicos. <sup>(19)</sup> <sup>(11)</sup>

En esta unidad, están aquellos pacientes que por su estado de salud crítico necesitan de una atención especializada las 24 horas del día, y los 7 días de la semana. En la cual, laboran profesionales capacitados y entrenados para poder brindar la atención adecuada a al paciente críticamente enfermo. Los criterios para el ingreso de pacientes críticos en la UCI varían entre los diferentes hospitales, pero están sujetos a cambios según la institución. La característica generalmente implica una evaluación objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad del paciente, la necesidad de terapia, así como también la medición del impacto en la supervivencia y calidad de vida. <sup>(20)</sup>

Generalmente, estos métodos se clasifican en las siguientes categorías: Índices de gravedad en pacientes críticos (APACHE) que permite evaluar la probabilidad de muerte; Puntajes dinámicos o de disfunción (MODS-SOFA) analiza la evolución del paciente; Índices de esfuerzo terapéutico precisado (TISS) además de confirmar el pronóstico, cuestiona si el enfermo puede con seguridad ser egresado a otra sala, y Escalas de valoración de la evolución, calidad de vida y productividad social post - alta hospitalaria. <sup>(20)</sup>

Por lo cual, los cuidados al paciente crítico es una especialidad de enfermería, la cual ha evolucionado en los últimos 50 años. Este hecho significa asistir, apoyar y ayudar a restablecer el estado de salud del paciente, o aliviar el sufrimiento del mismo y su familia, así como prepararlos para un proceso de duelo. El propósito de la enfermería, en la atención al paciente crítico, es establecer una relación terapéutica con el paciente/familia, para promover todas las dimensiones personales del

paciente. Con el objetivo de poder hacer frente de forma efectiva a las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y de duelo, los profesionales de la salud, deben centrarse no solo a la dimensión física del paciente, sino también en las dimensiones psicológicas, espirituales y culturales. <sup>(21)</sup>

Los pacientes en la UCI se someten a múltiples procedimientos dolorosos, las cuales incluyen las pruebas de diagnóstico, movilización, prácticas de higiene y colocación o retiro de dispositivos durante la hospitalización. La mayoría requieren de soporte ventilatorio, siendo el uso de sedantes y analgésicos como factores esenciales. Al requerir altas dosis de estos fármacos de forma prolongada, y en perfusión continua en muchas ocasiones, es necesaria una monitorización que nos permita conocer el grado de consciencia del paciente, así como el nivel de dolor o malestar para adecuar la analgesia y garantizar un correcto nivel de sedación, evitando así la presencia de sobre/infra sedación. <sup>(22)</sup>

La Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o descrita por un daño tisular real o potencial. En unidad de cuidados intensivos, el paciente suele experimentar dolor y discomfort por diversos factores, como enfermedades preexistentes, procedimientos invasivos, traumatismos, insomnio, cuidados de enfermería (aspiración de secreciones y movilización), así como el uso de dispositivos para su monitorización. <sup>(23) (24)</sup>

La Real Academia Española define el término dolor, basándose en su etimología latina (dolor-oris), como una sensación irritante y angustiosa en una parte del cuerpo provocada por causas internas o externas, y también por un sentimiento, tristeza o angustia, padecido de este

sentimiento. El dolor puede causar disfunción pulmonar como consecuencia del reclutamiento de los músculos alrededor del área del dolor, provocando rigidez muscular y espasmos que limitan el movimiento de la pared torácica y el diafragma. <sup>(25)</sup>

Es fundamental recordar que las escalas de valoración del dolor en UCI se deben elegir de acuerdo a la patología de cada paciente, por lo tanto, es importante escoger la que mejor se adecue a las características de cada uno de ellos. Las siguientes escalas se pueden utilizar para pacientes conscientes y alertas como son la escala Visual Analógica (EVA), escala descriptiva verbal (EDV), escala numérica verbal (ENV), y termómetro de dolor de Iowa (IPT). En usuarios no comunicativos se utiliza indicadores fisiológicos y también escalas de comportamiento como son Behavioral Pain Scale (BPS), Critical-Care Pain Observation Tool CPOT. Estas escalas son válidas y confiables para evaluar al paciente críticamente enfermo. <sup>(24) (26)</sup>

El ventilador mecánico, por sí solo no causa molestias ni dolor, a algunos pacientes no les gusta la sensación de tener el tubo orotraqueal en la boca, los pacientes críticos pueden sentir incomodidad cuando el aire ingresa a sus pulmones y, a veces intentan espirar cuando el ventilador intenta empujar el aire hacia adentro. Esta maniobra va en contra del ventilador y complica la atención al paciente lo cual resulta ser desfavorable. Es por ello, que el paciente puede requerir de la administración medicamentos llamados sedantes o analgésicos, para poder reducir su incomodidad. <sup>(27)</sup>

Se considera la sedación como un estado de relajación o somnolencia inducido por el uso de fármacos, del cual el paciente puede ser despertado por un leve estímulo o llamada dolorosa. Su propósito es ayudar a que los pacientes estén cómodos, libres de dolor y recuerdos desagradables, preservando al mismo tiempo la función cardiorrespiratoria y soportando procedimientos potencialmente dolorosos. Es importante que la sedación

sea eficaz y segura, es así que se podrá mantener la estabilidad hemodinámica y se minimizará efectos secundarios. <sup>(28)</sup>

Respecto a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), existen cuatro niveles de sedación, de menor a mayor según grado de profundidad: Grado I: sedación mínima (ansiolisis); Grado II: sedación moderada (consciente); Grado III: sedación profunda/analgesia, Grado IV: anestesia general. El cambio de uno a otro puede ocurrir rápidamente en cualquier momento, por lo que es importante monitorizar de cerca al paciente crítico, ya que las precauciones de seguridad varían según el tipo de sedante utilizado. <sup>(24) (29)</sup>

Asimismo, la analgesia es definida como la ausencia artificial o natural del dolor, Se usa fármacos para bloquear agentes y/o mediadores del dolor para aislar los centros del dolor. Por lo tanto, la analgosedación logra objetivos terapéuticos, ya que su propósito es promover la comodidad del paciente y mejorar la tolerancia al tratamiento y a los cuidados de enfermería. Se recomiendan intervalos de sedación consciente para pacientes críticos, es necesario estimar la utilización de escalas con el fin de evaluar el dolor, ya que son las principales causas de discomfort y delirio, ya que debe controlarse para conseguir el nivel óptimo de sedación. En consecuencia, se sugiere una evaluación objetiva de la analgosedación, mediante una escala de medición validada y en forma sistemática para todos los pacientes en estado crítico. <sup>(30) (31) (32)</sup>

La analgosedación, tiene que ser vigilada y monitorizada, el sedante usado debe ser ajustado de acuerdo a las necesidades del paciente crítico, la dosificación requerida será la mínima, la necesaria para alcanzar el propósito. La intensidad de la analgosedación se encuentra sujeta a las características psicológicas del paciente, la naturaleza y gravedad de la condición clínica, el progreso esperado y su tolerancia a las medidas de

apoyo utilizadas en el tratamiento. Por tanto, se requiere el uso dosis mínimas necesarias, siguiendo protocolos, guías y algoritmos, que proporcionan beneficios significativos al paciente crítico, tales como el tiempo reducido en VM, dosis y periodos de sedación, incidencia de neumonía relacionada a la ventilación mecánica, delirium, estancia y mortalidad en la unidad de cuidados intensivos. <sup>(33) (34) (35)</sup>

La analgesia y la sedación se destacan como las herramientas más importantes en el manejo de los pacientes críticos y en especial de aquellos pacientes que requieren conexión a ventilación mecánica invasiva. De esta manera, es necesario evaluar correctamente a los pacientes que necesitan anestésicos y sedantes. Un manejo inadecuado puede tener un impacto significativo en los pacientes, bien por defecto, proporcionando un estrés excesivo, sufrimiento y aumento de eventos adversos como la extubación precoz, o prolongando el tiempo de ventilación mecánica, aumentando la incidencia de neumonía relacionada con la ventilación mecánica, por ende, se incrementa el tiempo de estancia en UCI y que el paciente desarrolle síndrome de privación, estados de agitación y aumento de la tasa de mortalidad. <sup>(36)</sup>

El sedante ideal debe reunir una serie de características, tales como no inhibir la función respiratoria, poseer efecto analgésico, capacidad de dosificación rápida, tener un inicio y un final de acción ágil, ausencia de acumulación, propiedades hemodinámicas predecibles y permitir que los pacientes interactúen con sus cuidadores, al mismo tiempo que sea asequible. Por una parte, debe cumplir con requisitos farmacocinéticos, farmacodinámicos y económicos, y en por otro, la comorbilidad y estabilidad hemodinámica del paciente crítico. <sup>(14)</sup>

Actualmente, existe gran variedad en opciones farmacológicas para la analgosedación; Uno de los más utilizados es el midazolam, benzodiazepina de acción rápida en 1-2 minutos, tiene propiedades sedantes, hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivas y relajantes musculares, a dosis altas produce un síndrome denominado “síndrome de infusión de midazolam”, caracterizado por despertar tardío, mayor duración en la ventilación mecánica, déficits e incluso aumento de la morbimortalidad. <sup>(37)</sup>

Otro fármaco es el fentanilo, opiáceo el cual posee una vida media de 1,5 a 6 horas. Produce una pequeña liberación de histamina, por lo que su estabilidad cardiaca es mayor, su duración es más corta, 0,5-1 hora. Entre los efectos secundarios se encuentra la depresión respiratoria y bradicardia.

El siguiente es el Propofol, que tiene propiedades sedantes e hipnóticas sin ningún efecto analgésico. Su acción es rápida y su vida media es corta duración. La infusión de este, debe ser cambiada cada 12 horas y la emulsión del frasco no se debe usar pasadas las 6 horas; para ser administrado se requiere de un lumen exclusivo del catéter venoso central, ya que es incompatible con otros fármacos. <sup>(38) (39) (40)</sup>

El objetivo del personal de cuidados intensivos debe ser lograr el equilibrio adecuado entre brindar comodidad y evitar la sedación excesiva. Se ha demostrado que el uso de herramientas validadas para monitorear el manejo de la analgosedación mejora la práctica, reduce el tiempo de ventilación mecánica, disminuye la tasa de morbilidad y limita el uso de recursos, existen medidas de monitorización subjetivos disponibles, como la escala de sedación y métodos objetivos que han sido extrapolados para su uso en la unidad de cuidados intensivos ampliamente utilizados en intervenciones anestésicas. <sup>(41) (42) (43)</sup>

Una de las primeras escalas validadas para evaluar la sedación en pacientes críticos es la Sedation-agitation scale. Esta validación se ha refrendado con respecto a otras escalas y a otros métodos de valoración objetiva. Partiendo de un grado 4 (paciente en calma y colaborador), la escala estratifica el grado de conciencia y agitación en otras tres categorías diferentes. Aunque tiene evidentes similitudes en contenido y estructura con la de Ramsay, aporta la ventaja de graduar la presencia de agitación en tres niveles. <sup>(44)</sup> <sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup>

En 1974, Ramsay desarrolló una escala para evaluar la profundidad de la sedación la cual fue validada y ampliamente utilizada. En el 2002 se desarrolló la escala RASS, la cual se evalúa en diez niveles, de -5 a +4, el estado del paciente en cuanto a nivel de sedación y agitación, donde el nivel máximo (+4) un estado de lucha o máxima agitación, y el nivel mínimo (-5) un estado de sedación profunda. El nivel 0 significa estado de alerta y calma. Esta estratificación mostró una excelente reproducibilidad entre distintos observadores y fue validada para todos los subgrupos de pacientes críticos, médicos o quirúrgicos, así como para pacientes neurocríticos en diversas condiciones con o sin sedación o conexión a ventilación mecánica. <sup>(47)</sup>

La escala RASS no se constituye como estratificadora de gravedad, pero en pacientes con evolución desfavorable y signos de sedación excesiva, presenta una correlación positiva con un aumento de la mortalidad, aunque no ha sido validada como factor independiente del aumento de la mortalidad. Su mayor utilidad es a la hora de realizar protocolos de sedación y analgesia, siendo esta escala la principal herramienta dada la fiabilidad en la evaluación de los pacientes a pie de cama y su fácil

reproducibilidad tanto por parte del equipo médico como de enfermería, y su capacidad para detectar cambios en los niveles de sedación. <sup>(48)</sup> <sup>(36)</sup>

Al controlar los niveles de la analgosedación, será posible identificar situaciones en las que una persona siente dolor y, por lo tanto, corregirlo de inmediato. También permite la identificación y corrección de condiciones de sedación insuficiente o excesiva, que pueden afectar negativamente la evolución del paciente crítico y la duración de su estancia en la unidad de cuidados intensivos. <sup>(4)</sup>

En el monitoreo, se puede evaluar la sedación excesiva, la cual ocurre cuando un paciente recibe una sedación por encima de los requerimientos necesarios, se asocia con mayor duración en ventilación mecánica, estancia hospitalaria prolongada, mayor uso de recursos sanitarios y dificultad en la monitorización de la evaluación neurológica. Los pacientes suelen experimentar sueños paranoicos, pesadillas y alucinaciones, que pueden provocar graves consecuencias psicológicas, como trastorno de estrés postraumático asociado con una mala calidad de vida relacionada con la salud, en cuanto a sus efectos secundarios son la hipotensión, bradicardia, íleo paralítico, estasis venosa. <sup>(49)</sup> <sup>(50)</sup>

Con respecto a la infrasedación, se conceptualiza como una sedación inadecuada, los pacientes sufren de ansiedad, inquietud, trastornos del sueño, desorientación e inquietud, que se asocian con un mal pronóstico. En tales situaciones el riesgo de extracción espontánea del dispositivo aumenta al igual que los cuidados de enfermería. Para ellos, la demanda de oxígeno es alta y la ventilación mecánica es difícil. <sup>(51)</sup> <sup>(50)</sup>

Una de las complicaciones más comunes en la unidad de cuidados intensivos, es el delirio o también llamado síndrome de UCI, o psicosis

funcional, este puede definirse como un cambio transitorio y reversible en el estado mental del paciente, que se produce de repente y se manifiesta por una etiología multifactorial por el desarrollo de pensamientos o alucinaciones vagas, agitadas e incluso paranoicas. Suele aparecer al día tres del ingreso en la UCI y se resuelve espontáneamente tras el alta hospitalaria del paciente. <sup>(52)</sup>

Los métodos para evaluar la presencia del delirio incluyen, Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) e Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). La escala que es ampliamente utilizada para evaluar la sedación, generalmente en profundidad, es índice de Biespectral (BIS) el cual interpreta las ondas cerebrales del EKG, las transforma en números, sus puntuaciones suelen oscilar de 0 (ausencia de actividad cerebral) a 100 (paciente despierto). <sup>(53)</sup>

El paciente bajo la influencia de la analgesedación requiere de cuidados de enfermería, la cual debe estar adiestrada y familiarizada con el fármaco utilizado, en cómo es su mecanismo de acción, efectos secundarios, farmacocinética, etc. Los conocimientos y habilidades de cada profesional se deben poner en práctica de principio a fin, teniendo en cuenta las complicaciones que pueden surgir en cada caso. La enfermera debe ser eficiente en la evaluación del dolor, el requerimiento de analgésicos y sedantes, en el monitoreo y el ajuste de la dosis de estos fármacos. <sup>(54)</sup>

Según la Real academia de la lengua española, el conocimiento es el proceso de descubrir la naturaleza, sus características y relaciones de las cosas mediante el uso de las capacidades intelectuales. Conocer, entonces es enfrentar la realidad; proceso por el cual un individuo es consciente de su realidad y durante este proceso se le presenta un conjunto de ideas cuya autenticidad está fuera de toda duda. Se puede interpretar de diferentes maneras, como una contemplación porque

conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar. Hessen 1997, un conocimiento podría considerarse como científico, sólo si está libre de prejuicios y presuposiciones, sostiene que se debe alcanzar la neutralidad serena, imparcial y objetiva. <sup>(55)</sup>

Por tanto, el conocimiento es la recopilación de información y datos que el ser humano ha adquirido en el proceso de evolución sobre la naturaleza y sobre sí mismo. La fuente del conocimiento es la realidad que le rodea y opera dentro hombre, las personas perciben cosas y fenómenos del mundo, la cual influyen en ellos y los transforman. Entonces viene hacer la información básica que se adquiere de diversas formas, y se espera que sea un fiel reflejo de la realidad, por lo que se incorpora y utiliza para guiar las acciones de una persona. Durante su formación en enfermería, adquirirá una gran variedad de conocimientos teóricos y prácticos. Ha tenido que aprender, sintetizar, incorporar y aplicar este conocimiento para poder ejercer como profesional de enfermería. <sup>(56) (57) (58)</sup>

A través del conocimiento se mide la efectividad de las intervenciones del cuidado de enfermería, el cual posibilita tomar decisiones de acuerdo a la evolución de la patología, de esta manera se evalúan las acciones con base científica y las necesidades del paciente, optimizando así la calidad de la atención. El propósito de enfermería es acrecentar y fortificar los conocimientos con el fin de perfeccionar la práctica profesional, permitiendo la mejora continua y la demostración de resultados satisfactorios en el cuidado del paciente crítico. En áreas críticas, las especializaciones actuales en el campo de la enfermería necesitan de una base científica, por lo que los conocimientos de la enfermera especialista deben ser actualizados, compartidos y aportados a través de la experiencia adquirida. <sup>(59)</sup>

Para el autor Gallardo, la práctica de enfermería implica la integración conocimientos de enfermería basados en conceptos generales de modelos y paradigmas de enfermería, por lo que para validar en el mundo empírico en esta disciplina se necesita avances teóricos, es por ello que se necesita tener teorías, conocerlas y practicarlas, de lo contrario, no podremos desarrollar adecuadamente nuestra carrera. Enfermería viene a subvenir mediante sus intervenciones en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y recuperación; la enfermera es responsable de realizar sus propios esfuerzos y de los demás para lograr un bien común, como la salud de calidad, equidad y la inclusión social. <sup>(60)</sup> <sup>(61)</sup>

La práctica puede entenderse como el resultado de las experiencias y la expresión de conocimientos científicos o empíricos, siendo muy necesaria una conexión directa como el uso de los sentidos y la psicomotricidad. Se refiere también a la ejecución de acciones sujetas a normas que están supervisadas o relacionadas a un docente para que la persona pueda mejorar su desempeño en un área en determinada, este término también se puede utilizar para definir un entrenamiento. La práctica es necesaria para mejorar significativamente la técnica y desarrollar nuevas habilidades y destrezas en áreas específicas. Por lo consiguiente, cuando el ser humano adquiere gran capacidad y dominio en uno u otro area, se suele decir que “tiene mucha práctica” <sup>(62)</sup> <sup>(63)</sup>

Uno de los desafíos que enfrenta enfermería, es elaborar y consolidar conocimientos propios, las cuales potencien la autonomía de las enfermeras, mejoren la calidad de la atención brindada a individuos y comunidades; y promuevan su reconocimiento como disciplina profesional. Este conocimiento se evidencia en los modelos conceptuales y teorías de los autores, producto de la observación en la práctica, de la investigación y de la indagación filosófica. Los modelos conceptuales son

esquemas mentales que representan visiones específicas de la práctica, basadas en principios y valores científicos y filosóficos. <sup>(64)</sup>

Para profundizar científicamente esta investigación se tendrá como referente teórico a Patricia Benner, en su teoría de adquisición de habilidades en enfermería adaptadas del Modelo Dreyfus. Estudió la práctica de la enfermera para describir el conocimiento que sustenta dicha práctica. La autora diferencia entre el saber teórico y el saber práctico y sostiene que este último puede desarrollarse incluso antes que la teoría, por lo que puede ayudar a ampliarla. <sup>(65)</sup>

Benner, describe cinco grados de competencias, tales como: Principiante profesional sin experiencia previa en un contexto, también está destinado a enfermeras que son expertas en un área en particular y que se enfrentan por primera vez a un campo diferente; principiante avanzado: Profesional que posee conocimientos de aspectos necesarios para controlar una situación y en cada una de ellas demuestra su habilidad para poder afrontarlos; competente: Profesional que observa y analiza sus intervenciones durante mucho tiempo, posee dominio sobre sus funciones; con capacidad de gestionar y manejar diversas situaciones de emergencia. Eficiente: el profesional ve la situación como un todo y desarrolla una forma intuitiva de controlar la situación. Experto: el profesional ya no se basa en el principio analítico, sino en un dominio intuitivo, estableciendo así un cambio cualitativo y transparente. <sup>(64) (65) (66)</sup>

Analizando las competencias que Patricia Benner expresa en su teoría, aplicándolos al ámbito clínico de la enfermera de cuidados intensivos, conceptualizado específicamente de principiante a experto; nos dice que todas las capacidades cognitivas sólo se pueden mejorarse a través de la práctica; por lo tanto, en la práctica profesional diaria se desarrolla la atención que se ofrece, la cual mejora a través de la práctica continua que

proporcionará la experiencia de la enfermera en cuanto a sus cuidados en situaciones críticas. Por lo tanto, la enfermera de cuidados intensivos debe ser capaz de reconocer los problemas que amenazan la vida del paciente, para que la atención pueda elevarse con un alto nivel de vigilancia y observación, esto se puede mejorar con la experiencia y la práctica continua. <sup>(67)</sup>

Durante la práctica diaria de los profesionales de enfermería experto en cuidados de pacientes críticos, Benner reconoce nueve dominios, situaciones de suma importancia, entorno a las cuales se organizan los objetivos. En cada uno de estos dominios destacan seis aspectos del juicio clínico y del comportamiento de la enfermera experta: 1 pensamiento en acción y razonamiento en transición, 2; conocimientos técnicos expertos, 3; práctica basada en la respuesta; 4; representación-mediación, 5; agudeza perceptiva y habilidad de implicación, y 6; enlace clínico y ético. <sup>(68)</sup>

Benner, refiere que cada acción de Enfermería es refinada y reforzada por la práctica, de modo que se demuestra la metacognición como habilidad cognitiva en desarrollo y permite al profesional ser escuchado o ajustar las acciones del equipo de atención, lo cual es prioritario en el momento de realizar las funciones en la unidad de cuidado de cuidados intensivos. <sup>(69)</sup>

La teorista reconoce que la enfermería trata del cuidado, del estudio de las experiencias relacionadas con la salud, la enfermedad y el medio ambiente, y es así que describe la práctica como un proceso evolutivo. Por lo tanto, la formación debe integrar el conocimiento y la práctica a través de situaciones de aprendizaje que promuevan el crecimiento de habilidades indispensables para una atención de calidad al paciente, las cuales deben actualizarse debido al progreso científico y tecnológico. <sup>(70)</sup>

Benner, lo considera una forma de formación por competencias en el enfoque principiante a experto, y esto se expresará en actividades de enfermería o desarrollo personal y profesional. En esta área, las enfermeras necesitan tener una interacción directa con los pacientes y sólo pueden desarrollar habilidades a través de la experiencia práctica. Por lo tanto, se debe lograr la facilidad de aplicar valores, habilidades, aptitudes y actitudes para el desarrollo personal basados en estos tres grandes elementos, demostrando la capacidad única del enfermero para resolver todos los conflictos que puedan surgir en el ámbito clínico. <sup>(71)</sup>

Con relación al conocimiento científico de las intervenciones y su justificación, se deberá ser rigurosos, ya que hay situaciones en la que es fundamental el saber inmediato y serán de vital importancia manejarlas correctamente para mejorar la condición o el estado de salud en que se encuentra el paciente; esto genera una tensión que al ser controlado de manera asertiva permitirá llegar a la expertise de la que nos menciona la teorista referente a la práctica en enfermería. <sup>(71) (72)</sup>

Enfermería es una relación de cuidado. En el proceso de interacción se crea un ambiente de ayudar y apoyo mutuo, cuya ciencia está basada en la ética y moral, busca la historia del paciente y así indagar sus antecedentes. Patricia Benner conceptualizó de la siguiente manera sus principales supuestos de Enfermería. Persona; ser autointerpretativo, es decir la persona no viene al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales. Salud; puede valorarse, no solo como ausencia de enfermedad porque una persona puede tener una enfermedad y no experimentarla, sentirse enfermo consiste en una experiencia humana de pérdida o disfunción. La enfermedad la se puede evaluar físicamente. <sup>(73)</sup>

Otro supuesto es, enfermería; relación de cuidado, la enfermera en la práctica cuida y aprende sobre experiencias vividas, en relación con la salud, enfermedad, malestar y relaciones entre factores. Situación, no entorno, porque la situación transmite el entorno social con definición y significado social, determinado por la interacción, comprensión y el entendimiento de la situación. <sup>(73)</sup>

## **2.2. Antecedentes del estudio**

Dentro de los antecedentes a nivel internacional tenemos el estudio de investigación de Carani C 2019 en Bolivia <sup>(74)</sup> Planteó “Determinar el nivel de conocimiento y práctica del enfermero sobre la valoración de analgesedación en usuarios con ventilación mecánica en la UCI de una Clínica de la Paz. El estudio muestra que el personal de enfermería tiene un alto nivel de conocimiento, el cual lo refleja en este porcentaje 87%, y que el 60% de ellos realiza buenas prácticas. Los autores concluyeron que los conocimientos en enfermería tienen un alto nivel y la práctica es adecuada.

La investigación de Espejo de Maldonado P. 2019 en Bolivia <sup>(75)</sup> En su estudio de investigación titulado Competencias cognoscitivas del Profesional de Enfermería en la atención del paciente con Sedoanalgesia, Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés La Paz – Bolivia; Encontraron que, del total de profesionales de enfermería analizados, el 58,3% obtuvo nivel regular, mientras que el 33,3% nivel deficiente y el 8,3% considerados niveles excelentes. En relación a la valoración del paciente crítico con analgesedación, un mayor porcentaje tiene conocimiento limitado acerca de las escalas de evaluación de la sedación, como son RASS, SAS, SAM y RAMSAY, mientras que una mayor proporción conocen la administración del tratamiento farmacológico y sus consecuencias.

Cala F & Llusá R 2018 en España <sup>(1)</sup> Investigó la sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo en España, Una revisión narrativa. Los resultados muestran que las mayores barreras para el desarrollo de las prácticas de sedoanalgesia es la deficiente información del personal y el miedo a la sedación leve y la sobrecarga laboral, la cual es más común en las enfermeras. Además, ellas desempeñan un papel de suma importancia en el monitoreo y administración de la analgosedación, al igual de utilizar escalas para evaluar el estado de sedación del paciente crítico, las más usadas son: RASS y CPOT. Es de suma importancia las sugerencias acerca del uso de guías PAD en los protocolos/estrategias implementadas.

A nivel nacional Galindo K 2021 en Lima <sup>(76)</sup> En su estudio titulado “Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras en el cuidado del paciente con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Hospital Dos de Mayo. Lima. Mostraron que el 70% tiene conocimiento respecto al cuidado del paciente que recibe sedación en UCI Cardiovasculares; el 30%, desconoce; en cuanto a la práctica, el 40% mantuvo prácticas adecuadas; y el 60% es insuficiente. Determinando que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de enfermería.

La autora Carpio L 2018 en Chiclayo <sup>(77)</sup> En su trabajo de investigación sobre “Conocimiento del enfermero de UCI – UCIN en el control de analgosedación del usuario con ventilación mecánica, sugerencia de formato de evaluación 2017” Chiclayo, de tipo descriptivo transversal cuantitativo, su propuesta fue un formato de evaluación continua del paciente bajo efectos de analgosedación. Como resultado, alcanzo que existe un nivel de conocimiento regular, el cual se interpreta en un 60% de enfermeros. su propuesta de un formato de valoración diaria que contiene tres escalas ya validadas. Concluye, que el 83.3% tenían conocimiento de formatos que se usan para control de analgosedación.

### 2.3. Marco conceptual

**Unidad de cuidados intensivos:** Lugar en donde se realizan actividades propias de la medicina intensiva. La cual posee características de equipamiento técnico y de personal especializado, servicio central la cual presta atención integral al paciente en situación crítica, lo que implica una actuación desde la detección hasta la finalización de la situación crítica del paciente. <sup>(19)</sup>

**El paciente crítico:** Aquella **persona** fisiológicamente inestable, el cual requiere de soporte vital avanzado y evaluación clínica completa, continuo monitoreo y ajustes en la terapia adecuado a la evolución. <sup>(78)</sup>

**Conocimientos de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación:** La base del crecimiento profesional, según Platón, es lo necesariamente verdadero, se forma a partir de creencias u opiniones verdaderas y justificadas, el conocimiento humano se produce racional y conscientemente a través de una metodología lógica y rigurosa; es importante la capacidad resolutive producto del amplio bagaje de saberes de la enfermera de cuidados intensivos, que permitan el manejo eficiente de la analgosedación, siendo un procedimiento especial en el cual el paciente se encuentra deprimido bajo los efectos de sedantes y analgésicos, siendo necesario el dominio conceptual de calidad para lograr la respuesta deseada en el paciente y así mantener su salud <sup>(79) (80)</sup>

**Prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación:** Combinación de habilidades adquiridas por la enfermera de cuidados intensivos, a través de la experiencia y la investigación; las cuales lo adquirió en las acciones que desarrolla dentro de UCI. su finalidad es la aplicación de habilidades y

conocimientos relacionado con la analgosedación que permitirá llevar a cabo cuidados de calidad y calidez hacia los pacientes sometidos a ventilación mecánica, quienes están en condiciones totalmente dependientes por la analgosedación, los cuales necesitan cuidados integrales en la práctica de los mismos. <sup>(81) (82) (83)</sup>

**Prácticas de enfermería:** La asociación canadiense de enfermeros, menciona que la práctica de enfermería describe una atención sanitaria avanzada, amplía el conocimiento adquirido durante su formación, cursos rendidos satisfactoriamente y asiste a las necesidades de salud de las personas, grupos, comunidad y población. implica analizar e integrar los conocimientos; comprende, interpreta y aplicar la teoría de los cuidados de enfermería, los resultados de la búsqueda y desarrolla el saber; así como la profesión en su conjunto. <sup>(84)</sup>

**La enfermera que actúa en UCI:** Aquella que posee habilidades profesionales específicas durante la ejecución de su trabajo, que permite desarrollar funciones eficazmente, aliando conocimiento técnico científico, dominio de la tecnología, humanización, individualización del cuidado y consecuentemente calidad en la asistencia prestada. Debe unir a la fundamentación teórica, trabajo, discernimiento, iniciativa, habilidad de enseñanza, madurez y estabilidad emocional. <sup>(85) (86)</sup>

## **2.4. Sistema de hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis de trabajo o de investigación (Hi)**

H1: Existe relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.

## **2.4.2. Hipótesis nula (H0)**

H<sub>0</sub>: No existe relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.

## **2.5. Variables e indicadores**

### **2.5.1. Tipos de variables**

**2.5.1.1. Variable independiente:** Conocimiento de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación.

#### **Definición operacional**

Son aquellos conocimientos que poseen la enfermera de unidad de cuidados intensivos en los hospitales públicos, las cuales ponen en práctica durante las actividades diarias de atención al paciente con analgosedación, y que fue evaluado mediante un cuestionario de 24 preguntas.

#### **Escala de medición de variable**

Para medir la variable de conocimientos de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación se utilizó la escala ordinal.

#### **Indicador:**

Instrumento de conocimiento de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024

#### **- Categorías de la variable**

- conocimiento bajo
- conocimiento moderado
- conocimiento alto

- **Índice**

- conocimiento bajo: menor a 12
- conocimiento moderado: 13 – 17
- conocimiento alto: mayor a 18.

**2.5.1.2. Variable dependiente:** Prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación.

**Definición operacional**

La práctica se evaluó mediante una lista de cotejo, con respuestas dicotómicas (SI – NO). Dividida en dos partes: la primera consta de datos generales, en la parte dos están todos los datos detallados, la cual está distribuido en tres subdimensiones: antes, durante y después del procedimiento

- **Escala de medición de variable:** para medir la variable práctica de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación se utilizó la escala ordinal.

- **Indicador**

Lista de cotejo: Practicas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo.

- **Categorías de la variable**

- Práctica deficiente
- Práctica eficiente

- **Índice:** La calificación del instrumento será de manera ordinal:

- Práctica deficiente: 0 – 12
- Práctica eficiente: 13 – 15

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y nivel de investigación

La investigación fue de tipo básico, descriptivo correlacional, el autor Zacarías H. y Supo J. en el 2020, clasificaron el trabajo de investigación como básico, indicando su enfoque en el desarrollo del marco teórico y buscando mejorar la comprensión científica sin aplicación práctica. Se apoyó también en la teoría, conocimiento y conceptualización de las variables de estudio para luego relacionarlas. <sup>(87)</sup>

#### 3.2. Población y muestra

##### **Población: universo y de estudio**

Estuvo conformada por 50 enfermeras que laboran en las unidades de Cuidados Intensivos del Hospital de Belén de Trujillo y el Hospital Regional Docente de Trujillo, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

**Universo muestral:** Se constituyó con todas las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Belén de Trujillo y hospital Regional Docente de Trujillo.

##### **Muestra censal**

Estuvo conformado por el total de la población, las 50 enfermeras que laboran en los hospitales públicos de Trujillo: Hospital Belén de Trujillo (19) y Hospital Regional de Trujillo (31) en UCI.

##### **Criterios de Inclusión**

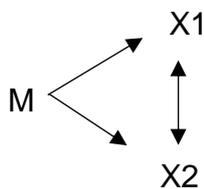
- Enfermeras que laboran en UCI por cualquier medio de contrato.
- Enfermeras que laboran en UCI durante los últimos 3 meses
- Enfermeras que cuenten o no con registro de especialidad.

### Criterios de exclusión

- Enfermeras que se encuentren con descanso médico o de licencia.
- Enfermeras que estén realizando pasantías.
- Enfermeras que se encuentren realizando prácticas de segunda especialidad.

### 3.3. Diseño de investigación

La Investigación es de tipo descriptivo correlacional, cuantitativo y de corte transversal, porque va a describir la relación entre las variables identificadas en el estudio, en un momento determinado, es decir la relación que existe entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de Cuidados Intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024. <sup>(88)</sup>



#### Donde:

**M:** Enfermeras de Cuidados Intensivos.

**X1:** Conocimiento de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación.

**X2:** Prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación.

### 3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

Para aplicar el estudio se realizaron los trámites administrativos pertinentes para obtener la autorización de la dirección del Hospital Belén de Trujillo y el Hospital Regional docente de Trujillo, así mismo con el departamento de enfermería de dichos hospitales y las jefas de enfermería del servicio de la unidad de cuidados intensivos. Luego se realizó las coordinaciones con las enfermeras de turno a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando de 15 a 20 minutos previo consentimiento informado (Anexo 1), Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados por el estadístico. Los resultados hallados estuvieron representados en tablas estadísticas para su análisis e interpretación en base al marco teórico.

El estudio de investigación utilizó dos instrumentos:

**Cuestionario:** Conocimiento de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación.

Para evaluar el conocimiento de la enfermera se utilizó el cuestionario de analgosedación en pacientes con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos. El cual estuvo dividida en dos partes, la primera está constituido por los datos generales y la segunda parte datos específicos. La cual consta de 22 ítems, en forma de preguntas cerradas con respuestas múltiples, la calificación fue de la siguiente manera: si la respuesta es correcta el valor de 1 y si la respuesta es incorrecta el valor de 0. (anexo2)

Es importante mencionar que el cuestionario fue tomado de la investigación de Napán R, Fernández M y Tarco D en su investigación de conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de analgosedación en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad crítica del Instituto Nacional de enfermedades

Neoplásicas, Lima, 2017. El cual fue modificado y adaptado a nuestra investigación.

Para garantizar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó el juicio de expertos a 5 enfermeras especialistas en el área; luego se aplicó la prueba piloto en el Hospital de Alta Complejidad virgen de la puerta, en el servicio de uci adulto a 15 enfermeras, dicho instrumento se elaboró de manera virtual.

Luego se envió la base de datos al estadístico el cual dio los siguientes resultados: Dado que los valores de V de Aiken son mayores o iguales 0,60 podemos concluir que los cinco jueces concuerdan con cada pregunta en cada uno de los criterios. Por lo tanto, el instrumento es válido de contenido. Respecto a la confiabilidad es de magnitud alta, dado que se encuentra en el intervalo [0,61 - 0,80], Según, Ruiz Bolívar (2002) y Pallella y Martins (2003). Se podrían eliminar los ítems 1, 5 y 7 por tener valores de correlación negativa, sin embargo, el alfa de Cronbach sigue perteneciendo al intervalo [0,61-0,80]. Se recomienda no eliminar ningún ítem.

**Lista de cotejo:** Práctica de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación

Para evaluar esta variable se usó la lista de cotejo, la cual está constituida de respuestas dicotómicas (SI – NO), distribuido en dos secciones, la primera son datos generales y la segunda datos específicos la cual está dividido en subdimensiones: antes, durante y después del procedimiento (Anexo 3).

Para poder aplicar la lista de cotejo se realizó una triangulación de datos, se buscó un observador que no fue del servicio, con su apoyo se realizó

la observación al personal de enfermería y se fue calificando a cada enfermera en base a los datos requeridos por el instrumento en el servicio de UCI, se aplicó en los turnos rotativos de las enfermeras.

El instrumento también fue tomado del trabajo de investigación ya mencionado en el primer instrumento, fue modificado y adaptado a nuestra investigación.

También sometido a juicio de expertos, prueba piloto y llevado al estadístico el cual dio a conocer que dado que los valores de V de Aiken son mayores o iguales 0,60 podemos concluir que los cinco jueces concuerdan con cada pregunta en cada uno de los criterios, Por lo tanto, el instrumento es válido de contenido. (Anexo 5 y 7).

**Según la validación y confiabilidad que se realizó a los instrumentos, estos están aptos para ser aplicados a la muestra.**

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos fueron obtenidos por medio las herramientas ya mencionadas anteriormente, se procesaron automáticamente utilizando el software IBM SPSS Statistics versión 28.0, luego se procedió a la tabulación simple y cruzada. Para el análisis e interpretación de los datos se usó la prueba estadística de Independencia de Criterios Chi Cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia estadística, los resultados están plasmados en tablas estadísticas de acuerdo a los objetivos y problema planteados.

### **3.6. Consideraciones éticas**

Teniendo aprobación de la segunda especialidad profesional en enfermería y la autorización respectiva del comité de ética de investigación de los hospitales públicos de Trujillo, Hospital Belén

de Trujillo y Hospital Regional docente de Trujillo, se tomó en cuenta los siguientes principios éticos del Informe Belmont <sup>(89)</sup>

**Respeto por las personas.** Los sujetos de investigación fueron tratados como seres autónomos, permitiéndoles tomar sus propias decisiones. Se aplicó a través del consentimiento informado.

**Beneficencia.** Obligación a no causar y reducir el daño y maximización de beneficios. Se realizó un análisis de los riesgos y beneficios de las enfermeras, asegurando que exista una tasa de riesgo/beneficio favorable para el sujeto de investigación.

**No mal eficiencia:** Consiste en no hacer ni generar daño de manera intencionada ni a los sujetos e investigadores que forman parte del estudio ni a terceros que puedan verse afectados indirectamente.

**Justicia.** Los participantes no fueron seleccionados en razón a que están fácilmente disponibles o porque su situación los hace más fácilmente de reclutar. Las cargas y los beneficios fueron compartidos en forma equitativa entre el sujeto de investigación

### **Principios de la ética de la investigación y su aplicación**

- 1. Revisión independiente de los protocolos.** Los investigadores tienen intereses legítimos, el cual incluye el bienestar de la sociedad, avance en sus carreras y protección de los derechos de los sujetos de este. Para ser independientes, los miembros del comité de ética institucional deben ser libres de la presión académica, política y social, las cuales puedan influenciar para la toma de decisiones

- 2. Sociedad con la comunidad.** La investigación con personas debe incluir a la comunidad donde se llevan a cabo. Debe haber participación comunitaria en el planeamiento, conducción y control de la investigación, debe existir una supervisión para garantizar que los resultados se integren al sistema de salud de la comunidad
- 3. Valor social.** Se espera que los resultados de la investigación tengan un potencial de promover la salud futura de la comunidad al evaluar una intervención terapéutica o probando una hipótesis que tenga el potencial de generar conocimiento generalizable acerca de sus resultados. El estudio, se enfocarán hacia problemas que son relevantes en el servicio.
- 4. Validez científica.** La investigación será realizada con una metodología apropiada que asegure que los resultados responderán a las preguntas que originaron el estudio. Aquella investigación que no es válida puede incluir estudios que no cuentan con el apoyo necesario, estudios con conclusiones inadecuadas o mala estadística y estudios que no pueden reclutar la cantidad suficiente de sujetos.
- 5. Selección justa de los sujetos.** Se evito seleccionar grupos de sujetos basados, la cual sean de fácil reclutamiento por su situación social, no se incluyó grupos que no puedan beneficiarse de los resultados positivos, se aseguró que los riesgos y beneficios estén distribuidos en forma justa entre los grupos del servicio.
- 6. Consentimiento Informado.** Incluye la necesidad de respetar a las personas y las decisiones que tomen. Es un mecanismo en el que individuos deben proteger sus intereses, por ende, tienen la oportunidad de participar o no en el estudio y si la investigación es coherente con sus valores, intereses y metas.

**7. Respeto a los sujetos de investigación.** Los requisitos éticos de la investigación no terminan con la firma del formulario de consentimiento informado. El respeto por los participantes de la investigación es proteger la confiabilidad de la persona y permitir que se retiren del estudio en cualquier momento y motivo. Así, también se debe proporcionar cualquier información durante el estudio, si la información afecta la decisión del sujeto de continuar en el estudio, y se debe velar el bienestar durante el estudio. <sup>(89)</sup>

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Análisis e interpretación de resultados

TABLA IV-1

**Conocimiento de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgesedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.**

Conocimiento respecto al monitoreo de la analgesedación	N°	%
Bajo	10	20
Moderado	7	14
Alto	33	66
Total	50	100.0

Fuente: Cuestionario conocimiento de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgesedación 2024.

#### **Interpretación**

En base a los resultados, se evidencia que, el 66% de las enfermeras tiene un conocimiento alto respecto al monitoreo de la analgesedación, un 20% conocimiento bajo y un 14% moderado.

**TABLA IV-2**

**Prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.**

Prácticas respecto al monitoreo de la analgosedación.	N°	%
Deficiente	14	28
Eficiente	36	72
Total	50	100

Fuente: Cuestionario Prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos 2024.

**Interpretación**

De acuerdo a los resultados se puede percibir que, el 72% de enfermeras muestran prácticas eficientes respecto al monitoreo de la analgosedación mientras que un 28% muestran prácticas deficientes.

**TABLA IV-3**

**Relación entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.**

		Prácticas respecto al monitoreo de la analgosedación.							
		Deficiente	%	Eficiente	%	Total	%	p	R
Conocimiento respecto al monitoreo de la analgosedación.	Bajo	10	20	0	0.0	10	20	0.00	0.708
	Moderado	4	8.0	3	6.0	7	14		
	Alto	0	0.0	33	66	33	66		
	Total	14	28	36	72	50	100.0		

Fuente: Cuestionario conocimiento de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación y Cuestionario Prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos 2024.

**Interpretación**

De acuerdo a los resultados, el 72% de las enfermeras muestran prácticas eficientes respecto al monitoreo de la analgosedación, de estas, el 66% muestra conocimiento alto y el 14% conocimiento moderado. El 28% de las enfermeras muestran prácticas deficientes respecto al monitoreo de la analgosedación, de estas el 20% tiene un conocimiento bajo sobre analgosedación y el 8% un conocimiento moderado.

Estadísticamente se comprobó que existe una relación significativa, por lo tanto, si existe correlación de Spearman (Rho) entre el conocimiento y las prácticas respecto al monitoreo de la analgosedación de la enfermera de cuidados intensivos, ya que se encontró que el valor de significancia (Sig.) es 0.000, menor a 0.05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. se observó que la correlación fue positiva alta (0.708).

#### 4.1. Docimasia de hipótesis

Considerando las hipótesis investigativas:

**H1:** Existe relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.

**H0:** No existe relación significativa entre el conocimiento y prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.

Tomando en cuenta el resultado de la **Tabla IV-3**, donde se evidencia que existe significancia estadística ( $p=0.000$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ), por lo tanto, si existe correlación de Spearman ( $Rho$ ) lo cual nos deja con que la hipótesis alterna ( $H_1$ ) es la hipótesis que debemos aceptar; es decir, “existe relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de la enfermera de cuidados intensivos respecto al monitoreo de la analgosedación en hospitales públicos de Trujillo, 2024.

## V. DISCUSIÓN

En este presente apartado se realiza la discusión de los resultados de acuerdo a los objetivos de estudio, los cuales se sustentarán en base a estudios similares y teorías relacionadas. En relación a lo que se observa en la tabla 1, se evidencia que, el 66% de las enfermeras tiene un conocimiento alto respecto al monitoreo de la analgosedación, un 20% conocimiento bajo y un 14% moderado.

Estos resultados se asemejan a los de Carani C 2019 en Bolivia <sup>(74)</sup> los resultados dejaron como evidencia que el nivel de conocimiento del personal de enfermería es alto (87%). Así también a los de A nivel nacional Galindo K 2021 en Lima <sup>(76)</sup> quién midió el conocimiento que tienen las enfermeras en el cuidado del paciente con sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares del Hospital dos de mayo. Los resultados fueron que el 70% (21 enfermeras), tiene conocimiento sobre el cuidado al paciente con sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares; mientras que el 30% (9 enfermeras), desconocen. Además, concuerdan también, con Carpio L 2018 en Chiclayo <sup>(77)</sup> quien evaluó el “Conocimiento del enfermero de UCI – UCIN en el control de analgosedación del usuario con ventilación mecánica, obteniendo que el 60% de enfermeros tienen conocimiento regular.

Por el contrario, difiere con los resultados de Espejo de Maldonado P. 2019 en Bolivia <sup>(75)</sup> quien midió las competencias cognoscitivas en la atención del paciente con sedoanalgesia, en un hospital de La Paz, en donde observó que el 58,3% tiene un nivel regular, el 33,3% un nivel deficiente y sólo el 8,3% un nivel excelente del total de las profesionales de enfermería evaluadas. Acerca de la valoración en el cuidado del paciente crítico con analgosedación, la mayoría tiene poco conocimiento de las escalas de valoración de sedación RASS, SAS, SAM y RAMSAY,

un porcentaje mayor sabe sobre el tratamiento farmacológico y los efectos que presenta.

Como se observa en los diferentes resultados presentados, todos fueron realizados en unidades de cuidados intensivos, a profesionales de enfermería, donde en su mayoría, el conocimiento sobre analgosedación fue medio a alto, este es un dato útil, ya que muestra que los enfermeros, continúan actualizando sus conocimientos en temas importantes para su especialidad por su compromiso y su deber ético para con el paciente, el tema de la sedación y todo los aspectos que circundantes son un problema fundamental en el manejo respiratorio de los pacientes en una UCI, ya sea que tengan mínima afectación pulmonar, pacientes postoperados o pacientes con insuficiencia respiratoria grave que requieran sedación profunda y relajación neuromuscular para asegurar una adecuada oxigenación. Por lo tanto, a estos pacientes se les debe brindar un nivel de comodidad y seguridad, así como un nivel ideal de analgesia y atención altamente especializada, lo que requiere el conocimiento y la práctica efectiva necesarios para brindar una atención adecuada.

La teorista, patricia Benner <sup>(70)</sup>, quien reconoce que la enfermería trata del cuidado, del estudio de las experiencias relacionadas con la salud, la enfermedad y el medio ambiente, y es así que describe la práctica como un proceso evolutivo. Por lo tanto, la formación debe integrar el conocimiento y la práctica a través de situaciones de aprendizaje que promuevan el desarrollo de habilidades necesarias para una atención de calidad al paciente, las cuales deben actualizarse debido al progreso científico y tecnológico.

Para poder tratar a los pacientes con analgosedación, es necesario que las enfermeras estén actualizadas en aspectos de la medicación:

mecanismos de acción, efectos secundarios, farmacocinética, etc., porque, aunque no son responsables del tratamiento farmacológico más adecuado para cada paciente, es necesario tener conocimientos y habilidades tener en cuenta las complicaciones que pueden surgir en cada situación individual, especialmente en relación con la sedación y el alivio del dolor.

En los resultados donde se evidenciaron niveles bajos de conocimiento, pueden deberse a múltiples factores, como falta de capacitación y actualización continua del conocimiento de los profesionales, según el anexo 4, se muestra datos sociodemográficos, el 30 % de las enfermeras tienen entre 31-35 años, y el 40 % de las enfermeras tuvieron la condición laboral de contrato modalidad nombrada. El servicio de UCI cuenta con personal más joven que puede ser un indicador porque hay porcentajes bajos en cuanto al conocimiento ya que podrían mostrar interés en tener un mejor sueldo ya que sus ingresos no cubren gastos para cursos o diplomados, por ende, pueden tener múltiples trabajos. A su vez cuenta con más personal nombrado, el hecho de que ya se cuenta con trabajo estable podría ser un factor por el cual el personal ya no desee realizar capacitaciones referentes a temas relacionados a analgosedación por la falta de motivación y repetición de actividades.

En la tabla 2, los resultados muestran que, el 72% de enfermeras muestran prácticas eficientes respecto al monitoreo de la analgosedación mientras que solo el 28% muestran prácticas deficientes.

Resultados que concuerdan con los obtenidos por Carani C 2019 en Bolivia <sup>(74)</sup> donde la práctica del enfermero sobre la valoración de analgosedación en usuarios con ventilación mecánica en la UCI, obtuvo que el 60% del personal de enfermería lleva a cabo una buena práctica, el personal de

enfermería, si pudo identificar la valoración del estado de agitación y la sincronía con el ventilador mecánico en el paciente con sedoanalgesia, el 60% si valora y el 40% no lo realiza, en la preparación de la infusión usando el medicamento correcto, concentración y dosificación el 100% si lo realiza, en rotular los equipos en infusiones con nombre, hora, fecha y concentración del medicamento el 53% si lo realiza al instante. <sup>(74)</sup>

Por el contrario, difiere con los resultados de Galindo K 2021 en Lima <sup>(76)</sup> quién encontró que el 40% de enfermeras mantiene prácticas adecuadas; mientras que del 60% es inadecuadas. <sup>(76)</sup> Además, Cala F & Llusá R 2018 en España <sup>(1)</sup> encontraron que las mayores barreras para el desarrollo de las prácticas de sedoanalgesia es la deficiente información del personal y el miedo a la sedación leve y la sobrecarga laboral, la cual es más común en las enfermeras. Además, ellas desempeñan un papel de suma importancia en el monitoreo y administración de la analgosedación, al igual de utilizar escalas para evaluar el estado de sedación del paciente crítico, las más usadas son: RASS y CPOT. Es de suma importancia las sugerencias acerca del uso de guías PAD en los protocolos/estrategias implementadas. <sup>(1)</sup>

Según Benner <sup>(69)</sup>, toda acción de enfermería es perfeccionada y complementada con la práctica, es por ello que se evidencia la metacognición como habilidad cognitiva en crecimiento y permite al profesional ser escuchado o corregir acciones del equipo de salud, lo cual es prioridad en el momento de realizar las funciones en la unidad de cuidados intensivos.

Es primordial que enfermería, quien es el personal responsable y capacitado para la evaluación de la sedación, sea capaz de utilizar un instrumento apropiado para la evaluación del mismo, la cual debe ser fácil de aprender debido a una descripción intuitiva, utilizando valores positivos para la agitación y negativos para la sedación, la cual debe ser útil y fácil

de usar y aplicar, teniendo en cuenta en un turno de 12 horas muchas veces el personal culmina sus actividades con los tiempos ajustados y en posponen el trabajo hasta el siguiente turno. Durante la investigación se pudo observar que los profesionales de enfermería, si bien es cierto obtuvieron niveles eficientes en su mayoría (72%), los profesionales prefieren trabajar con pacientes sedados, puesto que generalmente la demanda es menor a un paciente despierto.

Además, en lo observado, proviene la importancia de la monitorización continua en búsqueda de signos y síntomas relacionados con indicadores fisiológicos (tensión muscular, apretar dientes, lagrimeo, sudoración, arrugar la frente, taquicardia e hipertensión en un 10 – 20% del estado basal), que nos mantengan alertas a estas posibles complicaciones y orienten nuestras acciones diarias para la pronta recuperación de los pacientes críticamente enfermos, mediante un adecuado monitoreo de la analgosedación, siendo el síndrome de abstinencia es la complicación más común por el uso prologado de sedoanalgesia en pacientes críticos.

(89)

Se ha podido observar además que los hospitales públicos, cuentan con protocolos de analgosedación, pero se podría optar por difundir la información y contenido de los protocolos con el objetivo de educar al personal en cuanto al manejo de fármacos, escalas y cuidados para poder llevar a cabo un manejo adecuado de la analgosedación y el delirio en el paciente crítico y así el personal que presento un cierto margen de deficiencia en las prácticas de analgosedación mejoren y perfeccionen sus actividades.

La tabla 3, muestra que, el 72% de las enfermeras muestran prácticas eficientes respecto al monitoreo de la analgosedación, de estas, el 66% muestra conocimiento alto y el 14% conocimiento moderado. El 28% de las enfermeras muestran prácticas deficientes respecto al monitoreo de la

analgosedación, de estas el 20% tiene un conocimiento bajo sobre analgosedación y el 8% un conocimiento moderado.

Estadísticamente se logró comprobar que existe una relación significativa por lo tanto si existe correlación de Spearman (Rho) entre las prácticas y el conocimiento respecto al monitoreo de la analgosedación de la enfermera de cuidados intensivos ya que se encontró que el valor de significancia (Sig.) es 0.000, menor a 0.05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. se observó que la correlación fue positiva alta (0.708).

Los resultados del estudio concuerdan con los de Carani C 2019 en Bolivia <sup>(74)</sup> quién concluye que el nivel de conocimiento del profesional de enfermería es alto y la práctica es buena y existe relación entre estas variables.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) <sup>(91)</sup>, refiere que la calidad de los profesionales de enfermería es un elemento de suma importancia en programas de garantía y mejora de la calidad, ya que ellos incrementan la eficiencia en el uso de recursos, disminuyen los riesgos de lesiones relacionados con los servicios de salud ofrecidos y aumentan la satisfacción del paciente. La mejora de la calidad de la educación y los servicios de salud, son interdependientes, viene a ser un círculo virtuoso. Como lo menciona la OPS, la educación y el servicio que se brinda están vinculados estrechamente, por lo que es necesaria la capacitación continua de los profesionales de enfermería.

Ya que son quienes se encuentran las 24 horas del día frente al cuidado del paciente críticamente enfermo, y deben conocer y actuar brindando calidad de atención, ya que los pacientes críticos bajo sedación se enfrentan diariamente a eventos traumáticos entendidos como estímulos

dolorosos, ruidos, luces, destinados a producir una sensación de amenaza vital y para los que sus recursos de afrontamiento normales no son eficaces por lo que no pueden ni enfrentarse a ellos, ni huir, ni hacerlos desaparecer, por lo que la enfermera que labora en esta área debe conocer y hacer como aminorar todos los múltiples efectos adversos y complicaciones a las que se someten estos pacientes por su misma instancia en la unidad.

De tal manera que, una atención eficaz se basa en la amplia gama de conocimientos que han acumulado los profesionales de enfermería y ponen en práctica. Esto puede abarcar el conocimiento de las habilidades requeridas, la comprensión de la fisiología y la anatomía, y un conocimiento práctico de la medicación. Estos elementos, combinados con la capacidad de empatizar y comunicarse con los pacientes, constituyen el conocimiento de enfermería. Así mismo, contrastando la evidencia, el conocimiento y la experticia de la enfermera, se brindará una atención óptima al paciente mediante el uso de criterios y acciones con base científica, estos cuidados tendrán un impacto positivo en el tratamiento del paciente, acelerando el proceso de recuperación y reduciendo el número de complicaciones.

## CONCLUSIONES

1. Se identificó que el 66% de las enfermeras tiene un conocimiento alto respecto al monitoreo de la analgosedación, el 20% muestran un conocimiento bajo y el 14% conocimiento moderado.
2. Se identificó que el 72% de enfermeras muestran prácticas eficientes respecto al monitoreo de la analgosedación mientras que un 28% muestran prácticas deficientes.
3. Se determinó que existe una relación significativa entre el conocimiento y la práctica respecto al monitoreo de la analgosedación de la enfermera de cuidados intensivos ya que se encontró que el valor de significancia (Sig.) es 0.000, menor a 0.05. Por lo tanto, si existe correlación de Spearman (Rho), por ende, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, la correlación fue positiva alta (0.708).

## RECOMENDACIONES

Socializar los resultados del estudio en las instituciones donde se ejecutó la investigación y efectivizar un protocolo para el monitoreo y manejo adecuado de la analgosedación en los pacientes críticos, el cual que sirva de guía para el personal de la unidad de cuidados intensivos.

Fomentar programas de capacitaciones en coordinación con el departamento de enfermería y jefaturas de la unidad de cuidados intensivos, las cuales estén asociados al adecuado monitoreo de la analgosedación, a fin de ampliar el conocimiento en los profesionales de enfermería de este servicio

Facilitar los datos obtenidos para el desarrollo de futuros estudios que sean un gran aliciente para el desarrollo de la metodología en investigación cuantitativa que esté relacionada al monitoreo eficaz de la analgosedación.

Gestionar la evaluación al personal de enfermería en cuanto al monitoreo del paciente con analgosedación, para corregir deficiencias identificadas en cuanto al conocimiento y práctica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cala F, Llusá R. Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo. [tesis de grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684700/cala\\_hernandez\\_francisco%20Javiertfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684700/cala_hernandez_francisco%20Javiertfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Martí M, Estrada S. Cuidados en el paciente pediátrico. (Ed. 1) Buenos Aires. Argentina: Editorial de la Fundación Alberto J. Roemmers. 2018.
3. García M, Cárdenas L., Arana B., Monroy A., Hernández Y., Salvador C. Construcción emergente del concepto: Cuidado profesional de enfermería. Rev. Texto & Contexto Enfermagem, 2011, 20, 74-80.
4. Chamorro C, Martínez J.L, Barrientos R, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la semicyuc. Monitorización de la sedación. Med. Intensiva. 2008; 32(1):45-52.
5. Olmos M, Varela D, Klein F, (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. Revista médica clínica las condes. [rev. Med. Clin. Condes - 2019; 30(2) 126-139. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019300215>
6. In the intensive care unit: A multicentre, binational point prevalence study of analgesia, sedation and delirium management. Crit Care Resusc. Sep 2013; 15(3):213-219.

7. Kimiko Sakata R. Analgesia y Sedación en Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Bras Anesthesiol. Nov-dic 2010; 60(6):360-365.
8. Suominen H, Lundgrén-Laine H, Salanterä S et al. - Evaluating pain in intensive care. Stud Health Technol Inform, 2009;146:192-196.
9. Aïssaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A et al. - Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. Anesth Analg, 2005;101:1470-1476.
10. Gholami B, Haddad WM, Tannenbaum AR - Agitation and pain assessment using digital imaging. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc, 2009;2176-2179.
11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones V. 2010. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
12. Martín C. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Instituto argentino de diagnóstico y Tratamiento. 2012.1-39. Disponible en [file:///C:/Users/HP/Downloads/ESCALAS\\_DE\\_EVALUACION\\_DE\\_DOLOR\\_Y\\_PROTOCO.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/ESCALAS_DE_EVALUACION_DE_DOLOR_Y_PROTOCO.pdf)
13. Celis E., Besso J, Birchenall C., Cal M.Á. de la, Carrillo R., Castorena G. et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. Med. 2007 31(8):428-471. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000800003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000800003&lng=es).

14. McGrane S, Pandharipande P. Sedation in the Intensive Care Unit. *Minerva Anestesiologica* 2012;78(3):369-80.
15. Estébanez M, Alonso M, Sandiumengeb, A. Jiménez M y Grupo de trabajo de Analgesia y Sedación de la Semicyuc. Sedación prolongada en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2008;32 Supl 1:19-30. Madrid. España. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/13116123.pdf>
16. Alayo C, Castañeda I y Tarrillo C. Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos pediátricos [tesis de postgrado]. Lima- Perú. Universidad peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos\\_AlayoCuzcano\\_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos_AlayoCuzcano_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. British Association of Critical Care Nurses. Standards for Nurse Staffing in Critical Care. [Internet]. Newcastle: British Association of CriticalCare Nurses; 2009. Disponible en: [https://www.baccn.org/static/uploads/resources/BACCN\\_Staffing\\_Standards.pdf](https://www.baccn.org/static/uploads/resources/BACCN_Staffing_Standards.pdf)
18. Aguilar CR, Martínez C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), 171-173. [internet] 2017. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v31n3/2448-8909-mccmmc-31-03-171.pdf>
19. Perdomo RG. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos- definición-desarrollo Histórico-Utilización de sus Recursos. *Revista médica hondureña* - vol. 60 -1992. Disponible en:

<https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol60-1-1992-13.pdf>

20. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva SATI. Terapia intensiva. 5a edición. Argentina: Editorial Panamericana; 2015. p. 1203.
21. Doug Elliott, Leanne Aitken y Wendy Chaboyer. (2012). ACCCN's Critical Care Nursing. 2ªed. Chatswood: Elsevier Mosby. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=T6CzxAl0FNkC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
22. Kun W y Hong C. (2013). The effect of anesthetic technique on survival in human cancers: a meta-analysis of retrospective and prospective studies. PloS one, 8(2), e56540. 2013. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056540>
23. Loeser JD, Treede RD. El protocolo IASP de Kyoto de terminología de dolor básica. Dolor 2008;137:473–7.
24. Polo B, González A, González C. Papel De La Enfermería En La Sedoanalgesia Del Paciente Crítico. NPunto. 2019; 2 (16).
25. Desai PM: Pain management and pulmonary dysfunction. Crit Care Clin 1999; 15:151–166
26. Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. 2012. SATI; 2012.
27. American Thoracic Society. Serie De Información al Paciente. Am J Respir Crit Care Med Vol. 172, P1, 2005. Versión en línea revisada en septiembre de 2013. Disponible en

<https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/mechanical-ventilation.pdf>

28. Acebal O. Manejo enfermero de la sedación consciente en las Unidades de cuidados Intensivos. [Trabajo de fin de grado de Enfermería]. Universidad Autónoma de Madrid. 2020. Disponible en:  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691416/acebal\\_morales\\_olaya.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691416/acebal_morales_olaya.pdf?sequence=1)
29. Ibarra P, Galindo M, Molano A, Niño C, Rubiano A, Echeverry P, et al. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anestesiólogos y odontólogos de pacientes mayores de 12 años. Revista Colombiana de Anestesiología. 2012; 40(1): 67-74.
30. Giustino V, Magdi H, Giorgos M. et al. Analgesia multimodal en el dolor moderado a intenso: utilidad de una nueva combinación de dosis fijas de dexketoprofeno y tramadol. CMRO.2017.1:1-2
31. Raurell M, Burgos A, Conejo A, Corcuera I. Evaluación de la sedación mediante la escala Richmond Agitation Scale en pacientes con ventilación mecánica de larga duración. Revista ROL de Enfermería. 2015; 38(7-8):533-38.
32. Álvarez C. Monitorización de sedoanalgesia, utilizando la escala de agitación sedación (rass) para determinar el confort en ventilación mecánica. Guayaquil-Ecuador. [tesis de postgrado]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2015. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3770/1/T-UCSG-POS-EGM-MI-16.pdf>
33. Young C, Knudsen N, Hilton A, Reves JG. Sedation in the intensive care unit. Crit Care Med. 2000;28:854-66

34. Mazzeo AJ. Sedation for the mechanically ventilated patient. Crit Care Clin. 1995;11:937-55.
35. Frade M, Regueiro N, Díaz L, Torrez L, Alonso L, Landívar M, et al. Un primer paso hacia una anlagosedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica. Enferm Intensiva [Internet]; 27 (4): 155-167. 2016. Disponible en: [http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cdid=699165\\_1](http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cdid=699165_1)
36. Delgado HG, Espinosa MM, Saldaña FJ, Carmona ML y López JF. Sistemas de estandarización de la gravedad en medicina intensiva. Elsevier España. Tratado de medicina intensiva, 166, 1168-1175. Publicado January 1, 2022. Disponible en: <https://clinicalkey.upao.elogim.com/#!/content/book/3-s2.0-B9788491135883001665?scrollTo=%23hl0001162>
37. Antuña M. Herrero S, Fanjul R. Sedoanalgesia en el paciente crítico. Hospital de Cabueñes. Gijón. Principado de Asturias. España. 2000. Disponible en: [https://uninet.edu/cimc2000/conferencia/conf2/SED\\_ANALGESIA.htm](https://uninet.edu/cimc2000/conferencia/conf2/SED_ANALGESIA.htm)
38. Rioko TS. Analgesia y Sedación en Unidad de Cuidados intensivos. Rev Bras Anesthesiol 2010; 60: 6: 360-365. ARTÍCULO DE REVISIÓN. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rba/a/bhgvSPdVgHHBcsyPQ6Rrk7Q/?format=pdf&lang=es>
39. Sánchez R. Caballero R, Pérez J. Ambros-Checa A, Cantalapedra-Santiago JA, AltedLópez E. Propofol versus

midazolam: safety and efficacy for sedating the severe trauma patient. *Anesth Analg*. 1998;86:1219-24.

40. Hall R, Sandham D, Cardenal P, Tweeddale M, Moher D, Wanq X, et al; Study Investigators. Propofol vs midazolam for ICU sedation. A Canadian Multicenter Randomized Trial. *Chest*. 2001;119:1151-9 Disponible en: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)52074-6/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)52074-6/fulltext)
41. Kress J, Pohlman A, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*. 2000;342:1471-7.
42. Hadbavny A, Hoyt J. Promotion of cost-effective benzodiazepine sedation. *Am J Hosp Pharm*. 1993;50:660-1.
43. Adam C, Rosser D, Manji M. Impact of introducing a sedation management guideline in intensive care. *Anaesthesia*. 2006; 61:260-3.
44. Riker RR, Picard JT, Fraser GL. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. *Crit Care Med*. 1999;27:1325-9.
45. De Wit M, Epstein SK. Administration of sedatives and level of sedation: comparative evaluation via the Sedation-Agitation Scale and the Bispectral Index. *Am J Crit Care*. 2003;12:343-8.
46. Simmons LE, Riker RR, Prato BS, Fraser GL. Assessing sedation during intensive care unit mechanical ventilation with the Bispectral Index and the Sedation-Agitation Scale. *Crit Care Med*. 1999;27:1499-504.
47. Sessler C.N., Gosnell M.S., Grap M.J., Brophy G.M., O'Neal P.V., Keane K.A.: The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and

reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: pp. 1338-1344.

48. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003;289(22):2983-91.
49. Martínez S.A., Cacho A.E. Monitorización de la Sedación en UCI. SEDAR.2018.
50. López C, (et al). Desarrollo e implementación de un protocolo de sedación, analgesia y control de delirio en UCI. 2014 Enero; 1-62
51. Bermúdez G. FJ., Gómez C.D., Palomino R.R., et al. Comparación de 3 pautas de sedación para pacientes sometidos a anestesia subaracnoidea. Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego. *Rev Colom. Anestesiología*.2015.43(2):122-128
52. Ayllón N, Álvarez M.J, González M.P. Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados. *Enferm. Intensiva*. 2007; 18(3):138-43.
53. Narbona Toledo C, Narbona Toledo F. Enfermería en la monitorización del Índice Biespectral Bis. *Enfermería Docente*. 2010; 18:10-13.
54. Nancy B y otros. Investigación en enfermería. 3º ed. España. Grafos;S.A.; 2004 Pag 28-30
55. Martínez A. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica

del Trabajo de Grado. 2006. Cinta moebio 25: 111-121. Universidad de Oriente (Venezuela). Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/publicadorcdm,+Journal+manager,+25960-85082-1-CE.pdf>

56. Terrones, E. Elementos del conocimiento científico. 2009. Disponible en: <http://eudoroterrones.blogspot.pe/2009/03/elementos-del-conocimiento-cientifico.html>.

57. Seminario, J. Ciencia y conocimiento científico. Metodología Investigación. 2010. Disponible en: <http://investigacionyacademia.blogspot.pe/2011/03/ciencia-y-conocimientocientifico.htm>

58. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6ta edición. Pg 15. 2016

59. Rojas, R. EL proceso de la investigación científica. México: Trillas. 2012

60. Gallardo I. Evolución del conocimiento en enfermería. Medware. 2011 abril; 11(4).

61. Ferreyra J. Análisis Prospectivo de la Educación en Enfermería. Educación Médica en salud. 1989; 23(2).

62. Alarcón MD, Rubiños SC, Guzmán SM. Conocimientos y prácticas en la prevención de riesgos biológicos de las Enfermeras del Hospital Belén. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Lambayeque. 2012. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/53>

63. Hernández, J. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: MacGraw-Hill Interamericana. 2013
64. Marriner A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 6a ed Madrid: Elsevier Science; 2007.
65. Benner P. (1987). Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo
66. Gonzales K., Mortigo A., Berdugo N. La configuración de perfiles profesionales en la educación superior y sus implicaciones en el currículo. Revista Científica General José María Córdova, 12(4), 165-182. 2014
67. Ramírez E. Competencias profesionales de los enfermeros especialistas en emergencias y desastres en establecimientos de salud de Lima Metropolitana, propuesta de perfil ideal. [Tesis doctoral]. lima Perú; 2019. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15622/Ramirez\\_me.pdf?sequence=3](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15622/Ramirez_me.pdf?sequence=3)
68. Benner P. Hooper-Kyriakides P, Standard D. En Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking-in-action approach. Philadelphia: Saunders; 1999.
69. Paredes M. Competencias cognitivas del profesional de Enfermería en situaciones de emergencia en el Hospital Sergio Bernales Collique, Comas. Lima, Perú. (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, 2017. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/5992/Paredes\\_NMJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/5992/Paredes_NMJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

70. Carrillo A, Martínez P, Taborda E. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 34(2). 2018. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/1522/358>
71. Benner P, Sutphen M, Kahn V, Day L. Formation And Everyday Ethical Comportment. American Association of Critical-Care Nurses 2008;17: 473-476
72. Juvé M, Huguet M, Monterde D, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B, de la Fuente C, Alvarez G. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. Nursing 2007;25 (4):56-61.
73. Brykczynski K. Del principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Modelos y teorías en enfermería Quinta Edición. España: Edide, S.L. 2005:165-79
74. Carani C. Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Clínica La Paz. [Tesis de postgrado]. Universidad Mayor de San Andrés. Bolivia; 2019. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/24815>
75. Espejo de Maldonado P. Competencias cognoscitivas del Profesional de Enfermería en la atención del paciente con Sedoanalgesia, Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés La Paz – Bolivia. [Tesis de postgrado]. Universidad Mayor de San Andrés; 2019. Disponible en:

<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24837/TM-1670.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

76. Galindo K. Conocimientos y prácticas que tienen las Enfermeras en el Cuidado del Paciente con Sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Hospital Dos de Mayo, Lima. [tesis de postgrado] Universidad Privada Norbert Wiener; 2021. Disponible en: [file:///C:/Users/HP/OneDrive/Escritorio/PDF%20SEDOANALGESIA/T061\\_41359990\\_S.pdf](file:///C:/Users/HP/OneDrive/Escritorio/PDF%20SEDOANALGESIA/T061_41359990_S.pdf)
77. Carpio L. Conocimiento del enfermero de UCI - UCIN en el control de sedoanalgesia del paciente con ventilación mecánica, propuesta de formato de valoración. Chiclayo [Tesis de postgrado]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/1343/TM\\_CarpioTantaleanLisbet.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/1343/TM_CarpioTantaleanLisbet.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
78. Society of critical care medicine. Available at: <http://www.mycucare.org/Pages/default.aspx>. Accessed September 29, 2014
79. Pérez L. Ciencia y conocimiento: El conocimiento científico. Perú; 2009. Santillán M. Gestión del conocimiento. 1ra ed. Edit. Netbiblo. España; 2010.
80. MindSolutions. Importancia del conocimiento. [Online].; 2017 Disponible en: [http://www.mindsolutions.ec/index.php?option=com\\_sppagebuilder&view=page&id=%2011](http://www.mindsolutions.ec/index.php?option=com_sppagebuilder&view=page&id=%2011).

81. Arosta E., Camacho P, Lu S. Nivel de conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolome. Repositorio UPEU; 2017
82. Oliver Ventura, J. R., Santana Amargo, V. E., Ferrer China, B. A., & Ríos Obregón, J. M. Las prácticas profesionales y la formación laboral en la carrera sistema de información de salud. Revista actualidades investigativas en educación; 2015.
83. Meléndez S. La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de Covid-19: experiencias de alumnos. Rev Dilemas contemporáneos: Educación, política y valores. 2020. Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2479/2524>
84. Calderón A. Cristóbal A, Juárez M. M. Nivel de conocimiento y practica sobre cuidado del cateter venoso central que poseen los profesionales de enfermeria en las unidades de terapia intensiva pediatria en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome Lima. Repertorio tesis UPEU; 201.
85. Henriques S. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo de Revisión 20(1):[09 pantallas] ene.-feb. 2012. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nhTNhcXY9crCB5bttZk6rVF/?format=pdf&lang=es>

86. Hudak C. Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística, 8a. ed. Rio de Janeiro. Guanabara; 2007
87. Zacarias H. y Supo J. Metodología de la Investigación Científica: Para las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. 3.<sup>a</sup> ed. Independently Published; 2020.
88. Ñaupas H, Mejía E, Novoa E, Villagomez A. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis / 4a. Edición. Bogotá: Ediciones de la U, 2014.
89. Informe Belmont Principios Éticos y Directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. 1976.
90. Fuentes N. Et al. Guía de práctica clínica en enfermería para el manejo de sedoanalgesia en paciente crítico hospitalizado en la unidad de Cuidados intensivos adulto de la clinica medilaser sede Tunja. Universidad de la Sabana – Colombia. (2014) Pag. 80.
91. Organización Panamericana de la Salud. La importancia estratégica de la inversión nacional en los profesionales de enfermería en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>

## **Anexos**



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., luego de haber recibido orientación acerca del trabajo de investigación a realizar por las licenciadas, acepto ser parte del estudio, con el propósito de contribuir a la elaboración del trabajo de investigación titulado **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LA ENFERMERA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO AL MONITOREO DE LA ANALGOSEDACION EN HOSPITALES PÚBLICOS DE TRUJILLO, 2023**

Soy consciente que la identidad que proporcione se mantendrá en anonimato y confidencialidad el cual no tendrá ninguna repercusión en mi persona y que me será posible tener conocimiento sobre los resultados del trabajo de investigación, doy el consentimiento de colaboración para que así conste la aceptación por mi propia voluntad, por lo que procedo a firmar el presente a los..... días del mes de..... Del 2023

D.N.I: .....

Investigador



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS  
INTENSIVOS RESPECTO AL MONITOREO DE LA ANALGOSEDACIÓN EN  
HOSPITALES PÚBLICOS DE TRUJILLO, 2023.**

**Elaborado por:** Ávila c

Fernández M (2017)

**Modificado por:** Asmat M

Córdova O (2023)

**OBJETIVO:**

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

**INSTRUCCIONES:**

El presente cuestionario consta de 22 preguntas, Complete los datos generales y marque la respuesta que considere correcta con un aspa (X) y llene los espacios en blanco.

**DATOS GENERALES:**

- **Edad:**
- **Especialidad:** SI .... NO....
- **Tiempo de experiencia laboral:**

**DATOS ESPECÍFICOS**

**Conocimientos sobre el cuidado al paciente con analgo-sedación sometidos a ventilación mecánica invasiva.**

1. **¿Cómo definiría paciente con analgo-sedación sometido a ventilación mecánica invasiva?**
  - a) Un paciente en coma.
  - b) Un paciente dormido.
  - c) Un paciente dormido, sin dolor y sedado.
  - d) Un paciente ansioso.
- 2) **¿Cuál es el objetivo más importante de la analgo-sedación?**

- a) Facilitar la ventilación mecánica.
  - b) Alivio de la ansiedad y del dolor para facilitar la ventilación mecánica.
  - c) Mejorar las funciones vitales.
  - d) Inducción del sueño.
- 3) **¿En qué casos se indica la analgosedación?**
- a) Paciente consciente
  - b) Paciente con PCR
  - c) Paciente con ventilación mecánica
  - d) Paciente con drenaje pleural
- 4) **¿Cuáles son complicaciones de la analgosedación?**
- a) Sueño profundo, estado de coma
  - b) Sopor y delirio
  - c) Sedación superficial
  - d) Infrasedación o sobrededación
- 5) **¿Cuáles son los medicamentos más usados para analgosedación en cuidados intensivos?**
- a) Flumazenil y ketamina
  - b) Tiopental y morfina.
  - c) Fentanilo y Midazolam.
  - d) Propofol y Metamizol.
- 6) **¿Cuál es el efecto adverso más común de estos medicamentos mencionados anteriormente?**
- a) Trastornos digestivos
  - b) Hipotensión Sistólica
  - c) Taquicardia Sinusal
  - d) Depresión respiratoria
- 7) **¿Qué debe monitorizar la enfermera en un paciente con analgosedación sometido a ventilación mecánica invasiva?**
- a) Monitorización multiparámetros y AGA
  - b) Llenado capilar, PVC, glicemia
  - c) Nivel de conciencia, Sat O2, P.A
  - d) PAM y PIC.
- 8) **¿Qué escala se utiliza para evaluar estado de agitación – sedación en paciente con ventilación mecánica?**
- a) Escala de GLASGOW
  - b) Escala Visual Analógica
  - c) Escala de RASS
  - d) Escala de Sedoanalgesia
- 9) **¿Con qué frecuencia debe aplicarse la escala en el paciente?**
- a) Cada hora o cada 2 horas
  - b) Una vez al día
  - c) Dos veces al día
  - d) Cuantas veces sea necesario

**10) ¿Qué características reúne un paciente con una escala de (RASS-4)?**

- a) Despertares breves con contacto visual con la voz (<10 segundos)
- b) No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico
- c) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
- d) Compite con el ventilador

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

- a) Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada.
- b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
- c) Alerta y Calmado
- d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo

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

- a) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
- b) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
- c) Movimiento (sin apertura de ojos) a la llamada
- d) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (>= 10 seg), no dirige la mirada.

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

- a) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
- b) Alerta y Calmado
- c) Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos)
- d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo

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

- a) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (>= 10 seg)
- b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
- c) Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
- d) Despertares breves con contacto visual con la voz (<10 segundos)

**15) ¿Cómo considera Ud. Al paciente Alerta y calmado según la escala de RASS? (RASS 0)**

- a) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
- b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
- c) Ausencia de respuesta a la voz, pero con movimientos o apertura de los ojos a la estimulación física
- d) Alerta y Calmado

**16) ¿En paciente con ventilación mecánica y PEEP alto, que RASS debería manejar?**

- a) RASS -4
- b) RASS 0
- c) RASS +1
- d) RASS +3

e) Ras -5

**17) ¿Conoce usted la escala de valoración del dolor en paciente con ventilación mecánica no comunicativo y bajo sedación profunda??**

- a) Escala Visual Análoga EVA
- b) ESCID
- c) Behavioural Pain Scale (BPS)
- d) B y C

**18) La Escala visual analógica se aplica en pacientes:**

- a) Con ventilación mecánica
- b) Conscientes y comunicativos
- c) Sedados
- d) Ninguna de las anteriores

**19) ¿Cómo define ventilación mecánica invasiva?**

- a) Es la utilización de oxígeno para ventilación del paciente.
- b) Es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.
- c) Es un instrumento que ayuda a la ventilación del paciente
- d) procedimiento de respiración artificial, mediante el cual se conecta un respirador al paciente a través de un tubo endotraqueal o de una traqueostomía con el fin de sustituir la función ventilatoria.

**20) ¿Cuál es el objetivo de ventilación mecánica?**

- a) Mantener al paciente dormido.
- b) Mantener el intercambio gaseoso o sustituir el trabajo respiratorio
- c) Mantener al paciente relajado.
- d) Mantener al paciente sedado y relajado.

**21) ¿Cuáles son los criterios para iniciar ventilación mecánica?**

- a) Agitación continua, tiraje, incontinencia urinaria.
- b) Estado mental: agitación, Excesivo trabajo respiratorio, tiraje, uso de músculos accesorios, signos faciales, Fatiga de músculos inspiratorios, Agotamiento general de paciente, Hipoxemia.
- c) Agotamiento general del paciente, agitación, tiraje, taquipnea.
- d) Estado mental, agitación, estado de coma.

**22) ¿Cuáles son los modos más conocidos de ventilación mecánica invasiva?**

- a) S. Mandatorio A/P SIMV,
- b) CPAP. P A/C, V A/C, SIMV.
- c) V A/C, V CPAP, ALEATORIO
- d) SIMV, INVASIVO, CPAP

**Gracias por su colaboración**

### Anexo 3



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
 DE ENFERMERÍA

#### LISTA DE COTEJO

#### PRÁCTICAS DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO AL MONITOREO DE LA ANALGOSEDACIÓN EN HOSPITALES PÚBLICOS

Elaborado por: Ávila c

Fernández M (2017)

Modificado por: Asmat M

Córdova O (2023)

Enfermera observada.....Hora:..... Fecha.....

PRÁCTICA	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>Antes de la analgo sedación</b>			
1. Armado de ventilador mecánico			
2. Bombas de infusión operativas			
3. Fármacos			
4. Prepara el material y equipo			
5. Preparación correcta de fármacos			
<b>Durante la analgo sedación</b>			
6. Monitoreo hemodinámico			
7. Monitoreo ventilatorio			
8. valoración de la sedación según escala de RASS			
9. Valoración del dolor según escala BPS			
10. Titulación de las infusiones de analgo sedación			
11. Identifica signos de complicaciones y posibles efectos adversos			
12. Registra en la hoja de monitoreo			
<b>Después de la analgo sedación</b>			
13. Busca signos de complicaciones de la analgo sedación			
14. Registra en la hoja de monitoreo lo observado.			

Gracias por su colaboración

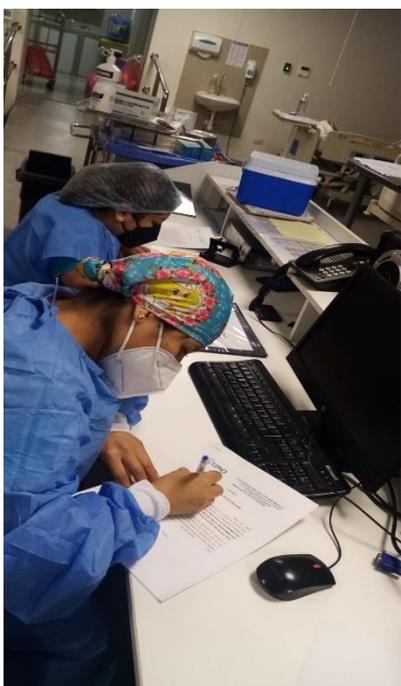
## Anexo 4

### FRECUENCIA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad	N°	%
25-30 años	12	24
31-35 años	15	30
36 – 40 años	9	18
41 – 50 años	7	14
Mas de 50 años	7	14
Condición laboral		
Cas	18	36
Cas covid	12	24
Nombrada	20	40
	50	100

## EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### Hospital Belén de Trujillo



## Hospital Regional docente de Trujillo



# CONSTANCIA DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE HA DESARROLLADO LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN



GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
DE TRUJILLO

*Juntos por la  
Prosperidad*

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

## AUTORIZACION DE EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS

N° 107

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.

AUTORIZA:

La realización del Proyecto de Investigación : "CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO AL MONITOREO DE LA ANALGOSEDACION EN HOSPITALES PUBLICOS DE TRUJILLO, 2023" periodo: de Agosto a Diciembre del 2023. Teniendo como Investigadoras a las estudiantes de Maestría de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Autora:

- ASMAT ASMAD, MEYLIN DEL CISNE
- CORDOVA QUIROZ OLINDA SARITA

No se autoriza el ingreso a UCI de Emergencia

Trujillo, 14 de Noviembre del 2023

  
Dra. Jenny Valverde López  
CMP. 23822 RNE. 11837  
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA  
EN INVESTIGACIÓN  
Hospital Regional Docente de Trujillo

JVL/gbm  
c.c. archivo

**"Justicia Social con Inversión"**

Av. Mansiche 795 - Teléf. 231581 - Anexo 225 - 481218 - Telefax. 233112 - Trujillo - Perú  
docencia.hrdt@gmail.com



GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL BELEN DE  
TRUJILLO**  
**CONSTANCIA DE APROBACIÓN ÉTICA N° 111-2023-HBT**

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Belén de Trujillo, hace constar que el protocolo de investigación señalado a continuación fue APROBADO, bajo la categoría de REVISIÓN PARCIAL.

Título del estudio: **CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO AL MONITOREO DE LA ANLGOSEDACIÓN EN HOSPITALES PUBLICOS DE TRUJILLO, 2023** con código único de identificación: **ID\_CIEI-HBT 124-2023**, cuyas investigadoras principales son: **ASMAT ASMAD, MEYLIN DEL CISNE y CORDOVA QUIROZ, OLINDA SARITA.**

El protocolo aprobado corresponde a la versión 01, con fecha 02 de noviembre del 2023. Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de pautas éticas en investigación, incluyendo el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Cualquier enmienda en los objetivos secundarios, metodología y aspectos éticos debe ser solicitada a este comité.

El periodo de vigencia de la presente aprobación será de 05 meses; desde el 02/11/2023 hasta el 02/04/2024, debiendo solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

Sírvase hacernos llegar los informes de avance del estudio en forma trimestral a partir de la presente aprobación. Además, deberá presentar un informe de término de la investigación al culminar el estudio.

Trujillo, 2 de noviembre del 2023

DR. MANUEL MARIO SANCHEZ LANDERS  
PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE  
ÉTICA EN INVESTIGACION  
HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO

MMSL/RVG/aro  
C.c: Archivo

**"Juntos por la Prosperidad"**

Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, 044 -480200 Anexo 144  
Página Web: [www.hbt.gob.pe](http://www.hbt.gob.pe)

### DICTAMEN CIEI N° 199 – HBT - 2023

En la ciudad de Trujillo a las 10 Hrs del día 1 del mes de noviembre del año 2023, se reunió el Comité de Ética en Investigación del Hospital Belén de Trujillo (CIEI-HBT) con el quórum válido (07 miembros) para evaluar el Proyecto de Investigación titulado: **CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPECTO AL MONITOREO DE LA ANLGOSEDACIÓN EN HOSPITALES PUBLICOS DE TRUJILLO, 2023** con código único de identificación: ID\_CIEI-HBT 124-2023, cuyas investigadoras principales son: **ASMAT ASMAD MEYLIN DEL CISNE y CORDOVA QUIROZ OLINDA SARITA.**

Vistos los siguientes documentos normativos nacionales e internacionales:

- Ley N° 26842 Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de Salud.
- Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos Personales.
- Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2019-023.
- Declaración de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, Declaración y Programa de Acción de Viena, Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, Declaración sobre los Derechos de los Pueblos, Indígenas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Directrices sobre el VIH/ SIDA y los Derechos Humanos, Principios Rectores para la Reglamentación de los Ficheros Computarizados de Datos Personales, Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, especialmente los Médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y otros tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Asambleas Médicas: 18° Helsinki 1964, 29° Tokio Japón 1975, 35° Venecia Italia 1983, 41° Hong Kong 1989, 48° Sudáfrica 1996, 52° Escocia 2000, Nota de Clarificación Washington 2002, Nota de Clarificación de la Asamblea General AMM Tokio 2004.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO-2005.