



UMA
Universidad
María Auxiliadora

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LA
ENFERMERA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON
SEDOANALGESIA EN VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL III
ESSALUD – LIMA 2025**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

AUTOR:

Lic. PORTUGUEZ CHONG, Mariela Stefany

<https://orcid.org/0009-0008-0470-778X>

ASESOR:

Mag. MARÍA DEL PILAR FAJARDO CANAVAL

<https://orcid.org/0000-0001-9942-0491>

LIMA – PERÚ

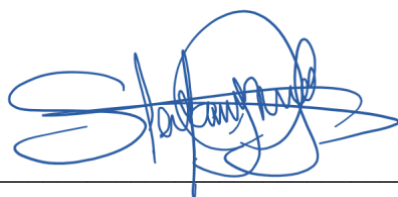
2025

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **Mariela Stefany Portuguez Chong**, con DNI 47303138, en mi condición de autor(a) de trabajo académico presentada para optar el título de especialista en enfermería en Cuidados intensivos, de título **“Nivel de conocimiento y practica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del hospital III Essalud – Lima 2025”** **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de 14 % y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 23 días del mes de enero del año 2026.






PORTUGUEZ CHONG MARIELA STEFANY

DNI: 47303138

Mariela Stefany Portuguez Chong

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON SEDOANALGESIA E...

-  Quick Submit
-  Quick Submit
-  ENFERMERIA

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3451686485

Fecha de entrega

30 dic 2025, 12:12 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

30 dic 2025, 12:53 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

Copia_de_LIC_MARIELA_STEFANY_J_PORTUGUEZ_CHONG.pdf

Tamaño del archivo

489.5 KB

38 páginas

9630 palabras

57.318 caracteres

14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi familia, por su apoyo constante, comprensión y motivación permanente, los cuales han sido fundamentales para culminar satisfactoriamente esta etapa de formación académica.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, a mis docentes y asesores por la orientación brindada, así como a todas las personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron al desarrollo y culminación de esta investigación.

Índice General

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice General.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODO	10
2.1 Enfoque y diseño de investigación	10
2.2 Población, muestra y muestreo	10
2.3 Variables de investigación	11
2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	11
2.5 Plan de recolección de datos	13
2.6 Método de análisis estadístico.....	13
2.7 Aspectos éticos	14
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	15
3.1 Cronograma de Actividades	15
3.2 Recursos Financieros	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
ANEXOS	24
Anexo A: Matriz de consistencia	25
Anexo B: Instrumento de recolección de datos	26
Anexo C: Consentimiento informado.....	31

Resumen

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en un hospital de EsSalud – Lima, 2025.

Materiales y método: enfoque cuantitativo, diseño no experimental – correlacional, de corte transversal. La población estará conformada por 45 enfermeros(as) de áreas críticas del Hospital III EsSalud de Lima 2025, empleando una muestra censal. Los instrumentos validados son cuestionario de nivel de conocimiento y guía de observación de nivel de práctica.

Resultados: mediante tablas y graficas con su interpretación correspondiente.

Conclusiones: la presente investigación contribuirá con el nivel de conocimiento y practica en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica.

Palabras clave: ventilación mecánica, enfermería, conocimiento, práctica.
(DeCS/MeSH)

Abstract

Objective: To determine the level of knowledge and practice of the nurse in the assessment of patients with sedation-analgesia on mechanical ventilation in an EsSalud hospital – Lima, 2025.

Materials and method: quantitative approach, non-experimental – correlational, cross-sectional design. The population will be made up of 45 nurses from critical areas of the III EsSalud Hospital in Lima 2025, using a census sample. The validated instruments are a knowledge level questionnaire and a practice level observation guide.

Results: through tables and graphs with their corresponding interpretation.

Conclusions: The present research will contribute to the level of knowledge and practice in the assessment of patients with sedation-analgesia on mechanical ventilation.

Keywords: mechanical ventilation, nursing, knowledge, practice. (DeCS/MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

En el sector de los cuidados críticos, la ventilación mecánica se ha consolidado como un soporte vital indispensable para pacientes con insuficiencia respiratoria grave o fallo orgánico agudo. Su implementación, sin embargo, implica múltiples riesgos si no se acompaña de estrategias de cuidado integrales que garanticen la seguridad del paciente. En este escenario, con la Organización Panamericana de la Salud resalta que la analgesia, la sedación, aplicación de bloqueadores neuromusculares y valoración del delirium son temas centrales en UCI, no obstante con protocolos establecidos y con personal capacitado(1).

La Organización Mundial de la Salud, en sus lineamientos para el control y manejo de usuarios en UCI, enfatiza que la valoración sistemática de anestesia y del delirium esta forma de la práctica diaria, ya que esto se asocian con la morbilidad y con la prórroga de la estancia en UCI. Asimismo, resalta la categoría de usar herramientas estandarizadas de valoración y de una capacitación prolongadamente al profesional de enfermería para la correcta aplicación(2).

Las guías PADIS, fortalecen el requerimiento de manejar escalas validadas hacia el manejo de la sedoanalgesia. Esto comprende la escala RASS hacia la evaluación de la sedación, la CPOT y BPS para la detección del dolor en pacientes no comunicantes y la CAM-ICU para identificar delirium. Este enfoque no solo garantiza la seguridad hospitalaria, sino que busca complementar medidas de rehabilitación temprana y técnicas como el uso de melatonina para consolidar la calidad de sueño(3).

En un estudio de análisis de artículos se establece que conservar una sedación ligera, en cotejo con anestesias profundas y extensas, minimiza de modo significativo la morbilidad de usuarios críticos. Los autores señalan que la profundidad de la sedación tiene implicaciones clínicas directas sobre el tiempo de ventilación mecánica, el riesgo de infecciones nosocomiales y la capacidad de recuperación funcional del paciente(4).

Los bundles de cuidado, que integran medidas de valoración continua de dolor, sedación y delirium, han justificado ser efectivos en la reducción de complicaciones neurológicas en pacientes críticos. Una revisión sistemática publicada en 2025 evidencia que las UCI que implementan de forma constante estos paquetes asistenciales logran disminuir la incidencia de delirium y favorecen la seguridad del paciente, aunque aún se observa una marcada variabilidad en su aplicación

práctica(5).

Por su parte, Luz y colaboradores (2022) documentan que durante la pandemia de COVID-19, emplearon las prácticas integrales de sedoanalgesia se vio afectada por la sobrecarga asistencial y la escasez de recursos, lo que produjo variaciones en la adherencia a protocolos de sedación, analgesia, movilización y control del delirium. Este resultado respalda la necesidad de conservar la instrucción del profesional y la vigilancia en aspectos de crisis sanitaria(6).

En Sudamérica, investigaciones efectuadas en Chile revelan que, a pesar de tener protocolos actualizados, la ejecución de escalas debidamente validadas en relación con la anestesia sedación muestra algunas inexactitudes. El personal de enfermería indican impedimentos en la ejecución de estas herramientas, como factores de la carga laboral o también la carencia en la supervisión, que involucra claramente la calidad de la asistencia brindada al usuario(7).

De igual manera, encuestas efectuadas en unidad de cuidados intensivos en Latinoamérica en correspondencia con la movilización temprana revela un vínculo directo entre el logro de metas de anestesia y la capacidad de ejecutar intervenciones no farmacológicas de manera segura. El estudio da a conocer la carencia de una adecuada estandarización y el recurso limita la frecuencia y seguridad de estas prácticas(8).

En investigaciones actualizadas en Brasil revelan que la morbilidad en la UCI se relaciona con lo relacionado en la sedación suministrada en los primeros días de ventilación mecánica. Además, se da a conocer la falta de objetivos específicos de sedación y administración no adecuada de escalas que ofrecen la dilatación no adecuada de la asistencia de ventilación (9).

También investigaciones actualizadas en lo referente a la percepción del enfermero(a) de U.C.I. da a conocer que valida la categorización de las escalas validadas, no obstante admite la limitación de la administración del cuidado adecuado(10).

En revisiones actualizadas, se recalca que los protocolos convenientes por el enfermero(a) son altamente efectivos para mejorar los resultados clínicos. Estos protocolos permiten que el profesional tome disposiciones inmediatas en función de la valoración objetiva del usuario, lo que asevera arreglos adecuados y favorece a reducir los peligros agrupados con la analgesia insuficiente o la sobredosificación (11). La validez y confiabilidad de las escalas de dolor, como la CPOT, han sido válidas en publicaciones recientes. Investigaciones actuales subrayan que esta herramienta

resulta adaptable tanto en usuarios intubados como en aquellos con restricciones en la comunicación oral, aseverando su beneficio en contextos de ventilación mecánica dilatada y cuidados críticos complicados(12).

Asimismo, estudios comparativos entre CPOT y BPS revelan que ambas herramientas muestran desempeños convergentes en la localización de dolor en usuarios ventilados. Estas certezas apoyan la necesidad de acoger escalas estandarizadas en la práctica cotidiana, impidiendo la dependencia exclusiva de la percepción individual del equipo de salud(13).

En relación con el delirium, una investigación reciente concluye que su prevalencia sigue siendo eminente en UCI y que la carencia de tamizaje sistemático con instrumentos validados se convierte en diagnósticos tardíos. Esto se coliga con mayores tasas de mortalidad y con secuelas cognoscitivas dilatadas en los usuarios críticos(14).

Sin embargo, una investigación en Iberoamérica de 2025 recalca que la sobredación se ha transformado en un fenómeno perseverante tras la pandemia, debido en parte a la insolvencia de personal y a experiencias establecidas en emergencias médicas. Los investigadores concluyen que retomar la vigilancia estricta de la sedoanalgesia y reforzar la formación del personal de enfermería es una prioridad en la región(15).

La presente investigación posee como problemática principal la insuficiente valoración sistemática del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica por parte del personal de enfermería. Según lo observado en el establecimiento de estudio, se evidencian inconsistencias en la aplicación de escalas validadas, registros incompletos y escasa traducción de los hallazgos en decisiones clínicas. Además, el nivel de conocimiento sobre las prácticas óptimas aún presenta deficiencias, lo que hace necesario investigar esta realidad con el fin de formular intervenciones que fortalezcan la capacitación y la estandarización de protocolos en la UCI.

Según las bases teóricas se indica que la sedoanalgesia en cuidados críticos integra la valoración del dolor, la sedación y el delirium como componentes esenciales de la atención enfermera. Actualmente se operacionaliza en protocolos como el ABCDEF/ICU Liberation bundle, que han demostrado reducir complicaciones y mejorar resultados clínicos cuando se implementan de forma sistemática, reforzando el papel activo de la enfermería en la administración de sedantes y analgésicos(16). En ese marco, las guías internacionales recomiendan el modelo PADIS (Pain,

Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, Sleep), que articula la práctica de enfermería con estrategias integrales: detección precoz del dolor, sedación ligera con metas definidas, cribado de delirium, prevención de inmovilidad y promoción del sueño, todo mediante escalas validadas y seguimiento continuo(17).

Pese a estas recomendaciones, aún coexiste una brecha entre la práctica y la teoría. Estudios multicéntricos describen que en muchos hospitales se aplican niveles de sedación más profundos de lo recomendado, con evaluaciones poco frecuentes y documentación incompleta, lo que se traduce en desenlaces menos favorables para los pacientes ventilados(18).

Una de las herramientas centrales para la valoración de la sedación es la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), que consiente regular el estado de conciencia y guiar la administración de medicamentos. Investigaciones recientes indican que, si bien su seguridad es alta, existen discrepancias interobservador que fortifican la necesidad de capacitación contigua en su aplicación(19).

En relación con el dolor, la escala Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) ha revelado ser válida y confiable en usuario no comunicantes. Su uso consecuente por el profesional se ha ligado como una estrategia que responde la administración adecuada de la analgesia, minimizando la subjetividad y mejorando la seguridad clínica(20).

Otra herramienta es la Behavioral Pain Scale (BPS), delineada para usuarios ventilados. Análisis de estudios nuevos liquida que BPS y CPOT muestran propiedades psicométricas similares, y que ambas deben ser ejecutadas de modo protocolizado a fin de reducir la inconsecuencia en la detección del dolor(21).

El delirium, estimado una disfunción cerebral aguda, compone una dimensión crítica del manejo en UCI. Un metaanálisis actualizado evidenció que los equipos CAM-ICU e ICDSC son precisas en su descubrimiento, con una especificidad levemente mayor para CAM-ICU, lo que ampara su ejecución como parte de la rutina en el personal en usuarios con ventilación mecánica(22).

En la población latinoamericana, la validación de instrumentos como el Nu-DESC en idioma español ha expuesto resultados positivos, brindando al profesional un recurso práctico y confiable para la localización rápida de delirium en contextos de alta demanda asistencial(23).

Asimismo, la administración farmacológica es otro factor esencial. Un metaanálisis actual indica que propofol y dexmedetomidina brindan ventajas frente a

benzodiazepinas, al coligar con menor acontecimiento de delirium y reducción en el tiempo de ventilación mecánica, indagación clave que el personal de enfermería debe meditar en la práctica(24).

Considerar que en usuarios con sepsis, una revisión sistemática cotejó dexmedetomidina y propofol, hallando discrepancias en estabilidad hemodinámica y permanencia de la ventilación, lo que muestra la categoría de la valoración perpetua para particularizar la terapia calmante en este subgrupo crítico(25).

Sin embargo, las prácticas enfermeras protocolizadas también contienen los Spontaneous Awakening Trials (SAT), que han expuesto comprimir el tiempo de ventilación y optimizar la recuperación. El rol de la enfermería en la ejecución de SAT que solicita de juicios clínicos puntuales respaldados en valoraciones objetivas para responder la seguridad del usuario(26).

Para alcanzar la adopción de estas experiencias, el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) brinda un marco robusto que consiente asemejar barreras en la implementación de protocolos de sedoanalgesia, situando programas de aprendizaje y estrategias de progreso en la práctica enfermera (27).

Desde la perspectiva hipotética, la teoría de las necesidades de Virginia Henderson suministra un marco fundamental, pues instituye que el enfermero(a) debe suplir los requerimientos básicos del paciente cuando este no consigue hacerlo. En usuarios ventilados y sedados, la valoración de sedoanalgesia reconoce a la necesidad de pausa, comodidad y paliativo del dolor, articulando claramente el rol enfermero con la teoría de Henderson(28).

Del mismo modo, la teoría del confort de Katharine Kolcaba indica que el objetivo del cuidado es suministrar bienestar en tres dimensiones: alivio, tranquilidad y trascendencia. Ejecutada al contexto de UCI, la evaluación de la dolencia, la sedación y el delirium da lugar a alcanzar horizontes óptimos de confort, componiendo mediaciones farmacológicas y no farmacológicas que manifiestan a esta teoría(29).

También, el modelo de adaptación de Callista Roy plantea que el ser humano responde a estímulos internos y externos a través de mecanismos adaptativos. En pacientes críticos, la ventilación mecánica constituye un estímulo estresor que requiere intervenciones de enfermería para favorecer la adaptación fisiológica y psicológica, siendo la valoración de la sedoanalgesia una estrategia clave para reducir la carga adaptativa(30).

El estudio de Argüello(31), en Ecuador, en el año 2023, con el objetivo de “explorar

las escalas de evaluación sistemática del nivel de sedación y analgesia en pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva”. El enfoque cuantitativo, diseño descriptivo transversal basado en revisión documental y cuestionario. La población incluyó profesionales de salud que laboraban en UCI de hospitales del país. Como instrumento, se aplicó un cuestionario estructurado que indagó sobre uso de escalas (p. ej., RASS, CPOT/BPS), existencia de protocolos y barreras de implementación. Como resultado se identificó variabilidad en la elección y frecuencia de uso de escalas; los servicios con mayor capacitación y protocolos formales reportaron aplicación más sistemática, mientras que otros centros mostraron adopción limitada por falta de entrenamiento y estandarización. El autor concluye que, aunque el personal reconoce la importancia de las escalas de sedoanalgesia, persisten brechas operativas y de formación, por lo que se requiere protocolizar y fortalecer la capacitación continua para asegurar la valoración sistemática del paciente ventilado. Al respecto, Souza y colaboradores(32), en Brasil, en el año 2022, con el objetivo de caracterizar el conocimiento y las actitudes sobre la sedación ligera en pacientes ventilados mecánicamente. El enfoque cuantitativo, con diseño transversal mediante encuesta electrónica. La población estuvo concertada por 303 médicos intensivistas de Brasil. Se utilizó un cuestionario online alineado a las guías PADIS para indagar prácticas de sedación y barreras de implementación. Teniendo como resultados que el 92,6% reportó uso rutinario de escalas de sedación, 48,4% realizaba interrupción diaria y 48% percibía sobre-sedación; durante la pandemia se incrementaron el uso de midazolam y la sedación profunda. Los autores concluyen que, aunque el concepto de sedación ligera es conocido, persisten brechas en monitoreo frecuente, protocolos y sistematización, lo que sugiere la necesidad de estrategias educativas y de implementación.

La investigación por Gonzales y colaboradores(33), en Colombia, en el año 2021, con el objetivo de “estimar la incidencia de delirium en adultos hospitalizados y analizar su asociación con desenlaces clínicos”. El enfoque fue cuantitativo, con diseño de cohorte de pacientes adultos atendidos en hospitales regionales. La población incluyó pacientes hospitalizados (incluyendo críticos), a quienes se aplicaron herramientas de tamizaje cognitivo/funcional estandarizadas como instrumentos diagnósticos. Arribando a resultados de que la incidencia de delirium fue similar a la reportada mundialmente y se asoció con mayor estancia hospitalaria y peores desenlaces; el estudio resalta la necesidad de tamizaje sistemático y de protocolos de

prevención/detección temprana. Los autores concluyen que, el delirium continúa siendo frecuente y clínicamente relevante; incorporar la evaluación estructurada y reforzar la capacitación del personal resultan ejes para mejorar la calidad del cuidado, especialmente en pacientes con ventilación mecánica que requieren sedoanalgesia. Por su parte, Carrasco y colaboradores(34), en Lima, en el año 2024, con el objetivo de “determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería a pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica”. El enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional. La población fue de 33 licenciados en enfermería. Como instrumentos el cuestionario de conocimientos y guía de observación validados. Arribando a resultados de que 84,8% mostró conocimiento alto y el 100% una práctica eficiente; la relación entre ambas variables fue débil y no significativa ($Rho=0,211$; $p=0,238$). Los autores concluyeron que, no se evidenció correlación significativa entre conocimiento y práctica, pese a niveles altos en ambas dimensiones.

Por un lado, Carrión y colaboradores(35), en Andahuaylas, en el año 2022, con el objetivo de determinar la relación entre conocimientos y prácticas de cuidado en pacientes con ventilación mecánica bajo sedoanalgesia. La metodología cuantitativa, con diseño no experimental, relacional y de corte transversal. La población fue compuesta por 20 enfermeros de UCI. Como instrumentos el cuestionario y lista de observación. Como resultado, la prueba de Spearman indicó ausencia de relación entre conocimiento y práctica ($p=0,623$). Los autores concluyeron que, el conocimiento no se traduce necesariamente en ejecución de prácticas, evidenciando la necesidad de reforzar estandarización y supervisión.

Por otro lado, Santa(36), en Chiclayo, en el año 2022, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y la práctica de cuidados de enfermería en pacientes con sedoanalgesia y ventilación mecánica. El enfoque fue cuantitativo, descriptivo, correlacional, con diseño no experimental y transversal. La población consideró 75 licenciados de enfermería. Instrumentos: encuesta y guía de observación validadas (juicio de expertos y V de Aiken), con análisis en SPSS. Con resultados de que el protocolo describe el procesamiento de datos y análisis en porcentajes, cuadros y gráficos para evaluar ambas variables. Concluye el autor que, se proyecta que los hallazgos sustenten estrategias educativas y mejoren la identificación y manejo de los pacientes bajo sedoanalgesia en UCI.

Abordar el nivel de conocimiento y la práctica de la enfermera en la evaluación del

usuario con sedoanalgesia en ventilación mecánica es importante porque se trata de una intervención cotidiana y de alto impacto en UCI: una valoración deficiente favorece la sobredosificación o el infracontrol del dolor, incrementa el riesgo de delirium, prolonga la ventilación mecánica y la estancia hospitalaria, y eleva costos y eventos adversos. En cambio, una valoración sistemática con metas claras y escalas estandarizadas permite decisiones terapéuticas oportunas y centradas en el paciente. Si no se investiga esta temática, persisten brechas entre la evidencia y la práctica, con consecuencias clínicas y económicas. Este estudio contribuye al conocimiento científico al describir con precisión la situación actual del equipo de enfermería y al generar evidencia local útil para orientar la estandarización de protocolos, programas de capacitación y mejoras continuas en seguridad del paciente.

La investigación se justifica en marcos conceptuales y teorías de enfermería que explican y orientan el cuidado en UCI. La teoría de las necesidades de Henderson resalta la responsabilidad de reemplazar necesidades básicas cuando el paciente no puede hacerlo, lo que incluye confort y alivio del dolor. La teoría del confort de Kolcaba vincula alivio, tranquilidad y trascendencia como metas del cuidado, coherentes con la sedoanalgesia segura. El modelo de adaptación de Roy conceptualiza la respuesta del usuario a estímulos como la ventilación mecánica y la sedación, ubicando a la enfermería como agente modulador de esa adaptación. Persisten vacíos sobre cómo el conocimiento del personal se traduce en práctica estandarizada de valoración (dolor, sedación, delirium) y cómo ello impacta la toma de decisiones. Los hallazgos esperados dialogarán con estos marcos y aportarán un modelo operativo que articule teoría, medición con escalas y conducta clínica.

Por un lado, a nivel práctico se identificarán brechas específicas en conocimiento y en la ejecución de la valoración (frecuencia, oportunidad, interpretación de puntajes y registro), lo que permitirá diseñar capacitaciones focalizadas, listas de cotejo y circuitos de comunicación. Asimismo, ofrecerán insumos para actualizar o unificar protocolos de sedoanalgesia y para integrar indicadores de calidad (por ejemplo, cumplimiento de metas de sedación y tamizaje de delirium) en el monitoreo del servicio. Para el equipo de enfermería, el estudio facilita decisiones más seguras y homogéneas; para los pacientes, se traduce en mayor confort, menor exposición a sedación innecesaria y potencial reducción de complicaciones; para la institución, apoya la gestión del riesgo clínico y el uso racional de recursos.

Por otro lado, metodológicamente se elige un enfoque cuantitativo con diseño

correlacional y corte transversal porque permite medir con objetividad el nivel de conocimiento y práctica de valoración, y explorar su asociación en el personal de enfermería en un momento definido. Este enfoque ofrece ventajas frente a alternativas cualitativas para el objetivo planteado, al posibilitar comparaciones, categorizaciones y análisis estadísticos que respaldan inferencias sólidas. La fiabilidad se garantiza mediante pruebas piloto y coeficientes de los instrumentos; la validez de contenido se asegura por juicio de expertos y criterios formales; y la validez interna se cuida con procedimientos estandarizados de recolección y control de sesgos. El diseño y las técnicas seleccionadas son pertinentes para describir magnitudes, identificar brechas accionables y generar evidencia replicable para la mejora continua del servicio.

En ese sentido, el objetivo general del presente estudio es “Determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en un hospital de EsSalud – Lima, 2025”.

La hipótesis general es H_i : Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la enfermera y su práctica en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica. H_o : No existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la enfermera y su práctica en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Enfoque y diseño de investigación

La presente investigación se sitúa con enfoque cuantitativo porque parte de una problemática delimitada, define variables medibles, formula hipótesis y emplea procedimientos estandarizados(37). El diseño por utilizar es no experimental–correlacional; es no experimental porque no se manipulan deliberadamente las variables, no obstante, se observan los fenómenos tal como ocurren en su contexto(38). Asimismo, es correlacional porque su propósito es estimar la fuerza y dirección de la asociación entre el nivel de conocimiento y la práctica de valoración de sedoanalgesia en enfermería, sin inferir causalidad ni intervenir sobre las variables(39). Finalmente, es de corte transversal porque la medición de las variables se efectúa en un único momento o periodo, característica propia de los estudios transversales que permiten estimar prevalencias y asociaciones puntuales(40).

2.2 Población, muestra y muestreo

La población serán los 45 enfermeros(as) de áreas críticas del Hospital III EsSalud de Lima 2025, distribuidos en unidad de cuidados intensivos sala 1,2,3 y 4.

Criterios de inclusión

- Enfermero(a) que labora en la unidad de cuidados intensivos en las salas 1,2,3 y 4.
- Enfermera(o) que tengan mínimo 3 meses laborando en la unidad.
- Enfermera(o) que firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Enfermera(o) que se halla en situación de vacaciones.
- Enfermera(o) que desarrolle labores administrativas.

Muestra

Se empleará muestra censal donde toda la población será empleada, ya que al ser una población finita, se toma en cuenta la totalidad de la población de investigación.

2.3 Variables de investigación

Variable 1: Nivel de conocimiento

Definición conceptual

Es la información que posee el enfermero(a) sobre la sedación y la analgesia entendidas como la depresión de la conciencia provocada por fármacos, durante la cual los pacientes no obtienen despertarse fácilmente pero responden de forma intencional; se enmarca en los contenidos que sustentan la valoración clínica del paciente ventilado en UCI(41).

Definición operacional

Se midió mediante cuestionario estructurado de 4 dimensiones y 22 ítems (conceptos claves de sedoanalgesia; valoración de agitación-sedación; medicamentos antagónicos; y cuidados de los fármacos de sedoanalgesia). La escala fue ordinal dicotómica por ítem (conoce=1 / desconoce=0), sumada a un puntaje total y clasificada en bajo, medio y alto.

Variable 2: Nivel de practica

Definición conceptual

Concierne al manejo de técnicas que permiten otorgar cuidados integrales de enfermería en pacientes bajo sedoanalgesia, centradas en la valoración segura y continua del estado del paciente ventilado (antes, durante y después de la sedación/analgesia)(42).

Definición operacional

Se evaluó mediante lista de chequeo con 3 dimensiones y 13 indicadores: antes, durante y después de la sedación. La calificación global se categorizó como práctica adecuada o inadecuada.

2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnica de la variable 1 nivel de conocimiento.

Se empleó la técnica de encuesta por su capacidad para recolectar, en forma estandarizada, información auto-reportada sobre conocimientos a partir de ítems estructurados, lo que facilita la medición válida y comparable entre sujetos y el análisis estadístico posterior(38).

Instrumento de la variable 1 nivel de conocimiento.

Como instrumento cuestionario elaborada y validada por Avila y

colaboradores(41), Lima, 2017, en su trabajo “Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017”, instrumento estructurado de 4 dimensiones con 22 ítems que evalúan del ítem 1-7 valoración de sedoanalgesia, ítems 8-16 valoración de agitación-sedación, ítems 17-18 valoración del dolor, e ítems 19-22 valoración de la ventilación mecánica. Los valores o puntajes según escala serán de no sabe (0) y sabe (1), asimismo, la escala valorativa de la variable tendrá un valor final de nivel de conocimiento de bajo de 0 a 7 puntos, medio de 8 a 14 y alto de 15 a 22 puntos. La validez del instrumento se efectuó a través de jueces expertos. La confiabilidad se logró después de ejecutada la prueba piloto, con prueba estadística KR20, siendo de resultado 0.81; estadísticamente muestra que el instrumento es confiable.

Técnica de la variable 2 nivel de práctica.

Se aplicó observación porque permite registrar el desempeño real de la práctica clínica en tiempo y contexto natural, disminuyendo sesgos de memoria y captando conductas observables vinculadas a estándares de cuidado, con guías de cotejo que aseguran objetividad(38).

Instrumento de la variable 2 nivel de práctica.

Como instrumento cuestionario elaborada y validada por Galindo (42), Lima, 2021, en su trabajo “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, 2021”, instrumento estructurado de 3 dimensiones con 13 indicadores que evalúan del indicador 1-7 antes de la sedación, indicador 8-16 durante la sedación, e indicador 17-18 después de la sedación. La escala valorativa de la variable tendrá un valor final de nivel de practica de adecuada (7 - 12 puntos), inadecuada (0 - 6 puntos). La validación del instrumento se efectuó mediante juicio de expertos. La confiabilidad, se calculó con la prueba estadística KR20, resultado 0.813; estadísticamente nos muestra que el instrumento es confiable.

2.5 Plan de recolección de datos

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se requerirá la carta de presentación a la universidad y se gestionará la autorización institucional ante la Dirección del Hospital III EsSalud – Lima. Asimismo, se presentará el protocolo al comité de ética para su aprobación. Luego, se regularizará con la jefatura de UCI y de enfermería el cronograma de aplicación de los instrumentos, asegurando que el proceso no interfiera con las labores asistenciales. También se establecerán horarios y espacios adecuados para la participación de los profesionales, y se informará a los mismos sobre los objetivos, alcances y carácter voluntario de su colaboración.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

Se establecerá en dos fases. Fase 1 (cuestionario – Variable 1): se entregará de manera presencial a cada profesional de enfermería, previa firma del consentimiento informado, garantizando el carácter anónimo y confidencial de sus respuestas. El cuestionario será autoadministrado y tomará un tiempo aprox. de 10 a 15 minutos. Fase 2 (guía de observación – Variable 2): se efectuará a través de la observación directa en el cuidado del usuario con aplicación de sedoanalgesia, registrando la efectucción de los indicadores antes, durante y posterior de la intervención. Por último, los datos obtenidos serán digitalizados.

2.6 Método de análisis estadístico

La información recopilada será organizados en una base de data en Microsoft Excel y decodificados por el programa estadístico de IBM SPSS. Por un lado, se efectuará un análisis descriptivamente para la caracterización a la población parte de la investigación. Por otro lado, se efectuará la prueba de normalidad de Kolmogórov–Smirnov a fin de establecer la distribución de los puntajes. Según los resultados se optarán por las pruebas estadísticas, en este caso de distribución normal se empleará la correlación de Pearson para evaluar la correlación entre las variables; en caso contrario, se empleará la prueba de correlación de Spearman. El nivel de significancia estadística se establecerá en $p < 0,05$. Posteriormente, lo obtenido en resultados serán plasmados en tablas y sus graficas respectivas, el cual se dará una adecuada interpretación y discusión

de lo hallado con relación a los objetivos de la indagación.

2.7 Aspectos éticos

El estudio practicará con los principios fundamentales de la bioética. El principio de autonomía se avalará mediante la obtención del consentimiento informado de cada colaborador, confirmando que conozcan los objetivos, instrucciones y la voluntad de su cooperación. El principio de beneficencia se cumplirá al orientar los resultados hacia la mejora de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes con sedoanalgesia y ventilación mecánica, lo que beneficiará directamente a los profesionales y a los usuarios. El principio de no maleficencia se respetará porque las técnicas de recolección de datos, como el cuestionario y la observación, no implicarán riesgo ni daño físico, psicológico o social para los participantes. El principio de justicia se aplicará al incluir de manera equitativa a todos los profesionales de enfermería que desempeñen los criterios de inclusión, garantizando igualdad de oportunidades de participación. Asimismo, se precisará que la investigación será examinada e idónea por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad, cumpliendo con la normativa nacional e internacional sobre investigación en seres humanos, y que los resultados podrán ser difundidos en congresos o publicaciones científicas preservando la confidencialidad de los participantes.

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Cronograma de Actividades

Tiempo \ Actividades	2025															
	Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del plan de tesis	■															
Presentación del plan de tesis		■														
Revisión bibliográfica			■	■												
Elaboración del cuadernillo de encuestas				■												
Realización de la encuesta				■	■											
Sistematización de la encuesta					■	■										
Revisión bibliográfica						■	■									
Redacción de la investigación							■	■	■							
Presentación del primer informe de la investigación									■							
Presentación del trabajo de tesis al asesor para su aprobación										■						
Presentación del trabajo de tesis para dictamen											■					
Levantamiento de observaciones de dictamen											■	■				
Presentación del trabajo de investigación para sustentación														■		
Sustentación del trabajo de investigación															■	

Fuente: elaboración propia

3.2 Recursos Financieros

Bienes	Cantidad	Precio unitario S/.	Costo total S/.
Papel bond	1 millar	24.00	24.00
USB	25	1.00	25.00
Disco	1	1.50	1.00
Compacto	12	0.50	6.00
Lapicero	1	1.00	1.00
Borrador			5.00
Imprevistos			
		Sub total	62.00
Servicios	Cantidad	Precio unitario S/.	Costo total S/.
Internet	200 horas	1.00	200.00
Fotocopias	300 copias	0.10	30.00
Digitación	70 hojas	0.80	56.00
Empastado	4	10.00	40.00
Movilidad	12	1.00	12.00
Refrigerio	8	2.00	16.00
		Sub total	354.00

Fuente: elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Essential medicines list for the management of patients admitted to intensive care units with suspected or confirmed [Internet] Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52640>
2. World Health Organization. Clinical management of COVID-19 [Internet] Geneva: WHO;2025.Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cfc83c77-118f-4fda-878f-c77b5a2be896/content>
3. Lewis K, Balas M, Stollings J, McNett M, Girard T, Chanques G, et al. Una actualización enfocada de las guías de práctica clínica para la prevención y el manejo del dolor, la ansiedad, la agitación / sedación, el delirio, la inmovilidad y la interrupción del sueño en pacientes adultos en la UCI. Crit Care Med [revista en Internet] 2025 [acceso 1 de octubre del 2025]; 53(3): 11-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39982143/>
4. Ceric A, Holgersson J, May T, Skrifvars M, Hästbacka J, Saxena M, et al. Efecto del nivel de sedación en los resultados en pacientes adultos críticamente enfermos: una revisión sistemática de ensayos clínicos con metaanálisis y análisis secuencial de ensayos. Rev Clinical Medicine [revista en Internet] 2024 [acceso 1 de octubre del 2025]; 7(1): 10-25. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2589537024001482>
5. Fang D, Zeng L, Kuang F. Eficacia y seguridad de los paquetes de atención en el tratamiento del delirio en pacientes de la UCI: un metaanálisis y una revisión sistémica. BMC Nurs [revista en Internet] 2025 [acceso 1 de octubre del 2025]; 24(1): 35-66. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11963680/>
6. Luz M, Brandão B, Castro R, Salluh J, Dal F, Araujo C, et al. Prácticas de sedación, analgesia, movilización, delirio y privación del sueño en unidades de cuidados intensivos de adultos (SAMDS-UCI): una encuesta internacional antes y durante la pandemia de COVID-19. Ann Intensive Care [revista en Internet] 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 12(1): 9-17. Disponible en: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-022-00985-y>
7. Rojas V, Romero C, Tobar D, Alvarez E, Aranda R, Buggedo G, et al. Prácticas nacionales de analgesia, sedación y delirium en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos en Chile. Rev Med Chil [revista en Internet] 2021 [acceso 1 de octubre de 2025]; 149(6): 864-872. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8872021000600864&lng=en&nrm=iso&tlng=en

8. Barros M, Bernardes C, Benavides V, Vieira P, Baz M, Martí D, et al. Movilización temprana en unidad de cuidados intensivos en América Latina: una encuesta basada en la práctica clínica. *Front Med [revista en Internet]* 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 9(10): 10-22. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.1005732/full>
9. Teixeira C. La alta mortalidad en las unidades de cuidados intensivos brasileñas puede ser un problema de leyes más que técnico: enfoque en las prácticas de sedación. *Crit Care Sci [revista en Internet]* 2023 [acceso 1 de octubre de 2025]; 35(2) :23-30. Disponible en: <https://criticalcarescience.org/article/high-mortality-in-brazilian-intensive-care-units-can-be-a-problem-of-laws-rather-than-a-technical-one-focus-on-sedation-practices/>
10. Varga S, Ryan T, Moore T, Seymour J. ¿Cuáles son las percepciones del personal de cuidados intensivos sobre sus prácticas de sedación cuando atienden a un paciente con ventilación mecánica?: Una revisión sistemática de métodos mixtos. *Int J Nurs Stud Adv [revista en Internet]* 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 4(12): 10-21. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666142X21000424>
11. Lia E, Pucci V, Raccagna C, Sebastiani S, Dekel B. Manejo de la anestesia en la unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática narrativa. *Open Anesth J [revista en Internet]* 2023 [acceso 1 de octubre de 2025]; 17(1): 17-23. Disponible en: <https://openanesthesiajournal.com/VOLUME/17/ELOCATOR/e25896458275320/>
12. Hoshino H, Ikeda M, Matsuishi Y, Enomoto Y, Shimojo N, Kotani M, et al. Validez y confiabilidad de la Herramienta de Observación del Dolor en Cuidados Críticos (CPOT) para pacientes pediátricos críticamente enfermos. Chen RJ, editor. *PLoS One [revista en Internet]* 2025 [acceso 1 de octubre de 2025]; 20(4): 32-37. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0320373>
13. Thomas D, Kuruppasseril A, Samad A, George E. Precisión comparativa de la herramienta de observación del dolor en cuidados críticos (CPOT), la escala conductual del dolor (BPS) y la escala de dolor no verbal (NVPS) para la evaluación del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica: un estudio observacional prospectivo. *Indian J Crit Care Med [revista en Internet]* 2025 [acceso 1 de octubre de 2025]; 29(6): 492-497. Disponible en: <https://www.ijccm.org/doi/10.5005/jp-journals-10071-24984>

14. Sadaf F, Saqib M, Iftikhar M, Ahmad A. Prevalencia y factores de riesgo del delirio en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos: un estudio transversal multicéntrico. Cureus [revista en Internet] 2023 [acceso 1 de octubre de 2025]; 15(9): 44-57. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/183641-prevalence-and-risk-factors-of-delirium-in-patients-admitted-to-intensive-care-units-a-multicentric-cross-sectional-study>
15. Giménez-Esparza Vich C, Martínez F, Olmos Kutscherauer D, Molano D, Gallardo M del C, Olivares-Durán EM, et al. Prácticas de analgesia y delirio en pacientes críticos en el ámbito panamericano e ibérico, y factores asociados a la sobredosificación tras la pandemia de COVID-19: Resultados del estudio PANDEMIC. Med Intensiva (English Ed [revista en Internet] 2025 [acceso 1 de octubre de 2025]; 49(5): 5061. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/en-analgesia-delirium-practices-in-critically-articulo-S2173572725000244>
16. Barr J, Downs B, Ferrell K, Talebian M, Robinson S, Kolodisner L, et al. Mejora de los resultados en pacientes adultos de la UCI con ventilación mecánica después de la implementación del paquete de liberación de la UCI (ABCDEF) en un gran sistema de atención médica. Crit Care Explor [revista en Internet] 2024 [acceso 1 de octubre de 2025]; 6(1): 10-21. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/CCE.0000000000001001>
17. Seo Y, Lee H, Ha E, Ha T. Guías de práctica clínica de KSCCM 2021 para dolor, agitación, delirio, inmovilidad y trastornos del sueño en la unidad de cuidados intensivos. Acute Crit Care [revista en Internet] 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 37(1): 1-25. Disponible en: <http://accjournal.org/journal/view.php?doi=10.4266/acc.2022.00094>
18. Wang T, Zhou D, Zhang Z, Ma P. Se necesitan herramientas para promover las prácticas de sedación en pacientes con ventilación mecánica. Front Med [revista en Internet] 2021 [acceso 1 de octubre de 2025]; 8(11): 74-82. Disponible en: www.frontiersin.org
19. Fuchita M, Pattee J, Le D, To T, Mucharraz C, Knippa S, et al. Acuerdo entre evaluadores de las evaluaciones de la escala de sedación de agitación de Richmond en pacientes adultos que reciben ventilación mecánica en la UCI: un estudio transversal. Crit Care Explor [revista en Internet] 2025 [acceso 1 de octubre de 2025]; 7(9): 13-22. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/CCE.0000000000001302>

20. Gélinas C, Bérubé M, Puntillo K, Boitor M, Richard M, Bernard F, et al. Validación de la herramienta de observación del dolor en cuidados críticos-Neuro en adultos con lesión cerebral en la unidad de cuidados intensivos: un estudio de cohorte prospectivo. *Crit Care* [revista en Internet] 2021 [acceso 1 de octubre de 2025]; 25(1): 14-22. Disponible en: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-021-03561-1>
21. Birkedal H, Larsen M, Steindal S, Solberg M. Comparación de dos escalas de dolor conductual para la evaluación del dolor del procedimiento: una revisión sistemática. *Nurs Open* [revista en Internet] 2021 [acceso 1 de octubre de 2025]; 8(5): 50-60. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.714>
22. Chen T, Chung Y, Chang H, Chen P, Wu C, Hsieh S, et al. Precisión diagnóstica de la CAM-UCI y el ICDSC en la detección del delirio en la unidad de cuidados intensivos: un metaanálisis bivariado. *Int J Nurs Stud* [revista en Internet] 2021 [acceso 1 de octubre de 2025]; 1(13): 10-27. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748920302686>
23. Henao Á, Lozano L, Gómez L. Validación al español de la escala de evaluación de enfermería para el diagnóstico precoz del delirio - Nu-DESC. *Investig y Educ en Enfermería* [revista en Internet]. 2023 [acceso 1 de octubre de 2025]; 41(2): 3-11. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/353973>
24. Heybati K, Zhou F, Ali S, Deng J, Mohananey D, Villablanca P, et al. Resultados de la sedación con dexmedetomidina versus propofol en adultos en estado crítico que requieren ventilación mecánica: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Br J Anaesth* [revista en Internet] 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 129(4): 515-526. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35961815/>
25. Ding H, Dong Y, Zhang K, Bai J. Comparación de dexmedetomidina versus propofol en pacientes con sepsis con ventilación mecánica: un metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Front Pharmacol* [revista en Internet] 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 13(9): 90-98. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2022.901898/full>
26. Ketcham S, Adie S, Brummel K, Walker E, Prescott H, Thomas M. Implementación de un protocolo de ensayo de despertar espontáneo impulsado por enfermeras en una unidad de cuidados intensivos cardíacos. *Crit Care Nurse* [revista en Internet] 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 42(2): 56-61. Disponible en:

<https://aacnjournals.org/ccnonline/article/42/2/56/31724/Implementation-of-a-Nurse-Driven-Spontaneous>

27. Damschroder L, Reardon C, Widerquist M, Lowery J. El Marco Consolidado actualizado para la Investigación de la Implementación basado en los comentarios de los usuarios. *Implement Sci* [revista en Internet] 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 17(1): 75-87. Disponible en: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-022-01245-0>
28. Bianchi M, Ghirotto L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Aleo G, et al. Interacciones diádicas entre tutores y estudiantes en relación con la educación interprofesional y la atención clínica: un estudio de teoría fundamentada constructivista. *J Adv Nurs* [revista en Internet] 2021 [acceso 1 de octubre de 2025]; 77(2): 922-393. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33222216/>
29. Lin Y, Zhou Y, Chen C. Intervenciones y prácticas que utilizan la Teoría del Confort de Kolcaba para promover el confort de los adultos: un protocolo de evidencia y mapa de brechas de estudios internacionales de efectividad. *Syst Rev* [revista en Internet] 2023 [acceso 1 de octubre de 2025]; 12(1): 33-41. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02202-8>
30. Roy C. Cuestiones clave en la teoría de enfermería. *Nurs Res* [revista en Internet] 2018 [acceso 1 de octubre de 2025]; 67(2): 81-92. Disponible en: <https://journals.lww.com/00006199-201803000-00005>
31. Argüello M. Escalas de evaluación sistemática del nivel de sedación y analgesia en el paciente crítico con ventilación mecánica invasiva [Tesis de maestría]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma De Los Andes; 2023 [Internet]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15983>
32. Souza V, Tanaka L, Serafim R, Salluh J. Percepciones y prácticas sobre la sedación superficial en pacientes con ventilación mecánica: una encuesta sobre las actitudes de los médicos intensivistas brasileños. *Rev Bras Ter Intensiva* [revista en Internet]. 2022 [acceso 1 de octubre de 2025]; 34(4): 23-37. Disponible en: <https://criticalcarescience.org/pt-br/article/percepcoes-e-praticas-sobre-sedacao-superficial-em-pacientes-sob-ventilacao-mecanica-um-inquerito-sobre-as-attitudes-de-medicos-intensivistas-brasileiros/>
33. Cadena M, Granados L, Santana J, Ballesteros J, Martínez B, Carrillo M, et al. Incidencia de Delirium en una población de adultos mayores de 65 años

- hospitalizados en un centro de referencia del Nororiente Colombiano. Rev Médicas UIS [revista en Internet] 2021 [acceso 1 de octubre de 2025]; 34(1): 9-17. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/12238>
34. Carrasco M, Perez F. Conocimiento y práctica del cuidado de enfermería a pacientes con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital de tercer nivel Lima, 2024 [Tesis de segunda especialidad]. Perú: Universidad Nacional del Callao; 2024 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/f4357dcd-f897-4db9-a52c-a96eef2343b1/content>
 35. Carrión R, Huaraca M. Conocimientos y prácticas de cuidado en pacientes con ventilación mecánica bajo sedoanalgesia de enfermeros en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2022 [Tesis de segunda especialidad]. Perú: Universidad Nacional del Callao; 2022 2024 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/865c7046-4aab-405e-ac7f-db8db81eede3/content>
 36. Santa P. Conocimiento y práctica sobre los cuidados de enfermería a pacientes con sedoanalgesia en ventilación mecánica de la unidad de cuidados intensivos covid de un hospital de Essalud, Chiclayo, 2022 [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad María Auxiliadora; 2022 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1425>
 37. John W. Creswell and J. David Creswell. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches [Internet]. Disponible en: <https://study.sagepub.com/creswellrd4e>
 38. Hernández S. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa mixta [Internet]. Disponible en: https://www.sancristoballibros.com/libro/metodologia-de-la-investigacion-las-rutas-cuantitativa-cualitativa-mixta_93340
 39. Schwartz K, Tutusaus M, Rusca M, Ahlers R. Investigación en enfermería: generación y evaluación de evidencias para la práctica de enfermería [Internet]. Disponible en: [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Ej3wstotgkQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Polit+and+Beck,+2008\).&ots=whKACU6zyp&sig=er3m34AyUOHcN-Cq8ljBrfnDx6w](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Ej3wstotgkQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Polit+and+Beck,+2008).&ots=whKACU6zyp&sig=er3m34AyUOHcN-Cq8ljBrfnDx6w)

40. Wang X, Cheng Z. Estudios transversales. Rev Chest [revista en Internet] 2020 [acceso 1 de octubre de 2025]; 158(1): 65-71. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369220304621>
41. Avila C, Fernández M, Tarco D. Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017 [Tesis de segunda especialidad]. Perú: Universidad Peruana Unión; 2017 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8a730293-fdb9-4eaa-b41b-fdccdf6e2681/content>
42. 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, 2021. [Tesis de segunda especialidad]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2021 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/243399c5-490d-4d51-a8aa-9b9b7cf95628/content>
43. Arias S, Peñaranda F. La investigación éticamente reflexionada. Rev Fac Nac de Sal Púb. [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de octubre de 2025]; 33(3): 444-451. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000300015

ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

Problema de investigación	Objetivo de la investigación	Hipótesis de la investigación	Variables y dimensiones	Metodología	Población y muestra
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en un hospital de EsSalud – Lima, 2025?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en un hospital de EsSalud – Lima, 2025.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la enfermera y su práctica en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica.</p>	<p>Variable 1: nivel de conocimiento</p> <p>Dimensiones de la variable 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de sedoanalgesia. - Valoración de agitación-sedación. - Valoración del dolor. - Valoración de la ventilación mecánica. 	<p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Diseño: no experimental, correlacional, y de corte transversal.</p>	<p>Población: 45 enfermeros(as) de áreas críticas del Hospital III EsSalud de Lima 2025, distribuidos en unidad de cuidados intensivos sala 1,2,3 y 4</p> <p>Muestra: censal</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermera respecto a la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica?</p> <p>¿Cuál es el nivel de práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica?</p> <p>¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica en la valoración del paciente con sedoanalgesia y ventilación mecánica?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica.</p> <p>Describir el nivel de práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica.</p> <p>Analizar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>Las enfermeras con mayor nivel de conocimiento en sedoanalgesia tienen una mejor práctica en la valoración del paciente.</p> <p>La capacitación continua en sedoanalgesia mejora la práctica de la enfermera en la valoración del paciente.</p>	<p>Variable 2: nivel de practica</p> <p>Dimensiones de la variable 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes de la sedoanalgesia. - Durante la sedoanalgesia. - Después de la sedoanalgesia. 		

Anexo B: Instrumento de recolección de datos

Cuestionario de nivel de conocimiento

Buenas tardes, estimada colega estoy realizando un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en un hospital de EsSalud – Lima, 2025. Por favor conteste las siguientes preguntas ya que son muy útiles.

INSTRUCCIONES:

A continuación, responda con sincera veracidad las preguntas, marcando con un aspa (X), le agradecemos por su valiosa participación.

DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

Edad:

- a) 25 a 39 años
- b) 40 a 49 años
- c) 50 a 59 años
- d) 60 años a más

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Estado civil:

- a) Soltera(o)
- b) Casada(o)
- c) Conviviente

Experiencia laboral en el Servicio de Recuperación:

- a) 1 a 5 años
- b) 6 a 10 años
- c) Más de 10 años

Valoración de sedoanalgesia

1) ¿Cómo definiría paciente en sedoanalgesia con ventilación mecánica?

- a) Un paciente en coma
- b) Un paciente dormido
- c) Un paciente dormido, sin dolor y sedado
- d) Un paciente ansioso

2) ¿Cuál es el objetivo más importante de la sedoanalgesia?

- a) Facilitar la ventilación mecánica
- b) Alivio de la ansiedad y del dolor
- c) Mejorar las funciones vitales
- d) Inducción del sueño

3) ¿En qué casos se indica la sedoanalgesia?

- a) Paciente consciente
- b) Paciente con PCR
- c) Paciente con ventilación mecánica
- d) Paciente con drenaje pleural

4) ¿Cuáles son las complicaciones de la sedoanalgesia?

- a) Sueño profundo, estado de coma
- b) Sopor y delirio
- c) Sedación superficial
- d) Infrasedación o sobrededación

- 5) ¿Cuáles son los medicamentos más usados para sedoanalgesia en la unidad de críticos?
 - a) Flumazenil y ketamina
 - b) Tiopental y morfina
 - c) Fentanilo y Níidazolam
 - d) Propofol y Metamizol
- 6) ¿Cuál es el efecto adverso más común de estos medicamentos?
 - a) Trastornos digestivos
 - b) Hipotensión Sistólica
 - c) Taquicardia Sinusal
 - d) Depresión respiratoria
- 7) ¿Qué debe monitorizar la enfermera en un paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica invasiva?
 - a) Pulso, AGA, FR
 - b) Llenado capilar, PVC, glicemia
 - c) Nivel de conciencia, Sat O2, PA, FR, FC
 - d) PAM, FR, PIC

Valoración de agitación-sedación

- 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) Cuatro veces al día
 - b) Una vez al día
 - c) Dos veces al día
 - d) Cuantas veces sea necesario
- 10) ¿Cómo considera Ud. al paciente con sedación profunda según la escala de RASS? (RASS-4)
 - a) Despertares breves con contacto visual con la voz (<10 segundos)
 - b) No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico
 - c) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
 - d) Compite con el ventilador
- 11) ¿Cómo considera al paciente somnoliento según escala de RASS? (RASS-1)
 - a) Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada.
 - b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - c) Alerta y Calmo
 - d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo
- 12) ¿Cómo considera al paciente con sedación moderada según escala de RASS?(RASS-3)
 - a) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - b) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
 - c) Movimiento (sin apertura de ojos) a la llamada
 - d) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (>/= 10 seg)
- 13) ¿Cómo considera al paciente con sedación ligera según escala de RASS? (RASS-2)

- a) Movimiento no intencionado frecuente, compite con el ventilador
 - b) Alerta y Calmo
 - c) Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos)
 - d) Saca o elimina tubos o catéteres; agresivo
- 14) ¿Cómo considera al paciente inquieto según escala de RASS? (RASS+1)
- a) No completamente alerta, pero con despertar sostenido (apertura de los ojos o contacto ocular) a la voz (≥ 10 seg)
 - b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - c) Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
 - d) Despertares breves con contacto visual con la voz (< 10 segundos)
- 15) ¿Cómo considera al paciente alerta y calmo según la escala de RASS? (RASS 0)
- a) Ausencia de respuesta a la voz o la estimulación
 - b) Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal
 - c) Ausencia de respuesta a la voz, pero con movimientos o apertura de los ojos a la estimulación física
 - d) Alerta y calmo
- 16) ¿En pacientes con ventilación mecánica y PEEP alto: que RASS debería manejar?
- a) RASS -4
 - b) RASS 0
 - c) RASS +1
 - d) RASS +3

Valoración del dolor

- 17) ¿Qué escala de valoración del dolor en paciente con ventilación mecánica, o paciente no comunicativo bajo sedación profunda conoce Ud.?
- a) Escala Visual Análoga EVA
 - b) ESCID
 - c) Behavioural Pain Scale (BPS)
 - d) ByC
- 18) La EVA se aplica en pacientes:
- a) Con ventilación mecánica
 - b) Conscientes y comunicativos
 - c) Sedados
 - d) Ninguna de las anteriores

Valoración de la ventilación mecánica

- 19) ¿Cómo define ventilación mecánica invasiva?
- a) Es la utilización de oxígeno para ventilación del paciente
 - b) Es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración
 - c) Es un instrumento que ayuda a la ventilación del paciente
 - d) Es la intervención de apoyo ventilatorio
- 20) ¿Cuál es el objetivo de ventilación mecánica?
- a) Mantener al paciente dormido
 - b) Mantener, normalizar o manipular el intercambio gaseoso
 - c) Mantener al paciente relajado
 - d) Mantener al paciente sedado y relajado
- 21) ¿Cuáles son las indicaciones de ventilación mecánica?

- a) Agitación continua, tiraje, incontinencia urinaria.
 - b) Estado mental: agitación. Excesivo trabajo respiratorio, tiraje, uso de músculos accesorios, signos faciales. Fatiga de músculos inspiratorios, Agotamiento general de paciente, Hipoxemia.
 - c) Agotamiento general del paciente, agitación, tiraje, taquipnea, ahogamiento ureteral.
 - d) Estado mental, agitación, estado de coma.
- 22) ¿Cuáles son los modos más conocidos de ventilación mecánica invasiva
- a) S. Mandatario A/P SIMV
 - b) CPAP, P A/C, V A/C, SIMV
 - c) V A/C, V CPAP, ALEATORIO
 - d) SIMV, INVASIVO, CPAP

Guía de observación de nivel de practica

Enfermera(o) observada: _____

Fecha: _____ Hora: _____

N°	PRACTICAS DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE	SI	NO
Antes de la sedación			
1	Comprueba la operatividad del equipo a usar		
2	Prepara el material y equipo		
3	Lavado de manos		
4	Valorar la necesidad de sedación		
Durante la sedación			
5	Valorar el estado de la sedación		
6	Preparación correcta de fármacos		
7	Monitoreo de funciones vitales		
8	Rotula los equipos e infusión con nombre, hora, fecha y concentración del medicamento.		
9	Identifica signos de complicaciones y posibles efectos adversos		
Después de la sedación			
10	Busca signos de complicaciones		
11	Registra en historia clínica		
12	Constantemente realiza evaluaciones de acuerdo con la normativa		
13	Registra evaluación de estado de conciencia		

Anexo C: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON SEDOANALGESIA EN VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL III ESSALUD – LIMA 2025.

Nombre del investigador principal: LIC. PORTUGUEZ CHONG, Mariela Stefany

Propósito del estudio: determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica en un hospital de EsSalud – Lima, 2025.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a....., coordinador de equipo teléfono móvil N° o al correo electrónico:

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Presidente del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliadora.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante