



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LA ENFERMERA SOBRE
LA VALORACION DEL PACIENTE CON SEDOANALGESIA
SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en
Cuidados Intensivos Pediátricos**

Autor(as):

Lic. Alayo Cuzcano, Cristina Georgette

Lic. Castañeda Alfaro, Irene Isabel

Lic. Tarrillo Valcazar Chris Maribel

ASESORA :

Mg. Eva Veronika Chaname Ampuero

LIMA-PERÚ

2018

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es determinar el nivel de conocimientos y prácticas de enfermeras sobre la valoración de paciente pediátrico con sedo analgesia sometido a ventilación mecánica ,por ello se tomara en cuenta la recolección de datos mediante la lista de chequeo y bajo encuesta cuyo instrumento a usar será cuestionario .Dichos datos de la ficha de recolección de datos ,se procesaran en una computadora personal, usando el programa estadístico SPSS versión 23 .Sé usara la estadística descriptiva e inferencial. Para la elaboración de los gráficos y tablas de frecuencias se usara el programa Excel para Windows 2016 ,se tendrá en cuenta la inclusión de enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital del niño- Breña, enfermeras con un tiempo de servicio mayor a un año, nombrada o contratada, acepte voluntariamente participar del estudio , teniendo como criterios de exclusión a jefe o sub jefe de la unidad y sea pasantes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos .

Palabras claves: Valoración, Sedoanalgesia, Ventilación Mecánica, Conocimientos, Practicas.(Decs, Bireme).

ÍNDICE

Resumen
Introducción

CAPÍTULO I

1.1	Planteamiento del problema.....	03
1.2	Formulación del Problema.....	04
1.3	Justificación de la investigación	04
1.4	Viabilidad del estudio	05
1.5	Factibilidad del estudio	05

CAPÍTULO II

2.1	Propósito	06
2.2	Objetivos.....	06

CAPÍTULO III

3.1	Antecedentes.....	07
3.2	Base teórica.....	10

CAPÍTULO V

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

5.1	Diseño de Investigación	16
5.2	Área de estudio.....	16
5.3	Población.....	16
5.4	Unidad de Análisis.....	16
5.5	Criterios de Selección.....	16
5.6	Definición de operacionalizacion de variables.....	18
5.7	Procedimientos de Recolección de datos.....	22
5.7.1	Técnicas de Estudio.....	22
5.7.2	Procedimiento de recolección de datos.....	22
5.7.3	Validación y Confiabilidad de Instrumentos.....	22
5.8	Plan de Tabulación y Análisis.....	23

CAPÍTULO VI

6.1	Consideraciones éticas.....	24
6.2	Cronograma de Actividades.....	25
6.3	Presupuesto.....	25

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
----------------------------------	----

ANEXOS.....	31
-------------	----

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende impulsar y mejorar la función investigadora de la enfermera con el fin de contribuir a formar una visión crítica, reflexiva y creativa en los profesionales que realizan la práctica y manejo del paciente pediátrico sometido a sedoanalgesia y conectado a un ventilador mecánico, razón por la cual es necesario tener bien claro y definido el papel que juega una correcta sedoanalgesia en la morbilidad de nuestros pacientes pediátricos, en su evolución y sobre todo en la retirada de la ventilación mecánica.

La sedoanalgesia del paciente crítico ha pasado a ser un importante aspecto de su tratamiento, más si se trata de un paciente sometido a ventilación mecánica, hecho común en las unidades de cuidados intensivos. La sedoanalgesia del paciente pediátrico sometido a ventilación mecánica tiene como objetivo principal facilitar su adaptación al respirador, induciendo hipnosis y analgesia mejorando así su comodidad; es una técnica utilizada durante procedimientos médicos en los que se administra una combinación de sedantes y analgésicos para suprimir la conciencia del dolor y la incomodidad de los pacientes, reducir los sentimientos de ansiedad e inducir amnesia, también a la realización de procedimientos realizados en los pacientes pediátricos. (1)

A pesar de que son mínimamente invasivos y de duración relativamente corta; como tal, a menudo se requiere la administración de sedación y analgesia, en ambos se usa con más frecuencia que un anestésico general, el cual no se asigna rutinariamente. Esta práctica se conoce como procedimiento de sedación y analgesia administrado por una enfermera, es importante señalar que los medicamentos utilizados para la sedación y analgesia reducen el nivel de conciencia del paciente, como su función cardíaca y respiratoria, especialmente a medida que el nivel de sedación aumenta a la de "sedación profunda".(2)

Por lo tanto, además de administrar los medicamentos sedantes y analgésicos, las enfermeras también son responsables de la evaluación continua y control de la condición del paciente durante todo el procedimiento hasta el período posterior al procedimiento o hasta que el paciente sea transferido al pabellón, unidad de recuperación; esto implica controlar su nivel de conciencia, ventilación pulmonar, oxigenación y hemodinamia, a aplicar diversas terapias, como la administración de suplementos de oxígeno o de vías respiratorias, para apoyar o restaurar la función cardíaca y respiratoria.(3)

Es aquí donde la enfermera cumple un rol importante, durante el inicio, el mantenimiento y el destete de la sedoanalgesia en los pacientes pediátricos en ventilación mecánica, pues de sus conocimientos y destrezas dependerá el óptimo manejo de los pacientes pediátricos críticos. No existe un acuerdo unánime sobre la definición del sedante ideal, se acepta que sería aquel que proporciona óptima calidad de sedoanalgesia al paciente sometido a ventilación mecánica sin efectos adversos y sin efectos acumulativos.

Con el objetivo de abordar aspectos importantes de la sedoanalgesia es que realizamos el siguiente trabajo de investigación sobre “Conocimientos y Prácticas que tienen las Enfermeras acerca del Cuidado del Paciente pediátrico con Sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional del Niño de Breña en el periodo comprendido de junio a agosto del 2018.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El manejo de la analgesia y la sedación es un componente integral de la atención para niños críticamente enfermos, su función es garantizar la comodidad y la seguridad de un paciente sometido a tratamientos y procedimientos técnicos dolorosos. Existen diferentes tipos de sedación entre ellas: sedación óptima se describe como un paciente bajo sedación que puede despertarse fácilmente y que puede someterse a procedimientos y atención médica; sedación excesiva se asocia con resultados deficientes como ventilación mecánica prolongada, hospitalización prolongada, más infecciones nosocomiales y síntomas de abstinencia más frecuentes, una sedación insuficiente implica riesgos de agitación y complicaciones como la extubación no planificada o la extracción del catéter, los medicamentos usados en sedación más frecuentes en poblaciones pediátricas es la combinación de un opioide y un sedante. (1,2)

Cuando el personal de enfermería está atendiendo a pacientes que requieren sedación y analgesia a la misma vez, se busca que ambas sean las apropiadas para cada pacientes críticos que están conectados a la ventilación mecánica; el uso de protocolos de sedación y analgesia permite mejorar desenlaces clínicos relevantes, como son los días de Ventilación Mecánica (VM) y de estadía en Unidad de cuidados intensivos pediátricos.(3) Según las estadísticas en el Perú se evidencio que del 100 % del profesional de enfermería, el 50 % presenta un nivel de conocimiento sobre la sedoanalgesia, que incluye definiciones, fármacos más usados , efectos secundarios que estos pueden alcanzar, también escalas de valoración como es la de RASS tienen un conocimiento básico sobre el monitoreo básico a los pacientes sedados y que están conectados a un ventilador mecánico, también dicho estudio evidencia que hay una deficiente en los conocimientos acerca de los objetivos de la sedoanalgesia, y como presentar un óptimo nivel de una sedación esperada.(3,4)

Dentro de las funciones de Licenciados en enfermería intensivista es el monitoreo continuo de funciones vitales,nivel de conciencia, valoración de la escala de dolor así como de la sedoanalgesia a través de la escala del RASS la administración de analgésico y sedante para dar la comodidad necesaria a fin de reducir el estrés y evitar el retraso en

la recuperación y en la liberación de la ventilación mecánica; durante las prácticas de especialidad en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional del Niño- Breña, pudimos observar que no se realiza una adecuada valoración en relación a la sedoanalgesia, un inadecuado uso de la escala de RASS por parte del personal de enfermería que labora en dicha área; muchas veces no se realiza un detallado registro de la hoja de monitoreo hemodinámico lo que refleja vacíos en la valoración de sedoanalgesia, hay limitaciones en el manejo de la sedoanalgesia en el paciente, lo que conlleva a los riesgos de una inadecuada sedación, ser farmacodependientes, mantener al paciente sedado por periodos de tiempo prolongados así como al incremento de costos y daño al niño (2,3).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la valoración del paciente con sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional del Niño- Breña en el periodo comprendido de junio a agosto del 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

La realización del presente proyecto de investigación tiene un aporte teórico actualizado de los conocimientos y prácticas que beneficiara a la institución con aportes metodológicos mejorando la calidad de atención de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

En cuanto al beneficio del paciente con ventilación mecánica y sedoanalgesia mediante el cual se pretende concientizar un trabajo coordinado con el equipo de salud para bienestar del paciente, dado que la enfermera intensivista pediátrica cumple un rol importante durante el cuidado del paciente crítico en la administración y evaluación del nivel de sedoanalgesia adecuada del paciente a través de la aplicación de escalas de valoración de sedación y analgesia.

En relación al personal de enfermería facilitará una conducta reflexiva en el manejo del paciente crítico con sedoanalgesia y ventilación mecánica invasiva igualmente le permitirá identificar los niveles de sedación, así como permitirle un alto nivel de calidad en el cumplimiento de sus funciones especializadas que requieren de mucha precisión.

1.4 VIABILIDAD:

La presente investigación es viable porque se cuenta con la autorización del director médico del Hospital del niño- Breña el jefe del servicio de UCIP y la jefa de enfermeras para al acceso a los elementos de estudio.

1.5 FACTIBILIDAD

Es factible porque se cuenta con los recursos necesarios de las investigadoras.

CAPÍTULO II

2.1. PROPÓSITO

Con el fin de plantear acciones formativas futuras y a la vez contribuir a mejorar el cuidado del paciente con sedo analgesia sometido a ventilación mecánica asegurándose así la calidad de atención para el paciente pediátrico.

2.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

Objetivo General:

- Determinar el nivel de conocimientos y prácticas de enfermeras sobre la valoración del paciente pediátrico con sedo analgesia sometido a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional del Niño- Breña, en el periodo comprendidos de junio a agosto del 2018.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre la valoración del paciente pediátrico en el grado de sedación, agitación y dolor sometidos a ventilación mecánica.
- Identificar el nivel de practica antes, durante y después que tienen las enfermeras sobre la valoración del paciente pediátrico con sedo analgesia sometido a ventilación.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES:

Ávila. (Peru,2017) en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de sedo analgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad Crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017; tiene como objetivo general determinar la relación que existe entre conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en la valoración de la sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva; es una investigación con enfoque cuantitativa, tipo básica, no experimental y descriptiva correlacional, para la variable conocimientos de utilizará como instrumento el cuestionario, este instrumento fue sometido a validación por juicio de expertos.(1)

Arpaci AH (USA,2016), realiza un estudio con el objetivo de evaluar la administración intravenosa de ketamina y la sedación por inhalación en niños, sus efectos secundarios no deseados y la satisfacción del cirujano. Los pacientes fueron agrupados y comparados de acuerdo con la aceptación de la colocación de la línea intravenosa . El estudio concluye que la ketamina, que tiene efectos analgésicos, hipnóticos y amnésicos y que no altera los reflejos faríngeos y laríngeos, minimiza así la posibilidad de aspiración, es un agente anestésico seguro y eficaz para las extracciones dentales de la población pediátrica bajo sedoanalgesia (2).

Cocoros NM. (USA,2017) propone una vigilancia para los pacientes con afecciones asociadas a los respiradores en pacientes neonatales y pediátricos. Se estudiaron a niños menores de 18 años ventilados por más de 1 día. Identificaron niños con afecciones pediátricas asociadas con el respirador y las combinaron con niños sin afecciones asociadas al respirador. Él destete de la sedación (es decir, la sedación decreciente) o la interrupción de la sedación pueden ser una causa de daño al paciente pediátrico. (3)

Conway A. (Australia,2014), refiere que el conocimiento de las tendencias actuales en la sedación y analgesia administrada por la enfermera puede proporcionar información

importante sobre cómo mejorar la seguridad y la eficacia de esta práctica. El objetivo del estudio fue caracterizar la práctica actual, así como las normas de educación y competencia en relación con la sedación y analgesia administrado por enfermeras. Todas las encuestadas indicaron que las benzodiazepinas, los opioides o una combinación de ambos se usan para el sedación y analgesia.. indicó que las enfermeras que administran sedación y analgesia deberían someterse a una evaluación de competencia. (4)

Dreyfus L. (Francia, 2017), refiere que la sedación y la analgesia óptimas son un desafío en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) debido a las dificultades en los sistemas de puntuación y al metabolismo específico que induce tolerancia y abstinencia. La sedación excesiva está asociada con la ventilación mecánica prolongada y la hospitalización. Llevaron a cabo un estudio de implementación de protocolo antes y después en una población de niños de 0 a 18 años que requirieron ventilación mecánica durante al menos 24 h. La evaluación de la sedación y la analgesia fue mejor después de la implementación del protocolo; la duración de la ventilación mecánica y la aparición de síntomas de abstinencia tendieron a reducirse. (5)

Fagin A.(USA,2017), reporta que los pacientes con quemaduras experimentan ansiedad y dolor en el curso de su lesión, tratamiento y recuperación. Por lo tanto, el tratamiento de la ansiedad y el dolor es primordial después de una lesión por quemaduras. Las lesiones por quemaduras complican aún más el manejo del dolor y la sedación, ya que tales lesiones pueden tener efectos sobre la respuesta y la eliminación de los medicamentos. El propósito de esta revisión es describir los desafíos asociados con el manejo de la ansiedad, el dolor y la sedación en niños quemados y describir las diferentes opciones para el tratamiento de la ansiedad y el dolor en niños quemados (6).

Celis-Rodríguez E. (Colombia,2013), reporta que El manejo óptimo de la sedación, analgesia y delirio ofrece comodidad y seguridad para el paciente crítico, permite que las medidas de soporte se apliquen más fácilmente y permite un enfoque integral de la atención médica; sedación y la analgesia son parte integral en el manejo de los pacientes críticos en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El objetivo es proporcionar a los pacientes un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor. (7)

García Guerra G. (Canadá, 2016), refiere que a pesar del hecho de que casi todos los niños críticamente enfermos experimentan algún grado de dolor o ansiedad, hay una falta de evidencia de alta calidad para informar los enfoques preferidos de sedación, analgesia y medidas de comodidad en este entorno. Se carece de estrategias estandarizadas para la sedación, el delirio y la abstinencia y la promoción del sueño. Existe una necesidad de investigación en este campo y el desarrollo de pautas de analgesia y sedación pediátrica basadas en evidencia (8).

Gelen SA (USA,2015), realiza un estudio con el objetivo de investigar la eficacia y seguridad de la sedoanalgesia realizada fuera de la sala de operaciones por pediatras entrenados en el manejo avanzado de la vía aérea y soporte vital. El midazolam y la ketamina se administraron consecutivamente por vía intravenosa bajo monitoreo cardiorrespiratorio. El estudio concluye que la sedoanalgesia con midazolam y ketamina por vía intravenosa por pediatras entrenados y certificados en manejo avanzado de vías respiratorias y soporte vital es efectivo y seguro (9).

Girardis M.(Italia,2016), reporta que el tratamiento de la analgesia y la sedación en pacientes críticamente enfermos sigue siendo un desafío debido a la escasez de tratamientos basados en la evidencia. En todos los documentos, la mayoría de las recomendaciones sobre el uso de fármacos o estrategias no farmacológicas para la analgesia, la sedación y el tratamiento del delirio tenían poca evidencia. (10).

Larson GE. (Australia,2018), refiere que se sugieren protocolos de dolor y sedación para mejorar los resultados de los pacientes dentro de la terapia intensiva pediátrica. El objetivo del estudio fue evaluar los protocolos de dolor y sedación liderados por una enfermera en la administración de analgésicos y sedantes para pacientes cardíacos postoperatorios dentro de una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Se recomienda la evaluación individual del cambio de práctica a las unidades que implementan protocolos analgésicos y sedativos dirigidos por enfermeras para monitorear los cambios en la práctica. (11)

Michel J. (Alemania,2017), reporta que pocos datos están disponibles con respecto a los requisitos de sedación y analgesia en niños durante el soporte vital extracorpóreo. El objetivo de este estudio fue evaluar si los niños con corazones funcionalmente

univentriculares en soporte de vida extracorpóreo después de la cirugía de paliación tienen mayores requerimientos de analgésicos y sedantes en comparación con los niños sin soporte extracorpóreo usando un protocolo de sedación y analgesia dirigido por la enfermera. (12)

Neunhoeffer F. (Alemania,2015), reporta que, aunque se han desarrollado e implementado varias pautas y protocolos de analgesia y sedación para adultos, todavía hay poca evidencia del uso clínico de los protocolos de analgesia y sedación y el impacto sobre los síntomas de abstinencia en los niños en estado crítico. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de un protocolo de sedación y analgesia dirigida a la enfermera para pacientes pediátricos ventilados mecánicamente sobre la duración de la ventilación mecánica, la duración de la estancia, las dosis totales de opioides y benzodiazepinas, y la aparición de síntomas de abstinencia. (13)

Ramalho CE (Brasil,2017), refiere que los niños y adolescentes a menudo requieren sedación y analgesia en situaciones de emergencia. Con la aparición de nuevas opciones terapéuticas, y los descubrimientos recientes con respecto a medicamentos ya conocidos, se hizo necesario revisar la literatura en esta área. El uso de protocolos de sedo analgesia en los procedimientos en la sala de emergencias pediátricas debe guiar al profesional en la elección de la medicación, el material apropiado y en la evaluación de los criterios de alta, garantizando así la calidad en la atención. (14)

Singleton A, (USA,2015), realiza un estudio con el objetivo de evaluar los patrones actuales de práctica y las actitudes hacia la sedación y la analgesia pediátricas en los centros de quemados de Estados Unidos. Las políticas de sedación escritas existen en el 63.4% de los centros. La mayoría de los centros perciben que sus estrategias de sedación y analgesia son eficaces a pesar de la gran dependencia de propofol y midazolam, ambos con perfiles de seguridad cuestionables en niños críticamente enfermos (15)

3.2. BASE TEÓRICA

La sedación y analgesia es una técnica utilizada durante procedimientos médicos en los que se administra una combinación de sedantes y analgésicos para suprimir la conciencia del dolor y la incomodidad de los pacientes, reducir los sentimientos de ansiedad e inducir amnesia. (16) Procedimientos realizados en los pacientes pediátricos como el cateterismo

cardíaco provocan dolor e incomodidad a pesar de que son mínimamente invasivos y de duración relativamente corta; como tal, a menudo se requiere la administración de sedación y analgesia, en ambos se usa con más frecuencia que un anestésico general, el cual no se asigna rutinariamente, en cambio para controlar el dolor, la incomodidad y la ansiedad durante el procedimiento, las enfermeras administran una combinación de medicamentos sedantes y analgésicos según la dirección del médico que realiza el procedimiento. (17, 18)

Esta práctica se conoce como procedimiento de sedación y analgesia administrado por una enfermera, es importante señalar que los medicamentos utilizados para la sedación y analgesia reducen el nivel de conciencia del paciente, como su función cardíaca y respiratoria, especialmente a medida que el nivel de sedación aumenta a la de "sedación profunda".(1,2)

Las enfermeras también son responsables de la evaluación continua y control de la condición del paciente durante todo el procedimiento hasta el período posterior al procedimiento o hasta que el paciente sea transferido al pabellón, unidad de recuperación; esto implica controlar su nivel de conciencia, ventilación pulmonar, oxigenación y hemodinamia, a aplicar diversas terapias, como la administración de suplementos de oxígeno o de vías respiratorias, para apoyar o restaurar la función cardíaca y respiratoria.(19,20,21)

Los medicamentos utilizados para la sedación y analgesia administrados son la combinación de benzodiazepinas y opioide, el uso popular de estos no es sorprendente, sin embargo, considerando que la mayoría de las investigaciones realizadas sobre la seguridad y efectividad de la sedación y analgesia administrado por enfermeras en el paciente con ventilador mecánico han usado este tipo de medicamentos, existe otro fármaco como es propofol indicado por cardiólogos; esta en ventaja ganando adeptos debido a que según evidencia es un método seguro y efectivo, sin embargo, debemos señalar que la evidencia se basa solo en estudios observacionales (22,23)

El midazolam es el fármaco más utilizado para la sedación continua, considerado frecuentemente un tratamiento de primera línea para lograr reducir el miedo y la ansiedad en los pacientes pediátricos, perteneciente al grupo de las benzodiazepinas las cuales

aumentan la afinidad del neurotransmisor inhibitor del ácido gamma-aminobutírico (GABA) por los receptores de superficie celular ubicados en las neuronas postsinápticas en el cuerno dorsal y el tronco encefálico, logra mayor frecuencia de apertura y prolongación del canal de cloruro en estado abierto.(23,24).

El midazolam se caracteriza por un inicio rápido, alta potencia y corta duración, actúa rápidamente luego de los primeros 5 minutos de la administración IV con una vida media de eliminación entre 1 a 3 horas, sus efectos duran de 30 a 120 minutos después de una infusión única y hasta 48 horas después de 1 semana de infusión continua. (25,26).

El Fentanilo es un agonista potente opiáceo sintético, sus propiedades farmacológicas produce en el organismo un efecto de analgesia, sedación, euforia y disminuye la capacidad de concentración, entre los eventos adversos tenemos: náuseas, vómitos, extremidades pesadas, mucosas secas, deprime el sistema respiratorio y nervioso central, recomendamos que para su administración se debe tener en cuenta edad del paciente, peso, estado físico, y si está recibiendo algún fármaco diferente. Dosis: bolo inicial de 1-2 mcg, seguido de 1-3 mcg/kg/h (max 5 mcg/kg/h) (23, 24).

La analgesia y la sedación son elementos esenciales en el cuidado del paciente en la UCI para controlar el dolor, la ansiedad y la agitación; prevenir la pérdida de dispositivos o la extubación accidental; mejorar la sincronía del paciente con ventilación mecánica. El agente sedante ideal debe tener inicio rápido, acción de corta duración, metabolitos activos mínimos, pocos efectos secundarios, farmacocinética predecible; otros aspectos a considerar son los cambios hemodinámicos, la satisfacción del paciente y la familia, la facilidad para mantener el nivel de sedación deseado, el tiempo de recuperación y el riesgo de eventos adversos. (1,19,21)

Las prácticas de sedación y analgesia pediátricas difieren de las de los adultos debido a las características inherentes a los niños, incluyendo el tamaño pequeño y la inmadurez cognitiva, los riesgos graves relacionados con la sedación pediátrica incluyen la hipoventilación, la apnea, la obstrucción de las vías respiratorias, el laringoespasma y la insuficiencia cardiopulmonar los cuales aumentan a medida que se profundiza el nivel de sedación; Además, los resultados adversos pueden aumentar cuando se administran dos o más medicamentos sedantes, los niños con discapacidades del desarrollo tienen

una incidencia tres veces mayor de desaturación en comparación con los niños sin discapacidades del desarrollo (27).

Si bien la necesidad de sedación es real y significativa, la sedación tiene riesgos, las complicaciones más notorias de la sedación a largo plazo son la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia, se observa que las tres son consecuencias negativas de dosis crecientes de medicamentos sedantes para mantener un nivel deseado de comodidad. La tolerancia, la dependencia física y la abstinencia pueden ocurrir después de la administración prolongada para la ventilación mecánica, de cualquier agente utilizado para la sedación y la analgesia (28,29).

En cuanto al **definición de agitación** es la presencia de movimientos frecuentes de la cabeza, brazos, piernas y desadaptación del ventilador, que persiste a pesar de los intentos de tranquilizar al paciente por parte del personal encargado de su cuidado, puede ocurrir por toxicidad del sistema nervioso central secundario a drogas, o por otras condiciones frecuentes en el paciente crítico. (29)

Los factores que contribuyen a la aparición de agitación se pueden clasificar según su origen:

- De origen exógeno (externo) o tóxico-orgánico: se produce por la acción de tóxicos o en el curso de enfermedades médicas, son de aparición brusca. En los casos de drogas y fármacos se produce por exceso o sobredosisificación, reacciones adversas o privación, las drogas capaces de causar agitación, los medicamentos están: atropina, corticosteroides, fenitoína, barbitúricos, fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos y disulfiram, las causas tóxico-orgánicas figuran: epilepsia, hematoma subdural, accidente cerebro-vascular, encefalopatía hipertensiva, sepsis, hipotiroidismo, psicosis puerperal, e hipoglucemia, también se asocian a agitación las encefalopatías asociadas a insuficiencia hepática e insuficiencia renal. (29).
- De origen psicógeno: una situación de estrés en enfermos con personalidades susceptibles que se descompensan fácilmente. (29)
- De origen endógeno: Psicosis esquizofrénica, psicosis maniaco-depresiva. (29)

Para la evaluación de pseudoanalgesia en el paciente comúnmente se utiliza la escala de RASS que evalúa el grado de sedación y agitación de un paciente en la unidad de cuidados críticos, utiliza tres pasos claramente definidos que determinan una puntuación que oscila de menos 5 a más 4, utiliza como parámetro el tiempo que se mantiene el contacto visual con el paciente para medir el nivel de sedación. La puntuación de cero (0) se refiere a alerta, paciente sin sedación o agitación, los valores menores que cero significa que el paciente tiene un cierto grado de sedación, los niveles mayores que cero quiere decir que el paciente tiene algún grado de agitación. (16,17).

La Asociación Internacional del Dolor ha definido a esta entidad como una experiencia sensorial subjetiva y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial, el dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual. (28)

La mayoría de los pacientes de unidad de cuidados intensivos (UCI), siente dolor, miedo y ansiedad. En muchos casos es necesario la intubación endotraqueal y asistencia ventilación mecánica (AVM), con el objetivo de poner en reposo a los músculos respiratorios y así reducir el consumo de oxígeno. Para poder cumplir con el anterior objetivo se suelen utilizar sedantes y analgésicos, la administración de dichos fármacos es fundamental para darle la comodidad necesaria, reducir el estrés y evitar el retraso en la recuperación y en la liberación de la ventilación mecánica, sin embargo, es muy frecuente la sobredosificación de sedantes que “duermen” al paciente y la subdosificación de analgésicos, por lo que no se protege al mismo del dolor ni de las reacciones sistémicas que éste provoca.(29)

Las escalas ayudan a detectar el dolor; en el ámbito de la terapia intensiva existen diferentes tipos de pacientes y por tanto las escalas de evaluación deben ser apropiadas para cada uno de ellos:

Escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su

precisión, la EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes, aunque la escala no ha sido específicamente testada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada con esta población.(28).

Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras, es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal, los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ± 2 mm. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente sedado, un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. (28,29)

El modelo de Roy conocida como la teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones, consta de 5 esenciales elementos: paciente, salud, entorno, meta de la enfermedad y dirección de actividades: en cuanto a los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos, esto va a depender de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y a la vez depende de tres clases de estímulos: Focales, los que se enfrenta de manera inmediata, contextuales: todos los demás estímulos presentes, residuales es lo que la persona ha experimentado en el pasado. Esta teorista menciona que los individuos poseen cuatro formas para adaptación; lo fisiológico, el autoconcepto, relaciones de interdependencia y el desempeño de funciones (30)

Este modelo tiene como objetivo facilitar una adaptación del individuo por consecuencia del fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento, en cuanto al cuidado de enfermería es aplicado cuando el individuo has uso excesivo de energía para el logro de las metas de supervivencia, incluye valoración, diagnóstico, establecer metas, intervenciones y evaluación (30)

CAPÍTULO V

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

5.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: El diseño de Investigación es No Experimental, descriptiva de corte transversal porque no existirá manipulación de variables y la recolección de datos será en un solo momento (31)

5.2. AREA DEL ESTUDIO : El presente estudio se realizara en la Unidad de Cuidados intensivo pediátrico del Instituto Nacional del Niño- Breña, es un centro de salud pública, nivel III-2, situado en la Av. Brasil n°600 del distrito de Breña de la ciudad de Lima, donde es considerado como la primera institución pediátrica de referencia, pertenece al sistema de salud del Minsa, inaugurado el 01 de noviembre de 1929, como hospital “Julia Swayne de Leguía” y por resolución ministerial del 24 de mayo de 1983, se cambió su nombre por Instituto Nacional de Salud del Niño, lo que implicaba una orientación hacia la investigación científica y tecnológica, además de su función asistencial.

5.3. POBLACIÓN: La población de estudio estarán constituidas por 25 enfermeras de la Unidad de cuidados intensivos pediátrica, que brindan atención a pacientes críticos alguno de ellos con sedo analgesia sometido a ventilación mecánica independientes de la patología.

5.4. UNIDAD DE ANÁLISIS: Enfermera de la Unidad de Cuidados intensivo pediátrico del Instituto Nacional del Niño- Breña.

5.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN:

- Enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional del Niño- Breña.
- Enfermeras con un tiempo de servicio mayor de un año, sea nombrado o contratado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional del Niño- Breña.
- Que acepte voluntariamente participar en el estudio.

EXCLUSIÓN:

- Que sea jefe o subjefe de servicio en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional del Niño- Breña
- Ser pasante en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional del Niño- Breña.

5.6. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicador
<p>Variable 1</p> <p>Conocimientos de sedoanalgesia y ventilación mecánica invasiva del profesional de enfermería.</p>	<p>El conocimiento debe ser eje de interés en la formación de enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas. Con los conocimientos se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, los cuales se evalúan de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evaluación para asegurar una óptima atención de calidad.</p>	<p>Valoración de la sedoanalgesia</p> <p>Valoración de la agitación – sedación</p>	<p>Es el conjunto de conceptos y teorías que tiene el profesional de enfermería en la valoración de sedoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica.</p> <p>Es el conjunto de conceptos y teorías que tiene el profesional de enfermería en la valoración de la agitación-sedación en pacientes con ventilación mecánica.</p>	<p>Definición Objetivo Indicaciones Complicaciones Fármacos Efectos adversos de los fármacos</p> <p>Escala de sedación RASS : Agresivo +4 Muy agitado +3 Agitado +2 Intranquilo +1 Alerta-Tranquilo 0 Somnoliento -1 Sedación ligera -2 Sedación moderada -3 Sedación Profunda No se puede despertar -4</p>

		<p>Valoración del dolor</p> <p>Valoración de la ventilación mecánica</p>	<p>Es el conjunto de conceptos y teorías que tiene el profesional de enfermería en la valoración del dolor.</p> <p>Es el conjunto de conceptos y teorías que tiene el profesional de enfermería en la valoración de ventilación mecánica</p>	<p>Escala de valoración de dolor Valoración de dolor en paciente con VMI</p> <p>Definición de ventilación mecánica. Objetivo de ventilación mecánica. Indicaciones de ventilación mecánica. Modos de ventilación mecánica</p>
--	--	--	--	---

		Después	Habilidades y destrezas que demuestra frente a la atención del paciente pediátrico con sedoanalgesia y ventilación mecánica invasiva después de la jornada laboral	<p>Monitoreo y registro de funciones vitales. Identifica signos de complicaciones de la sedoanalgesia.</p> <p>Destete progresivo de la sedoanalgesia. Evaluación del estado de conciencia. Registro en historia clínica</p>
--	--	----------------	--	---

5.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

5.7.1. TECNICAS DE ESTUDIO: Las técnicas de estudio que se empleará será la encuesta para evaluar la variable de conocimiento mediante el instrumento del cuestionario el cual consta de 14 preguntas y la observación para evaluar la variable de prácticas mediante el instrumento listo de chequeo.

Los instrumentos que se utilizaran ya fueron validados por juicio de expertos en el trabajo de investigación: **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**; presentado por las licenciadas Rosa Napán , Madeleyne Fernández, Diane Tarco y será adaptado por las investigadoras.(4)

5.7.2 VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos a utilizar serán validados por juicio de expertos, el cual estará conformado por un estadista, un enfermero especialista en cuidados críticos pediátricos, dos médicos especialistas en el área, un enfermero especialista en investigación en salud, para ver la concordancia y homogeneidad de los jueces se aplicara la V de Aiken, para la confiabilidad se realizara una muestra piloto y para medir la fiabilidad de los instrumentos se calcula el KR20 como prueba estadística el cual nos mostrara si confiables estadísticamente.

5.7.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El estudio cumplirá los siguientes procedimientos:

- Inscripción en la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UPCH.
- Presentación del Proyecto al Comité de Ética de la UPCH.
- Presentación de Carta de Autorización al director del Hospital del niño – Breña , con copia a la unidad de capacitación e investigación del respectivo hospital.

- Coordinación con las Jefaturas de Enfermería de la Unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Las investigadoras se presentarán y dialogarán con las enfermeras participantes, a quienes se les informará sobre la investigación que se realizará informando los objetivos del estudio, propósito del estudio y beneficios para el paciente pediátrico, institución y la enfermera. La aplicación de dichos instrumentos se realizará dentro de la jornada laboral en turnos rotativos ya sea en la mañana, tarde y guardias nocturnas durante una semana, previa autorización a través del consentimiento informado, se empleará la técnica de la encuesta cuyo instrumento a usar será un cuestionario de 14 preguntas cerradas, el cual será entregado a cada profesional de enfermería el cual será llenado en un tiempo de 20 minutos, posteriormente se recogerán los instrumentos validando que cada uno de las preguntas hayan sido respondidas.

Luego las investigadoras mediante la observación, utilizará una lista de chequeo con respuestas dicotómicas (SI – NO), consta de dos partes, la primera están los datos generales y la segunda están los datos específicos que está dividido en tres subdimensiones: antes, durante y después del procedimiento; se realizará durante las actividades diarias para poder observar las actividades de las enfermeras durante un tiempo de 30 minutos, sin que los profesionales se den cuenta que están siendo evaluadas.

Se llevará a cabo unificación de resultados, brindando sugerencias para posibles mejoras en el paciente pediátrico con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica de las unidades de cuidados intensivos pediátricos y la institución Hospital del Niño de Breña.

5.8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

Los datos de la ficha de recolección de datos, se procesarán en una computadora personal, usando el programa estadístico SPSS versión 23. Su usara la estadística descriptiva e inferencial. Para la elaboración de los gráficos y tablas de frecuencias se usará el programa Excel para Windows 2016.

CAPÍTULO VI

6.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tendrá en cuenta la autorización de la institución, así como el consentimiento informado del sujeto de estudio, informándole que es de carácter anónimo y confidencial expresándole que lo obtenido será solo de uso para fines del estudio. Principios bioéticos. Las consideraciones éticas que se tendrán en cuenta en el desarrollo serán:

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

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

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

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

6.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2018											
	Junio			Julio			Agosto			Septiembre		
Elaboración del Proyecto	X	X	X									
Presentación y aprobación			X	X								
Ejecución					X	X						
Tabulación y presentación de resultados							X	X				
Interpretación y análisis de resultados									X	X		
Presentación del informe de tesis											X	X
Aprobación del informe de tesis y sustentación												X

6.3 PRESUPUESTO	
BIENES	
Equipo de Computo	s/.1250.00
Material de impresión	s/.200.00
Material de Procesamiento de Datos	s/.300.00
Material de Escritorio	s/.200.00
SUB TOTAL	s/.1950.00
SERVICIOS	
Movilidad local	s/.300.00
Servicio no personales	s/.500.00
Fotocopia y anillados	s/.300.00
Empastados	s/.150.00
SUB TOTAL	s/.1250.00
TOTAL DE PRESUPUESTO	s/.3200.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avila Napan, Carmen. Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en la valoración de pseudoanalgesia en pacientes con ventilación mecánica invasiva en unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima 2017: 16 -63.
2. Arpaci AH. Pediatric tooth extractions under sedoanalgesia. Pak J Med Sci. 2016 ;32(5):1291-5.
3. Cocoros NM. Factors Associated With Pediatric Ventilator-Associated Conditions in Six U.S. Hospitals: A Nested Case-Control Study. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18(11):536-45.
4. Conway A. Trends in nurse-administered procedural sedation and analgesia across cardiac catheterisation laboratories in Australia and New Zealand: results of an electronic survey. *Aust Crit Care*. 2014;27(1):4-10.
5. Dreyfus Louis. Implementation and evaluation of a pediatric nurse-driven sedation protocol in a pediatric intensive care unit. *Ann Intensive Care*. 2017;7(1):36.
6. Fagin A. Considerations for pediatric burn sedation and analgesia. *Burns Trauma*. 2017; 5:28.
7. Celis Rodríguez, Edward. Clinical practice guidelines for evidence-based management of sedoanalgesia in critically ill adult patients. *Med Intensiva*. 2013;37(8): 19-74.
8. Garcia Guerra G. Survey of Sedation and Analgesia Practice Among Canadian Pediatric Critical Care Physicians. *Pediatr Crit Care Med*. 2016;17(9): 23-30.
9. Gelen SA. The Efficacy and Safety of Procedural Sedoanalgesia with

Midazolam and Ketamine in Pediatric Hematology. *Turk J Haematol.* 2015;32(4):351-4.

10. Girardis M. A critical appraisal of the quality of analgo-sedation guidelines in critically ill patients. *Minerva Anesthesiol.* 2016;82(2):230-5.
11. Larson GE. Nurse titrated analgesia and sedation in intensive care increases the frequency of comfort assessment and reduces midazolam use in paediatric patients following cardiac surgery. *Aust Crit Care.* 2018;31(1):1-6.
12. Michel J. Nurse-driven analgesia and sedation in pediatric patients with univentricular hearts requiring extracorporeal life support after first-stage palliation surgery: A pilot study. *Paediatr Anaesth.* 2017;27(12):1261-70.
13. Neunhoeffler F. Nurse-driven pediatric analgesia and sedation protocol reduces withdrawal symptoms in critically ill medical pediatric patients. *Paediatr Anaesth.* 2015;25(8):786-94.
14. Ramalho CE. Sedation and analgesia for procedures in the pediatric emergency room. *J Pediatr (Rio J).* 2017; 93:2-18.
15. Singleton A. Sedation and analgesia for critically ill pediatric burn patients: the current state of practice. *J Burn Care Res.* 2015;36(3):440-5
16. Álvarez López, Celinda. Monitorización de sedoanalgesia, utilizando la escala de agitación sedación (RASS) para determinar el confort en ventilación mecánica.[Tesis para optar el grado de Especialización en Medicina Interna] Guayaquil Ecuador: Universidad Católica de Santiago 2015. Disponible en <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3770>
17. Arias Rivera, Susana. El Efecto sobre el Nivel Sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica y la retirada accidental de tubos y catéteres y de la

aplicación de un Protocolo de sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica dirigido por enfermería en el Hospital Universitario de Getafe. Madrid- España 2000: 6-13.

18. Franco Layza, Tatiana. Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras en el cuidado al paciente con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Tesis para optar el título de especialista en enfermería intensiva]. Lima: UNMSM.2010: 10-21.
19. Teniente, Susan. Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos. [Tesis para optar Grado de Especialista Enfermería en Cuidados Intensivos] Lima. 2011: 20-30.
20. Rojas, J. y Cristancho, M. Esquemas de sedoanalgesia en las unidades de cuidados intensivos de la organización sanitas internacional. Revista Médica Sanitas, 2012 15(1), 22-28. obtenido de <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/25/SEDOANALGESIA.pdf>
21. Velázquez, Angelita. Sedación y Analgesia en Pacientes Pediátricos bajo Ventilación Mecánica. [Tesis para optar el grado de maestría en Ciencias en Pediatría]Guatemala: Universidad de San Carlos.2013: 3-18.
22. Lu S. y Camacho P. Nivel de conocimientos 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 Bartolomé". [Tesis para optar el título de especialista en enfermería intensiva pediátrica]. Lima: Universidad Peruana Union.2017: 31- 41.

23. Hernandez A. y Espinoza F. “Sedación del paciente crítico en ventilación mecánica” Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2013; Vol 28(4): 206-219.
24. Gutierrez, Felipe. Ventilación Mecánica. Acta Médica Peruana, 28(2), 87-104. Obtenido de Acta Médica Peruana: Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006
25. Castillo Velarde, Rosario. Conocimientos y Practicas que tienen las Enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Sccipa – EsSalud. Lima Perú 2003: 12-26.
26. Chávez Antayhua, Rosa. Sedación, analgesia y relajación en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis para optar el grado de Especialista en Pediatría]Lima: UNMSM. 2003: 9-18
27. Villanueva, Gladis . Nivel de Conocimientos y Prácticas de las Enfermeras sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en el Servicio de Emergencia y en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Huacho [Tesis para obtener el título de enfermera especialista en cuidados intensivos] Perú .2006:35-40
28. Claret, M. Escalas de Evaluación de Dolor y Protocolo de Analgesia en Terapia Intensiva. Argentina. 2012: 3-6.
29. Ugarte. S. y Muñoz, M. Agitacion y Sedacion consciente en cuidados intensivos.Chile.2007. 22(2): 97-104.
30. Romero, Yoel. Modelos y Teorías de la Enfermería, Rev Monografías (Revista en internet) 2011. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos89/modelos-y-oriasenfermeria/modelos-y-teorias-enfermeria.shtml> 4

31. Hernández, R. y Fernández, C. Metodología de la Investigación México.: McGraw-Hill.2014

ANEXO 02

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMERA SOBRE LA VALORACION DEL PACIENTE CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

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

I. Datos Generales:

- 1). Sexo:
- 2). Edad:
- 3). Tiempo que trabaja en la UCI:

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

1) ¿Cuál es el concepto de paciente con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica?

- a) Un paciente dormido.
- b) Un paciente en estado relajado libre de ansiedad.
- c) Un paciente ansioso.
- d) Un paciente en coma.

2) ¿Cuál es el objetivo de la sedoanalgesia?

- a) Alivio de la ansiedad y del dolor.
- b) Inducción del sueño.
- c) Facilitar la ventilación mecánica.
- d) Disminuir el malestar.

3) ¿Cuáles son los medicamentos usados con mayor frecuencia para sedoanalgesia en pacientes pediátricos?

- a) Fentanilo y Midazolan.
- b) Tiopental y Ketamina.
- c) Diazepam y Morfina.
- d) Flumazenil y Ketoprofeno.

4) ¿Cuál es la complicación más común de estos medicamentos?

- a) Depresión respiratoria.
- b) Taquicardia sinusal.
- c) Hipotensión.
- d) Trastornos digestivos.

5) ¿Que se debe monitorizar en un paciente pediátrico con sedoanalgesia sometido a ventilación mecánica?

- a) PVC, PAM, T°
 - b) FR, P.A, Sat O2, nivel de conciencia.
 - c) Pulso, EKG, AGA.
 - d) Llenado capilar, PIC, glucosa.
- 6) ¿Cuál es la escala utilizada para evaluar sedoanalgesia?
- a. Escala de Glasgow.
 - b. Escala de Silverman.
 - c. Escala de Ramsay.
 - d. Escala de RASS
- 7) ¿Cada qué tiempo debe aplicarse esta escala en el paciente?
- a. Una vez al día.
 - b. Dos veces al día.
 - c. Tres veces al día.
 - d. Cuantas veces sea necesario
- 8) Según la escala de RASS ¿Cuál es el nivel óptimo de sedoanalgesia?
- a. Dos
 - b. Cuatro.
 - c. Cinco.
 - d. Tres.
- 8) Según la escala de RASS ¿Qué comprende el nivel dos de sedoanalgesia?
- a. Paciente despierto, cooperador, orientado y tranquilo
 - b. Paciente dormido responde solo al dolor.
 - c. Paciente dormido con respuesta a órdenes.
 - d. Paciente dormido con respuestas breves a la luz y el sonido.
- 9) Según la escala de RASS ¿Qué comprende el nivel cinco de sedoanalgesia?
- a. Paciente dormido con respuesta a órdenes.
 - b. Paciente dormido responde solo al dolor.
 - c. Paciente dormido con respuestas breves a la luz y el sonido
 - d. Paciente despierto, cooperador, orientado y tranquilo.
- 10) ¿Cuál es el medicamento antagonista del Midazolán?
- a. Acetilcisteína.
 - b. Flumazenil.
 - c. Naloxona.
 - d. Carbón activado.
- 11) ¿Cuál es el medicamento antagonista del Fentanilo?
- a. Carbón activado.
 - b. Acetilcisteína.
 - c. Flumazenil.
 - d. Naloxona.

- 12) ¿El Midazolam una vez preparado se mantiene a temperatura ambiente durante?
- a. 12 horas.
 - b. 24 horas.
 - c. 36 horas
 - d. 6 horas.
- 14) ¿Cuál es la dosis de administración del Fentanilo en un paciente pediátrico?
- a. 25- 120mg/kg.
 - b. 50- 100ug/kg.
 - c. 0.5- 1.0 ug/kg.
 - d. 50- 100mg/kg

ANEXO 03:

LISTA DE CHEQUEO
PRÁCTICAS DE LA ENFERMERA SOBRE LA VALORACION DEL
PACIENTE CON SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN
MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS

Fecha.....

Hora:

	Si	No	Observaciones
<p>ANTES DE LA SEDACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valora el estado de agitación y la necesidad de sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica en el paciente pediátrico - Trata la agitación por otros medios no farmacológicos. - Valoración y control de funciones vitales. - Prepara el material: Previo lavado de manos. ● Medicamento correcto según la indicación médica. ● Cloruro de sodio 9%. ● Jeringa 20 ml. ● Equipo de volutrol. ● Aguja Nº 18. ● Bomba de infusión. - Comprueba la operatividad del equipo usar. <p>DURANTE LA SEDOANALGESIA SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prepara la infusión usando el medicamento correcto, concentración y dosificación. - Rotula los equipos e infusión con nombre, hora, fecha y concentración del medicamento. - Identifica el estado de sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica a través de la escala de Ramsay cuantas veces sean necesarias. - Titula la infusión según el estado de sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica del paciente. - Control de funciones vitales a horario (P.A, Fr, Sat O2). - Busca signos de posibles efectos adversos de sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica. - Registra en la Historia Clínica lo Observado. <p>DESPUES DE LA SEDACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca signos de complicaciones - Sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica. - Registra en la Historia Clínica lo observado. 			