



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

Sede Rosario

Proyecto de Intervención

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE SEDOANALGESIA

EN LA UCI

Profesor/es: Gabini Sebastián

Sandra Gentiletti

Tutor: Rubiera Federico Nicolás

Giuliana R. Tossi

Marzo de 2024

“Una enfermera es temporalmente la conciencia de la inconsciencia, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del nuevo ciego, el medio de locomoción del infante, el conocimiento y la confianza de una nueva madre, y la voz de aquellos demasiado débiles como para poder hablar”.

Virginia Henderson

RESUMEN

Este documento presenta el desarrollo de la planificación de un proyecto de administración segura de sedoanalgesia en una unidad de cuidados intensivos y los beneficios que esto generará para los pacientes y para la organización de trabajo del personal de salud dentro del servicio. Como objetivo se pretende unificar criterios mediante la realización de un protocolo para la administración segura de medicamentos específicamente analgésicos opioides, sedantes y bloqueantes neuromusculares. Como resultados de este proyecto se espera que el 70% de los enfermeros (24) aumenten su conocimiento sobre los tópicos anteriormente mencionados y que logren evaluar correctamente el nivel de sedación necesario según el tipo de patología y el estado fisiológico del paciente, desarrollando herramientas que les permitan mejorar la práctica diaria con la aplicación de este. Así se logrará entonces, el mayor nivel de calidad posible en los cuidados brindados a los pacientes internados en la UCI.

PALABRAS CLAVE

Sedoanalgesia, Unidad de Cuidados Intensivos, Escalas, Seguridad paciente, conocimiento.

ÍNDICE

ÍNDICE	5
DENOMINACIÓN DEL PROYECTO	6
NATURALEZA DEL PROYECTO	7
A. DESCRIPCIÓN	7
B. JUSTIFICACIÓN	8
C. MARCO INSTITUCIONAL	14
D. OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
E. RESULTADOS ESPERADOS	17
ACCIONES A REALIZAR	18
A. CUERPO DEL APARTADO	18
DETERMINACIÓN DE PLAZOS O CRONOGRAMAS	21
A. DIAGRAMA DE GANTT	21
B. TIEMPO	21
DETERMINACIÓN DE RECURSOS NECESARIOS	22
FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES PARA EL LOGRO DE LOS RESULTADOS	24
EVALUACIÓN DEL PROYECTO	25
INSTRUMENTO	25
REFERENCIAS	26
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	33

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

Administración segura de sedoanalgesia en la UCI.

NATURALEZA DEL PROYECTO

DESCRIPCIÓN

Este proyecto se realizará en Venado Tuerto, Santa Fe para la UCI de un Hospital de la ciudad, ya que es imperativo debido a la necesidad de mejorar el funcionamiento del servicio y la unificación de criterios a la hora de indicar, preparar y administrar medicación, en particular sedantes, analgésicos opiáceos y bloqueantes neuromusculares. El mismo consiste en la planificación de un proyecto con el que se logre la administración segura de los mencionados grupos de medicamentos, que avale y fundamente el accionar diario de enfermería y de todo el personal de salud en el sector. Esto resulta fundamental para la administración de los fármacos, siendo de una gran variedad y características con efectos totalmente diferentes entre sí, pero también potenciando el mismo si se usan de manera incorrecta. La existencia de protocolos, nos permite a todos trabajar de igual manera y tener una guía para los nuevos integrantes del servicio, que quizás, en su inicio a la unidad no tienen el conocimiento suficiente para guiar la práctica enfermera en la administración como es debido o como los jefes médicos del servicio así lo requieren, por lo tanto se pretende con este proyecto ser de guía para la práctica de enfermería, disminuyendo al mínimo los errores en su administración y mejorando de esta manera la sobrevivencia del paciente, el alta temprana con la menor cantidad de complicaciones asociadas y la calidad de atención brindada. En este documento se expondrán entonces, generalidades de la sedoanalgesia en la UCI, el porqué y el para qué de la necesidad del proyecto, la importancia del conocimiento que debe poseer el enfermero que trabaja en este sector, los beneficios para el paciente en lograr el alta lo más temprana posible y el nivel de sedación adecuado para no provocar agravios a la salud, teniendo en cuenta las diferentes escalas de sedación más utilizadas y la seguridad del paciente.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente se puede constatar que la sedoanalgesia en las unidades de cuidados intensivos es parte fundamental del trabajo enfermero y así también del tratamiento sobre el paciente principalmente en asistencia mecánica ventilatoria (AMV), y en los casos en los que no se llega a utilizar este soporte también el uso de benzodiazepinas como el lorazepam y el clonazepam para calmar al paciente y adaptarlo a la internación. Para lograr esto, el pilar fundamental es que, el enfermero que utiliza esta medicación tenga el conocimiento necesario para no generar efectos adversos en el paciente y sobre todo evitar las complicaciones a largo plazo.

Pero... ¿Qué es sedoanalgesia? Se debe definir entonces, en primera instancia la palabra sedación y a continuación se definirá analgesia para tener conocimiento de a que se refiere cuando se menciona la palabra sedoanalgesia:

La sedación se puede definir como la administración de fármacos sedantes con o sin analgesia, para inducir un estado en el que el paciente se encuentre cómodo, libre de dolor o recuerdos desagradables, tolere procedimientos que pudiesen ser molestos ya sean terapéuticos o diagnósticos, con mantenimiento de la función cardiorrespiratoria. (Polo Moris et al., 2019a, p.46).

La analgesia se puede definir como “la desaparición, ya sea natural o artificial, de cualquier sensación dolorosa”. De manera artificial se bloquean los medios de transmisión del dolor y/o los mediadores o por desconexión de los centros del dolor mediante el uso de hipnosis, fármacos sistémicos, regionales o por inhalación. (Polo Moris et al., 2019b, p.46).

La gran mayoría de los pacientes que ingresan a la UCI necesita soporte ventilatorio y requiere de la administración de algún sedante, como el midazolam, propofol,

o bloqueante neuromuscular como el pancuronio o atracurio, o ambos a la vez combinados con algún analgésico opiáceo como la morfina o el fentanilo, ya sea para adaptarlo a la AMV, por una necesidad por el diagnóstico a tratar o porque presenta dificultad respiratoria y su ansiedad, agitación, dolor entre otros factores no permiten que el tratamiento se realice de la manera correcta. Conseguir un estado fisiológico óptimo, logrando la correcta homeostasis, es un aspecto fundamental en el manejo terapéutico y evolución favorable en el enfermo crítico.

Es importante que el enfermero maneje conocimientos sobre cuáles son los estados de conciencia que debe tener el paciente en AMV según su patología. Para ello, este, lo debería obtener mediante la formación continua, pilar fundamental en las profesiones relacionadas a la salud, en las que los descubrimientos científicos modifican la forma de actuar día a día.

La enfermera debe adoptar un papel activo en lo que respecta al manejo de la sedación y la atención integral adaptada al paciente. Uno de los principales cuidados que debe de realizar el profesional de enfermería en las unidades de cuidados intensivos es la evaluación de la analgesia y la sedación, cabe destacar que estas deben de evaluarse por separado, a pesar de su interdependencia. (Klein et al, 2019, p.58).

El personal puede entonces generar un daño al paciente por falta de conocimiento, esto involucra a lo que se denomina seguridad del paciente, que según la OMS es:

La ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos. En el contexto asistencial más amplio, consiste en un conjunto de actividades organizadas

que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen. (Organización mundial de la Salud [OMS]., 2023)

Para evitar que las personas cometan errores hay que posicionarlas en un entorno a prueba de estos. Por lo tanto, es necesario centrarse en un sistema que permita generar una mejora, la cual solo puede producirse en un entorno abierto y transparente en el que prevalezca una cultura de seguridad. En esta se concede gran importancia a las creencias, los valores y las actitudes en materia de seguridad y que es compartida por la mayoría de las personas en el lugar de trabajo. Uno de los puntos fundamentales que trata la seguridad del paciente es la administración segura de medicamentos, relacionado a los errores en la medicación, base de esta es el conocimiento enfermero y la creación y aplicación de un sistema de práctica segura que fundamente el accionar de los enfermeros. “Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales” (OMS, 2023).

La enfermera de cuidados intensivos constituye entonces, una figura clave para conseguir un adecuado nivel de sedoanalgesia porque, en sus actividades diarias al pie de cama, realiza una valoración continua del paciente, detecta cualquier cambio en su estado, aplica técnicas y cuidados invasivos y dolorosos, y administra medicación analgésica y

sedante. Por ello debe conocer y utilizar las Escalas de Valoración de la sedación (EVS) en el día a día, para monitorizar el grado de sedoanalgesia que presentan los pacientes y favorecer que se alcance su nivel óptimo, también para evaluar la cantidad de fármacos necesarios según la patología del paciente . Ejemplo de ellas son la Escala de RAMSAY, RAS Y SAS (ANEXO 2 Y 3).

Sin embargo, la realidad es que una importante proporción de las enfermeras que trabajan en las UCI no conocen, no saben qué evalúan y por tanto no aplican las EVS. Está demostrado que es necesario el uso de EVS, pero estas no son utilizadas, sobre todo porque la mayoría de los enfermeros no las conocen o el que las conoce no las sabe utilizar. Otro punto también es que no se cuenta generalmente, por la gran demanda de trabajo diaria, con tiempo para la aplicación de estas.

La evaluación del dolor, del nivel de sedación y de la agitación, realizada por las enfermeras mediante la utilización de escalas y la intervención médica precoz, está asociado a un descenso de la incidencia e intensidad del dolor y de la agitación. El trabajo en equipo a este nivel mejora la calidad asistencial y la seguridad del paciente, y disminuye el tiempo de sedación, de ventilación mecánica y la incidencia de infecciones nosocomiales.

Los niveles inadecuados de sedoanalgesia pueden provocar importantes efectos adversos en el paciente, aumentando la morbilidad y mortalidad, el tiempo de estadía de internación en UCI o en otros sectores del hospital. En ocasiones, las secuelas requieren estancias prolongadas en los sectores de sala de internación, porque no pueden manejarse de manera autónoma y son una carga para algún familiar que no los puede cuidar, sin contar que sus hogares no están estructuralmente diseñados para que ingresen con alguna discapacidad invalidante.

Por ello una adecuada sedoanalgesia es parte fundamental del tratamiento del adulto crítico, ya que disminuye el estrés del paciente, facilita los cuidados de enfermería y la

adaptación a la ventilación mecánica, mejorando el pronóstico y reduciendo la morbilidad al disminuir los tiempos de ventilación mecánica y el de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Logrando darle el alta a una persona lo más autoválida posible, evitando estrés postraumático, disminuyendo complicaciones en las actividades de la vida diaria (AVD) y evitando gastos al mismo paciente, a la familia y al estado en rehabilitación, sesiones de kinesiología para devolverle la fuerza muscular y movilidad y disminuyendo a futuro el consumo de analgésicos vía oral para poder afrontar el dolor y de ansiolíticos para lograr el descanso nocturno.

Esta circunstancia ha hecho que la implementación de un proyecto de sedoanalgesia sea esencial. Ejemplo de esto dan varios artículos como:

La utilización de proyectos de sedación y analgesia en pacientes críticos bajo AVM se ha utilizado desde fines del siglo pasado, luego de que Brook y col demostraron que su utilización podía reducir la duración de la AVM, la necesidad de traqueotomía y la estadía en UCI. Luego de este estudio inicial, otros confirmaron este hallazgo, mostrando además la asociación entre una sedación titulada (la menor sedación necesaria para alcanzar los objetivos de bienestar y seguridad del paciente) con la disminución de la dosis de sedantes utilizados, disminución de los costos, menor incidencia de delirium y una menor incidencia de trastornos cognitivos a largo plazo (Olmos et al.,2019, p.132).

Otro artículo que muestra la importancia de la implementación de un proyecto que mejore los cuidados en el paciente con sedoanalgesia en AVM son, las guías PADIS (Pain, Analgesia, Delirium, Inmovilidad y Sueño) publicadas en 2018 por la Society of Critical Care Medicine de USA. Dónde se menciona que:

En el texto se concentran los aspectos más significativos y novedosos, de cada sección de las guías PADIS que los médicos y otros profesionales de la salud, además de administradores, deben considerar a la hora de intentar mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes críticos adultos. Cada recomendación tiene detrás un proceso muy riguroso de evaluación de la información, debate y discusión, que además remite a la experiencia con y del paciente; proceso que se realizó en conjunto entre los panelistas y pacientes involucrados. Creemos que las guías PADIS 2018 fomentarán un mejor cuidado del paciente en las áreas de analgesia, agitación/sedación, delirium, inmovilidad y alteración del sueño, además de estimular la realización de trabajos de investigación pragmáticos y centrados en el paciente en cada una de las áreas de interés. (Devlin et al., 2018, p.2)

Recientes estudios de investigación demostraron los beneficios que trae la implementación de los proyectos como el estudio publicado en enero del 2023 realizado en la UCIP del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; como conclusión este estudio arrojó lo siguiente:

La implementación de un proyecto de sedoanalgesia se asoció con una reducción significativa en la exposición a benzodiazepinas y opioides en infusión continua; se alcanzó una adherencia mayor al 90 %, pero sin impacto en la permanencia en AVM, estadía en UCIP y hospitalaria. (Taffarel et al., 2023,p.6).

En Argentina, la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) desarrollo un documento específico como guía de sedación y analgesia, en la que menciona lo siguiente:

Dos estrategias se han propuesto para manejar la sedoanalgesia en UCI: una estrategia que propone un protocolo de sedación dirigido por enfermeros, y una estrategia de interrupción diaria de la sedación. El intento de ambas estrategias es individualizar el manejo de la sedación (ajustar el nivel de sedación a un objetivo individual para cada paciente) y minimizar la sobredosificación y sus complicaciones previniendo la acumulación de analgésicos y sedantes. (SATI, s.f)

A pesar de la evidencia, varias publicaciones muestran que solo el 54% de los intensivistas emplea proyectos de sedación en su práctica diaria de la UCI. Una diversidad de factores puede atentar contra su implementación y pueden explicar la gran diferencia existente entre las recomendaciones y la práctica diaria de las UCI. Algunos de ellos incluyen falta de aceptación por parte del personal médico y enfermería, la preocupación del personal acerca de que una sedación insuficiente pueda poner en riesgo al paciente, el potencial incremento en la carga de trabajo en el equipo de salud, así como la preocupación por el probable discomfort que pudieran percibir los pacientes (Olmos et al., 2019, p.132).

Por lo tanto, para lograr tener éxito en la ejecución de un plan de alivio del dolor y sedación, es imprescindible seguirlo de manera estricta, contar con la participación de todo el personal de salud y recibir formación constante y reconocer las restricciones dentro de las terapias intensivas, debido a que estos factores pueden impedir su implementación y éxito de la medida a largo plazo.

En cuanto a la prioridad que existe, es de primer orden solucionar este problema, ya que las terapias intensivas más nombradas como la del Hospital Italiano de Buenos Aires y el Hospital Británico cuentan en su quehacer diario un proyecto de sedoanalgesia y su aplicación ha dado excelentes resultados. Esto también evitará que ocurran efectos adversos en el paciente, priorizando así su seguridad.

No puedo dejar de referirme en este apartado, a la mención que ya hace varias décadas hacían las teóricas de enfermería sobre los beneficios de los buenos cuidados a los pacientes internados, desde Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorotea Orem y Hildegart Peplau, todas ellas en cada una de sus concepciones e historias dejaron bien en claro la importancia de los cuidados en los pacientes y el rol que la enfermería ocupaba en esto. Por ejemplo, en el caso de la teoría de las 14 necesidades de Florence Nightingale en el paciente sedado se ven alteradas todas en su conjunto y en el caso de la teoría de adaptación del entorno de Callista Roy donde plantea que el entorno es un factor muy importante en el paciente bajo sedación e internación en el medio hospitalario, siendo este el que incide en el despertar del paciente y en las secuelas que pueda tener en su evolución en el camino que sigue para el alta.

Callista Roy elaboró en 1970 un modelo de adaptación, el Roy Adaptation Model (RAM), y señala que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Su modelo nos presenta una herramienta de gran utilidad para poder comprender la función de la enfermera y su intervención para reducir los

mecanismos productores de estrés. Partiendo de esta base pensamos que este modelo puede convertirse en una herramienta eficaz para afrontar el estrés. (Bonfill Acsencii., et al, 2010, p. 281)

Finalizando entonces es primordial por todo lo expuesto la implementación de un programa que implemente normas para la administración de la sedoanalgesia en el hospital. Este es requerido para que avale todas las indicaciones y prescripciones y todas las acciones de enfermería en la administración de estos fármacos en cualquiera de los casos. De esta manera se logrará un trabajo unificado y una menor prevalencia de incidentes y efectos adversos promoviendo así la seguridad del paciente evitando la aparición de delirium, estrés y otros efectos adversos asociados a la sobre sedación.

MARCO INSTITUCIONAL

Este proyecto se llevará a cabo en un Hospital de Venado Tuerto, Santa Fe, en el área de Terapia Intensiva y está destinado a todos los enfermeros que trabajan en el sector.

El servicio de cuidados críticos se encuentra en el primer piso de la planta de este, se accede a ella por dos ascensores grandes donde entra una cama de área crítica para ser usado ante la necesidad de llevar a un paciente a realizar ciertos estudios (TAC, Resonancia, etc.), también se cuenta con escaleras para llegar al mismo.

La UCI tiene un jefe de área y un supervisor de terapia intensiva exclusivo junto con tres supervisores de guardia pasiva que van rotando para la organización del personal durante las 24hs.

El plantel de enfermería es distribuido en una cartelera semanal y otra mensual, para organizar al personal en cada turno. El servicio cuenta también con dos jefes médicos y un staff de dos médicos las veinticuatro horas los siete días de la semana.

El servicio de cuidados críticos se divide en cuatro unidades, tres de ellas para pacientes adultos y una unidad de pediatría, cada una de estas posee cuatro camas para pacientes con patologías polivalentes y una habitación para patologías que requieran aislamiento. Cabe destacar que en este momento se encuentran en funcionamiento solamente dos unidades de cuidados críticos adultos y la pediátrica.

Estas están equipadas con: monitores multiparamétricos uno por cada cama, electrocardiograma uno por unidad, camas con baranda eléctricas con controles para el paciente y para el personal, panel de aspiración con oxígeno, aire comprimido y aspirador, un ventilador mecánico para cada una, un dispositivo de ventilación bolsa - válvula - máscara por cama, estetoscopio por cama, termómetro por cama, una mesa con ruedas para las pertenencias del paciente, una bandeja de enfermería en cada mesa porta objetos, un residuo patológico por cama con bolsa roja y también se cuenta con una cortina la cual separa a un paciente del otro.

El office de enfermería se encuentra situado en el centro de la unidad para poder visualizar a todos los pacientes. Este cuenta con una mesada u office sucio donde se

realizan los registros y por detrás con una mesada de área u office limpios donde se realiza la preparación de medicamentos y donde se encuentran por debajo los elementos necesarios para realizar las actividades y procedimientos de enfermería según se requiera.

También hay una computadora con acceso a internet, en cada unidad, para lo que sea necesario consultar y realizar los registros en el sistema interno del hospital. Como último punto mencionado se cuenta con un carro de paro con desfibrilador y drogas para la reanimación cardiopulmonar. También cuenta con los elementos para realizar, una intubación orotraqueal o traqueotomía de urgencia.

El Staff de enfermería se encuentra conformado por:

- Según su estado contractual: 24 enfermeros de planta, dos mensualizados monotributistas, dos con reemplazos de licencias de larga duración, y cuatro contratos Covid.
- Según su estado académico: cinco licenciados en enfermería, dos especialistas en cuidados críticos intensivos, 22 enfermeros profesionales, dos enfermeros ley 2 y un auxiliar.
- Los enfermeros están distribuidos en turnos de 6 horas, trabajan cinco días a la semana con dos francos, de a dos por turno por unidad.

Ellos cuentan con un referente por turno para cualquier situación que se presente inesperada en el servicio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Unificar criterios mediante la implementación de un proyecto para la administración segura de medicamentos específicamente analgésicos opioides, sedantes y bloqueantes neuromusculares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar el conocimiento del personal de enfermería sobre sedoanalgesia.
- Brindar información sobre la evaluación del estado de conciencia del paciente bajo sedación.
- Protocolizar la administración de medicamentos analgésicos opioides, sedantes y bloqueantes neuromusculares.

RESULTADOS ESPERADOS

De este proyecto se espera que el 70% de los enfermeros (24) aumenten su conocimiento sobre los tópicos anteriormente mencionados y que logren evaluar correctamente el nivel de sedación necesario según el tipo de patología y el estado fisiológico del paciente, desarrollando herramientas que les permitan mejorar la práctica diaria con la aplicación del proyecto. De este modo se logrará el mayor nivel de calidad posible en los cuidados brindados a los pacientes internados en la UCI.

ACCIONES A REALIZAR

CUERPO DEL APARTADO

Para los objetivos 1 y 2 se realizará una capacitación mediante un taller.

- Capacitar al personal en bases sobre sedoanalgesia, cuidados del paciente en AVM y escalas de evaluación del nivel de sedación: se realizarán talleres con encuentros quinquenales durante el año 2024 teniendo en cuenta: los horarios del personal, unificando el personal del turno mañana de 6 a 12 h y el turno tarde de 12 a 18h. Se dictará desde las 13h a las 16h, con una duración de 3h por día. Para los dos turnos restantes vespertino 18 a 24h y noche 24h a 06h, el taller se dictará de las 21h hasta las 24h.

Número de encuentros: 2 encuentros con cada grupo por mes, durante 2 meses.

Duración de las actividades: Tres horas. (180 min)

días de encuentros: Primer y tercer viernes del mes “X” de 2024.

Horario de encuentros: PRIMERO GRUPO: De 13hs a 16hs.

SEGUNDO GRUPO: De 21hs a 24hs.

Lugar: Ateneo/ sala de reuniones de un Hospital de Venado Tuerto.

- Se toma presente por encuentro a los enfermeros de los turnos que no están en horario laboral y de los que estén trabajando, queda uno en las unidades y asisten los otros. Se refuerzan las unidades con los referentes. Este último que queda en el servicio va al taller la próxima semana en conjunto con los que estaban de franco ese día que se dictó el taller. De esta manera puede asistir todo el personal, sin necesidad de abonar horas extras. Se contempla medio franco compensatorio a favor, de los que no se encuentren en su turno y tengan que asistir al taller, debiendo permanecer 3 horas más en la institución.

En el mismo participará, un disertante especialista en sedoanalgesia y en UCI, que durante los primeros 90 minutos, dará cuenta de los temas en profundidad.

Se programa un break de 15 minutos, para descanso, a la mitad del taller. Así los presentes pueden descansar y charlar acerca de lo dado hasta el momento.

Durante los siguientes 90 minutos, se pide apoyo y participación al supervisor de terapia intensiva Lic. En enfermería, al jefe de la guardia de adultos y a la supervisora general del área de adultos tanto de cuidados críticos como de sala general. Estos aportes se utilizan para ampliar los conocimientos desde la práctica y la experiencia propia. También se pide participación del jefe médico, especialista en terapia intensiva, para que desde su conocimiento y experticia brinde ayuda , a la hora de desarrollar la capacitación.

Se establece un calendario para los encuentros de las clases en servicio, de manera anticipada para favorecer la lectura del material previo por parte del personal y organizar la jornada a los efectos de contar con la mayor presencia posible del personal de enfermería. El material se entregará un mes antes para que pueda ser leído previamente. Consta de una bibliografía confeccionada por el personal que brinda el taller, avalada por el director del hospital y del jefe médico intensivista de la UCI.

A su vez se realizará un comunicado un mes antes del inicio de la capacitación, vía mail como fuente oficial desde el correo del hospital, a todo el personal del servicio, para que anticipadamente preste conocimiento de la capacitación. Y también por medio del grupo de WhatsApp del servicio, enviado por la supervisora del área de manera oficial.

- En cuanto a la dinámica se da comienzo con una lluvia de ideas para tener conocimiento de los saberes previos, teniendo en cuenta como disparadores las palabras claves del proyecto. A continuación, mediante un Power Point se desarrollan los temas: Farmacología básica en sedantes y analgésicos, efectos adversos, métodos de evaluación del estado de conciencia del paciente en AVM (Escala de RAMSAY y RASS principalmente), generalidades de administración

segura y presentación mediante mapa interactivo de antecedentes y resultados de la implementación de proyectos similares en otros hospitales. (ANEXO 4)

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

GRUPO	DÍA	HORA	ACTIVIDAD
<u>Grupo 1</u>	<u>Primer viernes del mes "X"</u>	<u>13 a 16hs</u>	<u>ACTIVIDAD 1 : "Dormidos y sin dolor"</u>
<u>Grupo 2</u>	<u>Primer viernes del mes "X"</u>	<u>21 a 24hs</u>	<u>ACTIVIDAD 1 : "Dormidos y sin dolor"</u>
<u>Grupo 1</u>	<u>Tercer viernes del mes "X"</u>	<u>13 a 16hs</u>	<u>ACTIVIDAD 2 : "GPS"</u>
<u>Grupo 2</u>	<u>Tercer viernes del mes "X"</u>	<u>21 a 24hs</u>	<u>ACTIVIDAD 2 : "GPS"</u>

- Al finalizar cada encuentro se hace una puesta en común de los temas y se consulta si los participantes quieren que se repita o se refuerce alguno en el próximo encuentro.

Objetivo 3

Acciones a realizar para armado del proyecto

- Mediante una reunión semanal de trabajo con las personas encargadas de la elaboración, médico intensivista, anesthesiólogo, enfermero jefe de servicio y enfermera a cargo del desarrollo del proyecto. Días de reuniones: todos los lunes de cada semana a lo largo de un mes del año 2024.
- Duración de las reuniones: 4 h modalidad: Presencial o virtual mediante zoom.
- Tiempo estimado: 1 mes para el desarrollo de la base científica y técnica del proyecto, base teórica y objetivos de la protocolización, que son:
 - Normalizar la práctica.
 - Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.

- Mejorar la calidad de los servicios prestados.
- Constituir una poderosa fuente de información.
- Facilitar la atención a personal de nueva incorporación.
- Determinar los sectores de implementación: UCI (unidad de cuidados intensivos).
- Elegir el personal objetivo: Enfermeros del área de terapia intensiva
- Fijar normas y reglas de cumplimiento y criterios a seguir a la hora de la implementación y llevada a cabo de este.
- Realizar prueba piloto (implementación del proyecto), con una duración de 3 meses en la UCI del Hospital.
- Establecer la evaluación previa a la implementación del proyecto y post implementación, mediante un cuestionario de 24 preguntas con 4 tópicos.
- Establecer una re-evaluación post implementación definitiva del proyecto, 6 meses después, mediante la inclusión de indicadores de calidad de los cuidados brindados por el personal enfermero.

DETERMINACIÓN DE PLAZOS O CRONOGRAMAS

DIAGRAMA DE GANTT

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ACTIVIDADES										
PLANIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO										
DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN										
EVALUACIÓN DEL PERSONAL MEDIANTE EL INSTRUMENTO PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO										
DISEÑO DE ACTIVIDADES DEL TALLER										
DISERTACIÓN DEL TALLER										
PRUEBA PILOTO DEL PROYECTO										
EVALUACIÓN POST IMPLEMENTACIÓN										
COMPARACIÓN CON RESULTADOS ESPERADOS										

TIEMPO

10 meses del año 2024, desde el inicio del proyecto a la finalización y 3 meses de prueba piloto del proyecto para evaluar los resultados en el servicio. Con la realización de cuestionario post intervención.

DETERMINACIÓN DE RECURSOS NECESARIOS

Humanos: personal médico (jefe terapeuta y jefe cardiólogo de la UCI) y de enfermería (jefe de enfermería de uci (1) y supervisores: de uci y sala adultos (1), la supervisora general (1), y la de guardia general de adultos (1) capacitados previamente y entrenados para el dictado de la capacitación, con los temas que se dictaran y con la modalidad de este.

Materiales: 1 sala de terapia intensiva para la aplicación y evaluación del proyecto, previo pedido de autorización al departamento de enfermería y al jefe de la UCI; 34 cuestionarios en papel (uno por cada enfermero de la unidad), material de estudio previa a la capacitación (34 apuntes), auditorio con sillas, escritorio, cañón para reproducir Power Point, computadora propia, hojas A4, impresora, fotocopidora laser (del hospital). Comestibles varios y bebidas para los 4 encuentros de capacitación (detalle en presupuesto).

Técnicos: Conocimientos en paquete office e informática para plasmar mediante la reproducción de un video en la computadora lo planificado, los beneficios de la implementación a futuro y las actividades que se realizarán.

Financieros: Los costos con los que se realiza el proyecto, serán solventados por medio de la utilización del *crowdfunding* (financiamiento colectivo) también denominada microfinanciación en este caso de tipo donación, ya que es un proyecto educativo de carácter social para el beneficio del mejor funcionamiento de un área determinada de un hospital público, que atiende sin costo alguno a todas las personas de la región. Se creará una cuenta bancaria para tal fin, publicando en una red social (Facebook) los ingresos de dinero de la misma y el destino del dinero en cada actividad. La plataforma utilizada para el *crowdfunding* será IDEAME, ya que permite dos modelos: “todo o nada” o el modelo “todo suma”, en el primero solo se cobra el dinero recaudado si se logra el objetivo planteado, en el segundo caso se cobra lo recaudado aún no llegando al 100%.

Se intentará recaudar el total del presupuesto y un extra de dinero para imprevistos. El dinero que no se utilice, en caso de que haya, será devuelto a las mismas personas que lo donaron por medio de la misma plataforma.

Con respecto a las horas extras que debe permanecer parte del personal para asistir al taller, se acuerda con el departamento de enfermería y el jefe de servicio de la UCI, otorgar medio franco compensatorio en devolución de las horas que se requieren para la participación de este

Se pide asistencia del jefe de la UCI y del departamento de enfermería con el otorgamiento de medio franco compensatorio por horas extras de enfermería.

Las impresiones de cuestionarios se realizan en la impresora del hospital. Se compran los insumos: una resma de hojas A4 y un tóner negro.

PRESUPUESTO

Recursos	Cantidad	Precio Unitario	Sub. total
Lapiceras	34 unidades	\$200	\$6800
Impresiones de cuestionarios (pre y post intervención)	68 unidades	\$0	\$0
Hoja A4 Resma	1 unidad	\$7000	\$7000
Impresiones de Apuntes para la capacitación	34 unidades	\$0	0
Tóner negro	1 unidad	\$12000	\$12000
Vasos descartables (caja x 25)	100 unidades	\$3266	\$13064
Cucharitas (caja x100u)	100 unidades	\$2550	\$2550
Servilletas de 50 unidades	3 paquetes	\$1000	\$3000
Leche	5 Litros	\$1000	\$5000
Galletas dulces surtidas	10 paquetes	\$2200	\$22000
Galletas saladas (x3)	5 paquetes	\$1900	\$9500
Edulcorante 200 cc	1 frasco	\$2500	\$2500
Café clásico Nescafé de 170 g	1 frasco	\$5000	\$5000
Té la Virginia de 25 unidades.	2 cajas	\$1800	\$3600
Disertante especialista en Sedoanalgesia en UTI.	4hs	\$5000	\$20000
TOTAL			\$144,414

FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES PARA EL LOGRO DE LOS RESULTADOS

Desaprobación del proyecto por parte del consejo administrativo del hospital.

Rechazo del proyecto por parte de los enfermeros del servicio.

Negativa del jefe de enfermería a la implementación.

Cambio de Dirección del Hospital que impida la realización.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Se realizará una evaluación directa a los enfermeros que trabajan en la UCI a la totalidad del plantel (32), mediante un instrumento de recolección de datos, previo al momento de la implementación del proyecto pretest (1 semana antes). Se implementa el proyecto durante un periodo de prueba de 3 meses y la segunda evaluación post test, se realiza a la semana (7 días) de haber finalizado el periodo de prueba. La medición de los resultados se realiza mediante un cuestionario que consta de 23 preguntas, divididas en 4 tópicos que son: Conocimiento, Seguridad del paciente, Escalas, y Fármacos.

Anterior a la implementación del instrumento, se efectuará una prueba piloto del mismo, para comprobar la utilidad y si los datos que se logran recabar son representativos para el proyecto o si se debe cambiar alguna pregunta o tópico de este.

Luego de 6 meses de la implementación y aplicación del proyecto, se realizará un relevamiento de datos para dar cuenta de los cambios que se hubieran producido por la aplicación de este, con la inclusión de indicadores que evaluarán el impacto a largo plazo, en la calidad de la atención de enfermería, en los pacientes internados que fueron dados de alta de la UCI, post implementación en los cuidados. Los indicadores que se incluirán son:

1. Satisfacción del paciente y la familia
2. Presencia de síndrome de abstinencia/ delirium post internación
3. Tasa de mortalidad del paciente en AVM
4. Tasa de neumonía asociada a la ventilación
5. Tasa de úlceras por decúbito
6. Tasa de infecciones asociadas al catéter venoso central
7. Porcentaje de incapacidad del paciente post internación.
8. Tasa de cumplimiento del lavado de manos

INSTRUMENTO

Cuestionario que se realizará a cada uno de los enfermeros del sector, con la correspondiente explicación y finalidad. (Anexo 1). Se entregará en conjunto un consentimiento informado, para autorizar la participación de los enfermeros que contesten el cuestionario e informar aspectos relevantes de la intervención

REFERENCIAS

- Bonfill Accensi, Encarna, Lleixa Fortuño, Mar, Sáez Vay, Flor, & Romaguera Genís, Sara. (2010). “Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy”. *Index de Enfermería*, 19(4) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010&lng=es&tlng=es.
- Celis-Rodriguez, E., Diaz Cortes, J. C, Cardenas Bolivar, Y. R., Carrizosa Gonzalez, J.A., Pinilla, D. I., Ferrer Zaccaro, L. E., Birchenall, C., Caballero Lopez, J., Arguello, B. M., Castillo Abrego, G., Castorena Arellano, G., Dueñas Castell, C., Jáuregui Solórzano, J. M., Leal, R., Pardo Oviedo, J. M., Arroyo, M., Raffán-Sanabria, F., Raimondi, N., Reina, R., ... & Nates, J. L. (2020). “Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el tratamiento de la sedoanalgesia y el delirio en pacientes adultos en estado crítico”. *Medicina Intensiva*, 44(3), 171-184. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.013>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Arjen J. C., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., Van den Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., Joffe, A., Michelle E.,... Alhazzani, W. (2018). Innovación metodológica en la creación de guías de práctica clínica: conocimientos del esfuerzo de guía de 2018 de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos sobre dolor, agitación/sedación, delirio, inmovilidad y alteraciones del sueño. *Medicina de cuidados críticos* 46(9), 1457-1463. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.serviciodesaludaconcagua.cl/index.php/funcionarios/pack/category/120-2019-curso-cambio-de-paradigma-de-los-cuidados-de-upc%3Fdw>

[nload%3D740:padis-espanol&ved=2ahUKEwjL_PO9q2EAxVZqpUCHX
LsBcYQFnoECBkQAO&usg=AOvVaw2jviVzAjg1zUY4Sbz99ZG-](#)

- Olmos, M., Varela,D., & Klein, F. (2019). Enfoque Actual de la Analgesia, Sedación y el Delirium en Cuidados Críticos, *Revista Médica Clínica Los Condes*, 30(2), 125-139.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfoque-actual-de-la-analgesia-S0716864019300215>
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2023), “*Seguridad del paciente*”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Polo Moris, B., González Fernández, A & González Fernández, C. (2019). “El papel de la enfermería en la sedoanalgesia en el paciente crítico”. *NPunto*, II (16), 45-62. [Papel de la enfermería en la sedoanalgesia del paciente crítico | NPunto](#)
- SATI. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, capítulo de enfermería crítica, protocolos y guías de práctica clínica. “*Sedación y analgesia del paciente crítico*”. <https://www.sati.org.ar/guias-capitulo-enfermeria-farmacos/>
- Taffarel, P., Widmer. J., Fiore. Á., Rodríguez, A.P., Meregalli. C., & Jorro Barón, F. (2023). “Impacto de la implementación de un protocolo de sedoanalgesia en una unidad de cuidados intensivos pediátricos”. *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría*. 121(4), 56-63. DOI:[10.5546/aap.2022-02806](https://doi.org/10.5546/aap.2022-02806)
https://www.sap3.org.ar/i2/ebooks/AAP/2023_121_4/#p=1

ANEXO 1

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN: Buenos días, soy Tossi Giuliana Enfermera, del área de terapia intensiva, estudiante de la Licenciatura en enfermería en la UAI, actualmente estoy realizando un estudio con el objetivo de obtener información sobre los conocimientos que tienen las/os enfermeras(os) sobre el cuidado de pacientes con sedoanalgesia y en la administración segura de estos medicamentos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Venado Tuerto, para lo cual espero contar con la colaboración de todos ustedes respondiendo verazmente y con sinceridad a las preguntas formuladas, recordándoles que la participación es anónima y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario consta de 24 preguntas, las cuales contesta marcando con una cruz (X) según crea usted conveniente la respuesta correcta.

I.- DATOS GENERALES:

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: (Años)

Tiempo de trabajo en UCI:

II.- DATOS ESPECÍFICOS:

1.- Un paciente con sedoanalgesia es cuando se encuentra en un estado de:

- a) Coma
- b) Dormido
- c) Relajado y tranquilo
- d) Relajado y en coma

2.- El objetivo más importante de la sedoanalgesia en el paciente crítico es:

- a) Aliviar la ansiedad, la agitación y el dolor, facilitando la ventilación mecánica.
- b) Aliviar la ansiedad, la agitación y el dolor, facilitando el sueño y la comodidad.
- c) Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, disminuyendo la ansiedad y la agitación.
- d) Proporcionar un nivel óptimo de comodidad, reduciendo la ansiedad y el dolor.

3.- Las complicaciones que produce la sobredación en el paciente crítico está dado por:

- a) Depresión respiratoria, hipertensión, hipercapnia.
- b) Depresión respiratoria, íleo intestinal, trombosis venosa.
- c) Depresión hemodinámica, íleo intestinal, hipertensión.
- d) Depresión hemodinámica, hipercapnia, trombosis venosa.

4.- La complicación frecuente de la sedación prolongada por más de 3 días en el paciente crítico es:

- a) Dependencia a fármacos.
- b) Psicosis.
- c) Toxicidad por fármacos.
- d) Síndrome de abstinencia.

5.- Las complicaciones que produce la infrasedación en el paciente crítico está dado por:

- a) Depresión respiratoria, ansiedad y taquicardia.
- b) Depresión respiratoria, dolor y taquicardia.
- c) Ansiedad, hipotensión e hiperventilación.
- d) Ansiedad, hipertensión e hiperventilación.

6.- Los signos fisiológicos que se consideran para evaluar el dolor en el paciente con sedación está dado por:

- a) Taquicardia, hipertensión, taquipnea.
- b) Taquicardia, hipertensión, arritmia.
- c) Bradicardia, hipotensión, arritmia.
- d) Bradicardia, hipertensión, taquipnea.

7.- En el cuidado del paciente crítico con sedación consciente se requiere:

- a) Depresión mínima de la respiración que facilite la ventilación mecánica.
- b) Depresión moderada de la respiración que permita la ventilación mecánica.
- c) Depresión mínima del nivel de conciencia que permita la ventilación espontánea adecuada
- d) Depresión moderada del nivel de conciencia que permita la ventilación espontánea adecuada.

8.- En pacientes agitados sin asistencia ventilatoria se recomienda el inicio de la sedación después de:

- a) Proporcionar una analgesia adecuada e iniciar una dosis de sedación en bolo.
- b) Proporcionar una analgesia adecuada y tratar otras causas.
- c) Establecer el objetivo de la sedación e iniciar una dosis de analgesia en bolo.
- d) Establecer el objetivo de la sedación y tratar otras causas.

9.- La medida que se toma en cuenta para mantener un patrón respiratorio adecuado en pacientes con ventilación mecánica es:

- a) Saturación de oxígeno.

b) Posición del tubo endotraqueal.

c) Nivel óptimo de sedoanalgesia.

d) Parámetros del ventilador mecánico.

10.- ¿Qué tipo de sedación es el más recomendado en el cuidado del paciente neurocrítico?

a) Sedación profunda.

b) Sedoanalgesia moderada.

c) Sedación superficial.

d) Sedación consciente.

11.- ¿Qué tipo de sedación es el más recomendado en el cuidado del paciente neurológico?

a) Sedoanalgesia superficial.

b) Sedoanalgesia moderada.

c) Sedación profunda.

d) Sedación consciente.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

12- El procedimiento en el cual se considera la indicación de la sedoanalgesia como procedimiento de rutina es:

a) Procedimientos invasivos.

b) Traqueotomía.

c) Ventilación mecánica.

d) Hipertensión intracraneal.

13- Para realizar la administración segura usted:

a) realiza el lavado de manos, y los 10 correctos.

- b) realiza lavado de manos, prepara y administra la medicación.
- c) realiza previo lavado de manos, los 10 correctos y luego registra.
- d) realiza la preparación y administra.

14.- Las medidas complementarias que toma en cuenta para promover un entorno físico favorable para disminuir la ansiedad en el paciente crítico es:

- a) Masajes relajantes.
- b) Musicoterapia.
- c) Control de la luz ambiental y el ruido.
- d) Restricción de visitas y evitar conversaciones.

15.- La medida general que se utiliza para promover la seguridad y protección de paciente crítico con agitación está dado por:

- a) Sedoanalgesia óptima.
- b) Inmovilización del paciente.
- c) Entorno físico favorable.
- d) Apoyo psicoemocional.

16.- Fomentar la movilización frecuente del paciente con sedoanalgesia contribuye a:

- a) Prevenir la trombosis venosa profunda.
- b) Favorecer a la trombosis venosa profunda.
- c) Prevenir las Úlceras por presión.
- d) Favorecer a la Úlceras por Presión

FÁRMACOS

17.- Los fármacos más utilizados en sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos son:

- a) Fentanilo y dexmedetomidina.
- b) Fentanilo y midazolam.
- c) Propofol y remifentanilo.
- d) Propofol y midazolam.

18.- El fármaco que produce depresión moderada del sistema respiratorio y cardiovascular en paciente crítico es:

- a) Benzodiazepina.
- b) Opiáceo.
- c) Propofol.
- d) Dexmedetomidina.

19.- El fármaco antagonista del Midazolam es:

- a) Naloxona.
- b) Carbón activado.
- c) Flumazenil.
- d) Acetilsalicina.

20.- El efecto adverso más frecuente de los fármacos opiáceos está dado por:

- a) Arritmias cardíacas.
- b) Depresión respiratoria.
- c) Hipotensión sistólica.
- d) Delirio.

ESCALAS

21.- La escala más utilizada, que se elaboró específicamente para medir la sedación inducida por drogas es:

- a) Escala Glasgow.
- b) Escala RASS.
- c) Escala Ramsay.
- d) Escala de SAS.

22.- La escala que se utiliza para valorar el nivel de analgesia en el paciente crítico es:

- a) Escala RASS.
- b) Escala de Silverman.
- c) Escala Visual Análoga.
- d) Escala Braden.

23.- El nivel de sedación recomendado en el cuidado del paciente en ventilación mecánica con SDRA es Ramsay:

- a) Cinco o seis.
- b) Cuatro o cinco.
- c) Tres o cuatro
- d) Dos o tres

Gracias por su colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o participante:

El propósito del siguiente documento es invitarlo a participar del proyecto de intervención “Administración segura de sedoanalgesia en la UCI”

Su colaboración en el proyecto consistirá en contestar un cuestionario en el que se verá reflejado el conocimiento sobre sedoanalgesia y temas relacionados a la misma en la UCI. Usted tiene total libertad de participar o no en esta recolección de datos, así como también de abandonar su colaboración en cualquier momento del proceso.

La información recopilada será estricta y exclusivamente para el trabajo. Asimismo, la información que proporcione no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Su participación en este proyecto no implica ningún beneficio monetario o de otra clase. No obstante, su colaboración es muy importante para el éxito de este.

- Expreso de manera voluntaria y consciente mi deseo de participar en la recolección de datos en el proyecto.
- No deseo participar del estudio.

Firma:

Aclaración:

ANEXO 2

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

Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R: Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. *BMJ* 1974;2 (920):656-659.

ESCALA DE SEDACIÓN-AGITACIÓN DE RICHMOND (RASS)	
Grado de recomendación fuerte. Nivel de evidencia IB	
+4	Combativo. Ansioso, violento.
+3	Muy agitado, intenta quitarse los catéteres y el tubo orotraqueal.
+2	Agitado, movimientos frecuentes, lucha contra el respirador.
+1	Ansioso, inquieto pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos.
0	Alerta y tranquilo.
-1	Adormilado. Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos
-2	Sedación ligera. Despierta a la voz. No mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-3	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada. No dirige la mirada.
-4	Sedación profunda. No responde a la voz. Abre ojos a estímulos físicos.
-5	Sedación muy profunda. No respuesta a la estimulación física.

Anexo 3

ESCALA DE SAS

PUNTOS	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
7	Agitación peligrosa	Se arranca el tubo endotraqueal. Tira de los catéteres. Arremete contra el personal. Se arroja de la cama
6	Muy agitado	No está tranquilo, a pesar de explicárselo verbalmente, requiere sujeción física. Muerde el tubo endotraqueal.
5	Agitado	Ansioso o moderadamente agitado, intentando sentarse. Se tranquiliza con las instrucciones verbales
4	Tranquilo y cooperador	Tranquilo, se despierta con facilidad y obedece órdenes sencillas.
3	Sedado	Tendencia al sueño, despierta con estímulos verbales pero se vuelve a dormir. Responde a órdenes sencillas.
2	Muy Sedado	Responde a estímulos físicos. Incapaz de comunicarse u obedecer órdenes. Tiene movimientos espontáneos
1	Arreactivo	Mínima o nula respuesta al dolor, no se comunica ni obedece órdenes.

ANEXO 4 CUADRO ACTIVIDADES Link: [ANEXO - cuadro de actividades.xlsx](#)

ACTIVIDAD 1: "Dormidos y sin dolor"						
OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	OBSERVACIÓN
Ampliar el conocimiento del personal de enfermería sobre sedo analgesia.	Farmacología básica en sedantes y analgésicos. Efectos adversos. Generalidades de administración segura.	Diálogo Taller	Bienvenida, presentación del equipo y participantes. Lluvia de ideas. Rescate de saberes previos.	Recursos Humanos: Disertante especialista en Sedoanalgesia Licenciado en Enfermería. Médico Terapeuta. Recursos educativos: "x" cantidad de Material de estudio. Una (1) computadora. Una (1) pantalla led. Recurso edilicio: Ateneo del Hospital.	180 min.	Entrega de Material para el próximo encuentro.

ACTIVIDAD 2 : "GPS"						
OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	OBSERVACIÓN
Brindar información sobre la evaluación del estado de conciencia del paciente bajo sedación.	Métodos de evaluación del estado de conciencia del paciente en AVM (Escala de RAMSAY y RASS principalmente)	Diálogo Taller	Bienvenida, presentación del equipo y participantes. Lluvia de ideas. Rescate de saberes previos. Al finalizar la segunda actividad se realiza la puesta en común para observar el contenido aprendido.	Recursos Humanos: Disertante especialista en sedoanalgesia Licenciado en Enfermería. Médico Terapeuta. Recursos educativos: "x" cantidad de Material de estudio. Una (1) computadora. Una (1) pantalla led. Recurso edilicio: Ateneo del Hospital.	180 min.	Se otorgan minutos para dudas y se realiza el cierre.