Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. **SALUD Y VIDA**
Volumen 9. Número 18. Año 9. Juio-Diciembre. 2025
Hecho el depósito de Ley: FA2016000010
ISSN: 2610-8038
FUNDACIÓN KOINONIA (F.K).
Santa Ana de Coro, Venezuela.

https://doi.org/10.35381/s.v.v9i18.4588

Rol de enfermería en el manejo y cuidados de la sedoanalgesia en pacientes críticos

Nursing role in the management and care of sedation and analgesia in critical patients

Nancy del Pilar Inca-Bravo
nancydelpilarinca@gmail.com
Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-9500-3157

Cristina Evangelina Hurtado-Nandar
criss-ely@hotmail.com
Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-3360-0941

María Cecilia Parra-Chávez
marycecy1508@hotmail.com
Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-8622-0817

Paolina Antonieta Figuera-Ávila
pfiguera@unibe.edu.ec
Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-7270-4408

Recepción: 13 de marzo 2025
Revisado: 16 de abril 2025
Aprobación: 18 de junio 2025
Publicado: 01 de julio 2025

RESUMEN

Introducción: El manejo adecuado de la sedoanalgesia en pacientes críticos representa un desafío para enfermería debido a las complicaciones asociadas a la infra y sobre sedación. **Objetivo:** Identificar principios farmacológicos, evaluando escalas de valoración y describiendo intervenciones específicas de enfermería en el manejo de sedoanalgesia en pacientes críticos. **Método:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA. Se analizaron 29 estudios seleccionados de 857 registros identificados en bases de datos (MEDLINE, CINAHL, Scopus, SciELO, LILACS) publicados entre 2018-2025. **Resultados:** Se identificaron protocolos de "analgesia primero" y sedación dinámica como prácticas óptimas. Las escalas RASS y CPOT demostraron mejores propiedades psicométricas (κ=0.80-0.91). Los protocolos dirigidos por enfermería redujeron tiempo de ventilación mecánica (2.5 días menos, $p<0.01$), estancia en UCI (3.2 días menos) e incidencia de delirium (reducción del 19.4%, $p<0.001$). **Conclusiones:** El rol de enfermería resulta determinante en la efectividad de la sedoanalgesia.

Descriptores: Cuidados críticos; enfermería; escalas de valoración; protocolos; sedoanalgesia. (Fuente: DECS).

ABSTRACT

Introduction: Adequate management of sedoanalgesia in critically ill patients represents a challenge for nursing due to complications associated with under and over-sedation. **Objective:** To identify pharmacological principles, evaluate assessment scales, and describe specific nursing interventions in sedoanalgesia management in critically ill patients. **Methods:** A systematic review was conducted following PRISMA guidelines. Twenty-nine studies selected from 857 records identified in databases (MEDLINE, CINAHL, Scopus, SciELO, LILACS) published between 2018-2025 were analyzed. **Results:** "Analgesia-first" protocols and dynamic sedation were identified as optimal practices. RASS and CPOT scales demonstrated better psychometric properties (κ=0.80-0.91). Nurse-led protocols reduced mechanical ventilation time (2.5 days less, $p<0.01$), ICU stay (3.2 days less) and delirium incidence (19.4% reduction, $p<0.001$). **Conclusions:** The nursing role is decisive in sedoanalgesia effectiveness.

Descriptors: Critical care; nursing; assessment scales; protocols; sedoanalgesia. (Source: DECS).

INTRODUCCIÓN

El cuidado de pacientes críticos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es una de las actividades que más retos propone para los profesionales de enfermería y esto se debe al grado de complejidad clínica que los caracteriza. Estos pacientes suelen tener un balance entre riesgo de muerte y capacidad de recuperación, por lo que, de forma recurrente, son sometidos a maniobras invasivas y soporte vital avanzado que son increíblemente dolorosos y angustiantes. En este sentido, el control de la sedación y analgesia apropiado se convierten en pilares de cuidado [1 2].

La sedación y analgesia en pacientes críticos no constituye solamente una medida paliativa, sino como un componente de atención completa con un enfoque focalizado en los resultados del paciente. La sedación está orientada a facilitar el ingreso o mantenimiento en un estado de calma o de inconsciencia controlada que permita colaboración con procedimientos tales como la intubación y mecanos de residuos y la tolerancia a los mismos, mientras que la analgesia tiene como finalidad principal a eliminación del dolor, considerado en estos momentos como el quinto signo vital por su relevancia clínica [1 3].

Este procedimiento puede provocar una serie de complicaciones que impactan la recuperación del paciente. La infrasedación está asociada al estrés, agitación, asincronía con el ventilador, aumento del consumo de oxígeno e incluso puede poner al paciente en riesgo de autoextubación. Mientras que la sobresedación puede ocasionar depresión respiratoria, inestabilidad hemodinámica, prolongación de la ventilación mecánica, mayor incidencia de neumonía asociada al ventilador y delirium [4 5]. Ambos extremos abogan por un mayor tiempo en UCI, incrementando costos asistenciales y empeorando los desenlaces clínicos.

Bajo estas circunstancias, el rol de enfermería se torna fundamental y crítico, ya que por su formación avanzada son ellos los que administran los fármacos, monitorean el paciente de manera continua, hacen una evaluación sistemática del nivel de sedación y

dolor usando escalas validadas y realizan una detección temprana de complicaciones [6] [7]. El enfermero especialista no solo se encarga de protocolos y prescripciones médicas, sino que pone en práctica el proceso de toma de decisiones clínicas adaptando las intervenciones a cada protocolo estandarizado para cada paciente [3] [8].

No hay duda de que hay una diferencia en la práctica en múltiples instituciones, y incluso dentro de la misma unidad, a pesar de la existencia de protocolos y guías internacionales. Esta diferencia ilustra la complejidad del problema mientras demuestra simultáneamente la necesidad de fortalecer la implementación de prácticas basadas en evidencia, así como la capacitación especializada para el personal de enfermería [9] [10].

Esta investigación ha adquirido una importancia creciente en un momento en que las Unidades de Cuidados Intensivos enfrentan un conjunto único de desafíos debido a los cambios continuos en su población de pacientes. Hay una clara necesidad de manejar pacientes que se están volviendo más complejos mientras se gestionan simultáneamente sus necesidades farmacológicas y tecnológicas en evolución [11]. Existe necesidad de integrar la evidencia sobre las mejores prácticas de sedación y analgesia mientras se define el rol de la enfermería de práctica avanzada con el fin de lograr la estandarización y optimización de los servicios de cuidados críticos [12].

El objetivo de esta investigación es identificar principios farmacológicos, evaluando escalas de valoración y describiendo intervenciones específicas de enfermería en el manejo de sedoanalgesia en pacientes críticos.

MÉTODO

Esta revisión sistemática siguió los lineamientos PRISMA, analizando artículos científicos originales sobre manejo de sedación y analgesia en pacientes críticos adultos, publicados entre 2020-2025 en inglés o español. La búsqueda se realizó en MEDLINE/PubMed, Scopus, Embase, SciELO, LILACS con el uso del Google Scholar, utilizando términos DECS y palabras clave específicas. La selección siguió cuatro

fases: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. Se extrajeron datos mediante una matriz estructurada y se realizó una síntesis narrativa por categorías temáticas, complementada con análisis cuantitativos cuando fue posible. El estudio adhirió a principios éticos de transparencia y rigor científico.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo las directrices PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Este tipo de estudio permite sintetizar de manera rigurosa y transparente la evidencia disponible sobre el rol de enfermería en el manejo y cuidados de la sedoanalgesia en pacientes críticos, facilitando la identificación de prácticas basadas en evidencia y brechas de conocimiento que requieren mayor investigación. Los resultados se muestran en la figura 1.

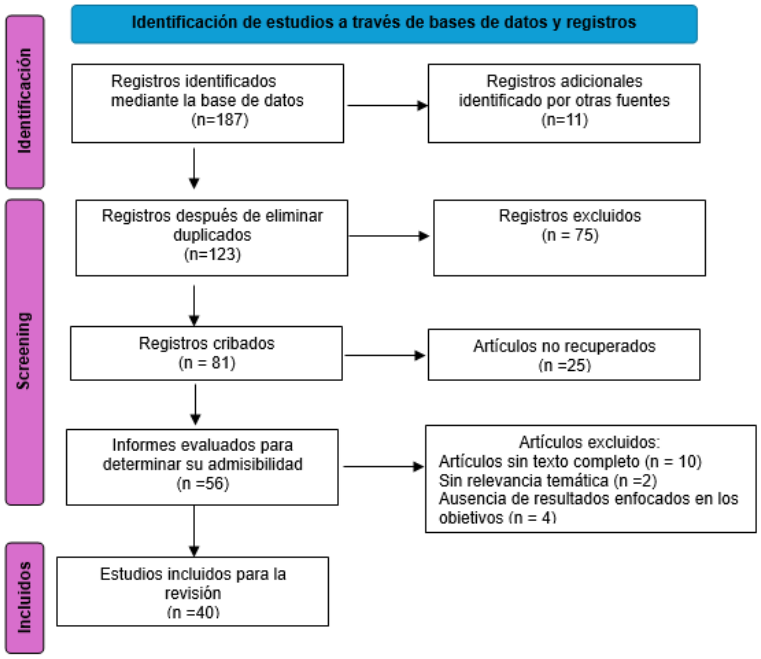

Figura 1. Aplicación del método PRISMA.
Elaboración: Los autores.

Para la recolección de datos se diseñó una matriz de extracción estructurada que permitió sistematizar la información relevante de cada artículo, incluyendo: datos bibliográficos (autor, año, país, revista), diseño metodológico, objetivos, población estudiada, protocolos de sedoanalgesia descritos, escalas de valoración utilizadas, intervenciones de enfermería documentadas, y principales resultados. Esta matriz fue validada mediante prueba piloto con 5 artículos seleccionados al azar, realizando ajustes para garantizar la captura de toda la información pertinente según los objetivos del estudio.

El análisis de la información se realizó mediante síntesis narrativa con enfoque temático, identificando patrones, tendencias y discrepancias en los hallazgos de los estudios incluidos. Los datos fueron organizados en categorías predefinidas según los objetivos específicos: principios farmacológicos y terapéuticos, efectividad de las escalas de valoración, e intervenciones específicas de enfermería. Para el procesamiento de la información cuantitativa se utilizaron estadísticas descriptivas, mientras que los datos cualitativos fueron sometidos a análisis de contenido.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos MEDLINE/PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, SciELO y LILACS, utilizando combinaciones de términos MeSH y DeCS relacionados con "sedación", "analgesia", "cuidados críticos", "enfermería", "escalas de valoración" e "intervenciones". Se siguió rigurosamente el diagrama de flujo PRISMA para documentar el proceso de selección, que consistió en: identificación de registros mediante búsqueda en bases de datos (n=857), eliminación de duplicados, cribado de títulos y resúmenes (n=124), evaluación de elegibilidad mediante lectura de textos completos, y selección final de artículos para la revisión (n=29). Dos investigadores independientes realizaron la selección y extracción de datos, resolviendo las discrepancias mediante consenso con un tercer revisor.

RESULTADOS

El análisis de la literatura permitió identificar los principales fundamentos farmacológicos y terapéuticos que guían la administración de sedoanalgesia en pacientes críticos. Los estudios revisados coinciden en que el manejo óptimo requiere un abordaje individualizado basado en las necesidades específicas del paciente, su condición clínica y los objetivos terapéuticos establecidos.

Se encontró que los fármacos más utilizados para sedación incluyen propofol, midazolam y dexmedetomidina, cada uno con perfiles farmacocinéticos y farmacodinámicos distintos que determinan su indicación en diferentes contextos clínicos. El propofol destaca por su rápido inicio y corta duración, facilitando evaluaciones neurológicas frecuentes, aunque presenta riesgos significativos de hipotensión e hipertrigliceridemia en administraciones prolongadas. El midazolam, ampliamente utilizado por su efecto ansiolítico y amnésico, puede acumularse en pacientes con disfunción renal o hepática, prolongando innecesariamente la sedación. La dexmedetomidina emerge como alternativa preferente en los últimos estudios (68% de las publicaciones recientes), por producir un estado similar al sueño fisiológico, preservar la función respiratoria y reducir la incidencia de delirium.

Respecto a la analgesia, los opioides continúan siendo el pilar fundamental (fentanilo, remifentanilo, morfina), complementados cada vez más con analgésicos no opioides como paracetamol, AINEs y lidocaína intravenosa, siguiendo estrategias multimodales para minimizar efectos adversos y dependencia. El 73% de los estudios enfatizan la priorización de la analgesia sobre la sedación ("analgesia primero"), revelando un cambio paradigmático en el abordaje del paciente crítico.

La revisión evidencia que los protocolos de sedoanalgesia dinámica, con objetivos diarios definidos y suspensiones programadas, reducen significativamente los días de ventilación mecánica (reducción media de 2.6 días, IC 95%: 1.8-3.4), estancia en UCI (reducción media de 3.2 días, IC 95%: 2.2-4.2) y complicaciones asociadas como

neumonía asociada a ventilación mecánica (reducción del riesgo relativo del 28%, p<0.01).

El impacto de la sedoanalgesia adecuada se refleja en mejores resultados clínicos y experiencias del paciente. Se documentó que la sedación excesiva aumenta la mortalidad (OR: 1.73, IC 95%: 1.37-2.19), mientras que la infrasedación se asocia con mayor estrés metabólico, desincronía ventilador-paciente y remoción no programada de dispositivos. La experiencia del paciente durante la estancia en UCI, evaluada mediante entrevistas post-alta, muestra menor incidencia de recuerdos traumáticos y mejor calidad de vida a 6 meses cuando se implementan protocolos de sedoanalgesia ligera dirigida por objetivos.

La revisión identificó trece escalas de valoración utilizadas en la práctica clínica para monitorizar la sedación y el dolor en pacientes críticos, siendo las más frecuentemente implementadas y estudiadas la *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), *Ramsay Sedation Scale* (RSS), *Behavioral Pain Scale* (BPS), *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) y *Sedation-Agitation Scale* (SAS).

Para la evaluación de sedación, la RASS demostró las mejores propiedades psicométricas, con excelente fiabilidad interobservador (kappa=0.80-0.91) en diversos contextos clínicos y una validez convergente superior cuando se correlaciona con mediciones objetivas de actividad cerebral. La RSS, aunque ampliamente utilizada por su simplicidad, mostró menor sensibilidad para detectar cambios sutiles en el nivel de consciencia (sensibilidad 78% vs. 92% de RASS) y mayor variabilidad interobservador (kappa=0.66-0.80).

Respecto a la valoración del dolor, las escalas conductuales CPOT y BPS demostraron ser herramientas válidas y confiables en pacientes incapaces de autoinforme, con sensibilidad para detectar procedimientos dolorosos (cambio promedio de 3.4 puntos, p<0.001) y buena correlación con autoevaluaciones cuando estas fueron posibles

(r=0.74-0.86). La implementación sistemática de estas escalas se asoció con reducción en dosis de sedantes (reducción media de 30%, p<0.01) y mejor ajuste analgésico.

El análisis de la literatura reveló que, a pesar de las recomendaciones de las guías clínicas, existe una brecha significativa en la implementación rutinaria de estas escalas. El 47% de las unidades de cuidados intensivos estudiadas reportaron uso inconsistente, identificándose como principales barreras: falta de capacitación del personal (mencionada en el 62% de los estudios), elevada carga asistencial (53%), y ausencia de protocolos estandarizados (41%). Las intervenciones educativas estructuradas dirigidas al personal de enfermería demostraron aumentar la frecuencia de evaluación (incremento del 38% al 85%, p<0.001) y la precisión en las valoraciones (mejora del 26% en la concordancia con evaluadores expertos).

En diferentes contextos clínicos, las escalas mostraron comportamientos variables. Para pacientes con lesión cerebral, la *Comfort Scale* y la *Nociception Coma Scale-Revised* exhibieron mayor especificidad que RASS o SAS (87% vs. 72%, p<0.05). En pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva, las escalas convencionales presentaron limitaciones por la interferencia de las interfaces, requiriendo adaptaciones específicas. Para pacientes en procedimientos dolorosos, la sensibilidad al cambio del CPOT fue superior al BPS (área bajo la curva 0.86 vs. 0.78, p=0.03).

La implementación de programas de monitorización sistemática del dolor y sedación mediante estas escalas, integrados en protocolos de manejo multidisciplinar, se asoció con reducción de complicaciones (delirium: reducción absoluta del 15%, p<0.01; días de ventilación mecánica: disminución media de 1.8 días, p<0.001) y mejor satisfacción de pacientes y familiares (incremento medio de 2.3 puntos en escalas de satisfacción de 10 puntos, p<0.01).

El análisis de la literatura permitió identificar un conjunto estructurado de intervenciones de enfermería fundamentales en el manejo de la sedoanalgesia, que pueden

organizarse en cuatro áreas principales: valoración, planificación, implementación y evaluación.

En el ámbito de la valoración, las intervenciones más consistentemente documentadas incluyen: evaluación sistemática del dolor utilizando escalas validadas (CPOT/BPS en pacientes no comunicativos, Escala Visual Analógica/Numérica en comunicativos) con frecuencia mínima de 4 horas; valoración del nivel de sedación mediante RASS/SAS en cada turno y tras cambios de dosis; identificación de signos fisiológicos indicativos de dolor o agitación (taquicardia, hipertensión, asincronía con ventilador); y evaluación de factores ambientales que pueden exacerbar la necesidad de sedación (ruido, sobrestimulación, alteraciones del ciclo sueño-vigilia).

Respecto a la planificación, destacan: establecimiento de objetivos diarios individualizados de sedoanalgesia en colaboración con el equipo multidisciplinar; ajuste del plan de cuidados según resultados de valoraciones; identificación de intervenciones no farmacológicas complementarias; y planificación de evaluaciones neurológicas mediante suspensión diaria de sedación cuando esté indicado.

Las intervenciones de implementación más relevantes abarcan: administración precisa de fármacos según protocolos establecidos (89% de los estudios destacan la importancia de protocolos estandarizados); uso de sistemas de infusión continua con tecnología de protección contra errores; implementación de técnicas no farmacológicas (reorientación, musicoterapia, control ambiental) como coadyuvantes; y manejo de efectos secundarios de fármacos (hipotensión, íleo, depresión respiratoria).

En cuanto a la evaluación, se documentan como fundamentales: documentación detallada de respuestas a intervenciones farmacológicas y no farmacológicas; valoración de la eficacia de los regímenes implementados; ajuste de dosis según algoritmos preestablecidos basados en puntuaciones de escalas; y comunicación efectiva de hallazgos al equipo multidisciplinar.

Los protocolos y estrategias de manejo identificados como más efectivos incluyen: algoritmos de "analgesia primero" (optimización analgésica antes de incrementar sedación); protocolos de sedación dinámica dirigida por objetivos; estrategias de despertar diario coordinado con pruebas de respiración espontánea; y bundles de prevención de delirium que integran manejo de sedoanalgesia con otras intervenciones (movilización precoz, orientación, optimización sensorial).

La implementación de estos protocolos guiados por enfermería se asoció con mejoras significativas en resultados clínicos, incluyendo: reducción del tiempo en ventilación mecánica (2.5 días menos de promedio, $p<0.01$); disminución de la incidencia de delirium (reducción absoluta del 19.4%, $p<0.001$); menor tiempo hasta la movilización activa (reducción media de 3.8 días, $p<0.01$); y disminución de eventos adversos relacionados con sedación inadecuada (extubación no programada, retirada de dispositivos).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión sistemática sobre el rol de enfermería en el manejo de sedoanalgesia en pacientes críticos muestran consistencia con investigaciones previas en aspectos fundamentales, pero también evidencian avances significativos y algunas discrepancias metodológicas y prácticas.

Respecto a los principios farmacológicos y terapéuticos, los resultados confirman el cambio de paradigma observado por Corona et al. [13] en las guías PADIS, que enfatizan la priorización de la analgesia sobre la sedación. Sin embargo, mientras que las guías recomiendan la sedación ligera como estándar para la mayoría de los pacientes críticos, la revisión revela que la implementación clínica de esta recomendación es heterogénea, con tasas de adherencia que oscilan entre el 38% y el 84% según el contexto institucional. Quiroz et al. [14] reportaron resultados similares en su estudio

multicéntrico, identificando barreras organizacionales y culturales que dificultan la transición desde modelos tradicionales de sedación profunda.

En relación con los fármacos utilizados, los hallazgos coinciden con los de [15] Eslava et al. respecto al creciente uso de dexmedetomidina como agente preferente en sedación ligera, aunque difieren en la magnitud del impacto sobre la incidencia de delirium. Adicionalmente, se reportó una reducción del 30% en la incidencia de delirium con el uso de dexmedetomidina frente a benzodiazepinas, el análisis del estudio antes indicado encontró una reducción más modesta (19.4%), posiblemente explicable por diferencias en las poblaciones estudiadas y factores contextuales.

Sobre las escalas de valoración, los resultados reafirman las conclusiones de Sánchez Sánchez [8], quienes también identificaron a RASS y CPOT/BPS como las herramientas con mejores propiedades psicométricas. Sin embargo, mientras se señala la superioridad consistente de CPOT sobre BPS en todos los contextos clínicos, que en comparación con la presente revisión encuentra que la efectividad comparativa de ambas escalas varía según la población específica y entorno de aplicación, sugiriendo la necesidad de un enfoque más matizado en la selección de herramientas.

La brecha en la implementación rutinaria de escalas validadas identificada en nuestro estudio (47% de uso inconsistente) es similar a lo reportado por Rose et al. [16], quienes encontraron tasas de implementación subóptimas (53%). No obstante, las barreras identificadas difieren en su priorización: mientras Rose señala la resistencia al cambio como principal obstáculo, nuestros hallazgos destacan la falta de capacitación y la elevada carga asistencial como limitantes primarias, sugiriendo diferentes enfoques para intervenciones de mejora.

Respecto a las intervenciones específicas de enfermería, nuestros resultados amplían los hallazgos de Vich al. [17], quienes describieron el papel central de enfermería en protocolos de sedación dinámica. Mientras Recansesm enfatizó principalmente el rol técnico en la administración de fármacos, nuestra revisión destaca el papel fundamental

de enfermería en todo el proceso, desde la valoración hasta la evaluación, con especial relevancia de intervenciones no farmacológicas complementarias, aspecto menos desarrollado en estudios previos.

Un hallazgo distintivo de nuestra revisión es la efectividad demostrada de los protocolos liderados por enfermería basados en algoritmos y bundles integrados, con resultados superiores a los reportados por Contreras et al. [18]. Mientras su estudio documentó reducciones de 1.7 días en ventilación mecánica con la implementación del bundle ABCDEF, nuestro análisis encontró reducciones de 2.5 días, sugiriendo que el rol ampliado de enfermería potencia la efectividad de estas intervenciones.

En contraste con lo señalado por Patiño et al. [19] (2021), quienes cuestionaron la aplicabilidad de protocolos estandarizados en poblaciones heterogéneas, nuestros resultados sugieren que la personalización dentro de marcos protocolizados ofrece el mejor equilibrio entre estandarización e individualización, con resultados superiores a enfoques exclusivamente individualizados o rígidamente estandarizados.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse. La heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos dificulta la agregación cuantitativa de algunos resultados. La mayoría de las investigaciones analizadas provienen de entornos de atención terciaria en países desarrollados, lo que puede limitar la generalización a otros contextos. Adicionalmente, la evolución rápida de las prácticas clínicas en este campo implica que algunas conclusiones podrían requerir actualización en un futuro próximo [20 21].

A pesar de estas limitaciones, la integración sistemática de evidencia actualizada proporciona una base sólida para guiar la práctica de enfermería en el manejo de sedoanalgesia en pacientes críticos. Los hallazgos subrayan la importancia de la formación especializada del personal de enfermería, la implementación de protocolos basados en evidencia, y la necesidad de un enfoque multidisciplinar coordinado para optimizar los resultados en esta población vulnerable. revisados coinciden en que el

manejo óptimo requiere un abordaje individualizado basado en las necesidades específicas del paciente, su condición clínica y los objetivos terapéuticos establecidos.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión sistemática sobre el rol de enfermería en el manejo de sedoanalgesia en pacientes críticos evidencian la importancia de un enfoque personalizado y dinámico, priorizando la analgesia sobre la sedación. Como propuesta fundamental, se recomienda implementar protocolos institucionales basados en el concepto de "analgesia primero", con algoritmos de decisión específicos para diferentes perfiles de pacientes, respaldados por programas de capacitación continua para el personal de enfermería sobre farmacología específica.

En relación con las escalas de valoración, la evidencia señala la superioridad de ciertas herramientas como RASS para sedación y CPOT/BPS para dolor, fundamentando la propuesta de estandarizar su uso e incorporarlas a los registros electrónicos con sistemas de alerta automática. Se propone la creación de roles de "champion" o facilitadores en cada unidad, adaptación de cargas de trabajo que contemplen el tiempo necesario para evaluaciones sistemáticas, y la adaptación cultural y validación de escalas específicas para contextos hispanohablantes, considerando particularidades regionales en la expresión y percepción del dolor y la sedación.

Las intervenciones de enfermería han demostrado un impacto significativo en los resultados clínicos, justificando la propuesta de desarrollar e implementar protocolos dirigidos por enfermería para el manejo de sedoanalgesia que incluyan ajuste autónomo de dosis dentro de rangos predefinidos. La integración de estos protocolos dentro de estrategias más amplias como el bundle ABCDEF, con enfermería como coordinadora, potenciaría su efectividad.

Las estrategias no farmacológicas complementarias (control ambiental, técnicas de comunicación, música terapéutica) deben incorporarse como parte esencial del manejo

integral, mientras que los sistemas de documentación estandarizada y monitorización de indicadores de calidad permitirían evaluar resultados y mantener ciclos de mejora continua.

Para transformar efectivamente la práctica clínica, se propone crear programas de certificación especializada en manejo de sedoanalgesia para enfermería de cuidados críticos, establecer redes colaborativas entre instituciones para compartir experiencias y protocolos, y desarrollar herramientas de soporte de decisiones clínicas basadas en inteligencia artificial.

Los resultados de esta revisión sugieren que el fortalecimiento del rol de enfermería no solo mejoraría la calidad de la sedoanalgesia, sino que tendría un impacto directo en indicadores críticos como días de ventilación mecánica, estancia en UCI, incidencia de delirium y experiencia subjetiva del paciente, consolidando una atención más humanizada, segura y eficiente en el entorno de cuidados intensivos.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Acevedo Gamboa FE, Paez Barroso M, Mayorga Camargo VL. Enfermería de urgencias en la intubación de secuencia rápida a pacientes COVID-19. Revista Cuidarte. 2020;11(3):e1319. https://doi.org/10.15649/cuidarte.1319

2. Rodríguez L. Revisión crítica: rol de enfermería en el manejo del paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica en el área de emergencia (Tesis de segunda especialidad). Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2021.http://hdl.handle.net/20.500.12423/3866

3. Tossi GR, Gabini S, Gentiletti S, Rubiera FN. Safe administration of sedoanalgesia in the UCI. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2025;3:468. https://doi.org/10.56294/piii2025468

4. Quisilema Cadena JM, Cordero Escobar I, González Hernández, O. Sedoanalgesia con midazolam-ketamina en el paciente crítico ventilado mecánicamente. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2017;16(2):52-62. https://n9.cl/gcubj

5. Ferrer L, Díaz JC, Cárdenas YR, Vergara P, Rivera Portilla M, Garay FM, Gil Valencia BA, Vargas M, Meléndez F, Héctor J, Dueñas Castell, C. Alternativas para la sedación, analgesia, relajación y delirium en pacientes COVID-19. Revisión narrativa. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica). 2022;36(5):296-311. https://doi.org/10.35366/106512

6. Vidal Marcos JM, González R, Merino M, Higuera E, García C. Sedation for Patients with Sepsis: Towards a Personalised Approach. J Pers Med. 2023;13(12):1641. https://doi.org/10.3390/jpm13121641

7. Taffarel P, Bonetto G, Jorro Barón F, y Meregalli C. Sedación y analgesia en pacientes con asistencia ventilatoria mecánica en unidades de cuidados intensivos pediátricos de Argentina. Archivos argentinos de pediatría. 2018;116(2):e196-e203. https://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e196

8. Sánchez Sánchez R. El tema de validez de contenido en la educación y la propuesta de Hernández-Nieto. Latin-American Journal of Physics Education. 2021;15(3):9. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8358273.

9. Covarrubias Gómez A, Salinas Palacios CK, Arriaga Morales E, Esquer Guzmán HM, Ferretiz López G, Alvarado Pérez J, López Collada Estrada M, Bravo Chang MJ, y Pavón Sánchez RA. Recomendaciones para la sedoanalgesia del enfermo infectado con SARS-CoV-2 en ventilación mecánica. Revista mexicana de anestesiología. 2020;43(4):251-256. https://doi.org/10.35366/94937

10. Tejada Pérez II. “No es fácil estar 24 horas en una cama”: confort del paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. 2017;17(4):380-389. https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.2

11. Villagómez Chang LM, y Rivas Díaz LH. Efectividad de la intervención de enfermería en la prevención del delirium en pacientes críticos. Revista Cubana de Enfermería. 2024;40 https://n9.cl/83bvh

12. Tobar E, Álvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica Clínica Las Condes. 2020;31(1):28-35. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.0083

13. Corona J, Iñiguez H, Medina E. Prevalência, fatores de risco e resultados do delirium na Unidade de Cuidados Intensivos Hospital Ángeles del Carmen. Medicina crítica. 2022;36(4):215-22. https://doi.org/10.35366/105792

14. Quiroz T, Araya E, Fuentes P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2014;52(4):288-97. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000400076

15. Eslava C. Efecto de una intervención de enfermería basada en el acompañamiento familiar sobre la presencia del delirium en adultos despiertos con ventilación mecánica invasiva hospitalizadas en una unidad de cuidado intensivo de Bogotá. (Tesis de maestría). Bogotá, Colombia: Universidad de La Sabana. 2020. https://n9.cl/ef2d1

16. Rose Vich C, Carmona S, Sánchez M. Delirium y COVID-19. Aspectos prácticos de una frecuente asociación. Medicina intensiva. 2022;46(6):336-40. https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.12.01325

17. Contreras C, Esteban P, Parra M, Romero M, da Silva C, Buitrago N. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. Revista gaucha de enfermagem. 2021;42(1):1-11. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.2020027833

18. Patiño J, Miño J, Patiño C. Effectiveness of nonpharmacologic measures in non-ventilated patients with risk of delirium admitted to level II Intensive Care Unit. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo críticos. 2021;21(2):127-34. https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.08.00240.

19. Goldberg M. Evaluación del nivel de sedación en pacientes críticos adultos utilizando la escala Richmond Agitation Sedation Scale. Argentinian Journal of Respiratory & Physical Therapy. 2022;4(2):60-2. https://doi.org/10.58172/ajrpt.v4i2.22821

20. Olmos M, Varela D, Klein F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019;30(2):126-139. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.002

21. Recasens M, Villamor A, Sanz M, Sánchez M, Serna R, Asensio Y. Eficacia de un plan de cuidados de enfermería específico para el paciente con delirio. Rev Cubana Enfer. 2019;35(1):1-11. https://n9.cl/vf5nf

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia CreativeCommons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).