



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

**MAGÍSTER EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN CUIDADOS
INTENSIVOS**

TEMA:

**ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA SEDACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DURACIÓN
DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

AUTORES:

**GEMA VALERIA FERNANDEZ LOOR
JEFFERSON ROLANDO ESPINOSA ORELLANA
DIGNA JAHAIRA AVILES ARCE
STEFANIA ELIZABETH PLAZA VILLA
YAMILE PATRICIA LÓPEZ LUNA**

DIRECTOR:

MIRIAM JANET GONZÁLEZ CALERO

MILAGRO 2025

DERECHOS DE AUTOR

Ing. Fabricio Guevara Viejo, PhD.

RECTOR,

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Ciudad. –

Presente.

Yo, **Gema Valeria Fernández Loor, Jefferson Rolando Espinosa Orellana, Yamile Patricia López Luna, Digna Jahaira Aviles Arce, Stefania Elizabeth Plaza Villa** en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención del grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académico. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a los dispuesto en Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Los autores declaran que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 22 de noviembre del 2025.



Gema Valeria Fernández Loor
C.I: 1314945518



Digna Jahaira Aviles
Arce



Digna Jahaira Aviles Arce
C.I: 0924186166



Jefferson Rolando Espinosa Orellana
C.I: 1105588774



Stefania Elizabeth
Plaza Villa

Stefania Elizabeth Plaza Villa
C.I: 1721308052



Yamile Patricia López Luna
C.I: 0401881776

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Miriam Janet González Calero**, en mi calidad de directora del trabajo de titulación, elaborado por **Gema Valeria Fernández Loor, Jefferson Rolando Espinosa Orellana, Yamile Patricia López Luna, Digna Jahaira Aviles Arce y Stefania Elizabeth Plaza Villa** cuyo tema es **ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA SEDACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DURACIÓN DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral**, previo a la obtención del Grado de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 22 de noviembre de 2025



Lcda. Miriam Janet González Calero, Esp., MSc
C.I 0914708383.

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticinco días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 11:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. ESPINOSA ORELLANA JEFFERSON ROLANDO, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA SEDACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DURACIÓN DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	54.67
DEFENSA ORAL	34.67
PROMEDIO	89.33
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**MARIA BEATRIZ
YUQUILEMA CORTEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH JIMÉNEZ
SANCHEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**JEFFERSON ROLANDO
ESPINOSA ORELLANA**
Validar únicamente con FirmaEC

LIC. ESPINOSA ORELLANA JEFFERSON ROLANDO
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticinco días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 11:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. AVILES ARCE DIGNA JAHAIRA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA SEDACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DURACIÓN DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	54.67
DEFENSA ORAL	29.17
PROMEDIO	83.83
EQUIVALENTE	BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:00 horas.



Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ
VOCAL



JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



LIC. AVILES ARCE DIGNA JAHAIRA
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticinco días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 11:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. LÓPEZ LUNA YAMILE PATRICIA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA SEDACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DURACIÓN DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	54.67
DEFENSA ORAL	32.67
PROMEDIO	87.33
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:00 horas.



Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ
VOCAL



JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



LIC. LÓPEZ LUNA YAMILE PATRICIA
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticinco días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 11:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LCDA. PLAZA VILLA STEFANIA ELIZABETH, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA SEDACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DURACIÓN DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	54.67
DEFENSA ORAL	33.17
PROMEDIO	87.83
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**MARIA BEATRIZ
YUQUILEMA CORTEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH JIMÉNEZ
SANCHEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**STEFANIA ELIZABETH
PLAZA VILLA**
Validar únicamente con FirmaEC

LCDA. PLAZA VILLA STEFANIA ELIZABETH
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticinco días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 11:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. FERNANDEZ LOOR GEMA VALERIA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA SEDACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DURACIÓN DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	54.67
DEFENSA ORAL	33.17
PROMEDIO	87.83
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:00 horas.



Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Mgs YUQUILEMA CORTEZ MARIA BEATRIZ
VOCAL



JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



LIC. FERNANDEZ LOOR GEMA VALERIA
MAGÍSTER

DEDICATORIA

A mi abuela, que partió dejando un vacío inmenso, pero también una huella eterna en mi corazón; gracias por tu amor incondicional, tus palabras sabias y tu ejemplo de fortaleza que me acompañaron en cada paso. A mi madre, por ser mi pilar en los días difíciles, sostenerme cuando dudé y creer en mí incluso cuando yo no lo hacía. A ambas, por enseñarme que el amor verdadero guía, inspira y nunca se olvida. Esta meta alcanzada es también suya, con todo mi cariño y gratitud

Gema Valeria Fernández Loor

A mi amada esposa, a mi querida madre, a mi querida suegra, a mis hermanas, mujeres que me han motivado y me han llenado de fuerza y aliento en los momentos más oscuros y difíciles de este proceso, definitivamente esto se dio por y para ustedes, este logro más que mío es de todas ustedes, las amo.

Jefferson Rolando Espinosa Orellana

Dedico este trabajo a mis padres, pilar fundamental en mi vida, el ejemplo de trabajo duro lo tengo de ellos, también por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. A Yomi, por estar presente en mis momentos difíciles y celebrar cada logro conmigo, gracias por creer en mí y por haber sido el empuje que necesitaba. A mis docentes, por inspirarme a seguir aprendiendo. Y a todas las personas que creyeron en mí cuando más lo necesitaba.

Yamile Patricia López Luna

Dedico esta tesis a mi familia, alma y fuerza constante en este camino. A mis compañeras enfermeras, que día a día dan lo mejor por el cuidado y la vida. Que este trabajo refleja la pasión por la investigación y la metodología, herramientas para transformar nuestra profesión. A todos los que creen en el poder del conocimiento para sanar y avanzar. Gracias por inspirarme a nunca rendirme.

Digna Jahaira Aviles Arce

Dedico y expreso mi más profundo agradecimiento a Dios, por brindarme fortaleza y sabiduría para culminar este proceso; a mi madre, cuyo ejemplo de esfuerzo y constancia ha guiado mi formación; a mis hijos, verdadera fuente de motivación para alcanzar este objetivo; y a mi familia, por su respaldo incondicional en cada etapa

Stefania Elizabeth Plaza Villa.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi guía y darme la fuerza para no rendirme en los momentos difíciles. A mi familia, que, con su amor infinito, su apoyo y sus palabras de aliento me sostuvieron cuando más lo necesité. A mis maestros y tutores, quienes con paciencia y sabiduría iluminaron el camino de este aprendizaje. A mis amigos y compañeros, por compartir risas, desvelos y motivación en esta etapa tan importante.

Gema Valeria Fernández Loor

A Dios, a mi esposa amada, a mis padres, a mis hermanos y toda mi familia, gracias por ser parte de cada uno de los momentos que este proceso trajo a mi vida, los éxitos no son éxitos sin las personas que nos aman disfrutándolos, infinitas gracias.

Jefferson Rolando Espinosa Orellana

Quiero agradecer profundamente a mi familia por su amor incondicional y apoyo constante durante todo este proceso. A mis profesores y asesores, gracias por su guía, paciencia y sabiduría. A mis compañeros, por compartir este camino lleno de aprendizajes y desafíos. A cada persona que me brindó ánimo cuando más lo necesité. Este logro también es de ustedes.

Yamile Patricia López Luna

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis. Agradezco primero a Dios por guiar mis pasos y darme la fortaleza para culminar este proceso.

Digna Jahaira Aviles Arce

Manifiesto mi gratitud a mis tutores y docentes, quienes con su orientación y conocimientos contribuyeron de manera esencial a la culminación satisfactoria de este trabajo.

Stefania Elizabeth Plaza Villa.

RESUMEN

La sedación en pacientes sometidos a ventilación mecánica constituye una intervención esencial en las unidades de cuidados intensivos (UCI), permitiendo mantener el confort, reducir la ansiedad y facilitar la adaptación al ventilador. No obstante, su uso inadecuado puede prolongar innecesariamente la duración del soporte ventilatorio, incrementar complicaciones y retrasar el proceso de destete. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo analizar las estrategias de manejo de la sedación y su influencia en la duración del destete de la ventilación mecánica. Se incluyeron 20 estudios publicados entre 2020 y 2025, seleccionados mediante una búsqueda en bases de datos científicas como PubMed, SciELO, Google Scholar y Scopus, aplicando términos MeSH y DeCS combinados con operadores booleanos. Los hallazgos muestran que la implementación de protocolos estructurados, la sedación ligera y la interrupción diaria de la sedación se asocian con una reducción significativa en la duración del destete y una mejor evolución clínica. Las escalas RASS y SAS emergen como herramientas clave en la monitorización efectiva del nivel de sedación. Se concluye que el manejo óptimo de la sedación influye de manera directa en el éxito del destete, siendo necesario fortalecer la capacitación del personal y promover la adopción de prácticas basadas en evidencia.

Palabras clave: sedación, destete, ventilación mecánica, cuidados intensivos, revisión sistemática.

ABSTRACT

Sedation in patients undergoing mechanical ventilation is a fundamental intervention in intensive care units (ICUs), aiming to ensure comfort, reduce anxiety, and facilitate patient-ventilator synchrony. However, inadequate sedation management can unnecessarily prolong ventilator support, increase complications, and delay weaning. This systematic review aimed to analyze sedation strategies and their influence on the duration of mechanical ventilation weaning. Twenty studies published between 2020 and 2025 were included, selected through searches in databases such as PubMed, SciELO, Google Scholar, and Scopus, using MeSH and DeCS terms combined with Boolean operators. The findings indicate that structured protocols, light sedation, and daily sedation interruption are associated with shorter weaning times and better clinical outcomes. RASS and SAS scales emerge as key tools for effective sedation monitoring. It is concluded that optimal sedation management directly influences weaning success, highlighting the need for continuous staff training and the implementation of evidence-based practices.

Keywords: sedation, weaning, mechanical ventilation, intensive care, systematic review.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	II
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	III
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTOS.....	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Delimitación del problema	2
1.3. Formulación del problema	3
1.4. Preguntas de investigación	3
1.5. Objetivos	4
1.5.1. Objetivo general.....	4
1.5.2. Objetivos específicos	4
1.6. Justificación.....	5
1.8. Declaración de las variables (Operacionalización)	6

1.8.1. Variables Dependientes.....	6
1.8.2. Variables Independientes	6
1.8.3. Operacionalización de Variables	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	8
2.1. Antecedentes Referenciales.....	8
2.2. Marco Teórico.....	9
2.2.1. Ventilación mecánica	9
2.2.2. Tipos de ventilación mecánica.....	9
2.2.2.1. Ventilación mecánica invasiva	9
2.2.2.2. Ventilación mecánica no invasiva	10
2.2.2.3. Indicaciones.....	10
2.2.3. Modos Ventilatorios	10
2.2.3.1. Ventilación Controlada por Volumen (VCV).....	11
2.2.3.2. Ventilación Controlada por Presión (PCV).....	11
2.2.3.3. Ventilación Asistida/Controlada (A/C).....	11
2.2.3.4. Ventilación Mandatoria Intermitente Sincronizada (SIMV).....	12
2.2.3.5. Ventilación con Soporte de Presión (PSV)	12
2.2.3.6. Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP)	12
2.2.3.7. Ventilación con Presión Positiva Bifásica (BiPAP).....	12
2.2.3.8. Complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva.....	13

2.2.4. Fases de la ventilación mecánica	13
2.2.4.1. Fase de inicio	13
2.2.4.2. Mantenimiento del Soporte Ventilatorio	13
2.2.5. Destete	14
2.2.5.1. Destete de la ventilación mecánica	14
2.2.5.2. Criterios para iniciar el proceso destete.....	14
2.2.6. Métodos de destete	15
2.2.7. Sedación en pacientes críticos	16
2.2.7.1. Objetivos de la sedación en ventilación mecánica	16
2.2.7.2. Nivel adecuado de sedación	16
2.2.8. Estrategias de manejo de la sedación	17
2.2.8.1. Sedación intermitente vs. sedación continua	17
2.2.8.2. Interrupción diaria.....	18
2.2.8.3. Protocolo de sedación dirigida	19
2.2.9. Rol del Equipo de Salud en la Sedación Controlada	20
2.2.10. Influencia de la sedación en la duración del destete de la ventilación	20
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.1. Tipo de investigación	22

3.2. Diseño metodológico	22
3.3. Fuentes de datos	22
3.4. Instrumento de recolección de datos.....	23
3.5. Consideraciones éticas.....	23
3.6. Análisis de datos.....	23
3.7. Presentación de los resultados	23
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	24
4.1. Análisis e Interpretación de Resultados	24
4.2. Análisis de los resultados obtenidos	27
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	34
5.1. Discusión.....	34
5.2. Conclusiones	37
5.3. Recomendaciones	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	44
Anexo 1. Matriz de sistematización de información	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de Variables.....	7
Tabla 2. Matriz de categorización	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.....	26
--	----

INTRODUCCIÓN

La ventilación mecánica es el mecanismo de soporte respiratorio artificial más usado a nivel mundial, aunque su avance no ha sido lineal, se ha convertido en el aliado principal de las unidades de cuidados intensivos (UCI) alrededor del mundo. Desde el año 1952, su evolución en términos de desarrollo tecnológico ha sido muy amplia, es así que, desde el siglo XIX la humanidad cuenta con un método universal unificado para el suministro de ventilación artificial a pacientes en condiciones de salud críticas. La evolución de los instrumentos mecánicos involucró el desarrollo de nuevas técnicas en el manejo clínico del paciente, por lo cual, el uso de fármacos se convirtió en un ente indispensable para el control y tolerancia de una ventilación mecánica adecuada (Pagán-Aranda y otros, 2020).

La sedación ha tomado protagonismo como una técnica para relajar, calmar y aliviar el dolor, el cual está determinado por la condición de salud o los procedimientos utilizados para la recuperación del paciente, sin embargo, a través de los años se ha logrado identificar que el uso prolongado de sedación farmacológica limita la condición del individuo para recuperar su autonomía respiratoria, haciendo que se requiera de un proceso minucioso que considere todas las variables para el destete adecuado del paciente de la ventilación mecánica. De esta manera, se han desarrollado estrategias que permitan al personal de salud realizar progresiones adecuadas hasta llegar a la extubación del paciente, permitiendo así que los días de hospitalización en la UCI no se prolonguen (Bosso et al., 2018).

Es por ello, que nuestro objetivo se centra en analizar las estrategias de manejo de la sedación y su influencia en la duración del destete de la ventilación mecánica, a través de un estudio a una revisión sistemática de alcance, la misma que se enmarca dentro del enfoque cualitativo. Con el propósito de mapear la literatura existente en cuanto al destete de la sedación de pacientes ventilados.

CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

La ventilación mecánica es un procedimiento crucial en el manejo de pacientes críticos con insuficiencia respiratoria, permite asegurar un intercambio gaseoso adecuado cuando la respiración espontánea es insuficiente o ineficaz. La sedación se convierte en una práctica común para mejorar la tolerancia al ventilador, reducir el estrés fisiológico y facilitar el manejo clínico (Romero-Ávila et al., 2020).

Si la sedación no se maneja adecuadamente en pacientes que necesitan ventilación mecánica, puede provocar problemas, como tardar más en destituir el ventilador y una recuperación más lenta. Una sedación excesiva puede incluir debilidad muscular adquirida en la uci, dificulta al despertar y retrasar la evaluación neurológica, mientras que una sedación insuficiente puede generar agitación, aumento del consumo de oxígeno y riesgo de extubación. El uso no optimizado de la sedación se asocia a mayor tiempo de ventilación mecánica y peores resultados funcionales a largo plazo (Gregorio, 2022).

Necesitamos seguir estudiando formas de mejorar la sedación para los pacientes que necesitan ayuda para respirar. Esto les ayudará a salir del ventilador más rápido y tener mejores resultados. Algunas personas piensan que tener reglas claras sobre cómo dar sedación y usar herramientas para medir cuán sedado está el paciente, como el Rass o el SAS, puede ayudar a que la sedación sea más estable y más fácil de reducir. Pero la prueba no es muy fuerte o consistente para diferentes. Por ello, se requiere una base científica sólida que respalde estas intervenciones y permita estandarizar su uso, garantizando beneficios reales en la práctica diaria (Vagionas et al., 2019).

1.2. Delimitación del problema

Esta investigación se enfocará en analizar la influencia de las estrategias de manejo de la sedación sobre la duración del destete en pacientes adultos ingresados en

unidades de cuidados intensivos (UCI). El estudio se centrará específicamente en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que hayan requerido soporte ventilatorio y se encuentren en la fase de retiro progresivo del mismo.

La investigación se delimita a:

- **Ámbito clínico:** Unidades de cuidados intensivos de hospitales de tercer nivel.
- **Población:** Pacientes mayores de 18 años que reciben sedación continua durante el proceso de destete.
- **Contenido:** Estrategias de sedación utilizadas (como interrupción diaria, sedación ligera o profunda, monitoreo mediante escalas RASS/SAS) y su relación con la duración del proceso de destete.
- **Temporalidad:** El análisis abarca la revisión sistemática de artículos científicos durante el periodo 2020–2025.
- **Enfoque metodológico:** Estudio cualitativo, observacional, de tipo analítico.

Esta delimitación permite acotar el problema a un entorno clínico y poblacional específico, facilitando el análisis de datos concretos y la obtención de conclusiones aplicables al contexto hospitalario actual.

1.3. Formulación del problema

¿Cuál es la influencia de las estrategias de manejo de la sedación en la duración del destete de la ventilación mecánica en pacientes adultos en unidades de cuidados intensivos?

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la estrategia más efectiva para el manejo de la sedación en relación a la duración del destete de la ventilación mecánica en pacientes adultos en cuidados intensivos?

- ¿Existe una relación entre la aplicación de fármacos sedantes específicos y la duración del destete de la ventilación mecánica en pacientes adultos en cuidados intensivos?
- ¿Cuál es el impacto del uso de las escalas de sedo analgesia en el manejo de la sedación y el destete de la ventilación mecánica en pacientes adultos de la unidad de cuidados intensivos?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Analizar las estrategias de manejo de la sedación y su influencia en pacientes sometidos a ventilación mecánica y su impacto en la duración del proceso de destete.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar la estrategia de sedación más efectiva para optimizar la duración del destete de la ventilación mecánica en pacientes adultos en unidades de cuidados intensivos.
- Determinar la relación entre el uso de fármacos sedantes específicos y la duración del proceso de destete de la ventilación mecánica en pacientes adultos en estado crítico.
- Comparar el impacto del uso de escalas de sedoanalgesia en la gestión del nivel de sedación y su influencia en el proceso de destete de la ventilación mecánica en pacientes adultos ingresados en la UCI.

1.6. Justificación

La sedación ayuda a los pacientes a respirar mejor cuando están muy enfermos y necesitan una máquina para ayudarlos. Es muy importante usar la cantidad correcta de sedación, ya que afecta cómo mejoran los pacientes y cuán seguros son. La ventilación mecánica ayuda a los pacientes a respirar cuando sus pulmones no funcionan bien. Los pacientes con insuficiencia respiratoria necesitan ventilación mecánica para sobrevivir. El destete es el proceso de detener la ventilación mecánica y dejar que los pulmones sanen. El destete puede tomar un largo (Plua et al., 2022).

Si los pacientes con ventilación mecánica no se manejan adecuadamente con sedación, puede provocar problemas durante el proceso de destete. Esto puede hacer que el soporte del ventilador dure más de lo necesario y aumente el tiempo dedicado a la UCI. Una sedación excesiva puede incluir complicaciones como delirio, debilidad muscular, depresión respiratoria y mayor riesgos de infecciones, por otro lado, una sedación insuficiente puede provocar agitación, ansiedad, dolor y una mala sincronización del paciente con el ventilador, lo cual también interfiere con un destete exitoso y seguro.

Aunque existen guías clínicas y protocolos ampliamente difundidos, como las recomendaciones PADIS, la literatura revela una considerable heterogeneidad en su implementación y en los resultados reportados. Esta variabilidad sugiere que los efectos de dichas estrategias pueden diferir según el contexto clínico, tipo de unidad, recursos disponibles y características de los pacientes. Además, muchos estudios presentan diferencias metodológicas que dificultan la comparación directa y la extracción de conclusiones robustas. Por ello, es necesario consolidar y analizar sistemáticamente la evidencia disponible para evaluar la efectividad de las distintas estrategias de sedación, lo que permitirá orientar futuras prácticas clínicas basadas en datos confiables y contextualizados (González-Rubio et al., 2022).

Esta investigación podría ayudar a mejorar la sedación para los pacientes que necesitan una máquina para respirar, lo que haría que su tratamiento sea más corto, menos tiempo en el hospital y menos dinero gastado en atención médica. Posible: podemos hacer que el proceso de destete sea mejor y más seguro utilizando métodos basados en evidencia para verificar y cambiar la sedación. De esta manera, podemos evitar problemas que provienen de permanecer en el ventilador durante demasiado tiempo. Los beneficiarios directos de estos avances serán los pacientes críticos, quienes podrían experimentar una recuperación más rápida y con menos secuelas. Los posibles trabajadores de la salud también mejorarán en sus trabajos, porque tendrán formas más fáciles de tomar decisiones, y los lugares de salud funcionarán mejor y usarán recursos sabiamente.

1.8. Declaración de las variables (Operacionalización)

1.8.1. Variables Dependientes:

1. Duración del destete de la ventilación mecánica
2. Tiempo de extubación

1.8.2. Variables Independientes:

1. Estrategia de sedación
2. Nivel de sedación

1.8.3. Operacionalización de Variables

Tabla 1. Operacionalización de Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
Estrategias de manejo de la sedación	Monitoreo de sedación	Medición de nivel de sedación Frecuencia de ajustes de sedación	RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) o SAS (Sedation-Agitation Scale)	Registros médicos
Duración del destete de la ventilación mecánica	Inicio del destete Finalización del destete.	Tiempo entre el inicio del destete y la extubación Presencia de fallas durante el destete	Hojas de registros de monitoreo del ventilador	Registros médicos o historias clínicas
Influencia de la sedación en la duración del destete	Relación nivel de sedación y tiempo de destete Complicaciones asociadas a la sedación	Tiempo promedio de destete Eventos asociados (fallas del destete)	Estadísticas	Historias clínicas

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial

2.1. Antecedentes Referenciales

Tanaka et al. (2021) realizaron un estudio con muchos pacientes que necesitaban una máquina para respirar. Querían ver cuánta medicina les dieron al principio y cómo afectó su salud. R: Los resultados indicaron que poner a los pacientes a dormir durante mucho tiempo en el primer día de su estadía en el hospital hacía que necesitaran más tiempo en una máquina de respiración y en la UCI, y también redujo sus posibilidades de vivir. Este estudio respalda la necesidad de enfoques de sedación más conservadores para mejorar el destete y los desenlaces en pacientes críticos (Neto et al., 2021).

Li et al. (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis para analizar el impacto de la profundidad de la sedación en los resultados del destete en pacientes ventilados mecánicamente. El análisis incluyó múltiples estudios y concluyó que una sedación más profunda se asocia con mayores tasas de fracaso en el destete, mayor duración del soporte ventilatorio y estancia prolongada en la UCI. Este antecedente es clave para fundamentar la presente revisión sobre prácticas de sedación y su impacto clínico (Mahmoodpoor et al., 2022).

Sampaio et al. (2023) llevaron a cabo una revisión exploratoria para identificar prácticas de sedación y sus resultados en pacientes críticos de ventilación mecánica. Encontraron una variabilidad significativa en las estrategias utilizadas y destacaron la falta de consenso sobre las mejores prácticas. Este trabajo demuestra la necesidad de seguir investigando la estandarización del manejo de la sedación y su relación con el destete de la ventilación mecánica (Parada-Gereda et al., 2023).

Curley et al. (2024) revisaron dos décadas de evidencia sobre protocolos de sedación y su monitoreo en pacientes críticamente enfermos. El artículo señala que, a pesar de la existencia de guías, su aplicación clínica no siempre es consistente y puede influir negativamente en la duración del soporte ventilatorio. Este estudio subraya la

importancia de implementar protocolos basados en evidencia como parte de una estrategia integral de destete (Poddighe et al., 2024).

Dzierba et al. (2022) evaluaron estrategias de sedación en pacientes de UCI, destacando los efectos adversos del manejo inadecuado, incluyendo delirium, debilidad muscular y mayor estancia hospitalaria. A pesar de las recomendaciones existentes, el estudio identifica brechas de implementación y necesidad de investigaciones que comparen directamente diferentes enfoques de sedación. Esta evidencia refuerza el propósito de la revisión sistemática propuesta (Trudzinski et al., 2022).

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Ventilación mecánica

La ventilación mecánica es la técnica de soporte vital a corto plazo más utilizada del mundo. Es una modalidad utilizada en unidades de cuidados intensivos que ha evolucionado constantemente. El primer fanático mecánico fue desarrollado en 1928 por Philip Drinker y Louis Agassiz Shaw, profesores de la Universidad de Harvard. Posible el pulmón de acero era un dispositivo que ayudaba a los pacientes que no podían respirar bien debido a una enfermedad que afectaba sus músculos. Utilizó un fuerte flujo de aire para empujar el aire hacia sus pulmones (Mecklenburg, 2023) .

2.2.2. Tipos de ventilación mecánica

2.2.2.1. Ventilación mecánica invasiva

También conocida como ventilación mecánica convencional, donde implica el uso de un tubo que atraviesa la boca o la nariz y hacia la tubería (tráquea) para ayudar a la persona a respirar. Este es un tratamiento común para la insuficiencia respiratoria (Rodríguez & Hernández, 2024).

2.2.2.2. Ventilación mecánica no invasiva

Se puede hacerlo a mano (máscara) pero no necesita poner un tubo en la garganta. Este método es mejor que la cirugía que va dentro del cuerpo, ya que reduce las posibilidades de problemas y gastos (Betancourt, 2022).

2.2.2.3. Indicaciones

A veces, los médicos deben poner un tubo en la garganta de un paciente y usar una máquina para ayudarlos a respirar. Esto se llama intubación endotraqueal y ventilación mecánica. Los médicos hacen esto cuando el paciente tiene problemas para respirar u obtener suficiente oxígeno. Ellos suelen hacer esto.

Los resultados relacionados incluyen: Tasa respiratoria > 30/min

Cuando las personas no pueden mantener suficiente oxígeno en su sangre incluso con métodos no invasivos como el oxígeno de alto flujo y un nivel de pH bajo, se llama hipoxemia

Presión parcial de dióxido de carbono ($PACO_2$) > 50 mmHg (a menos que sea crónico y estable)

Cuando los médicos deciden usar una máquina para ayudar a un paciente a respirar, deben pensar en toda la situación y no solo en un número. No use máquinas para ayudarlo a respirar hasta que esté muy enfermo. Algunas personas pueden mejorar sin usar una máquina para ayudarlos a respirar, usando una máscara o un tubo que empuja el aire hacia sus pulmones. No se necesita una máquina que empuja el aire hacia los pulmones para algunas personas que tienen problemas para respirar (Barrantes Solano et al., 2023).

2.2.3. Modos Ventilatorios

Los pacientes que tienen problemas para respirar en la unidad de cuidados intensivos necesitan ventilación mecánica. Este tratamiento les ayuda a obtener

suficiente oxígeno y dióxido de carbono en la sangre. Están disponibles diferentes formas de ayudar al paciente a respirar, y la elección depende de cómo esté el paciente, cómo funcionen sus pulmones y cuál es el objetivo. Posible el libro "Ventilación mecánica" de la Sociedad de Terapia Intensiva Argentina (SATI) divide estos modos en diferentes grupos:

2.2.3.1. Ventilación Controlada por Volumen (VCV)

Un volumen tidal (V_t) asegura de que la cantidad de aire en el que respire y sale se mantenga igual cada vez que respira, sin importar cuán dura o suave sea la presión que empuja el aire dentro y fuera. Su principal ventaja es asegurar una ventilación minuto precisa; sin embargo, puede provocar barotrauma si la compliance pulmonar disminuye y se requiere mayor presión para alcanzar el volumen deseado (Trujillo- Magallón et al., 2023).

2.2.3.2. Ventilación Controlada por Presión (PCV)

Este modo hace que la presión permanezca igual cuando respira por un tiempo determinado, la cantidad de aire que respira puede cambiar. Se utiliza para limitar la presión inspiratoria máxima y disminuir el riesgo de daño pulmonar inducido por presión (Peñuelas et al., 2021).

2.2.3.3. Ventilación Asistida/Controlada (A/C)

Combina ciclos mandatorios con la posibilidad de que el paciente inicie respiraciones, las cuales serán asistidas por el ventilador. Proporciona soporte total, pero puede inducir hiperventilación si el paciente realiza esfuerzos respiratorios excesivos

2.2.3.4. Ventilación Mandatoria Intermitente Sincronizada (SIMV)

Permite la interacción del paciente con el ventilador, combinando ciclos mandatorios con respiraciones espontáneas no asistidas. Favorece el entrenamiento de los músculos respiratorios durante el proceso de destete

2.2.3.5. Ventilación con Soporte de Presión (PSV)

Brinda soporte a cada inspiración espontánea del paciente mediante una presión preestablecida. Es comúnmente utilizada en fases avanzadas del destete, debido a su capacidad de disminuir el trabajo respiratorio sin imponer una frecuencia ventilatoria fija (Aguirre Bermeo et al., 2014).

2.2.3.6. Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP)

El método no daña el cuerpo ni los pulmones, se mantienen a la misma presión todo el tiempo durante la respiración, además este dispositivo ayuda a las personas que tienen problemas para respirar mientras duermen o que tienen bajos niveles de oxígeno en la sangre. No necesita ninguna ayuda adicional de una máquina para respirar. A menudo lo usan las personas que tienen apnea del sueño o leve (Pinto et al., 2025).

2.2.3.7. Ventilación con Presión Positiva Bifásica (BiPAP)

Utiliza una mezcla de presión de aire cuando respira (iPAP) y cuando exhala (EPAP), esto te ayuda a respirar mejor y obtener más oxígeno. Se utiliza tanto en soporte invasivo como no invasivo, especialmente en EPOC exacerbado y edema agudo de pulmón (Jaarsma et al., 2001).

2.2.3.8. Complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva

Cuando los pacientes necesitan respirar con una máquina, puede causar problemas con sus tubos de respiración. Estos problemas pueden ser graves y afectar su salud. El ventilador puede causar muchos problemas pulmonares, como cuando la presión del aire cambia demasiado rápido o demasiado, o cuando el aire está demasiado seco o caliente. Estos problemas pueden hacer que los pulmones sean inflamados e infectados por los gérmenes. La condición del paciente puede empeorar por razones técnicas, como mantener el tubo en la garganta durante demasiado tiempo, usar la presión incorrecta y no seguir las mismas reglas para todos. Cuando los pacientes tienen estos problemas, permanecen en el hospital por más tiempo, pagan más por su atención y mueren con más frecuencia.

2.2.4. Fases de la ventilación mecánica

2.2.4.1. Fase de inicio

Garantiza el soporte respiratorio inmediato ante la insuficiencia respiratoria aguda, hipercápnica o mixta. Esta modalidad inicial permite una ventilación controlada, asistida o con soporte de presión mediante la intubación orotraqueal o traqueostomía según la situación clínica seguido de la selección del modo ventilatorio adecuado de acuerdo con la patología subyacente del paciente (Fadila et al., 2022).

2.2.4.2. Mantenimiento del Soporte Ventilatorio

Los ajustes ventilatorios implican la modificación de parámetro con FiO₂, PEEP, volumen corriente y frecuencia respiratoria, estos cambios deben realizarse junto una monitorización constante de gasometrías, mecánica respiratoria y signos vitales, con el objetivo de optimizar la oxigenación y ventilación del paciente. Esta vigilancia continua permite prevenir complicaciones asociadas a la ventilación mecánica como el barotraumas, volutrauma y disfunción muscular respiratoria inducida por el ventilador.

La sedación es fundamental en el tratamiento de pacientes con ventilación mecánica, especialmente para controlar el dolor y garantizar el confort postintubación (Hickey et al., 2024).

2.2.5. Destete

Reducir progresivamente el soporte ventilatorio hasta que el paciente pueda mantener una respiración espontánea adecuada. Para verificar qué tan bien el paciente puede respirar por su cuenta, hacemos algunas pruebas. También observamos qué tan rápido y superficial es la respiración del paciente, y seguimos algunas reglas para ayudar al paciente a mejorar (Quintero-Villarreal, 2023)

2.2.5.1. Destete de la ventilación mecánica.

Cuando un paciente necesita un ventilador para respirar, el ventilador puede ser quitado lentamente, para que el paciente pueda respirar por su cuenta nuevamente, esto se llama destete, también incluye los pasos para eliminar el tubo que conecta la boca del paciente (Hidalgo Acosta et al., 2023).

2.2.5.2. Criterios para iniciar el proceso destete

Los criterios para el proceso de destete se desarrollaron por primera vez en una Conferencia de Consenso Internacional en abril de 2005, que definió tres categorías de destete: destete fácil, destete difícil y destete prolongado. En 2016, el grupo de estudio WIND revisó estas categorías de destete y sugirió agregar una categoría adicional de "sin destete" que consiste en pacientes que nunca han intentado el destete. Según estos criterios, el destete prolongado se definió como el proceso de destete en pacientes que tuvieron al menos tres intentos de destete fallidos o que requirieron más de 7 días después del primer intento de respiración espontánea.

Vassilakopoulou et al. (2020) enfatizan que una reducción gradual de la sedación durante el proceso de destete permite al paciente recuperar su capacidad de respirar espontáneamente con mayor rapidez. La idea principal de este método es utilizar la menor cantidad de sedantes que pueden mantener al paciente relajado y feliz, pero que aún capaz de respirar por su cuenta.

En este sentido, Molina et al. (2021) hacen hincapié en que la implementación de protocolos de sedación con una evaluación continua de la sedación (como la escala de sedación Ramsay o la sedación de Richmond).

2.2.6. Métodos de destete

Prueba de respiración espontánea (prueba de respiración espontánea SBT), le permite al paciente respirar por sí mismo durante un cierto período de tiempo, generalmente de 30 a 120 minutos y se realiza utilizando un tubo t (tubo en usted, sin soporte), CPAP (presión continua en las vías respiratorias), baja presión de soporte (PSV <7 CM Respiratory <35 RPM, spO₂ > 90%, ausencia de exasperación de excesivo, es el trabajo de respuestas de 7 cm, es el trabajo de respuestas de 7 cm, es el trabajo de respuestas de sencilleación, es el trabajo de respuestas de Simplores, es el trabajo de respuestas de Simplores, es el trabajo de respuestas, es el trabajo de respuestas de Simplores, es el trabajo de SpOrtatatorio, es más simple, es el trabajo de respuestas, es el trabajo de respuestas La forma fisiológica y efectiva de evaluar la capacidad de respiración autónoma, los estudios han demostrado que entre el 60% y el 80% de los pacientes pueden intubarse con éxito después de un SBT exitoso.

El PSV es una forma de respirar que usa un ventilador para ayudar al paciente a respirar. El paciente puede decidir qué tan rápido y cuánto aire quieren respirar con PSV. El ventilador ayuda al paciente a respirar, pero el paciente es posible: el paciente puede manejar más presión al principio y luego menos a medida que se acostumbra.

Ventilación obligatoria intermitente (SIMV) sincronizada, ayude al paciente a respirar con el ventilador y dejar que respiren por su cuenta. A medida que se reduce el número de respiraciones, asistidas el paciente asume más trabajo respiratorio. Aunque es una opción, algunos estudios sugieren que puede ser menos efectivo que otros métodos de destete (Rodríguez & Hernández, 2024).

2.2.7. Sedación en pacientes críticos

El uso de medicamentos sedantes es una práctica común en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI). Estos medicamentos se administran con frecuencia por vía intravenosa por infusiones continuas. El ventilador ayuda al paciente a sentirse mejor, a calmarse, evitar problemas de estar demasiado inquieto y, a veces, a reducir la cantidad de oxígeno que necesitan, lo que les facilita hablar con el fanático (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 2018).

2.2.7.1. Objetivos de la sedación en ventilación mecánica

La sedación ayuda a los pacientes que están en una máquina a respirar haciéndolos sentir menos dolor y preocupación, y manteniendo estable su presión cardíaca y arterial. También les permite tener menos contacto con la máquina. Según Bastani et al. (2021), demasiada o muy poca sedación puede dificultar la respiración y causar más problemas con la respiración durante mucho tiempo.

2.2.7.2. Nivel adecuado de sedación

Olmos et al., (2019) mencionan que algunos estudios han demostrado que demasiada sedación puede causar malos resultados, como más delirio, apoyo respiratorio más largo, infección pulmonar y una estadía en el hospital más larga. Esto también significa que más personas necesitan ir al hospital y pagar más dinero. La oración significa que cuánto tiempo y qué tan fuerte es la sedación cuando comienza a

respirar con una máquina puede afectar el bien que se recupere y qué tan probable es que muera. Algunos estudios han demostrado que dar una sedación fuerte temprano, en los primeros días de respirar con una máquina, la oración significa que algunos médicos han visto que mantener a los pacientes ligeramente sedados en la UCI puede ayudarlos a respirar menos y permanecer en la UCI por menos tiempo.

2.2.8. Estrategias de manejo de la sedación

Los pacientes críticos que necesitan ventilación mecánica necesitan sedación cuidadosa para mejorar más rápido, evitar problemas y permanecer menos en la UCI (Devlin et al., 2018). Las enfermeras profesionales son muy importantes para usar y verificar estas estrategias. Eligen sus decisiones basadas en los hechos y siguen observando cómo está el paciente.

2.2.8.1. Sedación intermitente vs. sedación continua

La sedación intermitente con agentes como el propofol y la dexmedetomidina ha mostrado ser efectiva para reducir la duración de la ventilación y facilitar el destete, ya que permite mantener al paciente en un estado de conciencia parcial, lo que facilita la evaluación de la respiración espontánea Lin et al., (2020). Se utiliza para evitar la sobrededación cuando la infusión continua no es estrictamente necesaria. Las enfermeras titulan los bolos según la respuesta del paciente y las escalas de sedación para lograr el objetivo deseado.

Por otro lado, la sedación continua, aunque útil en situaciones de alta inestabilidad, puede dificultar la capacidad de evaluar la respiración espontánea y prolongar innecesariamente la ventilación López et al., (2020). La acumulación de fármacos, especialmente en pacientes con disfunción orgánica, es una preocupación clave.

2.2.8.2. Interrupción diaria

La Interrupción Diaria de la Sedación (IDS) es una estrategia bien establecida y recomendada por las guías clínicas que las enfermeras lideran en la práctica. Consiste en suspender o reducir las infusiones continuas de sedantes al menos una vez al día para permitir que el paciente despierte y sea evaluado. Una vez que el paciente está despierto y cooperativo, se reanuda la sedación a una dosis más baja o se ajusta según la necesidad clínica. Las enfermeras monitorizan de cerca los signos de dolor, agitación, delirio o discomfort durante el despertar (SEMICYUC, 2012).

Las enfermeras son cruciales en la ejecución de la IDS, la evaluación de la respuesta del paciente y la comunicación con el equipo médico para la reanudación o ajuste de la sedación (UVaDOC, 2023).

Los protocolos de sedación estructurados, que siguen la evaluación de cuán profundamente se seduce el paciente y cómo reaccionan, acortan el tiempo dedicado a una máquina de respiración. Según Guedj et al. (2022), estos protocolos permiten ajustes más finos y personalizados de los agentes sedantes, optimizando la transición hacia el destete.

Los métodos que pueden ayudar a los médicos a reducir las complicaciones derivadas de una sedación insuficiente o excesiva comprenden la implementación de protocolos específicos de sedación, la realización de pruebas de respiración espontánea (SBT), la movilización temprana y el uso exclusivo de opioides, evitando la administración conjunta de sedantes. Es importante destacar que, en cuanto a las SBT, los datos más recientes respaldan la utilización de niveles reducidos de ventilación con presión de soporte, lo que implica un aumento de la presión inspiratoria de 5 a 8 cm H₂O (0,5–0,8 kPa), por ejemplo. Esta estrategia no solo es eficaz, sino que también facilita la superación del esfuerzo respiratorio adicional que representa la resistencia del tubo endotraqueal. Otro enfoque valioso es la interrupción diaria de las infusiones de

sedantes. Al despertar a los pacientes, los médicos pueden lograr mantener la sedación en niveles más ligeros sin provocarles molestias (Vagionas et al., 2019).

Algunas otras cosas que afectan la forma en que damos sedación y el tiempo que lleva detenerlo son lo mala que es la enfermedad, qué tan bien están funcionando el corazón y los vasos sanguíneos, si el paciente tiene otros problemas o usa una máquina para respirar, y si el paciente estaba en una máquina a la experiencia del equipo médico para encontrar y cuidar la sedación y el giro también ayuda a mejorar este proceso (Santos et al., 2022).

2.2.8.3. Protocolo de sedación dirigida

Los protocolos estructurados para el manejo de la sedación han ayudado a los pacientes a mejorar al hacer que el proceso sea más consistente. Estos protocolos, a menudo implementados y ajustados por enfermeras, establecen objetivos claros de sedación utilizando escalas validadas, y proporcionan algoritmos para la titulación de los sedantes y analgésicos. Permiten a las enfermeras una mayor autonomía y proactividad en el manejo de la sedación dentro de unos límites preestablecidos (Universidad Nacional de Trujillo, 2024).

Una nueva investigación y revisiones de las pautas existentes muestran que el uso de métodos de sedación de enfermería puede reducir la cantidad de tiempo que los pacientes necesitan usar un ventilador y permanecer en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (Universidad de Zaragoza, 2021). Estos protocolos aseguran la coherencia en la atención y la adherencia a las mejores prácticas, al tiempo que empoderan a las enfermeras en su rol clínico. La enfermera es quien evalúa la respuesta del paciente y ajusta la medicación según el protocolo.

El uso de una mezcla de medicamentos para que los pacientes sienten y entumecido pueden ayudarlos a respirar menos y necesitar menos ayuda de una máquina. La analgesia adecuada disminuye el dolor y la incomodidad, lo que permite a

los pacientes tolerar mejor el proceso de destete y la reducción del soporte ventilatorio. Schreiber et al. (2021) indican que el uso de analgésicos, como el opioide de acción corta (fentanilo o remifentanilo), junto con sedantes, contribuye a un destete más rápido y seguro.

2.2.9. Rol del Equipo de Salud en la Sedación Controlada

El manejo de la sedación en pacientes críticos es un esfuerzo colaborativo y multidisciplinario, con la enfermera como figura central (UVaDOC, 2023). Al estar en contacto continuo con el paciente, las enfermeras pueden evaluar de manera ininterrumpida el nivel de sedación, la presencia de dolor y la aparición de delirio. Esta información es crucial y se comparte durante las rondas con el equipo de salud (incluyendo médicos, fisioterapeutas y terapeutas respiratorios) para facilitar la toma de decisiones consensuadas (UVaDOC, 2023).

Además, las enfermeras tienen la responsabilidad primordial de valorar el dolor de forma sistemática, empleando escalas de evaluación adecuadas. Su práctica se centra en priorizar la administración de analgésicos antes de los sedantes para asegurar el confort del paciente, reconociendo que un control efectivo del dolor minimiza la necesidad de sedación adicional (NPunto, 2023; Metro Ciencia, 2023).

2.2.10. Influencia de la sedación en la duración del destete de la ventilación

La posible sedación se puede cambiar de un estado tranquilo y relajado, donde la persona es consciente de su entorno y sigue las instrucciones, a un estado más profundo e inconsciente, donde la persona puede tener problemas para respirar y su frecuencia cardíaca y presión arterial pueden disminuir.

Para verificar cuán sedado es un paciente, los médicos usan escalas que miden cuán despierto o dormido está el paciente. Posible las escalas a menudo se usan en medicina, pero no son muy objetivas. Esto significa que el observador puede afectar la

medición por sus propias opiniones o sentimientos. La posible escala de Ramsay ayuda a los médicos a medir cuánto está sedado a un paciente. Tiene seis reglas que los médicos pueden usar para verificar. Las reglas son simples y rápidas de usar. Hacen que sea fácil entender cuánto está sedado a un paciente. El paciente debe permanecer en Ramsay 2, 3 o 4, si es posible, para mantenerlos muy tranquilos y dormidos. Esto es bueno para situaciones en las que necesitan mantenerse así. El Rass es una escala que tiene 10 niveles (de 4 a -5) que permiten al médico ajustar y estudiar cuánto está empeorando o mejor. Posible otra forma de medir cuán despierta e inquieta es una persona es la escala de agitación Sedacia Riker (SAS) Va de 1 a 7, siendo 1 el menor y 7 es el más (Nunes & Forsberg, 2018).

El destete, definido como el proceso de reducir gradualmente el soporte ventilatorio, requiere que el paciente pueda respirar espontáneamente y efectivo. Posible cuando un paciente tiene mucho sueño, puede dificultarle respirar bien. Esto se debe a que no pueden respirar muy bien cuando tienen mucho sueño.

CAPÍTULO III: Diseño Metodológico

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación corresponde a una revisión sistemática de alcance, la misma que se enmarca dentro del enfoque cualitativo. Con el propósito de mapear la literatura existente en cuanto a las estrategias de manejo en la duración al destete de la sedación de pacientes ventilados.

3.2. Diseño metodológico

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo las directrices del diagrama PRISMA, con el propósito de identificar, seleccionar y sintetizar evidencia relevante de estudios científicos publicados que relacionen las estrategias de sedación con el proceso de destete en pacientes ventilados mecánicamente.

3.3. Fuentes de datos

La búsqueda sistemática de literatura se realizó en bases de datos científicas como Pubmed, Scopus, Google Academy, Scielo, y también literatura gris, en los casos pertinentes; las palabras clave utilizados fueron sedation, weaning, mechanical ventilation que se trasladaron a lenguaje controlado en términos MeSH y DeCS para completar las búsquedas. Para realizar la búsqueda bibliográfica se combinaron estos términos con los operadores booleanos (AND) y (OR). La búsqueda inicial arrojó 27.591 artículos. Tras aplicar criterios de inclusión (idioma inglés y español, publicaciones entre 2020 y 2025, estudios originales o revisiones sistemáticas con texto completo disponible) y criterios de exclusión (duplicados, ensayos en animales, estudios no relacionados directamente con el objetivo), se seleccionaron 20 artículos para el análisis final.

3.4. Instrumento de recolección de datos

Se empleó una matriz de extracción de datos estructurada, diseñada para registrar información relevante de cada estudio seleccionado, incluyendo base de datos, palabra claves, términos controlados, algoritmo, número de artículos encontrados, número de artículos seleccionados, título del artículo, nombre de la revista, nombre de los autores, metodología, año, país, hallazgos y enlace.

3.5. Consideraciones éticas

Al tratarse de una revisión sistemática basada en publicaciones científicas previamente revisadas por comités éticos, no fue necesario un consentimiento informado. No obstante, se garantizó el uso responsable, ético y académico de la información consultada, respetando la propiedad intelectual y los derechos de autor de cada fuente.

3.6. Análisis de datos

Los datos extraídos fueron organizados, comparados y sintetizados de manera cualitativa mediante un análisis temático. Se identificaron patrones comunes, enfoques metodológicos y hallazgos clave relacionados con el tipo de sedación, escalas utilizadas y resultados clínicos del destete.

3.7. Presentación de los resultados

Los resultados se presentan en forma de texto descriptivo acompañado de tablas comparativas que resumen las principales características y hallazgos de los estudios seleccionados, permitiendo visualizar las relaciones entre las estrategias de sedación y los desenlaces en el proceso de destete.

CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados

4.1. Análisis e Interpretación de Resultados

Una revisión narrativa fue la mejor manera de alcanzar estos objetivos. Consideró las palabras y categorías de las diferentes bases de datos. Buscamos información en las principales bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Scielo, Cochrane. Esta metodología permitió identificar evidencia relevante sobre la sedoanalgesia en pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva.

Como resultado del análisis temático de los artículos seleccionados, se identificaron cuatro categorías clave que permiten comprender de forma integral la influencia de las estrategias de sedación en el proceso de destete de la ventilación mecánica. En primer lugar, las estrategias de sedación revelan que una sedación ligera, adecuadamente monitorizada y ajustada a las necesidades del paciente, favorece el despertar precoz, reduce las complicaciones asociadas y facilita la transición hacia la respiración espontánea. En segundo lugar, los protocolos de destete evidencian que el uso de estrategias estructuradas como pruebas de ventilación espontánea y escalas de evaluación contribuyen a una extubación más segura y eficaz.

Designamos como tesauros principales los términos “Sedación” y “Analgesia” por ser los que más se ajustaron al concepto clínico de sedoanalgesia, central en esta revisión. Aunque en la base de datos PubMed el tesoro correspondiente a sedación es “Deep Sedation”, este no respondía de forma precisa al concepto que se pretendía abordar, por lo que se optó por emplear el término independiente “Sedation”. Además, se incluyó el término libre “Sedoanalgesia”, a pesar de su escasa utilización en el vocabulario controlado, con el fin de recuperar artículos que lo mencionas explícitamente. Para ello, se utilizó el operador booleano OR, con el propósito de ampliar el alcance de la búsqueda.

Esta estrategia se aplicó en las principales bases de datos en ciencias de la salud: PubMed, CINAHL, Cochrane, SciELO y CUIDEN, combinando además los

términos relacionados con “Unidad de Cuidados Intensivos” y “Ventilación Mecánica Invasiva”, mediante los tesauros “Intensive Care Units”, “Mechanical Ventilation” y “Respiration, Artificial”. La búsqueda se restringió a artículos publicados entre los años 2020 y 2025, y se excluyeron estudios centrados en población pediátrica mediante el operador booleano NOT (“infants”, “adolescents”, “child”).

En el Anexo 1, se recogen las distintas bases utilizadas, la estrategia de búsqueda empleada en cada base de datos, el número de artículos encontrados en esa primera búsqueda y el número de artículos seleccionados tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

En este estudio la búsqueda inicial pudo contar con más 1500 estudios, estos resultados fueron evaluados según criterios de inclusión y exclusión por ende pudieron ser elegidos aquellos que cumplen con el objetivo de estudio y que fueran estos relacionados con los temas y años de selección, así como también cumplan con los filtros aplicados a textos completos y hayan sido revisiones sistemáticas.

De esta manera se seleccionaron 20 artículos más relevantes para el estudio, los mismos que fueron sistematizados y presentados en la matriz de análisis. Se plasmó con el modelo de PRISMA en diagrama de flujo para detallar el proceso de búsqueda, selección de artículos relacionados, exclusión de duplicados años de aplicación entre otros criterios de evaluación encontrados en el estudio sobre la estrategia en el manejo de sedación y destete de ventilación mecánica, esto nos permite identificar prioridades de investigación, transparencia de problemas y así obtener la revisión sistemática apropiada para un análisis de los resultados encontrados.

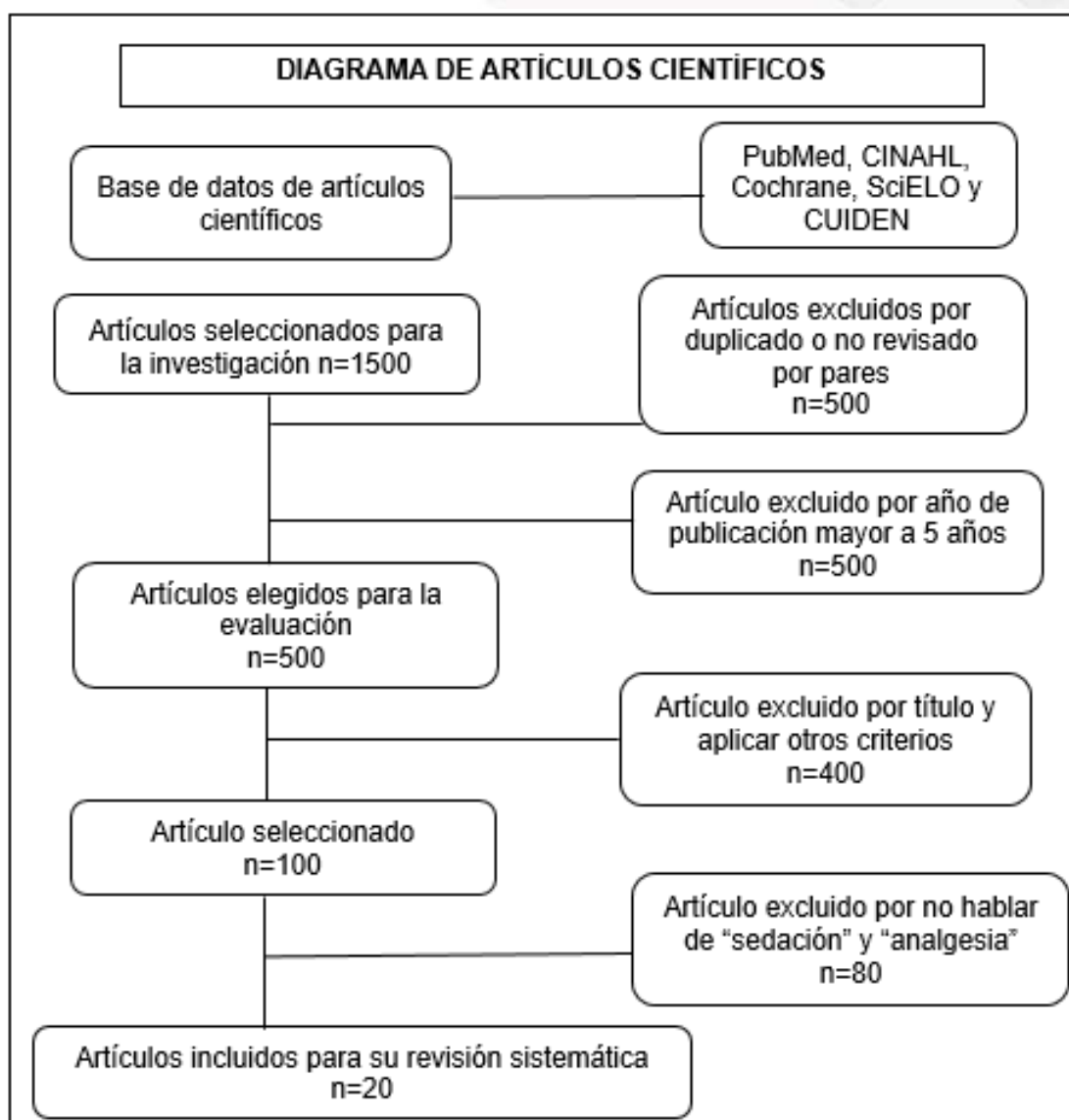


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA
Fuente: Elaboración propia

4.2. Análisis de los resultados obtenidos

Después de la recopilación de datos pertinentes, estos fueron registrados y guardados en una base de datos denominado “Estrategia en el manejo de sedación y destete de ventilación mecánica”, luego se realizó la limpieza de los datos de manera que se descarte casos erróneos, vacíos o eliminación de datos incompleto y documentos duplicados. Para que en lo posterior realizar el reemplazo de los datos en escala numérica, con el objetivo de organizar la información en función de cada variable del estudio.

Siendo la información verificada se procede al análisis descriptivo de los resultados para la presentación de la Tabla 2.

Tabla 2. *Matriz de categorización*

Tema Central	Categorías	Subcategorías	Códigos
Estrategia en el manejo de sedación y destete de ventilación mecánica	Estrategias de sedación	Sedación profunda vs ligera	
		Sedación inhalada vs intravenosa	
		Sedación multimodal	SDP, SDL SIV, SIVN SMM SDIF
		Abordaje de la sedación difícil	IDS
		Interrupción diaria de la sedación	AS
		Analgo-sedación	AP
		Analgesia	
		prioritaria	
		Delirium inducido por sedación	
		Barreras en manejo	
	Delirium y síndrome de abstinencia		v e n t i l a c i
	Destete de la		

ón
mec
ánic
a

enfermero del delirium	Prevención del	D
delirium	Manejo del síndrome de abstinencia	S
		E
Protocolos de destete		D
		B
		E
		D
		P
		R
		D
		S
		A
		P
		D
		V
		F
		R
		D
		F
		A
		E
		X
		I
		E
		D

	Factores de riesgo en el destete fallido	
	Autoextubación	
	Intervenciones educativas sobre el destete	
Modelos y guías de atención	Aplicación del modelo ABCDEF	
	Monitorización continua	ABCDEF
	Rol del equipo multidisciplinario	MC
	Herramientas tecnológicas para el	EQM
	aprendizaje clínico	HTAC

Fuente: Elaboración propia

La primera categoría abordada fue la referida a las estrategias de sedación los estudios revisados muestran que la sedación ligera, en comparación con la sedación profunda, está asociada con mejores resultados en pacientes bajo ventilación mecánica. La sedación ligera permite una mayor interacción del paciente, menor tiempo en ventilación mecánica y menos complicaciones cardiopulmonares. Por ejemplo, Mendoza Méndez et al. (2023) reportaron que la sedación ligera con interrupción diaria reduce la incidencia de desaturación y alteraciones cardíacas, lo que contribuye a una recuperación más rápida y segura en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En contraste, la sedación profunda prolongada se asocia con un aumento en eventos adversos y mayor duración de la estancia hospitalaria.

Las estrategias que utilizan sedación inhalada, en lugar de la tradicional vía intravenosa, han mostrado beneficios en términos de control más preciso del nivel de sedación y una recuperación más rápida del paciente. Según García Montoya et al. (2024), la sedación inhalada con agentes como el sevoflurano o el isoflurano facilita la disminución de la dosis acumulada y reduce los efectos secundarios sistémicos. Además, la sedación inhalada permite un ajuste más fácil y rápido del nivel sedativo, lo

que puede acelerar el proceso de destete y extubación, disminuyendo la duración total de la ventilación mecánica.

En la segunda categoría, los estudios evidencian que la sedación excesiva o prolongada puede inducir delirium en pacientes sometidos a ventilación mecánica, afectando negativamente su pronóstico y aumentando la mortalidad. Por ejemplo, Ramírez-Camacho et al. (2023) encontraron que la administración inadecuada de sedantes contribuye a la alteración del estado cognitivo, manifestándose como delirium hiperactivo o hipoactivo, que dificulta la comunicación y el seguimiento clínico. Este tipo de delirium inducido por sedación requiere un monitoreo constante y protocolos que regulen la dosificación para evitar complicaciones neurológicas graves.

En la atención de pacientes críticos, las barreras para el manejo efectivo del delirium por parte del personal de enfermería incluyen falta de capacitación específica, ausencia de protocolos estandarizados y limitaciones en recursos para evaluación continua. Pérez-Sánchez et al. (2024) destacaron que estas barreras dificultan la identificación temprana del delirium y la implementación de estrategias de cuidado adecuadas, lo que prolonga el tiempo de ventilación mecánica y estancia en UCI. Además, la sobrecarga laboral y el estrés del equipo enfermero afectan la calidad del monitoreo y la intervención en estos casos.

Las estrategias preventivas para el delirium se enfocan en la reducción del uso innecesario de sedantes, la estimulación cognitiva temprana y la movilización activa del paciente. Según López-Mendoza et al. (2023), la aplicación de protocolos que incluyen la valoración diaria del nivel de conciencia y la minimización de fármacos sedantes ha demostrado reducir la incidencia de delirium en pacientes ventilados. Además, intervenciones no farmacológicas como el control del entorno, la orientación temporal y la participación familiar contribuyen a mantener la estabilidad mental del paciente y evitar complicaciones neurológicas.

El síndrome de abstinencia asociado a la suspensión brusca de sedantes y analgésicos representa un desafío en la recuperación del paciente ventilado. Martínez-Rodríguez et al. (2024) reportaron que una retirada gradual y supervisada de los fármacos, junto con el monitoreo continuo de signos de abstinencia como agitación, taquicardia y sudoración, es esencial para evitar complicaciones. La implementación de protocolos específicos permite controlar mejor los síntomas y reducir la necesidad de reintensificar la sedación, facilitando el proceso de destete y mejorando la evolución clínica en UCI.

Para la tercera categoría, los protocolos estructurados para el destete de la ventilación mecánica se han demostrado efectivos para disminuir la duración del soporte ventilatorio y la estancia en unidades de cuidados intensivos. Según García et al. (2023), la implementación de guías basadas en la evaluación diaria de la capacidad respiratoria y la estabilidad hemodinámica favorece un destete más seguro y oportuno, reduciendo complicaciones asociadas al uso prolongado del ventilador. Además, estos protocolos estandarizan la práctica clínica y facilitan la toma de decisiones multidisciplinarias, mejorando los resultados del paciente.

El destete fallido está asociado a múltiples factores de riesgo que incluyen debilidad muscular respiratoria, alteraciones neurológicas, desequilibrios metabólicos y comorbilidades como insuficiencia cardíaca. Torres et al. (2024) identificaron que la presencia de estas condiciones incrementa la probabilidad de recaída y necesidad de reintubación, lo cual prolonga la estancia hospitalaria y eleva el riesgo de infecciones nosocomiales. El reconocimiento temprano de estos factores permite planificar intervenciones específicas para mejorar la capacidad de destete y reducir complicaciones.

La autoextubación es un evento no deseado y potencialmente peligroso que ocurre cuando el paciente retira el tubo endotraqueal sin supervisión médica. Pérez y Rodríguez (2023) reportaron que la incidencia de autoextubación se relaciona con

niveles inadecuados de sedación, agitación y falta de vigilancia constante. Este evento puede desencadenar complicaciones respiratorias graves, requiriendo reintubación urgente y aumentando la morbilidad. Las estrategias para prevenirla incluyen la evaluación continua del nivel de conciencia, la sedación adecuada y la capacitación del personal en manejo de riesgo.

Las intervenciones educativas dirigidas a profesionales de salud, especialmente al personal de enfermería, mejoran significativamente el proceso de destete al promover conocimientos actualizados y habilidades prácticas. Según Jiménez et al. (2024), programas de capacitación sobre técnicas de destete, manejo del ventilador y monitoreo del paciente contribuyen a una reducción en el tiempo de ventilación mecánica y a una mejoría en la coordinación del equipo multidisciplinario. Estas intervenciones también aumentan la confianza del personal en la toma de decisiones y en la aplicación de protocolos basados en evidencia.

En lo referente a la cuarta categoría, el modelo ABCDEF ha sido reconocido como un marco integral para la atención del paciente crítico, enfocado en mejorar los resultados clínicos mediante la prevención del delirium, la reducción del tiempo de ventilación mecánica y el fomento de la movilidad temprana. Según Martínez et al. (2024), la implementación sistemática de este modelo en unidades de cuidados intensivos ha demostrado disminuir la incidencia de complicaciones y mejorar la experiencia del paciente, involucrando activamente tanto al equipo de salud como a los familiares. Este enfoque multidimensional facilita un cuidado más humanizado y basado en evidencia.

La monitorización continua de parámetros fisiológicos y clínicos se presenta como una herramienta fundamental para la detección temprana de alteraciones y la toma rápida de decisiones en el cuidado intensivo. Rodríguez y Gómez (2023) evidencian que la utilización de tecnologías avanzadas para el seguimiento constante permite ajustar la sedación, prevenir complicaciones como el delirium, y optimizar el manejo ventilatorio, contribuyendo a una mejor evolución clínica del paciente. Además, la

monitorización continua facilita la comunicación entre los profesionales y el registro sistemático de datos relevantes.

El trabajo colaborativo del equipo multidisciplinario, compuesto por médicos, enfermeros, fisioterapeutas y otros profesionales, es clave para garantizar una atención integral y de calidad. Vázquez et al. (2024) destacan que la coordinación y comunicación efectiva entre los distintos especialistas favorece la implementación de protocolos y la personalización del cuidado, optimizando el proceso de recuperación y reduciendo la duración de la estancia hospitalaria. La participación activa de todos los miembros también contribuye a la identificación precoz de riesgos y a la planificación conjunta de intervenciones.

Las herramientas tecnológicas, como simuladores, plataformas de e-learning y aplicaciones móviles, han revolucionado la formación continua en entornos clínicos, permitiendo el acceso a recursos actualizados y la práctica segura de habilidades. Según López y Sánchez (2023), estas tecnologías facilitan la capacitación del personal sanitario en protocolos de manejo y destete ventilatorio, mejorando la retención de conocimientos y la aplicación práctica. Además, promueven un aprendizaje interactivo y adaptado a las necesidades individuales, impulsando la mejora continua en la atención al paciente.

La implementación de modelos y guías de atención estructurados, como el modelo ABCDEF, junto con la monitorización continua, el trabajo colaborativo del equipo multidisciplinario y el uso de herramientas tecnológicas para el aprendizaje clínico constituye un enfoque integral esencial para mejorar la calidad del cuidado en unidades de cuidados intensivos. Estos elementos facilitan la prevención de complicaciones, optimizan la toma de decisiones y promueven la recuperación temprana de los pacientes, evidenciando un impacto positivo en los resultados clínicos. Además, la capacitación constante y coordinada del personal sanitario, apoyada en tecnologías innovadoras, fortalece la adherencia a los protocolos y el desarrollo de competencias.

En conjunto, estas estrategias contribuyen a un cuidado más seguro, eficiente y centrado en el paciente, consolidando mejores prácticas en la gestión de la ventilación mecánica y el manejo crítico.

CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones

5.1. Discusión

El manejo adecuado de la sedación en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica se ha convertido en un componente fundamental para optimizar el proceso de destete y reducir la estancia en unidades de cuidados intensivos (UCI). La revisión sistemática presentada en este estudio permitió analizar múltiples enfoques y estrategias que han demostrado una influencia directa en la evolución del paciente durante la ventilación asistida.

Una de las principales conclusiones extraídas de los artículos revisados es la relación entre la profundidad de la sedación y la prolongación del proceso de destete. Estudios como los de Tanaka et al. (2021) y Li et al. (2022) evidencian que la sedación profunda, especialmente en las primeras 48 horas de soporte ventilatorio, se asocia con peores resultados clínicos, incluyendo mayor tiempo en ventilación mecánica y una recuperación neurológica más lenta. Esto se debe, en parte, a la supresión excesiva del estímulo respiratorio y a la mayor incidencia de complicaciones como la debilidad muscular adquirida en UCI (Vassilakopoulou et al., 2020).

Por otro lado, se ha demostrado que el uso de estrategias de sedación ligera, como la interrupción diaria de la sedación, ofrece beneficios sustanciales. Estas prácticas permiten evaluar la capacidad respiratoria del paciente de manera más frecuente y reducir la dependencia del ventilador. En este sentido, Curley et al. (2024) destacan la importancia de implementar protocolos basados en evidencia, como el ABCDEF bundle, que promueve un enfoque integral del manejo del paciente crítico, incluyendo la sedación ajustada, la movilización temprana y la participación de la familia (Gitti et al., 2022).

El monitoreo adecuado de la sedación también surge como un elemento esencial. Escalas como la RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) y la SAS (Sedation Agitation Scale) permiten una evaluación más precisa del estado de

conciencia y agitación del paciente. Molina et al. (2021) concluyen que estas herramientas son imprescindibles para ajustar las dosis de sedantes y evitar tanto la sedación excesiva como la insuficiente, ambas con efectos adversos en el proceso de destete (Celis-Rodríguez et al., 2020).

Sin embargo, la implementación de estas estrategias presenta desafíos. Dzierba et al. (2022) y Gil et al. (2025) señalan que la falta de capacitación del personal, la resistencia institucional al cambio y la escasa disponibilidad de protocolos estandarizados limitan el impacto positivo de las intervenciones. Además, se destaca una considerable heterogeneidad en la práctica clínica y en la calidad metodológica de los estudios revisados, lo cual dificulta establecer conclusiones definitivas sobre la superioridad de una estrategia sobre otra.

En el contexto latinoamericano, como el de esta investigación, las condiciones de los hospitales de tercer nivel, los recursos humanos y la carga asistencial influyen directamente en la capacidad de implementar estrategias efectivas. La literatura revela que en muchos casos no se cuenta con sistemas de evaluación estructurados ni con procesos sistemáticos para ajustar la sedación en función de la evolución del paciente (Yerovi et al., 2021)

Asimismo, el uso prolongado de sedación continua puede desencadenar complicaciones como delirium, infecciones nosocomiales, síndrome de abstinencia, y dificultad para evaluar la función neurológica del paciente. Por ello, se sugiere transitar hacia un enfoque centrado en la sedación mínima efectiva, como lo propone Bastani et al. (2021), que busca el equilibrio entre confort, seguridad y recuperación funcional.

El análisis de los artículos también muestra que las escalas de sedación no son utilizadas de manera uniforme, y en muchos casos, la evaluación de la profundidad de la sedación depende del criterio clínico subjetivo del equipo de salud. Esto refuerza la necesidad de una formación continua y la integración de herramientas objetivas como parte de la práctica diaria en las UCI (Quisbert & Molinari, 2022).

Finalmente, la revisión destaca que el éxito del destete no depende exclusivamente del tipo de sedación, sino de una combinación de factores clínicos, organizativos y humanos. El uso de estrategias integradas y multidisciplinarias, como el modelo ABCDEF, se presenta como la alternativa más robusta para mejorar los resultados clínicos, reducir el tiempo de estancia hospitalaria y minimizar las secuelas funcionales a largo plazo (Gitti et al., 2022).

5.2. Conclusiones

- De acuerdo con los objetivos propuestos en esta investigación, se concluye que las estrategias de sedación ligera, tales como la interrupción diaria y la sedación guiada por escalas validadas, permiten una disminución significativa en la duración del destete y favorecen una evolución clínica más positiva en pacientes críticos. Estas estrategias facilitan una mejor sincronización entre el paciente y el ventilador, promueven una recuperación más rápida y disminuyen el riesgo de complicaciones relacionadas con la ventilación mecánica prolongada.
- El uso sistemático de escalas de evaluación como RASS y SAS se consolida como una práctica esencial para garantizar una monitorización eficaz del nivel de sedación. Su aplicación permite ajustar el tratamiento de manera precisa y oportuna, reduciendo tanto la sedación excesiva como la insuficiente. Esto no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también agiliza el proceso de extubación y reduce la estancia en UCI.
- Además, la implementación de protocolos estructurados, como el ABCDEF bundle, representa una herramienta clave para optimizar el manejo de la sedación. Su aplicación contribuye a reducir la aparición de complicaciones como el delirium, facilita la movilización temprana y promueve una atención centrada en el paciente. Estos protocolos, al ser aplicados de forma sistemática, fortalecen la calidad de la atención y permiten establecer una cultura institucional basada en la evidencia.
- No obstante, es importante reconocer que existen barreras institucionales significativas que dificultan la aplicación eficaz de estas estrategias. Entre ellas se destacan la falta de formación específica del personal de salud, la escasez de recursos técnicos y la resistencia al cambio. Estos factores limitan la efectividad de los protocolos de sedación, especialmente en contextos hospitalarios con restricciones presupuestarias y alta demanda asistencial.

- Por lo tanto, se considera fundamental fortalecer los programas de capacitación continua, promover la implementación de protocolos estandarizados y fomentar la cultura de evaluación permanente en las unidades de cuidados intensivos. La adopción de estas medidas permitirá mejorar la calidad del cuidado, reducir complicaciones y contribuir al logro de resultados clínicos más favorables y sostenibles para los pacientes críticos.

5.3. Recomendaciones

- Es recomendable implementar protocolos estandarizados de sedación, como el ABCDEF, que permitan un abordaje multidisciplinario y centrado en el paciente crítico. Esto garantizará una evaluación más estructurada del estado clínico y una mejor toma de decisiones en relación al destete de la ventilación mecánica.
- Se sugiere reforzar la formación del personal de salud en el uso de escalas de evaluación de sedación como RASS y SAS. La capacitación continua mejorará la precisión en el monitoreo y en el ajuste del tratamiento, evitando complicaciones asociadas al manejo inadecuado de la sedación.
- Es importante promover auditorías clínicas y seguimiento de indicadores relacionados con el uso de sedación en UCI, lo cual permitirá identificar puntos críticos en la atención, establecer estrategias de mejora continua y evaluar el impacto de las intervenciones implementadas.
- Se recomienda fomentar la investigación clínica aplicada a contextos locales, especialmente en hospitales de tercer nivel, para adaptar las estrategias de sedación a las realidades y necesidades particulares del entorno hospitalario y de los pacientes atendidos.
- Es esencial fortalecer la comunicación entre los miembros del equipo de salud, promoviendo el trabajo interdisciplinario y la participación activa de la familia en las

decisiones clínicas. Esto no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también influye positivamente en la recuperación del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrantes Solano, M. J., Núñez Segura, N. M., & Rodríguez Alfaro, A. (2023). Insuficiencia respiratoria por inmadurez pulmonar. *Revista Médica Sinergia*, 8(6).
<https://doi.org/10.31434/rms.v8i6.1043>
- Betancourt, G. (2022). El debate actual sobre el empleo de la ventilación mecánica no invasiva. *Revista Médica Electrónica*, 1.
- Celis-Rodríguez, E., Díaz Cortés, J. C., Cárdenas Bolívar, Y. R., Carrizosa González, J. A., Pinilla, D. I., Ferrer Záccaro, L. E., Birchenall, C., Caballero López, J., Argüello, 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). Evidence-based clinical practice guidelines for the management of sedoanalgesia and delirium in critically ill adult patients. *Medicina Intensiva*, 44(3), 171–184.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.013>
- Gitti, N., Renzi, S., Marchesi, M., Bertoni, M., Lobo, F. A., Rasulo, F. A., Goffi, A., Pozzi, M., & Piva, S. (2022). Seeking the Light in Intensive Care Unit Sedation: The Optimal Sedation Strategy for Critically Ill Patients. In *Frontiers in Medicine* (Vol. 9). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.901343>
- Hidalgo Acosta, J. A., Vázquez Cárdenas, A. L., Benítez Ormaza, Y. C., Campos Ordoñez, N. A., Cruz Campoverde, M. M., & Apolo Montero, A. M. (2023). Weaning dificultoso en terapia intensiva. Una revisión sistemática. *Medicencias UTA*, 7(4).
<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v7i4.2224.2023>
- Li, C., He, J., Yu, H., Zhao, L., Li, D., Chen, Y., & Liu, Y. (2021). The effect of programmed analgesia and sedation combined with nursing intervention on weaning extubation of intensive care unit patients. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 83.
<https://doi.org/10.36468/pharmaceutical-sciences.spl.289>

- Mahmoodpoor, A., Fouladi, S., Ramouz, A., Shadvar, K., Ostadi, Z., & Soleimanpour, H. (2022). Diaphragm ultrasound to predict weaning outcome: systematic review and meta-analysis. In *Anaesthesiology Intensive Therapy* (Vol. 54, Issue 2, pp. 164–174). Termedia Publishing House Ltd. <https://doi.org/10.5114/AIT.2022.117273>
- Mecklenburg, A. (2023). Failure to Wean from Mechanical Ventilation. In *Lessons from the ICU*. https://doi.org/10.1007/978-3-031-21991-7_18
- Morales Rosa Cruz. (2022). Complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva. *N Punto*, V(49).
- Neto, S. C. G. B., Torres-Castro, R., Lima, Í., Resqueti, V. R., & Fregonezi, G. A. F. (2021). Weaning from mechanical ventilation in people with neuromuscular disease: A systematic review. *BMJ Open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047449>
- Pagán-Aranda, J. A., Copa-Córdova, L., Miyares-Peña, M. V., Espinoza-Rodríguez, I., & Pérez-Castillo, R. (2020). Ventilación mecánica protectora perioperatoria: ventilación sin paredes. *Revista Médica Panacea*, 9(3). <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i3.371>
- Parada-Gereda, H. M., Tibaduiza, A. L., Rico-Mendoza, A., Molano-Franco, D., Nieto, V. H., Arias-Ortiz, W. A., Perez-Terán, P., & Masclans, J. R. (2023). Effectiveness of diaphragmatic ultrasound as a predictor of successful weaning from mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04430-9>
- Peñuelas, O., Frutos-Vivar, F., Muriel, A., Mancebo, J., García-Jiménez, A., de Pablo, R., Valledor, M., Ferrer, M., León, M., Quiroga, J. M., Temprano, S., Vallverdú, I., Fernández, R., Gordo, F., Anzueto, A., & Esteban, A. (2021). Mechanical ventilation in Spain, 1998–2016: Epidemiology and outcomes. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 45(1). <https://doi.org/10.1016/j.medine.2020.11.001>

- Poddighe, D., Van Hollebeke, M., Choudhary, Y. Q., Campos, D. R., Schaeffer, M. R., Verbakel, J. Y., Hermans, G., Gosselink, R., & Langer, D. (2024). Accuracy of respiratory muscle assessments to predict weaning outcomes: a systematic review and comparative meta-analysis. *Critical Care*, 28(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04823-4>
- Quintero-Villarreal, A. (2023). Destete fallido de la ventilación mecánica. Algunas consideraciones. *Revista de La Facultad de Medicina*, 70(4). <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n4.110581>
- Quisbert, E., & Molinari, N. (2022). Ventilatory weaning: systematic review. In *Salud, Ciencia y Tecnología* (Vol. 2). Editorial Salud, Ciencia y Tecnología. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202291>
- Rodríguez, P., & Hernández, G. (2024). Desconexión de la ventilación mecánica invasiva: búscala antes, extuba mejor. *Medicina Intensiva*, 48(6). <https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.02.008>
- Rodríguez, P., & Hernández, G. (2024). Weaning from mechanical ventilation: Speed it up and make it safe. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 48(6). <https://doi.org/10.1016/j.medine.2024.03.003>
- Romero-Ávila, P., Márquez-Espinós, C., & Cabrera-Afonso, J. R. (2020). Historia de la ventilación mecánica. De la Antigüedad a Copenhague 1952. *Revista Médica de Chile*, 148(6). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000600822>
- Shahn, Z., Choudhri, A., Jung, B., Talmor, D., Lehman, L. wei H., & Baedorf-Kassis, E. (2023). Effects of aggressive and conservative strategies for mechanical ventilation liberation. *Journal of Critical Care*, 76. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154275>
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2018). Sedación y analgesia del paciente crítico. *Enfermería Crítica*.
- Trudzinski, F. C., Neetz, B., Bornitz, F., Müller, M., Weis, A., Kronsteiner, D., Herth, F. J. F., Sturm, N., Gassmann, V., Frerk, T., Neurohr, C., Ghiani, A., Joves, B.,

- Schneider, A., Szecsenyi, J., Von Schumann, S., & Meis, J. (2022). Risk Factors for Prolonged Mechanical Ventilation and Weaning Failure: A Systematic Review. *Respiration*, 101(10), 959–969. <https://doi.org/10.1159/000525604>
- Trujillo-Magallón, E., Rojas-Peñaloza, J., Aburto-Monzalvo, H., González-Leonel, J. J., Sánchez-Ramírez, C. A., Carrasco-Peña, K. B., Trujillo-Magallón, X., Suárez-Carreón, L. O., & Trujillo-Hernández, B. (2023). Índice neutrófilo/linfocito en anestesia general con ventilación controlada por volumen versus ventilación controlada por presión: ensayo clínico aleatorizado. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 46(1). <https://doi.org/10.35366/108619>
- Vagionas, D., Vasileiadis, I., Rovina, N., Alevrakakis, E., Koutsoukou, A., & Koulouris, N. (2019). Daily sedation interruption and mechanical ventilation weaning: A literature review. In *Anaesthesiology Intensive Therapy* (Vol. 51, Issue 5). <https://doi.org/10.5114/ait.2019.90921>
- Yerovi, R., Pico Aguilar, P., Espinoza, S., Cuñas, M., Espinosa, S., Arévalo, G., Espinel, F., & Campos-Miño, S. (2021). Guía clínica multidisciplinaria para el uso de analgesia y sedación; prevención de delirium y abstinencia. *Metro Ciencia*, 29(1), 7–15. <https://doi.org/10.47464/metrociencia/vol29/1/2021/7-15>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de sistematización de información

Estrategias de manejo de la sedación y su influencia en la duración del destete de la ventilación mecánica														
N.	Base de datos	Palabra clave	Términos controlados	Algoritmo	# artículos encontrados	# artículos seleccionados	Título del artículo	Revista	Autores	Metodología	Año	País	Hallazgos	Enlace
1	PUB MED	Sedación, destete.	Sedation, sedación profunda	((SEDATION) OR (WEANING)) OR (DEEP SEDATION)	27,591	11	Guidelines for inhaled sedation in the UCI	Rev. Esp. Anestesiología Reanim	F Garcia Montoto, D Paz Martin, D Pestaña, M Sor.	Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis	2024	España	El uso de sedación inhalada en la UCI es una opción confiable y apropiada en una amplia variedad de escenarios clínicos. Sin embargo, hay numerosos aspectos de la técnica que requieren un estudio más detallado.	https://doi.org/10.1016/j.reare.2024.01.010
2	PUB MED	Destete, Sedación	Destete de ventilación mecánica (MeSH: Weaning from Mechanical Ventilation)	"weaning" AND "mechanical ventilation" AND "safety"	27,591	11	Weaning from mechanical ventilation: Speed it up and make it safe	Med Intensiva	Patricia Rodriguez, Gonzalo Hernandez	Editorial basada en evidencia clínica y revisión de literatura reciente	2024	España	La ausencia de estudios sobre diferentes protocolos de destete para los pacientes con NMD no permite concluir la superioridad de ningún protocolo de destete específico para los pacientes con NMD ni determinar el impacto de los diferentes tipos de protocolos sobre otros resultados. El resultado de esta revisión alienta la realización de estudios adicionales.	https://doi.org/10.1016/j.medine.2024.03.003

3	PUB MED	destete, Ventilación mecánica	MeSH: Weaning from Mechanical Ventilation, Respiration, Artificial	("ventilator weaning" OR "mechanical ventilation") AND ("systematic review")	27,591	11	Ventilador weany: systematic review	Salud, Ciencia y Tecnología	Erika Quisbert, Natalia Molinari	Revisión sistemática basada en PRISMA	2022	Argentina	El manejo óptimo de la ventilación mecánica y el destete requiere una decisión dinámica y colaborativa para minimizar las complicaciones y evitar retrasos en la transición a la extubación, por lo que debemos tener en cuenta varios factores, como la instalación de intubación inicial, el estado médico del paciente, el entorno en el que se va a realizar la extubación, el equipo que actúa en ese proceso	https://doi.org/10.56294/saludcyt202291%20
4	PUB MED	Destete, ventilación mecánica	MeSH: Weaning from Mechanical Ventilation, Neuromuscular Diseases	("weaning" AND "neuromuscular disease" AND "mechanical ventilation")	27,591	11	Weaning from mechanical ventilation in people with neuromuscular disease: a systematic review	BMJ OPEN	Saint Clari Gomes Bernardes, Rodrigo Torres Castro.	Revisión sistemática basada en PRISMA y Cochane	2021	Perú	La ausencia de estudios sobre diferentes protocolos de destete para los pacientes con NMD no permite concluir la superioridad de ningún protocolo de destete específico para los pacientes con NMD ni determinar el impacto de los diferentes tipos de protocolos sobre otros resultados. El resultado de esta revisión alienta la realización de estudios adicionales.	https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047449
5	PUB MED	Destete, ventilación mecánica	MeSH: Weaning Failure, Respiration, Artificial, Mechanical Ventilation	("weaning failure" AND "mechanical ventilation" AND "complications")	27,591	11	Weaning failure in Mechanical Ventilation: a literature review	Heart Science Journal	Padhika Perdana Sakti, Setyasih Anjarwani	Revisión de literatura narrativa	2023	Indonesia	La ventilación mecánica es un método de soporte ventilatorio mediante la aplicación de respiración a presión positiva. Se utiliza en casos de fallo de la ventilación y/o la oxigenación. Debido a sus complicaciones, la ventilación mecánica debe retirarse del paciente lo antes posible, lo que se denomina proceso de destete.	https://doi.org/10.21776/ub.hsj.2023.04.04.2
6	SCIE LO	Ventilación mecánica, Cuidados intensivos	MeSH: Sedoanalgesia, Delirio, Enfermedad Crítica, Unidades de Cuidados Intensivos	("sedoanalgesia" AND "delirio" AND "manejo crítico")	438	1	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium	MEDICINA INTENSIVA	Celis-Rodríguez	Revisión sistemática con metodología GRADE	2020	España	Se confirma la importancia del manejo inicial y multimodal del dolor, se hace énfasis en la disminución de los niveles de sedación y la utilización de sedación profunda solo en casos específicos.	http://www.medintensiva.org/es-guias-practica-clinica-basadas-evidencia-articulo-S0210569119301925

7	PUB MED	Sedation, Weaning	Sedación, Analgesia, Tolerancia, Abstinencia, Fármacos	Búsqueda simple	27,591	11	Management of critically ill patients difficult to sedate: Update and clinical strategies	Rev. Enfermería Intensiva	Diana Gil, Aaron Castanera, Gemma Via, Alberto Sandiumenge	Revisión narrativa	2025	España	Uno de cada tres pacientes críticos que reciben analgosedación prolongada puede experimentar sedación difícil, influyendo negativamente en su evolución y pronóstico. La sedación difícil incluye situaciones de fracaso terapéutico, tolerancia o privación de fármacos analgésicos y sedantes. Su origen es multifactorial y depende de las características del paciente, los antecedentes de consumo de fármacos, el estado crítico y la administración de fármacos que alteran la farmacocinética de los sedantes utilizados	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40048891/
8	COC HRANE LIBRARY	Sedación, Ventilación Mecánica	Analgesicos, sedantes, delirium, síndrome de abstinencia, UCI	Paquete ABCDEF	NA	1	Guía clínica multidisciplinaria para el uso de analgesia y sedación; prevención de delirium y abstinencia	METROCIENCIA	Rocío Yero, Paola Pico Aguilar, Susana Espinoza, Martha Cuñas, Santiago Espinosa, Gabriela Arévalo, Francisco Espinel, Santiago Campos-Miño	Guía clínica / Revisión multidisciplinaria	2021	Ecuador	Es importante durante la prescripción de analgosedación la monitorización continua de sus efectos. Este proceso debe ser vigilado por todos los integrantes del equipo de salud y su familia.	https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/125
9	COC HRANE LIBRARY	Sedación, Cuidados intensivos	Delirium, cuidados enfermeros, prevención	Delirium, enfermería, manejo, prevención, evaluación cognitiva	NA	1	Prevención, abordaje y manejo enfermero del Delirium	REV. PREVENCIÓN Y MANEJO DEL DELIRIO	Rico Gil Clara	Revisión Sistemáticas y Metaanálisis	2022	España	El Delirium o Síndrome Confusional Agudo es un trastorno neurocognitivo caracterizado por la alteración aguda y fluctuante del nivel de conciencia, atención y otras funciones cognitivas.	https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54608

10	PUB MED	Sedation, Ventilación mecánica	Delirium, nurse-led management, COM-B barriers	Revisión integrativa	27,591	11	Barriers to nurse-led delirium management: an integrative systematic review using COM-B model	Med Intensiva	Almoliky Mokhtar Abdu	Revisión sistemática integrativa	2025	Estados Unidos	El déficit de conocimientos del personal de enfermería, la complejidad de las herramientas de detección del delirio, la elevada carga de trabajo, la falta de tiempo, la falta de documentación, la falta o escasez de directrices y los problemas de comunicación fueron los obstáculos para la gestión del delirio por parte del personal de enfermería. Este estudio es prometedor en cuanto a la facilidad de aplicación en la práctica clínica, ya que las barreras del delirio en los entornos de UCI estaban bien presentadas en un marco COM-B que puede facilitar las estrategias terapéuticas y la toma de decisiones relacionadas.	http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/ .
11	PUB MED	Sedation, Ventilación mecánica	Sedoanalgesia, ventilación no invasiva, fracaso respiratorio agudo	Revisión sistemática	27,591	11	Role of Sedation and Analgesia during Noninvasive Ventilation: Systematic Review of Recent Evidence and Recommendations	Med Intensiva	Karim Habib Mr	Revisión sistemática	2022	Estados Unidos	Las pruebas actuales indican que la sedación tiene un papel potencialmente beneficioso en los pacientes con riesgo de fracaso de la VMNI debido a la intolerancia a la interfase, la ansiedad y el dolor. Sin embargo, se necesitan más ensayos controlados aleatorizados para comentar esta cuestión y formular recomendaciones sólidas basadas en la evidencia.	https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/),
12	SCIELO	Sedación, Ventilación Mecánica	Sedoanalgesia, relajación, delirium, manejo crítico	Revisión sistemática y metaanálisis	NA	NA	Alternativas para la sedación, analgesia, relajación y delirium	REV. NARRATIVA SEDACIÓN ANALGESIA Y RELAJACIÓN	Ferrer Leopoldo	Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis	2022	México	El manejo de pacientes con una patología totalmente nueva y desafiante en términos de su entendimiento fisiopatológico y estrategias de manejo,	http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-89092022000500296&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13	PUB MED	Sedación , ventilacio n Mecanica .	Sedoanalgesia , UCI, estrategia óptima, ABCDEF	Revisión narrativa	27,591	11	Seeking the Light in Intensive Care Unit Sedation: The Optimal Sedation Strategy for Critically Ill Patients	Front Med (Lausan ne)	Gitti N, Renzi S, Marchesi M, Bertoni M, Lobo FA, Rasulo FA, Goffi A, Pozzi M, Piva S	Revis ión narra tiva	2022	Italia	El enfoque del manejo de los pacientes críticos es multidimensional, por lo que la sedación dirigida debe considerarse en el contexto del paquete ABCDEF, un enfoque holístico del paciente. La sedación puede interferir con la movilización precoz y la participación de la familia y puede influir en la evaluación y el riesgo de delirio. Si se aplica adecuadamente, el paquete ABCDEF permite lograr un modelo de atención en la UCI centrado en el paciente, multidimensional y multiprofesional, con un impacto positivo en la sedación adecuada y la comodidad del paciente, junto con otros determinantes importantes de los resultados a largo plazo del paciente.	https://pubm ed.ncbi.nlm. nih.gov/3581 4788/
----	------------	---	--	-----------------------	--------	----	--	--------------------------------	---	-------------------------------	------	--------	---	--

14	PUB MED	Sedación , ventilación mecánica	Sedoanalgesia , neurocríticos, estrategias modernas	Revisión sistemática	27,591	11	Modern Sedation and Analgesia Strategies in Neurocritical Care	Curr Neurol Neurosci Rep	Bauerschmidt A, Al-Bermani T, Ali S, Bass B, Dorilio J, Rosenberg J, Al-Mufti F	Revisión sistemática	2023	Estados Unidos	La sedación analgésica combinada con dosis bajas de opiáceos de acción corta es una estrategia de sedación preferida para facilitar los exámenes neurológicos, así como la sincronía paciente-ventilador. La atención óptima de los pacientes en la población de cuidados neurocríticos requiere una adaptación de las estrategias generales de la UCI que incorpore la comprensión de la neurofisiología y la necesidad de una neuromonitorización estrecha. Los datos recientes siguen mejorando los cuidados adaptados a esta población.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36881257/
----	------------	---------------------------------------	--	-------------------------	--------	----	---	-----------------------------------	---	-------------------------	------	-------------------	---	---

15	PUB MED	Sedación , ventilacio n Mecánica .	Sedoanalgesia , UCI, manejo del dolor	Revisión narrativa	27,591	11	Management of pain and sedation in the intensive care unit	BMJ OPEN	Boncyk C, Rolfsen ML, Richards D, Stollings JL, Mart MF, Hughes CG, Ely EW	Revis ión narra tiva	2024	Estado s Unidos	Los avances en nuestro enfoque del tratamiento del dolor y la sedación cuando atendemos a pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se han visto impulsados por décadas de datos sólidos de ensayos, conocimientos adquiridos a partir de las experiencias de los pacientes y nuestra comprensión en evolución de cómo las estrategias de dolor y sedación afectan a la supervivencia de los pacientes y a los resultados a largo plazo. Estos datos contribuyen a las directrices prácticas actuales que dan prioridad a las estrategias de sedación que priorizan la analgesia (analgosedación) y que se centran en la sedación ligera cuando es posible, el uso de sedantes de acción corta y la evitación de las benzodiazepinas. En conjunto, estas estrategias permiten que el paciente esté más despierto y pueda participar en la movilización temprana y en las interacciones familiares.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39653416/
----	------------	---	---	-----------------------	--------	----	--	-------------	--	-------------------------------	------	-----------------------	---	---

16	SCIE LO	Destete, ventilación mecánica	Fuerza de prensión, músculos inspiratorios, destete	N/A	NA	NA	Relationship between handgrip strength and inspiratory muscles with the success of the spontaneous breathing trial	Revista de la Universi- dad Industria l de Santander. Salud	Wilches- Luna, Esther, & Arzayus, Leonardo	Estu- dio retro- specti- vo	2023	Colom- bia	En el paciente críticamente enfermo con ventilación mecánica, la pérdida de la fuerza de los músculos inspiratorios y periféricos se asocia con ventilación mecánica prolongada y destete fallido.	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072023000100013&lang=es
17	SCIE LO	Destete, ventilación mecánica	Destete fallido, ventilación mecánica, factores de riesgo	N/A	NA	NA	Factores de riesgo para destete fallido de la ventilación mecánica en adultos	Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzo r Aguinaga Asenjo	Castillo- Saavedra, Tom, & Arroyo- Sánchez, Abel.	Estu- dio retro- specti- vo	2023	Perú	El destete o liberación de la ventilación mecánica (VM) es un proceso complejo y cuando es fallido aumentará los riesgos de complicaciones y gastos.	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312023000100001&lang=es
18	SCIE LO	Destete, ventilación mecánica	Destete ventilatorio, herramienta médica, aprendizaje	N/A	NA	NA	Medical Learning Tool for Ventilator Weaning Protocols	Revista EIA	Mesa- Agudelo, Juan Camilo, & Salazar- Sánchez, María Bernarda	Estu- dio de desar- rollo	2020	Colom- bia	La ventilación mecánica es uno de los procedimientos médicos más utilizados en las unidades de cuidados intensivos de todo el mundo. En la práctica clínica, representa un alto nivel de complejidad, especialmente en ambas etapas, los protocolos de extubación y destete. Con el fin de mejorar la formación de los estudiantes de medicina y enfermería en estos temas, se desarrolló una aplicación interactiva para enseñar información básica sobre el destete del ventilador.	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-12372020000200001&lang=es#aff1

19	SCIE LO	destete, Ventilación mecánica	Autoextubación, UCI, factores de riesgo	N/A	NA	NA	Risk factors of self-extubation in intensive care. Retrospective cohort study	Colombian Journal of Anesthesiology	Laverde-Sabogal, Carlos Eduardo, Espinosa-Almanza, Carmelo José, Patiño-Hernández, Daniela, Rodríguez-Escallón, Horacio, Aguado-Valderrama, Juan Camilo, & Lara-Monsalve, Paula.	Estudio retrospectivo	2023	Colombia	La insuficiencia respiratoria aguda sigue siendo una de las tres principales causas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La autoextubación es un resultado adverso que requiere reintubación en el 50% de los casos.	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472023000200020&lang=es
20	SCIE LO	Ventilación mecánica	Sedación continua, interrupción diaria, ventilación mecánica	N/A	NA	NA	Alteraciones cardíacas y desaturación en pacientes con ventilación mecánica invasiva con sedación intravenosa continua vs interrupción diaria de sedación	Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)	Mendoza Méndez, Víctor, Pizaña Dávila, Alejandro, Alva Arroyo, Nancy Verónica, & Jaramillo Solís, Agustín Eduardo.	Estudio descriptivo comparativo	2023	México	La sedación en pacientes críticos que requieren ventilación mecánica es un punto importante para brindarles seguridad y comodidad. En la actualidad el tratamiento del paciente crítico basado en la escala ABCDEF, la cual recomienda la interrupción diaria de la sedación y un protocolo diario de respiración espontánea, el cual ha demostrado mejoría en los resultados clínicos (días en ventilación mecánica, delirio).	https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092023000200078&lang=es

Fuente: Elaboración Propia