

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACION DEL MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO
DEL DOLOR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
ADULTO DE LA CLÍNICA LA FOSCAL

CLAUDIA LUNA CARVAJAL

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CIUDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS
EN EL ADULTO
BOGOTÁ D.C
2014

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACION DEL MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO
DEL DOLOR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
ADULTO DE LA CLÍNICA LA FOSCAL

CLAUDIA LUNA CARVAJAL

Trabajo presentado como requisito para optar el título de especialista en Cuidado
Crítico con Énfasis en el Adulto

Asesora

MYRIAM ABAUNZA DE G

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CIUDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS
EN EL ADULTO
BOGOTÁ D.C
2014

CONTENIDO

	pág.
1. INFORMACION GENERAL	1
1.1 TITULO DEL PROYECTO	1
1.2 PLATAFORMA DEL PROYECTO.....	1
1.2.1 Entidad.....	1
1.2.2. Entorno Clínica Foscal	1
1.2.2.1 Misión.....	1
1.2.2.2 Visión	2
1.2.2.3 Principios y Valores.....	2
1.2.2.4. Descripción de la unidad de cuidado intensivo de la Clínica La Foscal.	3
2. PROBLEMA IDENTIFICADO.....	5
3. ANALISIS DE INVOLUCRADOS	8

4. JUSTIFICACIÓN.....	9
5. SOPORTE TEÓRICO	12
5.1 TEORÍA DE SÍNTOMAS DESAGRADABLES	12
5.1.2 Componentes principales de la teoría.....	13
5.1.2.1 Los Síntomas.	14
5.1.2.2 Los factores influyentes.	16
5.1.2.3. Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento.	17
6. SOPORTE CONCEPTUAL	19
6.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE DOLOR.....	20
6.2.EVALUACION DEL DOLOR.....	20
6.2.1 Aspectos definatorios del dolor.	21
6.2.2 Origen del dolor.	21
6.2.3 Características del dolor.	22
6.2.3.1 Localización.	22

6.2.3.2 Intensidad.	23
6.2.3.3 Carácter y calidad.	23
6.2.3.4 Cronología.	24
6.2.4 Respuestas fisiológicas y psicológicas.	25
6.3 VALORACION Y MEDICION DEL DOLOR.....	26
6.3.1 Escala numérica de valoración (Evn).....	26
6.3.2 Escala de Campbell.	27
6.3.3 Olcart.	28
6.4 TRATAMIENTO DEL DOLOR.....	28
6.5 MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS DE DOLOR.....	31
7. OBJETIVOS.....	35
7.1 OBJETIVO GENERAL	35
7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	35
8. METODOLOGÍA	37

8.1 MARCO LOGICO.....	37
8.2. MATRIZ DEL MARCO LOGICO	38
8.3 NEGOCIACION	41
8.4.1 Indicadores del proyecto.....	50
8.4.2 Gráficos de indicadores	50
9. RESULTADOS.....	56
10. CONCLUSIONES	57
11. RECOMENDACIONES.....	58
12. BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS	61

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Organigrama institucional Foscal.....	4
Figura 2. Árbol de problemas	7
Figura 3. Análisis de involucrados	8
Figura 4. Esquematización de la Teoría de los Síntomas Desagradables.	18
Figura 5. Escala Numérica de Valoración.....	26
Figura 6. Escala Analgésica de la OMS.....	29
Figura 7. Árbol de objetivos	36

LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Gráfica 1. Historias Clínicas en las que se implementó el manual de procedimientos de enfermería para el manejo del dolor en la UCI adultos.....	50
Gráfica 2. Personal de enfermería de la UCI Adultos capacitados.	51
Gráfica 3. La enfermera de la UCI adultos aplica la escala de dolor	52
Gráfica 4. Presencia del dolor.....	53
Gráfica 5. Diligencia la herramienta Olcart.....	53
Gráfica 6. Registra las medidas no farmacológicas	54
Gráfica 7. Registra las medidas farmacológicas	55

LISTA DE IMÁGENES

pág.

Imagen 1. Escalas de dolor en Hojas de Registro de Enfermería de la UCI.....	43
Imagen 2. Hoja de Registro de Enfermería de la UCI Adultos con las Escalas de Dolor	44
Imagen 3. Escala Verbal Numérica en la Historia Clínica Electrónica	45
Imagen 4. Escala Verbal Numérica en la Historia Clínica Electrónica	45
Imagen 5. Escala Verbal Numérica en la Historia Clínica Electrónica	46
Imagen 6. Actividad Educativa Escalas de Dolor UCI 7 piso	47
Imagen 7. Actividad Educativa Escalas de Dolor UCI 8 piso	48
Imagen 8. Actividad Educativa Medidas Farmacológicas y no Farmacológicas	49
Imagen 9. Actividad Educativa Medidas Farmacológicas y no Farmacológicas UCI 6 piso	49

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	61
Anexo 2. PRESUPUESTO.....	63
Anexo 3. FOLLETO MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS	1
Anexo 4. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS “REALIZAR VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR”	1
Anexo 5. FOLLETO PARA LA FAMILIA Y EL USUARIO DE LA CLINICA LA FOSCAL PARA MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS DE DOLOR.....	9
Anexo 6. LISTA DE CHEQUEO.....	13

INTRODUCCION

El siguiente trabajo tiene como objetivo la realización de la Valoración y Manejo del dolor a través del uso de las escalas de dolor e intervenciones para el manejo del mismo, por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos de la Clínica la FOSCAL, ya que el dolor es uno de los síntomas de más frecuente presentación de las enfermedades o una de las principales causas de consultas médicas, así como también se encuentra presente en cualquier nivel de atención del sistema de salud. Para ello la enfermera requiere de un conocimiento de las causas del dolor, su valoración y manejo, disponer de herramientas necesarias para su valoración; lo que contribuye para su trabajo en el desarrollo de la actividad profesional cotidiana.

Se presenta a continuación el Proyecto relacionado con el Diseño e Implementación y evaluación del Manual de Procedimientos para Enfermería, en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos de la Clínica la FOSCAL, en el cual se encontrarán herramientas adecuadas para la valoración del dolor y estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del mismo, por parte de la enfermera que facilite el control del dolor en el usuario de la unidad.

1. INFORMACION GENERAL

1.1 TITULO DEL PROYECTO

Diseño, Implementación y Evaluación del Manual de Procedimientos de Enfermería para la Valoración y Manejo del Dolor en pacientes de La Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la Clínica la FOSCAL

1.2 PLATAFORMA DEL PROYECTO

1.2.1 Entidad. Clínica FOSCAL. Floridablanca - Santander

1.2.2. Entorno Clínica Foscal

1.2.2.1 Misión. Somos una Institución privada, de carácter fundacional, que presta servicios integrales de salud con énfasis en la atención de alta complejidad. Nuestra acción la enmarcamos dentro de los más altos estándares de calidad, con procesos confiables y seguros, y con especial desarrollo del talento humano, la investigación, la docencia, y nuestra responsabilidad social.

1.2.2.2 Visión. En el 2015 la FOSCAL será líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, posicionada nacional e internacionalmente como una organización altamente confiable.

1.2.2.3 Principios y Valores

Respeto: Las actividades diarias de la FOSCAL se inspiran en el respeto por las personas, sus valores sus creencias, sus derechos y el cumplimiento de las responsabilidades mutuas.

Honestidad y transparencia: Las relaciones internas y externas de la FOSCAL estarán enmarcadas en los principios de honestidad y transparencia. Los recursos de la institución serán destinados solos al ejercicio de las actividades propias del objetivo social.

Generación de valor: Todos los funcionarios de la FOSCAL desarrollaran sus actividades para logran la creación sostenida de valor que permita invertir en el desarrollo de la institución.

Buen clima laboral: La institución busca permanentemente crear condiciones laborales agradables productivas y seguras en las que sus funcionarios puedan desarrollarse integralmente en su entorno.

Desarrollo humano: La FOSCAL promueve el mejoramiento integral de sus funcionarios buscando desarrollar sus competencias.

Orientación al cliente: Demostrar sensibilidad hacia las necesidades o demandas que pueda requerir el cliente interno o externo para darle satisfacción desde cualquier ambiente.

Calidad de los servicios: la calidad en la FOSCAL es una norma de conducta y comportamiento, el reto diario y permanente con el cual se constituye un mecanismo de mejoramiento continuo.

Responsabilidad social: En la FOSCAL seguiremos cumpliendo con las responsabilidades frente a los diversos grupos de interés que rodean la institución de tal forma que contribuyamos integralmente al desarrollo de nuestra misión.

Competitividad: Nuestros procesos están orientados hacia el desarrollo de servicios productivos, innovadores y eficientes que nos permitan mantenernos vigentes y lograr el reconocimiento de nuestros usuarios y clientes.

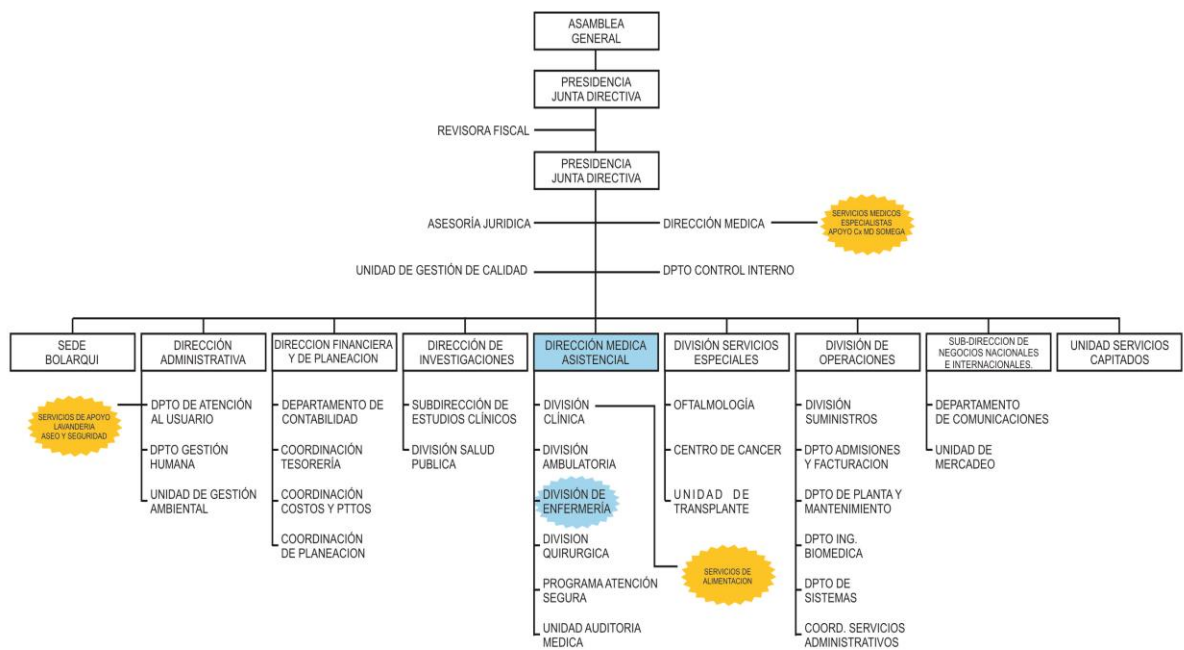
Compromiso: Todos los funcionarios de la FOSCAL aceptan y responden oportunamente los requerimientos y atacan las políticas, normas y procedimientos que regulan la prestación del servicio y propenden por el bienestar de la institución.

1.2.2.4. Descripción de la unidad de cuidado intensivo de la Clínica La Foscal. En la clínica FOSCAL hay 3 unidades de cuidado intensivo, con una capacidad total de 34 camas. Las unidades de Cuidado Intensivo, se dividen por especialidad: una UCI quirúrgica que atiende solo patologías de pacientes pre y post quirúrgicos, una UCI medica donde se atienden patologías para tratamiento médico como Cardiovasculares, Respiratorias, Gastrointestinales, Infecciosas, neurológicas, nefrológicas, endocrinológicas entre otras, y una UCI Polivalente que atiende pacientes de diferentes patologías de acuerdo a las necesidades de la institución y disponibilidad de las otras dos unidades, todos los paciente son mayores 13 años, sexo masculino y femenino, tienen una estancia hospitalaria promedio 94.5% con una morbilidad de 6.5% en menos de 48 horas y 0,37% en más de 48 horas, con giro cama de 2,7, hay 12 Enfermeras por cada turno, 12

auxiliares de Enfermería por cada turno, 3 Médicos Especialistas por cada turno, 3 rurales por turno, residentes y fellow .

1.2.2.5. ORGANIGRAMA

Figura 1. Organigrama institucional Foscal



Fuente. Disponible en: <http://www.foscal.com.co/mundofoscal/>

Esta gráfica señala la ubicación de la división de enfermería a nivel del organigrama institucional de la foscal, la cual depende de la división médica asistencial de la institución también resaltada en el gráfico.

2. PROBLEMA IDENTIFICADO

EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS DE LA CLÍNICA LA FOSCAL, NO EXISTE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR EN LOS PACIENTES

El dolor, una vez cumplida su función de alarma, provoca un sufrimiento innecesario, de alta prevalencia, que puede prevenirse, controlarse o aliviarse en la mayoría de casos. A pesar de disponer de métodos que permiten su diagnóstico y tratamiento, son numerosos los estudios que reflejan una inadecuada gestión del dolor en el ámbito hospitalario, tanto en Catalunya, como en países de nuestro entorno y con modelos sanitarios similares. Estos trabajos muestran deficiencias en los aspectos considerados esenciales por la “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO)⁷ para un adecuado manejo del dolor: información al paciente, educación de los profesionales sanitarios, evaluación del dolor y protocolos analgésicos.¹

Frente al inadecuado control del dolor objetivado, existe un creciente interés social y sanitario para desarrollar programas institucionales dirigidos a mejorar el control del dolor en todos los niveles asistenciales, en los que es utilizado como indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial. Una de las propuestas para mejorar esta situación ha sido la creación de comités de dolor interdisciplinarios en los diferentes ámbitos sanitarios, con el objetivo de proponer medidas dirigidas a mejorar la calidad de vida en relación con la prevención y el alivio del dolor.²

¹ Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS CATD 2009 Comissió d’Avaluació Tractament del Dolor. Editado por Laboratorios MEDA Edición 2009 Depósito legal: M-22614-2009 Imprime: NILO Ind¹ Paeile j. Norberto, Bilbeny L. Santiago, Definición de Dolor, En: El Dolor: De lo Molecular a lo Clínico: Mediterraneo, 2005.

² *Ibíd.* p.9

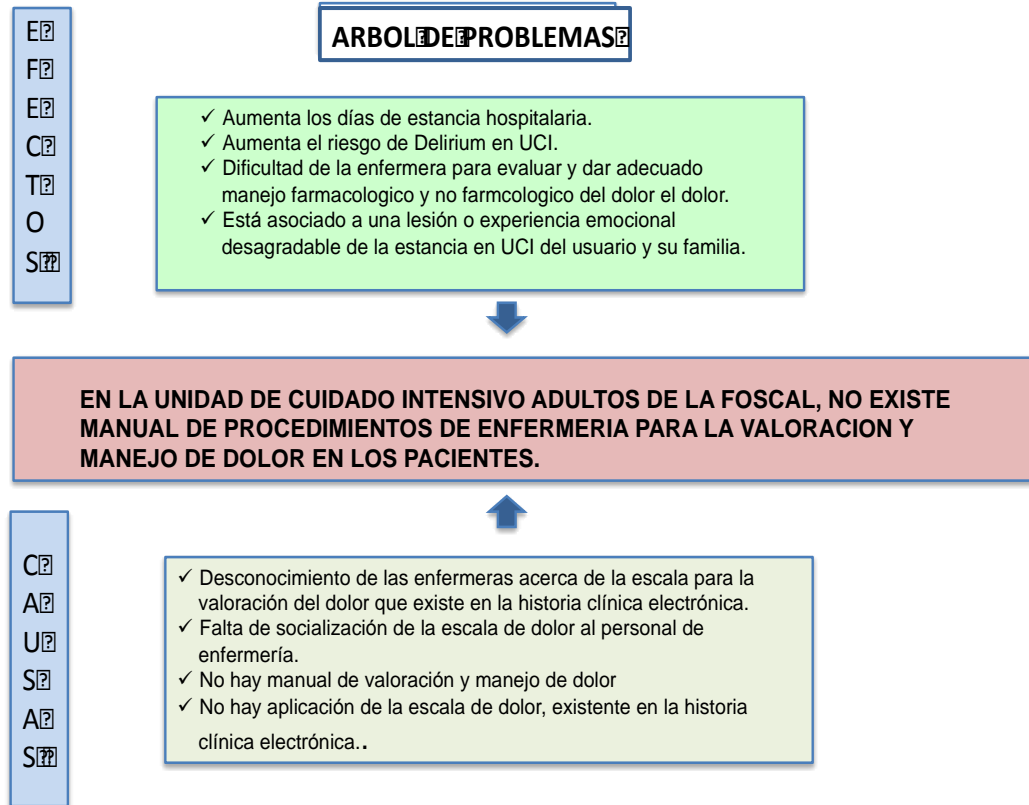
Entre los días del 8 al 20 de mayo de 2014, se hizo Un sondeo de conocimiento a 15 enfermeras(os) de la UCI adultos de la Clínica la FOSCAL, respecto al uso y conocimiento de la escala de Dolor que se encuentra en la Historia Clínica electrónica que arrojó los siguientes resultados:

Entre las enfermeras que respondieron la encuesta 46% tienen más de 12 meses laborando en la Unidad, 33% menos de 6 meses y 20% entre 7 meses a 11 meses laborando en la unidad. Se indagó sobre si realizan la valoración de dolor en los pacientes durante el turno a lo que respondieron: si el 59% y no el 39%, en esta parte se notó que el 26% si hacen la valoración y llevan menos de 6 meses laborando en la unidad y un 26% respondió que no y llevan más de 12 meses laborando en la unidad, las causas mencionadas fueron no tienen tiempo durante el turno, no capacitación respecto al tema.

El 59% si conocen la escala de Dolor que existe en la historia clínica y un 33% no la conocen; las causas que mencionan son falta de conocimiento para diligenciarla. Entre el porcentaje que diligencia la escala de Dolor, se encontró que un 33,2% la diligencian y un 65,6% no la diligencian, las causas mencionadas además de la anterior es falta de socialización en cuanto a la escala y en cuanto diligenciamiento de la misma en la Historia clínica.

La Clínica la FOSCAL, se ha unido al interés del alivio del dolor en sus pacientes, a través de la sensibilización del personal de enfermería en cuanto a la valoración y manejo de dolor; motivado por la necesidad además de registro adecuado en las escalas de dolor en la historia clínica identificado en sus pacientes.

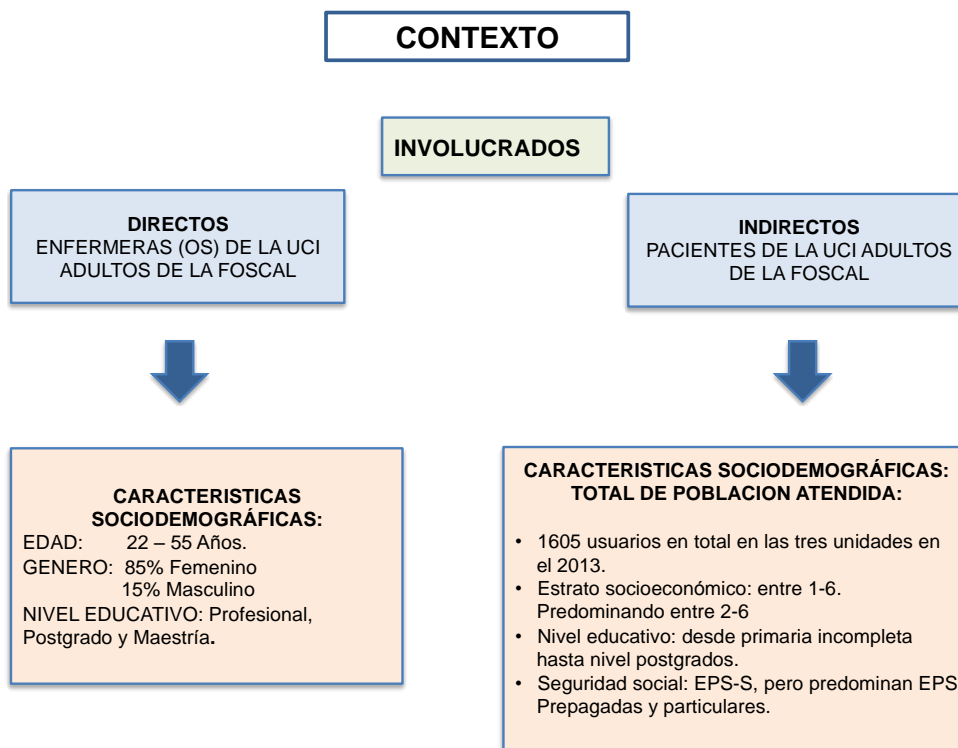
Figura 2. Árbol de problemas



Fuente: Autora del proyecto

3. ANALISIS DE INVOLUCRADOS

Figura 3. Análisis de involucrados



Fuente: Autora del proyecto

4. JUSTIFICACIÓN

El dolor es una de las razones más frecuentes por las que se solicita la asistencia de los profesionales de la salud. El dolor puede constituir una carga significativa para los pacientes, las familias, la sociedad y el sistema de salud. Un estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud demostró que, aproximadamente, un 22% de la población ha sufrido dolor persistente durante el último año (Gureje, Von Korff, Simon & Gater, 1998).³

El estudio denominado “Michigan Pain Study” demostró mediante una encuesta estratificada y aleatorizada realizada a 1500 adultos de Míchigan que el 20% de los adultos sufría algún tipo de dolor, crónico o recurrente, y señaló que el dolor tenía un gran impacto en sus vidas (EPIC/MRA, 1997). Según desvela este estudio, el 21% de las personas que sufren algún tipo de dolor han aumentado el número de visitas a urgencias y los índices de ausentismo laboral, de manera que se pone de manifiesto el costo social del dolor no aliviado constituyendo una carga significativa para los pacientes, sus familias y el sistema de salud.⁴

El dolor no aliviado produce unos efectos psicosociales y psicológicos profundos en el paciente, lo cual puede influir en la recuperación de una enfermedad grave, modificar su funcionamiento físico y emocional, disminuir su calidad de vida, afectar a su capacidad laboral. A pesar de estas consecuencias nefastas, numerosos estudios siguen informando todavía sobre incidencias significativas de dolor no aliviado en todos los grupos de pacientes.⁵

³ Paeile j. Norberto, Bilbeny L. Santiago, Definición de Dolor, En: El Dolor: De lo Molecular a lo Clínico: Mediterraneo, 2005.

⁴Escandell García, Cintia, Tazim Virani, Anne Tait, Guías de buenas prácticas en enfermería de la RANO; cómo enfocar el futuro de la enfermería. Valoración y Manejo de dolor, noviembre 2002, pág 39- 40

⁵ Ibíd. p.40

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociado a un daño tisular real o potencial, (según la International Association for the Study of Pain (IASP)), el dolor es síntoma más común que se presenta en una enfermedad, este es referido y vivido por cada persona de manera diferente, ya que este puede ser grave, muy intenso, causar molestia, y sufrimiento, puede incluso provocar incapacidad, para realizar las actividades normales. El dolor constituye una experiencia universal que afecta a toda la población en algún momento de su vida. Igualmente si no es tratado produce unos efectos psicosociales y psicológicos profundos en el paciente, lo cual puede influir en la recuperación de una enfermedad grave, modificar su funcionamiento físico y emocional y disminuir su calidad de vida.

En el ámbito de la UCI el dolor es uno de los síntomas más frecuentes a los que se enfrenta la enfermera, ya que gran parte de los pacientes que allí se encuentran presentan dolor; siendo algunas de las causas:, tubo oro traqueal y aspiración endotraqueal, cambios de posición, heridas quirúrgicas y curación de las mismas, trauma, quemaduras, sondas y dispositivos invasivos, escaras por presión, medias antiembólicas, entre otras . Es por esto que la enfermera tiene la responsabilidad de identificar el dolor a través de valoración adecuada y realizar manejos oportunos a través de guías para establecer intervenciones más personalizadas, debe tener conocimientos sólidos para trabajar en conjunto con el equipo de salud y llevar a cabo medidas farmacológicas y no farmacológicas que benefician al paciente y a la misma enfermera. ⁶

Por lo tanto, la aplicación adecuada de un Manual de Procedimientos de Enfermería para Valoración y Manejo de Dolor en Unidad de Cuidado Intensivo Adultos de la Clínica la FOSCAL, como herramienta necesaria en Enfermería para prestar una atención con calidad; genera un nivel de satisfacción al usuario, su familia y al mismo personal que presta el cuidado, debido a que contribuye a

⁶ Ibíd. p. 54.

una normalización y estandarización de proceso de atención en cuanto al dolor, uso de medicamentos y conductas a elegir en diferentes situaciones, que contribuye a disminuir complicaciones, la estancia hospitalaria, costos y efectos adversos.

Por lo anterior, el propósito para la elaboración de este proyecto es generar en las enfermeras de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos de la Clínica la FOSCAL, conductas de mejoramiento, sensibilizar al personal de enfermería sobre el uso y aplicación del Manual de Procedimientos de Enfermería para valoración y Manejo de Dolor, brindando una atención oportuna y multidisciplinaria adecuada, beneficiando al usuario, la familia y la institución.

5. SOPORTE TEÓRICO

La implementación del Manual de Valoración y Manejo de Dolor en la UCI Adultos de la Clínica la FOSCAL, se basa en la Teoría de los Síntomas Desagradables “La valoración del dolor, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones del dolor son estrategias fundamentales que se deben aplicar en la práctica diaria por medio de instrumentos multidimensionales que permitan la aplicabilidad de la teoría de los síntomas desagradables, al evaluar las características, los factores influyentes y la realización del dolor”.⁷

Sin embargo, la realidad que se ha evidenciado en la práctica clínica en el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico y ha dejado atrás el componente social, emocional y sus repercusiones. Muchas veces el abordaje del dolor se ve limitado, porque los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, desconocen la existencia y utilidad de herramientas propias de la disciplina, que permiten una valoración integral y proporcionan elementos para orientar el manejo multidimensional e integral del dolor; por esto las teorías de rango medio, sobre todo la teoría de síntomas desagradables, permite delimitar el campo de la práctica profesional, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto.⁸

5.1 TEORÍA DE SÍNTOMAS DESAGRADABLES

⁷ Achury Saldaña, Diana Marcela. Aplicación de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Manejo del Dolor, *Inv Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 9, núm. 1, enero-junio, 2007, pp. 16, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, Disponible en Internet: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212858002>>

⁸ *Ibíd.* p.9

La Teoría de los Síntomas Desagradables fue desarrollada por el esfuerzo colaborativo de cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) en 1995 y, luego perfeccionada en 1997.

Es una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real.

Esta teoría está basada en la premisa de que existen puntos en común en las diferentes manifestaciones experimentadas por los pacientes. Su marco teórico tiene utilidad para la práctica y la investigación pues, proporciona un esquema de organización y fomenta el pensamiento integrador entre muchos aspectos de la experiencia de los síntomas. El contenido teórico considera el síntoma como una experiencia individual subjetiva, sin embargo, no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas. Desde esta perspectiva se enriquece la mirada integradora de la enfermería.

El propósito de esta teoría es "mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos".⁹

5.1.2 Componentes principales de la teoría

- Los síntomas que el individuo está experimentando

⁹ Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gith A, Suppe E. The middlerange theory of unpleasants syntoms: an update. AdvNurs Sci. Vol. 19, No. 3. 1997: 14-27.

- Los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma
- Las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento.¹⁰

Los síntomas constituyen el punto de partida de la teoría y por lo tanto el elemento central de esta. A su vez, los síntomas o las manifestaciones de enfermedad tienen una gran relevancia en el cuidado paliativo de enfermería.

5.1.2.1 Los Síntomas. Son definidos como los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimenta el paciente. Por lo tanto, considera una experiencia subjetiva, pues, sólo es informada por el paciente. Esta teoría plantea la experiencia de uno o varios síntomas.

En el contexto de los Cuidados Paliativos (oncológicos) los pacientes experimentan una serie de síntomas a la vez, que son susceptibles de ser tratados. La prioridad del tratamiento según los principios de los Cuidados Paliativos, está dada por la jerarquía que le dé el paciente (informe subjetivo según la teoría) o en el caso que tenga incapacidad para comunicarse, lo que manifieste la familia. Los síntomas que frecuentemente presentan las personas atendidas en el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP) son: dolor, anorexia, ansiedad, baja de peso, estreñimiento, fatiga, náuseas, insomnio, vómitos, linfedema, ascitis, disnea, incontinencia, depresión. La mayoría de las personas presentan alrededor de 9 síntomas.

El dolor es el síntoma más importante, frecuente y que más influye en la calidad de vida de las personas. En este sentido la teoría, puede ampliar e incorporar la evidencia existente para orientar sobre la jerarquía que pueden llegar a tener los diferentes síntomas, a pesar que debe ser el paciente quien informe sobre su

¹⁰ Ibid.

importancia, puede presentar en determinado momento dificultad para comunicar sus molestias.

Las dimensiones apreciables de cada síntoma son: **la intensidad o gravedad, el grado de estrés o ansiedad asociado, el tiempo y la calidad**. Estas dimensiones a su vez están relacionadas entre sí.

La dimensión intensidad o gravedad

Se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable. La teoría plantea la necesidad de cuantificar no sólo el dolor sino todos los síntomas presentados. Por otro lado, existe evidencia sobre la evaluación de los síntomas, de que no sólo puede ser considerado lo que el paciente describe, sino también a través de la observación de la enfermera/o, familiar o cuidador.

La dimensión angustia

Se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente por la experiencia de los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos pueden experimentar diferentes niveles de angustia. También tiene que ver con el sentido que el individuo le otorga al síntoma.

La dimensión tiempo

Incluye la duración y frecuencia de los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de diferente naturaleza y que deben ser tratados de manera diferente. También pueden tener un significado diferente para el individuo que los experimenta. Los síntomas crónicos pueden ser particularmente más angustiosos debido a su duración.

La Dimensión calidad del síntoma

Se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma.

Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas. Existen descriptores específicos que pueden caracterizar a cada síntoma como por ejemplo: en el dolor se consulta el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, qué factores lo intensifican o lo atenúan.¹⁸ Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Lo importante es reconocer que cada paciente tiene una capacidad propia para describir lo que él o ella está experimentando, por lo tanto se debe tener en cuenta la interpretación que debe hacerse de la descripción para categorizar el síntoma adecuadamente.

5.1.2.2 Los factores influyentes. Son el segundo componente de la teoría. En este componente se identifican tres categorías de variables como influyentes de la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales. A su vez, estos pueden ser influenciados unos con otros.

Los factores fisiológicos: Son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento. También tiene que ver con la edad, estructura genética, raza y origen étnico.

La teoría afirma que pueden existir, a su vez, complejas interacciones entre los diferentes factores fisiológicos influyendo en el o los síntomas. Por ejemplo, la intensidad de dolor puede estar relacionada con el avance de la enfermedad. La

edad tiene que ver con la manifestación de dolor: así los ancianos manifiestan menos el dolor que las personas de edades intermedias o los jóvenes.

Los factores psicológicos: Son uno de los componentes más complejos del modelo. Se incluyen tanto variables cognitivas y afectivas. Las variables afectivas consideran el estado de ánimo antes o después del síntoma. Es la respuesta afectiva a la enfermedad o los síntomas. Entonces la ira, rabia, o depresión, que puede presentar una persona que enfrenta el diagnóstico de enfermedad terminal influenciaría la experiencia de los síntomas. La variable cognitiva que puede afectar la experiencia de los síntomas incluye el grado de incertidumbre que lo rodea y su repertorio de habilidades de afrontamiento.

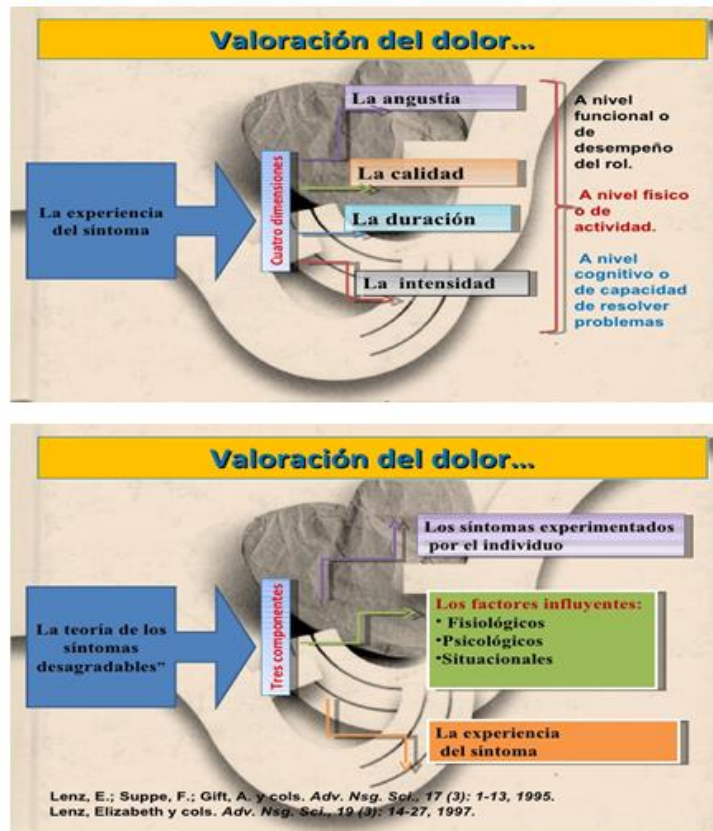
Los factores situacionales: Abarcan el entorno social y físico del individuo. Así el entorno cultural puede hacer variar la expresión de síntomas, porque hay un componente aprendido a interpretar y a expresar. También están relacionados con el acceso a recursos financieros, a la atención de los servicios de salud en forma oportuna, eficaz y eficientemente, cuidado por personal con las competencias para el tratamiento de síntomas físicos y el abordaje adecuado de la problemática psicológica. Este aspecto es de reconocida importancia, y es imprescindible, abordar con máximo esfuerzo las demandas de cuidado, pues, se reconoce que no es posible eliminar la enfermedad (causa de los síntomas), pero sí, el manejar los factores situacionales que influyen positivamente (o negativamente) en los resultados de la experiencia de los

5.1.2.3. Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento. Es el componente final de la teoría de los síntomas desagradables, es el «resultado o efecto de la experiencia del síntoma sobre la capacidad del individuo para funcionar que incluye habilidades cognitivas, motoras y de comportamiento social. Las consecuencias pueden abarcar varias dimensiones: la actividad física y la

discapacidad; el desempeño del rol funcional que incluye la comprensión, el aprendizaje, la concentración y la resolución de problemas; y además de la interacción social.

El siguiente diagrama muestra los componentes de la Teoría, que se van a tener en cuenta en el Manual de Procedimientos de Enfermería para la Valoración y Manejo del Dolor en la UCI Adultos de la Clínica la FOSCAL.

Figura 4. Esquematización de la Teoría de los Síntomas Desagradables.



Fuente: Disponible en internet: <www.slideshare.net/.../atención-del-paciente-crítico-com>

6. SOPORTE CONCEPTUAL

Los siguientes conceptos que se presentan a continuación, fueron incluidos en el trabajo ya que por políticas de la institución no pueden ser incluidos en el Manual de Procedimientos.

GUIAS DE BUENAS PRACTICAS EN ENFERMERIA, DE LA ASOCIACION DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO (RNAO)

A nivel institucional se implementó el programa de guías en Enfermería basadas en la evidencia con el fin de mejorar la calidad en el proceso de atención, satisfacer las necesidades de los usuarios y brindar cuidados de alta calidad con enfoque interdisciplinario que incluya la comunicación constante entre los profesionales el usuario y los cuidadores.

Para el desarrollo del Proyecto de “Diseño, Implementación y Evaluación del Manual de Procedimientos de Enfermería para la Valoración y Manejo del Dolor en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la Clínica la FOSCAL”, se documentó en la “Guía de buenas prácticas en enfermería basadas en la Evidencia”, ya que es un documento exhaustivo que proporciona los recursos necesarios para el refuerzo de las prácticas de enfermería basadas en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno / instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente.¹¹

¹¹ Ibíd. p.1

6.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE DOLOR

La definición más comúnmente aceptada del dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión en los tejidos real o potencial”.

El dolor es el síntoma que más a menudo lleva al paciente a consultar. Tiene un valor protector, pues avisa que hay algo que no está funcionando adecuadamente y obliga a reaccionar para suprimir la causa que lo produce.¹²

6.2. EVALUACIÓN DEL DOLOR

La medición del dolor es una de las tareas más importantes y a la vez, más difícil para el clínico y el investigador, ya que éste no puede decir con certeza que el dolor ha sido aliviado o eliminado a menos que éste se pueda valorar o medir.

Existen distintas posibilidades para evaluar el dolor:

- Conseguir información por parte del paciente, a través de manifestaciones verbales o escritas.
- Observar la conducta de un individuo con dolor: agitación, intranquilidad, nerviosismo, gestos, llanto, gritos, etc.
- Utilizar instrumentos para medir respuestas del sistema nervioso autónomo al dolor (aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y respiratoria, etc.).

¹² Ibíd.

La descripción subjetiva del propio individuo es probablemente el mejor indicador del dolor. Por regla general, si una persona dice que tiene dolor, lo más probable es que sea cierto.¹³

6.2.1 Aspectos definitorios del dolor. Una vez se ha confirmado la existencia del dolor, una de las principales responsabilidades que debe asumir el médico es definir sus distintos aspectos, ya que esto facilitará el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad que lo origina. El análisis del dolor comprende:

- La determinación de su origen.
- La evaluación de sus características.
- La evaluación de las respuestas fisiológicas y psicológicas asociadas.

Otros aspectos que pueden ser importantes para la caracterización del dolor son evaluar la percepción individual del dolor y lo que significa éste para el que lo sufre, y qué mecanismos de adaptación utiliza el paciente para hacer frente al dolor.

A continuación se explican los principales aspectos relacionados con el estudio del dolor.

6.2.2 Origen del dolor. La primera tarea del médico es conocer el origen del dolor. Existen tres orígenes generales del dolor: cutáneo, somático y visceral.

- **Dolor cutáneo:** es el que nace en las estructuras superficiales de la piel y el tejido subcutáneo.

¹³ Ibíd. p.47

- **Dolor somático:** se origina en los huesos, nervios, músculos y en otros tejidos que dan soporte a estas estructuras.

- **Dolor visceral:** tiene su origen en los órganos internos del cuerpo.

6.2.3 Características del dolor. La evaluación de las características del dolor incluye los siguientes aspectos: localización, intensidad, carácter y calidad y cronología.¹⁴

6.2.3.1 Localización. Al dolor siempre se le asigna una localización corporal (dolor de estómago, etc.); sin embargo, a veces puede ser experimentado en referencia a una parte del cuerpo preexistente, tal como ocurre con el denominado “dolor fantasma” que pueden padecer algunas personas en un miembro que les ha sido amputado.

Según su localización, el dolor puede ser localizado, irradiado y referido.

- * **Dolor localizado:** está confinado al sitio de origen. La localización del dolor guarda relación con su origen (cutáneo, somático, visceral); el dolor cutáneo es siempre un dolor localizado.

- * **Dolor irradiado:** se transmite a lo largo de un nervio, extendiéndose a partir del sitio de origen. El dolor de origen somático (el que se origina en hueso, nervios y músculos) y algunos dolores de origen visceral pueden irradiarse. Por ejemplo, el dolor de un espasmo muscular, que es somático, suele extenderse gradualmente a partir del punto de origen; lo mismo ocurre con el dolor del nervio ciático (conocido como “ciática”), que suele irradiarse a la pierna.

¹⁴ Ibíd. p.48

* **Dolor referido:** se siente en una parte del cuerpo distante a la del sitio de origen, y es característico de algunos dolores de origen visceral. Se diferencia del irradiado en que este último se extiende a lo largo de un trayecto nervioso, mientras que el dolor referido se percibe en una zona distante de su lugar de origen. Ejemplos típicos son el dolor que se siente en los brazos o en el cuello cuando se produce un infarto de miocardio, o el dolor referido al hombro que acompaña a la inflamación de la vesícula biliar.

6.2.3.2 Intensidad. La intensidad del dolor es una de las características más difíciles de evaluar debido al aspecto subjetivo de la persona que lo experimenta. Se puede evaluar por medio de escalas que valoran aspectos cuantitativos, como veremos más adelante.

6.2.3.3 Carácter y calidad. El carácter y calidad del dolor correspondería a la “descripción” de este dolor, y puede variar mucho dependiendo de su origen.

El dolor de origen somático generalmente se describe como una sensación de peso agotador, con hiperalgesia cutánea (aumento de la sensibilidad dolorosa en la piel) y rigidez muscular.

El dolor de origen visceral generalmente es mal localizado, sordo, ardiente y a menudo se asocia con rigidez muscular e hiperalgesia cutánea.

El dolor de origen cutáneo, a diferencia del visceral, es muy localizado y preciso.

6.2.3.4 Cronología. Este término hace referencia a la secuencia de hechos que se presentan o tienen lugar en relación con la experiencia dolorosa. Los factores que deben considerarse en la cronología del dolor, son: duración de la experiencia dolorosa, modo de comienzo y variación del dolor con el tiempo.

En relación con la duración, que es el aspecto más importante de la cronología, existen dos tipos de dolor, de características, significados y abordaje terapéutico distintos: dolor agudo y crónico.

- **Dolor agudo:** es de reciente instauración en el tiempo y alerta al individuo sobre la existencia de un traumatismo, una lesión o una patología en curso de instauración.
- **Dolor crónico:** es un dolor prolongado durante mucho tiempo, sin fecha de inicio clara. Afecta de forma importante la calidad de vida del paciente, ya que altera sus relaciones personales, familiares, sociales y laborales. El dolor crónico se considera benigno si el proceso causal no compromete la vida, y maligno cuando es originado por una enfermedad cancerosa.
- **Dolor neuropático:** es una forma especial de dolor crónico en el que, debido a diferentes enfermedades, como la diabetes, el cáncer y las enfermedades inmunológicas entre otras, puede lesionarse un nervio periférico y dar lugar a la transmisión de impulsos dolorosos sin que exista ningún evento que estimule los nociceptores. El dolor neuropático se manifiesta constantemente y debe ser tratado de forma distinta a los demás tipos de dolor.

La duración del dolor puede variar entre unos minutos a unas horas (dolor agudo), hasta semanas, meses o incluso toda la vida (dolor crónico), lo que acarrea importantes repercusiones psicológicas que transforman totalmente la vida del individuo.

Cuando se padece un dolor agudo es relativamente fácil definir sus características; sin embargo, en los pacientes que sufren dolor crónico es más difícil, ya que se puede haber producido un cambio subjetivo en la interpretación de la sensación inicial de dolor.

6.2.4 Respuestas fisiológicas y psicológicas. Las respuestas ante el dolor son muy complejas, y forman parte de la experiencia dolorosa. Pueden clasificarse en:

- **Respuestas fisiológicas**

Suelen ser debidas a la actividad del Sistema Nervioso Vegetativo (responsable de mantener las funciones vitales). La estimulación de determinadas fibras produce algunas de las siguientes manifestaciones clínicas: contracción de las pupilas, disminución de la frecuencia cardíaca, disminución de la frecuencia respiratoria, aumento de la diuresis y aumento del peristaltismo gastrointestinal.

El dolor, especialmente cuando es crónico, suele estar acompañado de algún tipo de respuesta afectiva, como puede ser un cierto grado de depresión o ansiedad. La depresión es muy frecuente en los pacientes que sufren un dolor crónico.¹⁵

¹⁵ *Ibíd.* p.46

6.3 VALORACION Y MEDICION DEL DOLOR

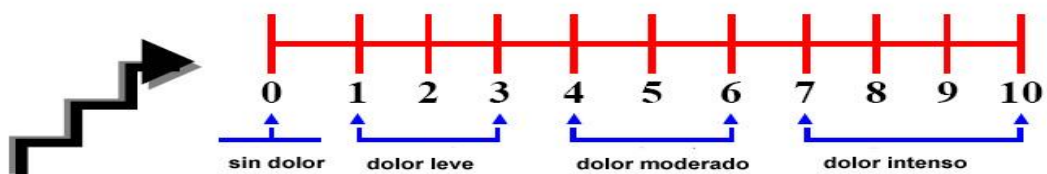
Hacer una valoración, al menos una vez al día, de las personas que potencialmente pueden sufrir dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.

En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho autoinforme (incluidos los niños), se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia o el cuidador.

Para la valoración de la intensidad del dolor se utilizaran la Escala de Valoración Numérica (EN), escala de Campbell y escala de OLD CART ¹⁶

6.3.1 Escala numérica de valoración (Evn). Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado. ¹⁷

Figura 5. Escala Numérica de Valoración.



¹⁶ Ibíd. p.111

¹⁷ Ibíd. p.111

Fuente: Escalas de Evaluación de Dolor y Protocolo de analgesia en terapia intensiva. Pág. 9

6.3.2 Escala de Campbell. Permite evaluar la presencia de dolor y cuantificar su intensidad en pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea.¹⁸

Tabla 1. Escala de Campbell

Escala de Evaluación del Dolor y Comportamiento: Para paciente con incapacidad para comunicarse de manera espontánea. Rango de Puntuación: 0-10			
	0	1	2
Musculatura Facial	Relajada	En tensión , ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades
Tono Muscular	Normal	Aumentado, flexión de dedos de manos y/o de pies	Rígido
Respuesta verbal	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas , lloros, quejidos o gruñidos frecuentes
Confortabilidad	Confortable	Se tranquiliza con el tacto y/o	Difícil de confortar

¹⁸ Ibíd. p. 112

	y/o tranquilo	la Voz. Fácil de distraer	con el tacto o hablándole
--	---------------	---------------------------	------------------------------

Fuente: Escalas de Evaluación de Dolor y Protocolo de analgesia en terapia intensiva. Pág. 12.

6.3.3 Oldcart. Permite realizar una valoración completa del dolor identificando el origen, localización, duración, características, factores agravantes y tratamiento para el alivio del dolor.

Origen: ¿Cuándo comenzó el dolor?

Localización: ¿Dónde se localiza el dolor? (podría ser en varios sitios).

Duración: ¿Cuánto dura el dolor? ¿Es un dolor persistente o irruptivo?

Características: ¿Cómo es el dolor? ¿Es quemante, agudo, punzante o pulsátil, etc.?

Agravantes: ¿Qué es lo que hace que el dolor empeore. Caminar?

Recuperación: ¿Qué factores ayudan a mitigar el dolor? Preguntar por los métodos no farmacológicos.

Tratamiento: ¿Qué medicamentos le van bien? ¿Ha padecido efectos secundarios debidos a la medicación? ¹⁹

6.4 TRATAMIENTO DEL DOLOR

Una parte importante del tratamiento del dolor es determinar y eliminar, en lo posible, la posible causa. Aunque existen muchas formas de dolor, lo que más nos interesa desde el punto de vista terapéutico es conocer su cronicidad y su

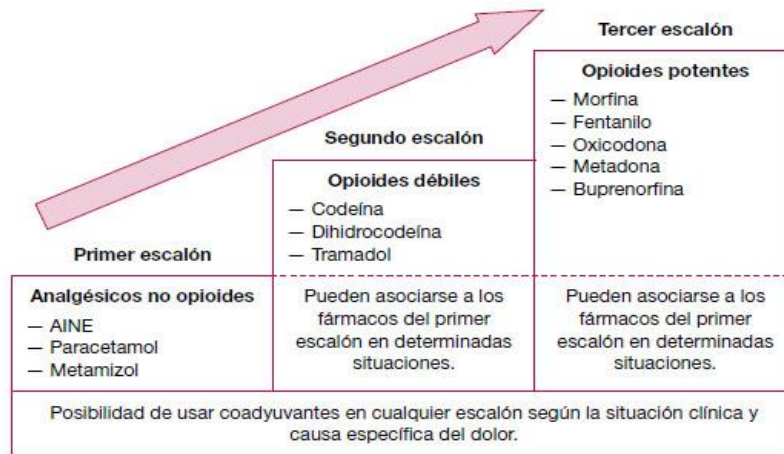
¹⁹ Ibíd. p.116

intensidad, ya que el tratamiento variará dependiendo de si se trata de un dolor agudo o crónico, o de lo intenso que éste sea.

Escala analgésica

Desde hace años, para tratar el dolor, se sigue un protocolo dictado por la OMS, que consiste en un tratamiento escalonado que comienza con la utilización de fármacos de potencia analgésica baja y termina con la administración de opiáceos potentes.

Figura 6. Escala Analgésica de la OMS



Fuente: Disponible en Internet: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/wisdom/C13.html>

Este ascenso se produce de forma progresiva y preestablecida hasta conseguir el alivio del dolor. Esto es de vital importancia, sobre todo, en los dolores crónicos, ya que a menudo se hacen resistentes a un determinado medicamento cuando se utiliza durante un tiempo prolongado. Además, como generalmente los dolores crónicos corresponden a enfermedades crónicas progresivas, la intensidad del dolor irá aumentando a medida que avanza la enfermedad.²⁰

ESCALÓN 1

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los fármacos indicados en el tratamiento del dolor leve a moderado. Éstos se pueden combinar con fármacos coadyuvantes (sedantes, antidepresivos, etcétera).

La elección de uno de estos fármacos va a depender de muchos factores: el origen del dolor, sus características, los factores de riesgo, etc.

ESCALÓN 2

Se debe utilizar:

- A. Cuando el dolor no cede tras efectuar una prueba con analgésicos del grupo de los AINEs.
- B. Cuando la intensidad del dolor hace suponer que no va a responder a AINEs.
- C. Cuando el dolor que se aliviaba con AINEs ha dejado de hacerlo.

En este escalón se utilizan los fármacos del grupo denominado opiáceos débiles. La elección clásica al inicio del tratamiento es la codeína, habitualmente asociada con un AINE ya que ambos fármacos se potencian. Si no se resuelve el dolor se utiliza la dihidrocodeína y el tramadol. Otra opción es el dextropropoxifeno, pero tiene el inconveniente de producir alucinaciones a dosis altas. Igual que con la codeína, se pueden administrar con AINEs.

²⁰ Ibíd. p.127

ESCALÓN 3

Cuando el dolor es muy intenso (como por ejemplo el que se asocia al cáncer) y no se controla con las medidas anteriores, está indicada la utilización de un opiáceo potente. La morfina es el fármaco de elección, debido a la amplia experiencia disponible y a la posibilidad de ser administrado por vía oral. Debido a la posibilidad de provocar depresión respiratoria, nunca se deben mezclar los opiáceos débiles con los potentes, ni tampoco los opiáceos potentes entre sí.

6.5 MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS DE DOLOR

Se refiere al tipo de tratamiento en donde no se utilizan medicamentos incluye estrategias de rehabilitación, modalidades físicas como aplicación de frío, calor masajes y métodos cognitivos conductuales.²¹

CALOR Y FRÍO

El calor y el frío se han utilizado a lo largo de los siglos como tratamiento para el dolor. Existen cuatro motivos por los que una enfermera debería abogar por intentar un tratamiento con frío o calor:

- Funciona en algunos pacientes.
- Actúa con rapidez.
- Los efectos adversos son prácticamente inexistentes.
- Puede proporcionar a algunos pacientes o familias una sensación de control considerable sobre el alivio del dolor.

²¹ Ibíd. p.131

RELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN:

La relajación puede ser conveniente para casi todos los tipos de dolor con el objetivo de reducir la tensión muscular y ansiedad. Puede también utilizarse en niños a partir de 7 años. Los pacientes que ya están en tensión y con dolor podrían beneficiarse de una simple relajación centrada en la respiración profunda y lenta. Asimismo, podría resultar de utilidad la relajación muscular progresiva durante la que los pacientes realizan ejercicios isométricos para relajar de manera sistemática los músculos de pies a cabeza.

Las técnicas de relajación prolongada mejoran en un ambiente tranquilo y colocando al paciente de manera que se sienta cómodo y bien apoyado. El escuchar una sesión de música de relajación puede ayudar al paciente a concentrarse más fácilmente y a no distraerse por el dolor.

DISTRACCIÓN

La distracción es otra técnica utilizada con los niños para reducir el dolor. La idea es desviar la atención del niño mediante alguna técnica de distracción e involucrarle en alguna tarea más interesante y agradable que el doloroso procedimiento. Puede elegir cualquier actividad de su interés como hacer pompas, un libro especial, un juguete musical o una varita mágica (Kleiber et al., 1999).

HOJAS DE VIDA. REGISTROS DE ENFERMERIA UCI ADULTOS

Formato de registro de las diferentes actividades de enfermería realizadas en el usuario hospitalizado en la UCI Adultos, que permite evaluar la evolución, permite la toma de decisiones y sirve con soporte para la Historia Clínica.²²

EVIDENCIA

"Observación, hecho o conjunto ordenado de información que respalda o justifica las inferencias o creencias en la demostración de ciertas proposiciones o la materia en cuestión"(Madjar & Walton, 2001, p. 28).²³

GRADOS DE LAS RECOMENDACIONES

Interpretación de la evidencia:

Las buenas prácticas exigen que se oriente a las enfermeras con la mejor evidencia disponible. Para que el lector entienda la fuerza de la evidencia, se ha puntuado cada recomendación con un grado de recomendación. El sistema de clasificación utilizado en esta Guía ha sido adaptado de la Scottish Intercollegiate Guideline Network (2000).²⁴

A Este grado debe incluir una revisión sistemática y/o un metaanálisis de ensayos Aleatorizados y controlados.

B Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien dirigidos, pero no de ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Esto incluye la

²² Fundacion Oftalmologica de Santander (FOSCAL). Manual de Procedimientos: HOJAS DE VIDA. Deaprtamento Unidad de Gestion de Calidad. Versión 6. Codigo FOSCALIDAD. 001-MF V6. Resolucion 1995 de 1999. Hoja 1.

²³ Ibíd. p.34

²⁴ Ibíd. p.35

evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, estudios cuasiexperimentales y estudios no experimentales como son los estudios comparativos, los estudios de correlación y los estudios de casos. El grupo para el desarrollo de la guía de la RNAO apoya firmemente la inclusión en esta categoría de los estudios cualitativos bien diseñados.

C Requiere la evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o su opinión y/o las experiencias clínicas de autoridades. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables.

ADICCION. Es una enfermedad física y emocional, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el sentido tradicional es una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación debido a la satisfacción que esta causa a la persona.²⁵

DEPENDENCIA FISICA: Se desarrolla mediante un mecanismo psicológico en la búsqueda por evitar el dolor, las sensaciones desagradables y provoca la "adicción". Es el estado de adaptación biológica de un organismo, que necesita la presencia de una sustancia (droga) para seguir funcionando normalmente y su supresión desencadena el "síndrome de abstinencia".²⁶

TOLERANCIA: La capacidad que tiene el organismo de adaptarse a los efectos de las drogas, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados de igual magnitud.²⁷

²⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS).

²⁶ *Ibíd.* p103

²⁷ *Ibíd.* p.103

7. OBJETIVOS

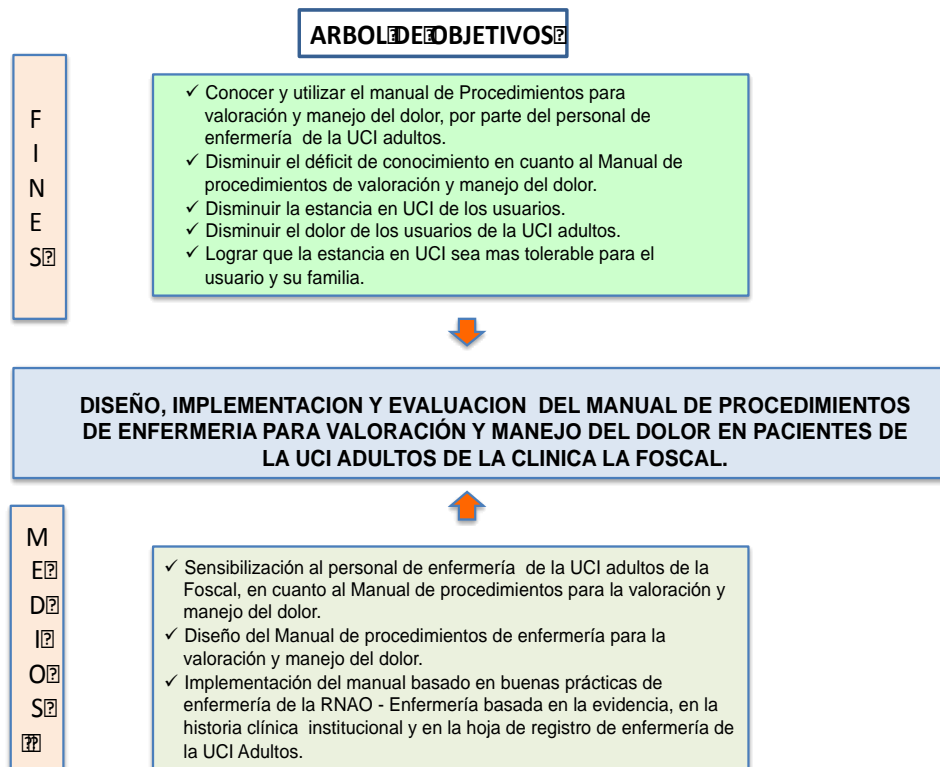
7.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, implementar y evaluar el Manual de Procedimientos de Enfermería para Valoración y Manejo de Dolor en la UCI Adultos de la Clínica la FOSCAL.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Sensibilizar al personal en el uso del Manual de Procedimientos de Enfermería para Valoración y Manejo de Dolor en los pacientes de la UCI Adultos de la Clínica la FOSCAL.

Figura 7. Árbol de objetivos



Fuente: Autora del proyecto

8. METODOLOGÍA

8.1 MARCO LOGICO

La Metodología del Marco Lógico incluye los aspectos básicos de un proyecto institucional, de una política, un plan, un programa o un proyecto de intervención puntual. Es un instrumento básico que facilita el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las acciones en cualquiera de los niveles mencionado. Su propósito es brindar estructura al proceso de planificación y comunicar información esencial relativa al proyecto. Consta de los siguientes elementos, los cuales se encuentran implícitos en la elaboración del presente proyecto:

Arbol de problemas, árbol de objetivos, análisis de involucrados, matriz del marco lógico.

La Metodología del marco lógico se utilizó en el proyecto porque permite presentarlo de forma sistemática, organizada y lógica.²⁸

²⁸ (Documento consecutivo en línea) Disponible en Internet:
<<http://www.urosario.edu.co/Internacionalizacion/Oportunidades-Cooperacion-Internacional/Documentos/DOCUMENTO-BANCO-MUNDIAL.PDF>>

8.2. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

Tabla 2. Matriz del marco lógico

	1.INDICADORES	2. MEDIOS DE VERIFICACION	3.SUPUESTOS
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Diseñar , implementar y evaluar el Manual de Procedimientos de Enfermería para Valoración y Manejo de Dolor</p>	<p>Número de Historias Clínicas en las que se implementa el manual de procedimientos de enfermería para el manejo del dolor en UCI adultos / Número total de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en la UCI adultos.</p>	<p>1. Observación de la escala de Dolor en la Historia Clínica electrónica y en la Hoja de Registro de enfermería.</p> <p>2. Lista de chequeo</p>	<p>La Enfermera no tiene tiempo de diligenciar la escala.</p>

Tabla 2. (Continuación)

<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>1. Sensibilización del personal de enfermería de la UCI adultos en la utilización uso del Manual de enfermería para Valoración y manejo de Dolor.</p>	<p>1. Número de enfermeras capacitadas/número o de enfermeras de la UCI adultos.</p>	<p>1. Registro de Asistencia a la capacitación en el formato institucional.</p>	<p>1. Las enfermeras no desean asistir porque salen de turno.</p>
<p>RESULTADOS</p> <p>1. Las enfermeras tendrán y utilizarán el Manual de Enfermería para la Valoración y Manejo del Dolor</p>	<p>1. El 85% implementarán el Manual de Valoración y Manejo del Dolor: Número de Enfermeras que aplican el Manual /Número de enfermeras que deben aplicarlo</p>	<p>1. Historias Clínica electrónica y</p>	<p>1. El personal no diligencia las escalas de dolor.</p>

Tabla 2. (Continuación)

ACTIVIDADES			
<p>1. Identificación del problema a través de un sondeo de opinión dirigido a las enfermeras de la UCI Adultos.</p>	<p>1. Elaboración y aplicación de un sondeo de opinión a enfermeras de la UCI adultos.</p>	<p>1 Verificación de resultados en la descripción del problema</p>	<p>1. El personal no desea diligenciar el sondeo.</p>
<p>2. Inclusión de las escalas de Dolor en la Historia Clínica electrónica y en la Hoja de Registro de Enfermería</p>	<p>2. El 100% de las Historias clínicas y las Hojas de Registro de Enfermería contienen las escalas de dolor.</p>	<p>2. Presencia de las escalas de Dolor en la historia clínica electrónica y en la Hoja de Registro de Enfermería</p>	<p>2. No inclusión de las escalas de dolor en la Historia clínica electrónica y en las hojas de registro de enfermería.</p>
<p>3. Capacitación de las enfermeras de la UCI adultos en cuanto al Manual de Procedimientos para Valoración y</p>	<p>3. 85% del personal de enfermería de la UCI estarán capacitados</p>	<p>3. Registro de asistencia en formato institucional del personal de enfermería al taller de</p>	<p>3. El personal no tiene tiempo para asistir a la capacitación</p>

manejo de Dolor.		capacitación.	
4. Capacitar a las enfermeras sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para manejo del dolor.	4. 85% del personal de enfermería de la UCI estarán capacitados	4. Registro de asistencia en formato institucional personal enfermería taller capacitación	4. El personal no tiene tiempo para asistir a la capacitación

8.3 NEGOCIACION

En la FOSCAL, el Manual de Procedimientos para la Valoración y Manejo del Dolor, fue revisado y aprobado por Coordinación médica de la UCI adultos, Coordinación de enfermería de la UCI Adultos, Departamento de Enfermería y Departamento de Calidad de la institución. El Manual de Procedimientos de Enfermería para la Valoración y Manejo de Dolor, será aplicado en todos los servicios de la clínica, es de carácter transversal. Para la elaboración del Manual de Procedimientos de Enfermería para la Valoración y Manejo del dolor, se nombraron enfermeras en cada servicio encargadas de liderar el proyecto y sus nombres se encuentran consignados en la elaboración del Manual.

8.4. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION

Actividad No. 1. Inclusión de las escalas de Dolor en la Historia Clínica electrónica y en la Hoja de Registro de Enfermería.

Objetivo de la Actividad.

Establecer las escalas de Dolor en la Historia Clínica y en la Hoja de Registro de Enfermería.

Estrategias.

Se estableció la Escala Verbal Numérica de Dolor y la Escala de Campbell, para pacientes sin deterioro cognitivo y con presencia del mismo respectivamente. Además la Herramienta OLD CART, para valoración completa del dolor con sus características e intervenciones.

Resultados.

Se diseñó en la Historia Clínica Electrónica y las Hojas de Registro de Enfermería las escalas de Dolor.

Imagen 1. Escalas de dolor en Hojas de Registro de Enfermería de la UCI.

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR **BPSO** R N A O BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION COLOMBIA

ESCALA NUMÉRICA: _____ CAMPBELL: _____

HORA	RESULTADO	INTERVENCIÓN	REVAL 15 MIN
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10

No Farmacológicas: _____

VALORACIÓN DEL RIESGO **BPSO** R N A O BEST PRACTICE

Fuente: Documentos Institucionales UCI Adultos. FOSCAL 005-MF-V6

Imagen 2. Hoja de Registro de Enfermería de la UCI Adultos con las Escalas de Dolor

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR **BPSO** RENAO BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION COLOMBIA

ESCALA NUMÉRICA: CAMPBELL

HORA	RESULTADO	INTERVENCIÓN	REVAL 15 MIN
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10
	/10		/10

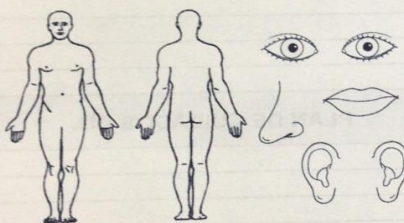
No Farmacológicas: _____

VALORACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE UPP **BPSO** RENAO BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION COLOMBIA

ESCALA DE BRADEN

DÍA: _____ RIESGO: _____ LESIÓN _____

NOCHE: _____ RIESGO: _____ UPP GRADO: _____



TAMAÑO No. 1

LARGO: _____ cm

ANCHO: _____ cm

PROFUNDIDAD: _____ cm

TAMAÑO No. 2

LARGO: _____ cm

ANCHO: _____ cm

PROFUNDIDAD: _____ cm

INTERVENCIÓNES Y TRATAMIENTO

PREVENCIÓN DE CAIDAS Y LESIONES DERIVADAS **BPSO** RENAO BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION COLOMBIA

ESCALA DE MORSE

NOCHE: _____ RIESGO: _____

PLAN MULTIFACTORIAL: _____

JIDOS ENDOVENOSOS Fecha: _____

Constante		HORA	

RACION DE MEDICAMENTOS

DOSIS	INTERVALO	VIA	HORA	

CULTIVOS

MUESTRA	FECHA TOMA	RESULTADO

ANÁLISIS ESPECIALES

FECHA TOMA	TIEMPO PROCESO	RESULTADO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS Y/O TERAPEUTICAS

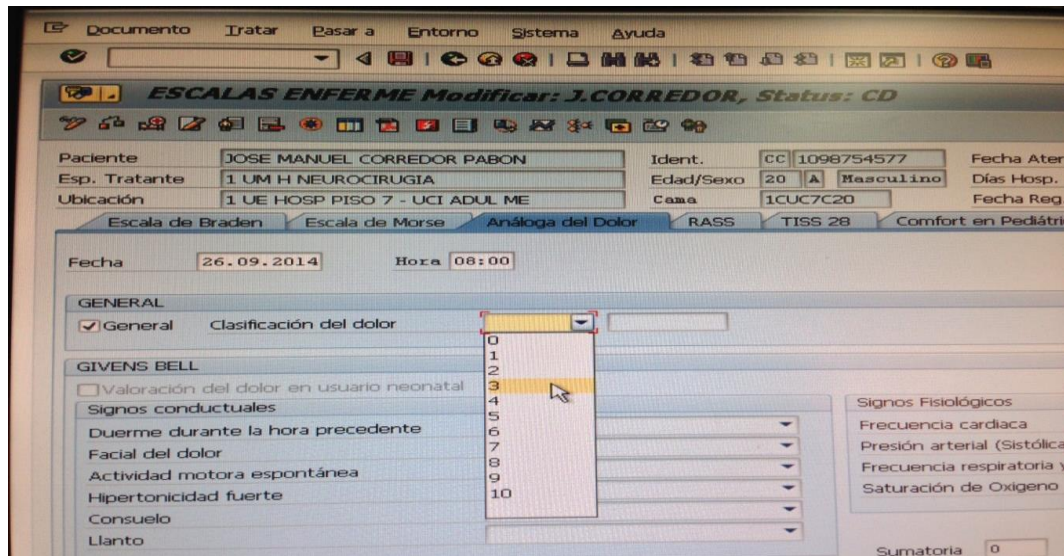
EKG: _____

DISPOSITIVOS

IAS _____	SWAN GANZ:	LOCALIZACION _____	DIAS _____
IAS _____	LINEA ARTERIAL	LOCALIZACION _____	DIAS _____
IAS _____			DIAS _____
IAS _____			DIAS _____
IAS _____	SONDA NASODUODENAL		DIAS _____
IAS _____	SONDA NASOGASTRICA		DIAS _____
IAS _____	GASTROSTOMIA		DIAS _____
IAS _____	CANULA DE TRAQUEOS		DIAS _____
IAS _____	SONDA VESICAL:		DIAS _____
			AUXILIAR _____

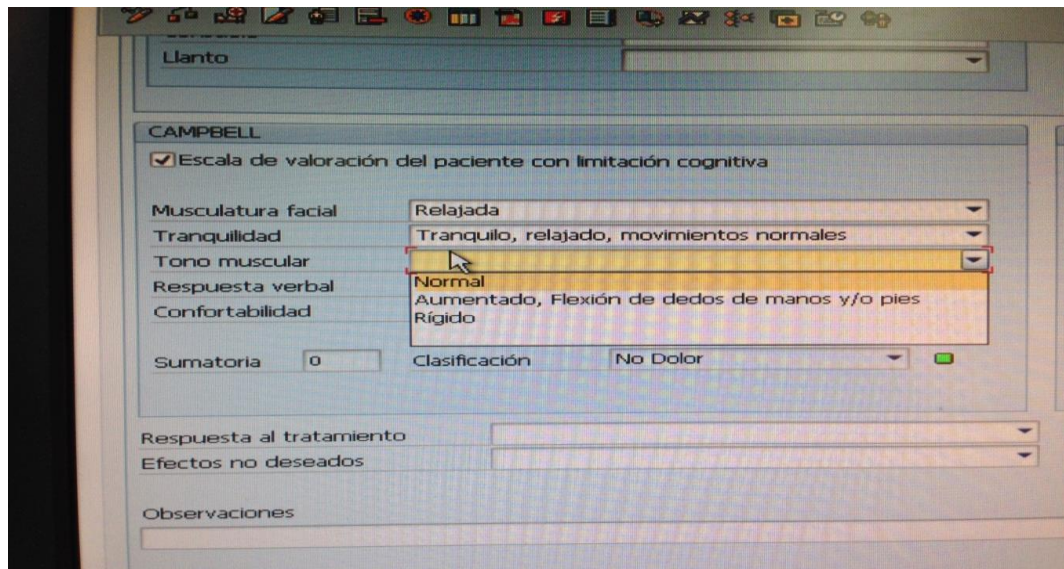
Fuente: Documentos Institucionales UCI Adultos. FOSCAL 005-MF-V6

Imagen 3. Escala Verbal Numérica en la Historia Clínica Electrónica



Fuente: Historia Clínica Electrónica. SAP

Imagen 4. Escala de Campbell en la Historia Clínica Electrónica



Fuente: Historia Clínica Electrónica. SAP

Imagen 5. Herramienta OLD CART en la Historia Clínica Electrónica

Sumatoria 0 Clasificación

OLD CART

OLD CART

Origen Muscular

Localización Directo

Duración Constante

Características Quemante

Agravantes Pulsátil

Cuál? Cólico

Recuperación Sordo

Tratamiento Constrictivo

Cuál?

Cuál?

Fuente: Historia Clínica Electrónica. SAP

Actividad No. 2. Capacitación de las enfermeras de la UCI adultos en cuanto al Manual de Procedimientos para Valoración y manejo de Dolor

Objetivo de la Actividad.

El personal de enfermería conocerá la Escala Verbal Numérica de Dolor y la Escala de Campbell y la Herramienta OLD CART.

Estrategias.

- En los Cambios de turno se aprovechó el espacio para reunir al personal y realizar la actividad en los mismos computadores y registros de la unidad de la clínica.
- Presentación de las escalas en la historia clínica electrónica y en las hojas de registro de enfermería.
- A través de casos de pacientes se aplicaron las escalas verbal Numérica de Dolor y la escala de Campbell.

- Se dio a conocer la clasificación del dolor según duración, intensidad, localización y se explicó la aplicación de la herramienta OLDCART.

Resultados.

Se realizó la actividad durante una semana en los cambios de turno, reuniendo las personas, que llegaban y salían de turno; se desarrolló la temática dando a conocer la clasificación del dolor, se explicó el diligenciamiento de las escalas que se establecieron en el Manual de Procedimientos y se realizó con casos clínicos de mismos usuarios de la unidad para aplicar las escalas y la herramienta OLDCART. Realizaron registros de la valoración del dolor, diligenciando las escalas en la Historia Clínica electrónica y en las Hojas de registro de enfermería.

Imagen 6. Actividad Educativa Escalas de Dolor UCI 7 piso



Fuente: Autora del proyecto

Imagen 7. Actividad Educativa Escalas de Dolor UCI 8 piso



Fuente: Autora del proyecto

Actividad No. 3. Capacitar a las enfermeras sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para manejo del dolor.

Objetivo de la Actividad.

El personal de enfermería conocerá las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para aplicar en el usuario con dolor.

Estrategias

- Presentación en Multimedia.
- Se reunió personal de enfermería en la sala de espera de la UCI 8 piso.
- En los Cambios de turno se aprovechó el espacio para reunir al personal que no pudo asistir a la presentación y se dio a conocer la información a través de un folleto.
- Se entregó a cada asistente un folleto sobre medidas no farmacológicas para manejo de dolor. (Anexo No. 3).

Resultados

Se realizó la actividad educativa en la sala de espera de la UCI 8 piso, además durante una semana en los cambios de turno, se reunió a las personas que no pudieron asistir a taller; se les entregó el folleto y se les dio a conocer las medidas farmacológicas y no farmacológicas para manejo del dolor.

Imagen 8. Actividad Educativa Medidas Farmacológicas y no Farmacológicas



Fuente: Autora de proyecto

Imagen 9. Actividad Educativa Medidas Farmacológicas y no Farmacológicas UCI 6 piso



Fuente: Autora de proyecto

8.4.1 Indicadores del proyecto.

Número de Historias Clínicas en las que se implementa el manual de procedimientos de enfermería para el manejo del dolor en UCI adultos

Número total de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en la UCI adultos

Número de enfermeras capacitadas en la UCI Adultos

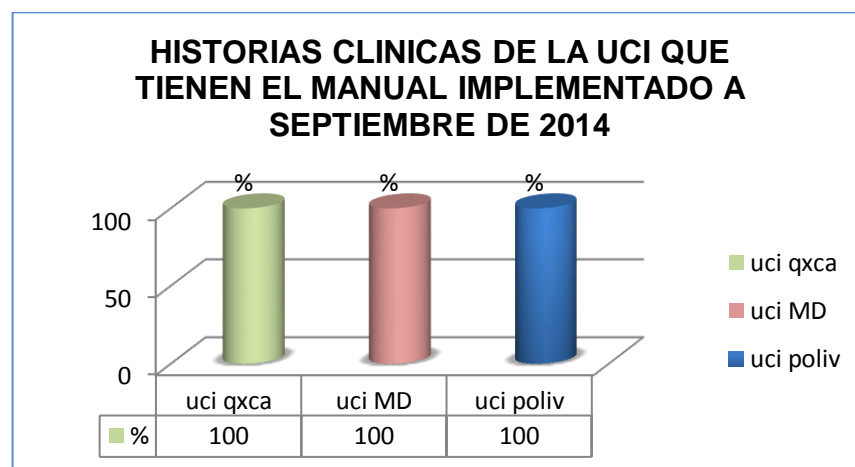
número de enfermeras de la UCI adultos.

Número de Enfermeras que aplican el Manual en la UCI Adultos

Número de enfermeras que deben aplicarlo

8.4.2 Gráficos de indicadores

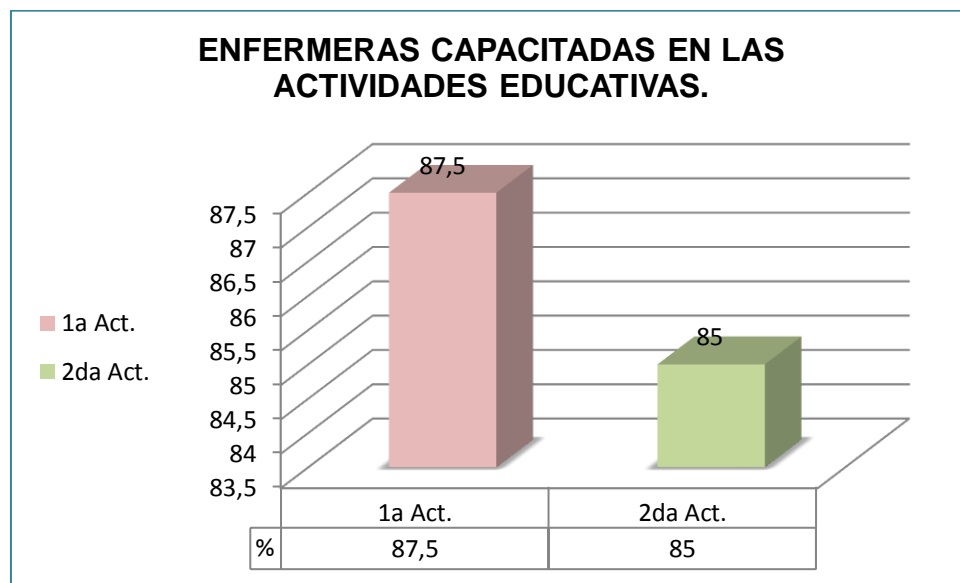
Gráfica 1. Historias Clínicas en las que se implementó el manual de procedimientos de enfermería para el manejo del dolor en la UCI adultos



Fuente: Autora de proyecto

A septiembre 24 del presente año, el 100% de las Historias clínicas electrónicas y el 100% de las Hojas de Registro de Enfermería de la UCI Adultos de la Foscal (uci Quirúrgica, UCI médica y UCI polivalente), contienen las escalas de valoración del Dolor establecidos en el Manual de Procedimientos para Valoración y Manejo del Dolor.

Gráfica 2. Personal de enfermería de la UCI Adultos capacitados.



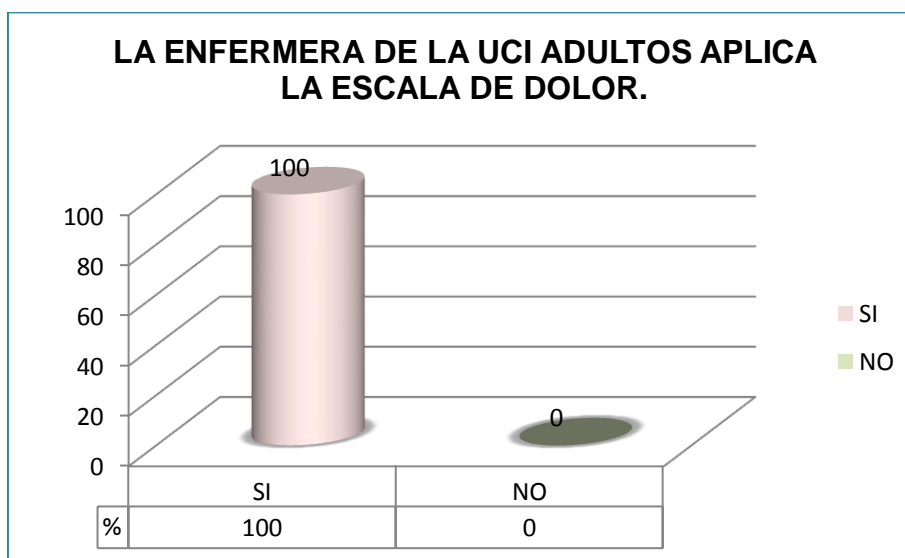
Fuente: Autora de proyecto

El total de enfermeras en la UCI adultos es de 40, el porcentaje de las enfermeras capacitadas en las actividades educativas, fue de 87,5% (35 enfermeras) en la socialización del manual de procedimientos para Valoración y manejo del Dolor y un 85% (34 enfermeras) en la actividad educativa correspondiente a las medidas farmacológicas y no farmacológicas. Con lo que se cumplió la meta propuesta en la programación.

LISTA DE CHEQUEO

Se revisaron 15 historias clínicas, en las tres unidades de cuidado intensivo adultos de la clínica, 5 historias por unidad, durante los días correspondientes del 22 – 26 de septiembre.

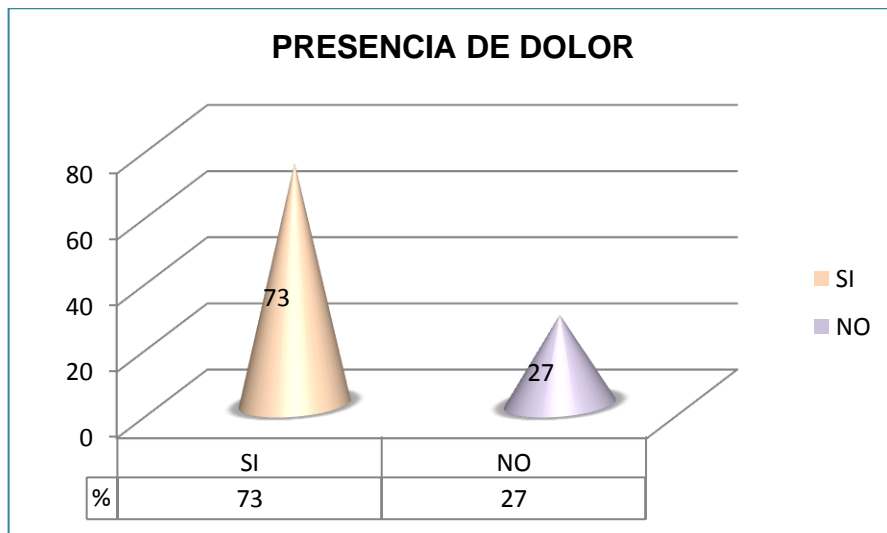
Gráfica 3. La enfermera de la UCI adultos aplica la escala de dolor



Fuente: Autora de proyecto

Se encontró que en el 100% de las historias clínicas revisadas las enfermeras aplican las escalas de dolor y las diligencian de forma adecuada.

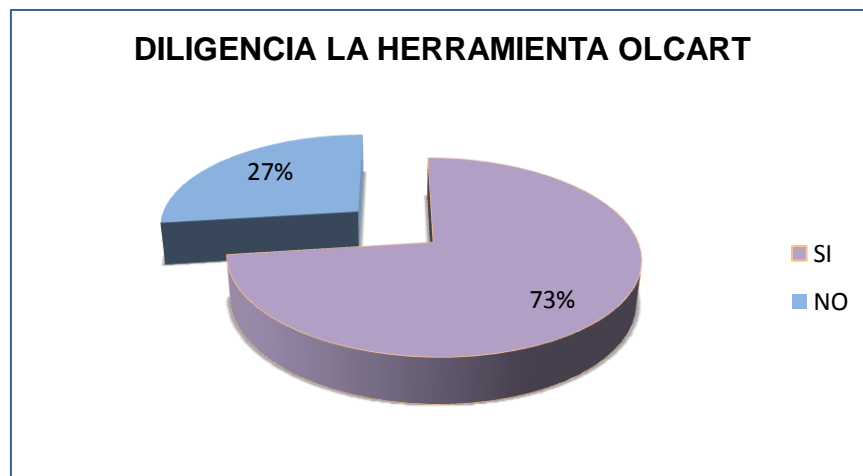
Gráfica 4. Presencia del dolor



Fuente: Autora de proyecto

En las historias clínicas revisadas se encontró que el 73% de las historias clínicas revisadas, correspondía a pacientes que presentan dolor, con intensidad en la escala de dolor entre 2 -5 /10.

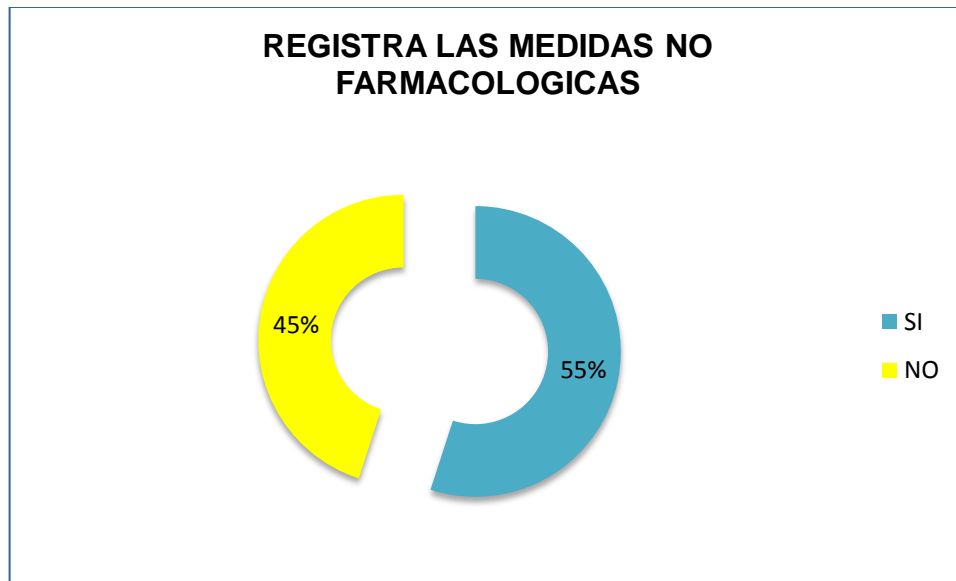
Gráfica 5. Diligencia la herramienta Olcart



Fuente: Autora de proyecto

Entre el porcentaje de las historias que se revisaron, de los usuarios que presentaban dolor, el 73% de las enfermeras diligenciaron la herramienta OLCART y lo hicieron de forma adecuada y el 27% de las enfermeras no diligenciaron la herramienta.

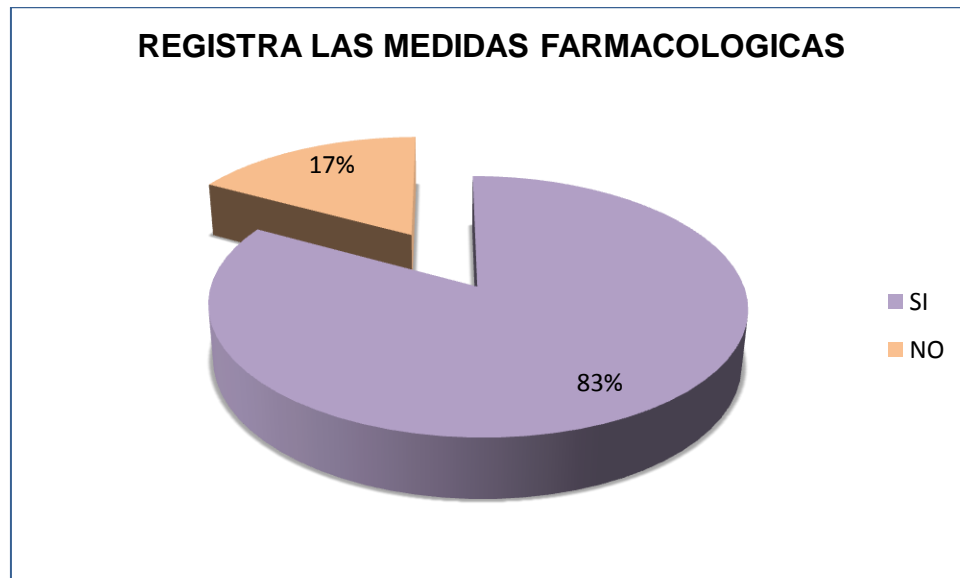
Gráfica 6. Registra las medidas no farmacológicas



Fuente: Autora de proyecto

Entre las historias clínicas que se revisaron de usuarios que se encontraban con dolor al momento de la valoración que hizo la enfermera encargada, el 55% registraron en la historia clínica las medidas no farmacológicas realizadas entre las que se encontraban: cambios de posición, medios fríos y calor principalmente. Un 45% no hizo registro en la historia clínica de medidas no farmacológicas realizadas.

Gráfica 7. Registra las medidas farmacológicas



Fuente: Autora de proyecto

En cuanto a las medidas farmacológicas se observó que un 83% de las enfermeras realizaron registros en la historia clínica y un 17% no lo registraron.

9. RESULTADOS

1. Se implementaron las escalas de dolor establecidas en el Manual de Procedimientos, en la Historia Clínica electrónica institucional y en las Hojas de registro de enfermería de la UCI Adultos.
2. El Comité de Calidad aprobó el Manual de Procedimientos, previa revisión de la coordinación médica y de Enfermería de la UCI Adultos y Departamento de enfermería de la institución. (Anexo No. 3)
3. El Manual de Procedimientos fue incluido en la plataforma institucional de documentos de la clínica. “Mundo Foscal”.
4. Para la publicación de las fotos que se realizaron en cada actividad, se contó con el consentimiento de quienes aparecen en las mismas.
5. Las enfermeras hacen uso de las escalas de dolor para la valoración del mismo y la diligencian adecuadamente.
6. Se observó un porcentaje importante de usuarios con dolor 73%, lo que demuestra que el dolor es uno de los principales síntomas a los que se enfrenta la enfermera en la UCI y la necesidad del uso de herramientas adecuadas para la valoración y el manejo del mismo.
5. Se diseñó un folleto para el usuario y la familia, acerca de medidas no farmacológicas para manejo de dolor, que fue revisado y aprobado por coordinación médica de la UCI Adultos, coordinación de enfermería de la UCI Adultos y en el momento se encuentra en revisión por el departamento de enfermería de la institución. (Anexo No. 5)

10. CONCLUSIONES

1. La aplicación del Manual de Procedimientos para la Valoración y Manejo del Dolor, le facilita a la enfermera identificar la intensidad del Dolor, realizar un plan de cuidados y evaluación del control del dolor en los usuarios.
2. El personal de enfermería reconoce la importancia de la aplicación del Manual de Procedimientos en el usuario con dolor, para mejorar la calidad de la atención y una estancia más tolerable del usuario y la familia en la unidad de cuidado intensivo.
3. El personal de enfermería reconoce la importancia de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor y las aplica.
4. El personal de enfermería requiere fortalecer el registro de la herramienta OLDCART y las medidas farmacológicas y no farmacológicas para manejo del dolor.

11. RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal nuevo que ingrese a la Unidad de Cuidado Intensivo, sobre el Manual de Procedimientos de Enfermería para Valoración y Manejo del Dolor.
2. En proyectos o estudios posteriores es importante realizar actividades con la familia ya que es la principal red de apoyo tanto del usuario como de la enfermera.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Cintia Escandell García, Tazim Virani, Anne Tait, Guías de buenas prácticas en enfermería de la RANO; cómo enfocar el futuro de la enfermería. Valoración y Manejo de dolor, noviembre 2002.
2. Diana Marcela Achury Saldaña, Aplicación de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Manejo del Dolor, *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 9, núm. 1, enero-junio, 2007, pp. 7-18, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212858002>.
3. Paeile j. Norberto, Bilbeny L. Santiago, Definición de Dolor, En: El Dolor: De lo Molecular a lo Clínico: Mediterráneo, 2005.
4. Sánchez B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Revista Aquichan* 2003; (3): 3: 32-41.
5. Morales Vigil T, Alfaro Ramírez O, Sánchez Román Sofía S, Guevara López Uriah, Vásquez Pineda F. Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro social*. Año 2008.
6. Valsecia –Mondaini. *Farmacología Médica. Drogas Derivadas de la Morfina*. Capítulo 8:PÁG. 133-148.
7. Montoro Ronsano, B. *Farmacología del Dolor*, Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Vall D'Hebron, Barcelona.

8. Paeile j. Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS CATD 2009 Comissió d'Avaluació Tractament del Dolor. Editado por Laboratorios MEDA Edición 2009 Depósito legal: M-22614-2009 Imprime: NILO Ind

9. Tratamiento del Dolor Agudo. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en la Evidencia para la Construcción e Guías de Práctica Clínica. Seguro Social. Departamento de Farmacología. 2005.

10. Lenz ER. Pugh LC, Milligan RA, Gith A, Suppe E. The middlerange theory of unpleasants syntoms: an update. AdvNurs Sci. Vol. 19, No. 3. 1997: 14-27.

11. Tecnológico de Monterrey Campus Guadalajara. Av. General Ramón Corona No.2514. Col. Nuevo México CP 45201. Zapopan, Jalisco, México.Tel. 52 (33) 3669 3000, www.gda.itesm.mx. D.R. © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, México. 2014. [Aviso de privacidad](#)

ANEXOS
Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
PLANEACION								
Generalidades de proyecto de gestión								
Lluvia de ideas e identificación del problema								
Análisis de estudios relacionados con el problema identificado								
Análisis del problema identificado								
DISEÑO								
Elaboración árbol de problemas								
Elaboración árbol objetivo								
Presentación al grupo de estudiantes y asesor del proyecto el árbol de problemas, árbol de objetivos y justificación.								
Elaboración marco lógico marco conceptual.								
Presentación al grupo y asesor del proyecto.								

EJECUCION								
Presentación del proyecto a coordinación de Enfermería y Médica de la UCI.								
Presentación del Proyecto al Departamento de Enfermería y Comité de Invesetigación.								
Capacitación a personal de enfermería de la UCI adultos acerca del Manual de Procedimientos para Valoración y Manejo del Dolor								
Revisión de Historias Clínicas y Resultados								
Presentación final del proyecto								

Fuente: Autora de proyecto

Anexo 2. PRESUPUESTO

	VALOR HORA	TOTAL
RECURSO HUMANO		
<ul style="list-style-type: none"> • Persona que ejecuto y diseño el proyecto. 	\$ 20.000	\$2.000.000
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera apoyo recolección de datos 		\$200.000
<ul style="list-style-type: none"> • Diseñador para elaboración del folleto y Manual 		\$1.000.000
<ul style="list-style-type: none"> • Asesor experto. 	\$250.000	\$2.500.000
SUBTOTAL		\$5.700.000
RECURSO MATERIAL		
MATERIALES		
<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopias. 	\$100	\$20.000
<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond. 	\$20.000	\$20.000
<ul style="list-style-type: none"> • Internet. 	\$100.000	\$100.000
<ul style="list-style-type: none"> • Computador. 	\$2.000.000	\$2.000.000
<ul style="list-style-type: none"> • Memoria USB. 	\$20.000	\$20.000
<ul style="list-style-type: none"> • Impresiones. 	\$100	\$10.000

SUBTOTAL		\$2.170.000
FISICOS		
• Salón de conferencias.	\$10.000	\$50.000
• Video Beam.	\$10.000	\$50.000
SUBTOTAL		\$100.000
TOTAL		\$7.970.000

Anexo 3. FOLLETO MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

MEDIDAS AMBIENTALES

- ❖ Crear un entorno tranquilo.
- ❖ Reducir la intensidad de la luz.
- ❖ Mantener una temperatura agradable
- ❖ Reducir el volumen sonoro.
- ❖ Utilización de musicoterapia.
- ❖ Utilización de Aromaterapia



MEDIDAS CONDUCTUALES

- * Indicar al paciente a manifestar el dolor antes de que éste e vuelva más intenso.
- * Facilitar la comunicación con el paciente demostrando una actitud de escucha activa.

* **Técnicas de relajación:** El propósito de esta técnica es reducir la tensión muscular aliviar el dolor y el estrés, disminuye la ansiedad, distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción. Para una correcta relajación es esencial controlar el proceso de respiración que ayudara a controlar el dolor.

* **Apoyo emocional:** Se realiza a través de la familia o personal al cuidado de la salud, ofreciendo apoyo y abordaje humanizado con el objeto de disminuir soledad o ansiedad que el paciente pudiese experimentar.



* **Respiración:** La concentración en su propia respiración ayuda a bloquear el dolor y más aun cuando se han practicado estos ejercicios previamente, mejorando la ventilación y el aporte de oxígeno.

"Cada persona siente el dolor diferente. Lo que una persona esté sintiendo y dice lo que es, lo es."



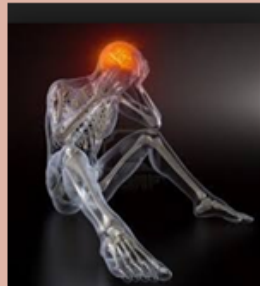
Elaborado: Claudia Inna Carrvajal
Enf UCI Adultos FOSCAL. Eje Cuidado Crítico y Rehabilitación. Universidad de la Sabana. Agosto 2014.

DOLOR MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

INTERVENCION DE
ENFERMERIA



UCI ADULTOS
FOSCAL
2014



DOLOR
"Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión en los tejidos real o potencial"

IMPACTO DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO

Si a la preocupación por la enfermedad, el dolor. Le añadimos la incertidumbre sobre el pronóstico de su enfermedad, es fácil comprender los sentimientos de angustia, miedo, rabia, temor, ansiedad, tristeza pérdida de autonomía, aislamiento y soledad que experimentan estos pacientes



En el ámbito de la UCI el dolor es uno de los síntomas más frecuentes a los que se enfrenta la enfermera, siendo algunas de las causas: tubo oro traqueal y aspiración endotraqueal, cambios de posición, heridas quirúrgicas y curación de las mismas, trauma, quemaduras, sondas y dispositivos invasivos, escaras por presión, medias antiembólicas, entre otras. Es por esto que la enfermera tiene la responsabilidad de identificar el dolor a través de valoración adecuada y realizar manejos oportunos llevar a cabo medidas farmacológicas y no farmacológicas que beneficien al paciente y a la misma enfermera.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR




MEDIDAS FÍSICAS

Masajes: El contacto físico resalta la idea de que la otra persona se interesa por el bienestar del usuario. Se pueden hacer ya sea acariciando suavemente, aplicando masajes firmes y circulares o simplemente sujetando las manos del usuario. Tiene efecto analgésico y antidepresivo.


Libertad de movimientos: Permitir al usuario escoger y realizar distintas alternativas de movimientos en diferentes posiciones. Así como la movilización precoz. La inactividad física provoca rigidez articular y disminución de la fuerza muscular.


Uso de calor y frío: La utilización de calor induce a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejorando la perfusión y aumenta la sensación del control del dolor y la satisfacción.


Anexo 4. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS “REALIZAR VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR”


	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL			Código DE-023-MPC
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES			
	REALIZAR VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR			Hoja 1 de 10
DIRECCION: Médica	DIVISION: Clínica	DEPARTAMENTO: No Aplica	SERVICIO: Servicios Asistenciales	
COORDINACIÓN: No Aplica	RESPONSABLE: Enfermera (o) Profesional y auxiliar de Enfermería		VERSIÓN: TRES	
DEFINICION DEL PROCEDIMIENTO:				
<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento por medio de cual se unifican criterios de valoración y manejo del dolor. Basado en las “Guías de Buenas Prácticas de Enfermería de RNAO”, para mejorar la calidad en el proceso atención, brindando cuidados de alta calidad y abordando el dolor en forma satisfactoria en nuestros usuarios. Está fundamentado en la Teoría de los síntomas desagradables de Lenz. 				
PROPÓSITO				
<ul style="list-style-type: none"> Prevenir y controlar el dolor en usuarios adultos hospitalizados 				
NORMAS DEL PROCEDIMIENTO				
<ul style="list-style-type: none"> Se debe realizar valoración y manejo de dolor a todos los usuarios que ingresen a los servicios Hospitalización servicios hemato-oncología, Sala de Partos y UCI A A todo usuario con presencia de dolor se debe registrar el formato de evaluación y manejo de dolor en la plantilla de escalas de enfermería en la historia clínica electrónica. A todo usuario según la valoración de dolor, se le debe implementar intervenciones no farmacológicas y farmacológicas según orden medica para el alivio del dolor y deben ser registradas en la historia clínica electrónica. A todo usuario con manejo de opioides a altas dosis, monitorizar ya que sufren un mayor riesgo de padecer depresión respiratoria. Aplicar los once correctos en la Administración de Medicamentos. 				
INDICACIONES				
<ul style="list-style-type: none"> Usuarios mayores de 18 años. Usuarios con patologías hematooncológicas de los servicios 9, 6 y 7 Torre Milton Salazar. Usuarios en el servicio de sala partos: Partos normales, cesáreas de urgencias, legrados y hospitalizados en este servicio Usuarios de cirugía ambulatoria Usuarios en unidad de cuidados intensivos e intermedios adulto Usuarios con criterios de riesgo de presentar dolor: patología (cirugía mayor), antecedentes de tratamiento farmacológico (con 72 horas de tratamiento analgésico) Grado de recomendación C 				
CONTRAINDICACIONES				
<ul style="list-style-type: none"> No Aplica 				
COMPLICACIONES Y RIESGOS				
<ul style="list-style-type: none"> Depresión Respiratoria 				
INSUMOS REQUERIDOS				
<ul style="list-style-type: none"> Formato de registro de signos vitales. Formato de registro de enfermería UCI adultos. Escalas de valoración de la intensidad del dolor: Escala verbal numérica y campbell. Guía para la dilución de medicamentos en adultos en la foscal 				


FOSCALIDAD 001 - MF - V7

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL	Código DE-023-MPC
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	
	REALIZAR VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR	Hoja 2 de 10
<ul style="list-style-type: none"> • Guía para la dilución de mezclas de clínica del dolor • Elementos para proporcionar medidas no farmacológicas del dolor: Calentador de agua, paquetes fríos, compresas. <p>INSUMOS SOLICITADOS A LA FAMILIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Música de relajación de acuerdo a los gustos del usuario. • Cremas hidratantes para el cuerpo <p>GLOSARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOLOR: Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociado con daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. • DOLOR AGUDO: El dolor agudo se define como un conjunto de experiencias desagradables de tipo sensorial, perceptivo y emocional, así como otras respuestas autonómicas asociadas, psicológicas y conductuales provocadas por una lesión o una enfermedad aguda. • DOLOR CRÓNICO: El dolor crónico puede originarse en procesos patológicos crónicos de las estructuras somáticas o viscerales, por la distensión prolongada de partes del sistema nervioso central o periférico, o por ambas. En contraposición al dolor agudo, el dolor crónico puede estar causado por mecanismos operantes (factores ambientales) y psicopatológicos. Dolor crónico benigno es el que no está asociado con patología como cáncer o sida y el crónico maligno es el que presenta la persona que presenta un proceso oncológico. • VALORACION DEL DOLOR: Es la actividad realizada durante cada turno por el personal de Enfermería a los usuarios que puedan estar expuestos a algún tipo de dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio usuario sobre la presencia de dolor, molestias o malestar. En situaciones en las que el usuario tiene incapacidad verbal, utilice indicadores para identificar la presencia de dolor. • OLDCART: Es una herramienta que permite realizar una valoración completa del dolor identificando el origen, la localización, duración, características, factores agravantes y tratamiento para el alivio del dolor. • ESCALAS DE VALORACION DE DOLOR: Son las herramientas más utilizadas para valorar la intensidad del dolor y para evaluar el efecto de las modalidades de tratamiento. Las escalas de valoración de la intensidad del dolor definidas por la institución son: Escala Verbal Numérica y la Escala de Campbell. • ESCALA VERBAL NUMERICA: Consiste en interrogar al usuario acerca de su dolor diciéndole que si cero es "no dolor" y diez el "máximo dolor imaginable", refiera un número con que relacione su intensidad. • ESCALA CAMPBELL: Permite evaluar la presencia de dolor y cuantificar su intensidad en pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea. • TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: Es el manejo médico relacionado con el uso de medicamentos. • TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO: Se refiere al tipo de tratamiento en el que no se utiliza medicamentos e incluye estrategias de rehabilitación, modalidades físicas como aplicación de frío, calor, masajes y métodos cognitivo conductuales. • REVALORACION DEL DOLOR: Es una evaluación periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados. • MEDICAMENTOS OPIOIDES: Los opioides son medicamentos semejantes al opio o a la morfina en sus propiedades, son potentes analgésicos, pero poseen además muchas otras propiedades farmacológicas, interactúan con varios subtipos de receptores denominados: μ (μ); κ (κ); δ (δ); y ϵ (ϵ). Comparten muchas propiedades con los péptidos opioides endógenos: encefalinas, endorfinas, y dinorfinas, que son analgésicos naturales que están presentes en el sistema nervioso central (SNC) de todos los vertebrados. • EDUCACION: Conjunto de actividades por parte de los profesionales cualificados y con el apoyo de material tanto escrito como verbal, que proporcionan información al usuario y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios. <p>RECOMENDACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vía oral es la ruta preferida para el manejo del dolor crónico y el dolor agudo en la fase de curación. 		

		FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES		Código DE-023-MPC										
		REALIZAR VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR		Hoja 3 de 10										
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES											
1	Enfermera Profesional		<ul style="list-style-type: none"> Valorar al usuario al ingreso al servicio e identificar si aplica las indicaciones para evaluación de dolor Valorar las características y la intensidad del dolor utilizando las escalas y herramientas aprobadas por la institución: <p>Intensidad del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala verbal numérica Ver anexo 1 Escala Campbell Ver anexo 2 <p>Características del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> Herramienta OLD CART 											
2	Enfermera Profesional y/o Auxiliar de enfermería		<p>Valoración y clasificación del Dolor <i>Grado de recomendación A</i></p> <p>Las actividades para valoración y clasificación del dolor generales se aplican en todos los usuarios, y será responsabilidad del personal su realización y comprobación. <i>Grado de recomendación A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar la valoración en cada turno. En el caso de que el usuario no esté en capacidad de proporcionar información se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia o cuidador. Valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, taquicardia o fiebre. La valoración de la intensidad de dolor se realizará por medio de la escala verbal numérica si el paciente se puede comunicar La valoración de la intensidad de dolor se realizará por medio de la escala de Campbell en pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea; En caso de lesión medular o hemiplejía valorar el lado sano. <p>NOTA: En la UCI Adultos esta actividad estará a cargo de la Enfermera Profesional.</p>											
3	Enfermera Profesional y/o Auxiliar de enfermería		<p>Clasificación de la intensidad y características del dolor según Escalas y herramienta OLD CART <i>Grado de recomendación C</i></p> <p>Una adecuada valoración de la intensidad y origen del dolor permite direccionar el manejo interdisciplinario adecuado utilizando las medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> Clasificar el dolor de acuerdo a la intensidad en: <table border="1"> <tr> <td>Sin Dolor</td> <td>igual a 0</td> </tr> <tr> <td>Dolor leve</td> <td>de 1 a 3</td> </tr> <tr> <td>Dolor moderado</td> <td>de 4 a 6</td> </tr> <tr> <td>Dolor Severo</td> <td>de 7 a 10</td> </tr> <tr> <td>Dolor Muy severo</td> <td>mayor de 10</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> Valorar las características del dolor teniendo en cuenta la herramienta OLD CART que incluye: Origen del dolor, Localización, Duración, Características, Agravantes, Recuperación y Tratamiento <i>Grado de Recomendación C</i> 		Sin Dolor	igual a 0	Dolor leve	de 1 a 3	Dolor moderado	de 4 a 6	Dolor Severo	de 7 a 10	Dolor Muy severo	mayor de 10
Sin Dolor	igual a 0													
Dolor leve	de 1 a 3													
Dolor moderado	de 4 a 6													
Dolor Severo	de 7 a 10													
Dolor Muy severo	mayor de 10													

		FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES		Código DE-023-MPC
		REALIZAR VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR		Hoja 4 de 10
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
4	Enfermera Profesional y/o Auxiliar de enfermería		<p>Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas <i>Grado de recomendación A</i></p> <p>Establecer con ayuda del equipo interdisciplinario, un plan de cuidados compatible con los objetivos, tanto del usuario como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor, teniendo en cuenta los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de la valoración • Las características basales del dolor • Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor • La etiología • Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas para el alivio del dolor. • Vigilar e identificar la presencia de los posibles efectos secundarios más comunes de los medicamentos administrados: náuseas, vómito, estreñimiento, hipotensión postural, confusión y somnolencia. Ver anexo 3. • En el caso de usuarios con persistencia de dolor y en los cuales las intervenciones realizadas no sean efectivas, informar al personal médico, para que sea evaluado. • Identificar las pautas de remisión a clínica de dolor, e informar al medico tratante. <ul style="list-style-type: none"> > Un dolor que no responde al tratamiento estándar. > Múltiples focos de dolor. > Combinación de dolor neuropático y nociceptivo. > Antecedentes de abuso de sustancias. > Cirugías Mayores (tórax, cardiovascular). > Utilizar la guía para la dilución de medicamentos en adultos en la FOSCAL y la guía para la dilución de mezclas de clínica del dolor Ver Anexo 4 > Evaluar la eficacia del tratamiento administrado, a través de la valoración del dolor según la escala de Intensidad del dolor. <p>Intervenciones no farmacológicas <i>Grado de recomendación B</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas ambientales <ul style="list-style-type: none"> > Crear un entorno tranquilo. > Reducir la intensidad de la luz. > Mantener una temperatura agradable > Reducir el volumen sonoro. > Utilizar musicoterapia • Medidas conductuales <ul style="list-style-type: none"> > Incentivar en el usuario la manifestación del dolor antes de que éste se vuelva más intenso. > Facilitar la comunicación con el usuario demostrando una actitud de escucha activa. > Técnicas de relajación: El propósito de esta técnica es reducir la tensión muscular, aliviar el dolor y el estrés, generando mayor control por parte del usuario y disminución de la ansiedad, distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción. Para una correcta relajación es esencial controlar el proceso de respiración que ayudara a controlar el dolor. 	

		FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES		Código DE-023-MPC
		REALIZAR VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR		Hoja 5 de 10
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
Continúa Actividad 4	Enfermera Profesional y/o Auxiliar de enfermería		<ul style="list-style-type: none"> > Apoyo emocional: Se realiza a través de la familia o personal al cuidado de la salud, ofreciendo apoyo y abordaje humanizado con el objeto de disminuir soledad o ansiedad que el usuario pudiese experimentar. > Respiración: la concentración en su propia respiración ayuda a bloquear el dolor y más aun cuando se han practicado estos ejercicios previamente, mejorando la ventilación y el aporte de oxígeno. Se debe indicar al usuario que respire en forma lenta, profunda y rítmica prestando especial importancia a la expulsión del aire ya que cuando se exhala los músculos respiratorios se relajan produciéndose esta sensación en todo el cuerpo. • Medidas físicas <ul style="list-style-type: none"> > Aplicación de medidas antiálgicas, realizando movilizaciones corporales que ayuden a aumentar el bienestar del paciente mediante cambios posturales y uso adecuado de almohadas o dispositivos. > Masajes: El contacto físico resalta la idea de que la otra persona se interesa por el bienestar del usuario. Se pueden hacer ya sea acariciando suavemente, aplicando masajes firmes y circulares o simplemente sujetando las manos del usuario. > Libertad de movimientos: Permitir al usuario escoger y realizar distintas alternativas de movimientos en diferentes posiciones. Así como la movilización precoz. La inactividad física provoca rigidez articular y disminución de la fuerza muscular. > Uso de calor y frío: La utilización de calor induce a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejorando la perfusión y aumenta la sensación del control del dolor y la satisfacción. <i>Grado de recomendación B</i> 	
5	Enfermera Profesional y/o Auxiliar de enfermería		<p>Revaloración del dolor según intervención realizada <i>Grado de recomendación C</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar revaloración periódica del dolor de acuerdo a las intervenciones instauradas • El dolor es revalorado cuando haya alcanzado su efecto máximo: <ul style="list-style-type: none"> > 15 minutos por vía parenteral. > 1 hora después de la administración de medicamentos de liberación inmediata. > 4 horas después en tratamientos con analgésicos de liberación sostenida. > 30 minutos después de intervenciones no farmacológicas. • Valorar el dolor postoperatorio con cada nuevo episodio de dolor o en caso de dolor inesperado. • Reevaluar las características del dolor aplicando las escalas establecidas. • Informar al médico tratante o de turno en caso de persistencia o aumento del dolor, el tratamiento del dolor para refuerzo o cambio del manejo. • Diferenciar entre adicción a los medicamentos, tolerancia y dependencia para prevenir que esta constituya una barrera a la hora de aliviar el dolor de forma óptima. • Anticipar y monitorizar en los usuarios que tomen opioides para prevenir los posibles efectos secundarios como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia, e iniciar el tratamiento profiláctico adecuado. 	
6	Enfermera y/o auxiliar de enfermería		<p>Clasificar el dolor según Escala de Valoración Numérica EVN como: dolor controlado o dolor no controlado</p> <p>Sí ¿El usuario presenta dolor controlado? <i> Pasar a la actividad 8</i></p> <p>No ¿El usuario presenta dolor controlado? <i> Pasar a la actividad 7</i></p>	
7	Enfermera y/o auxiliar de enfermería		<ul style="list-style-type: none"> • Informar al médico y administrar el medicamento según procedimiento y orden médica. 	

		FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES REALIZAR VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR		Código DE-023-MPC Hoja 6 de 10
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
8	Enfermera auxiliar enfermería y/o de		Educación del paciente y la familia <i>Grado de recomendación A</i> <ul style="list-style-type: none"> Entregar por escrito al usuario, a su familia o cuidador, una copia del plan de cuidados para manejo del dolor, al egreso de la institución, para promover el autocuidado y la participación en el manejo del dolor. Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios. Asegurarse de que los usuarios entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos. Esclarecer las diferencias entre adicción, tolerancia y dependencia física para evitar que una idea equivocada al respecto obstaculice el buen uso de los métodos farmacológicos utilizados en el manejo del dolor. La adicción (dependencia psicológica) no es una dependencia física o tolerancia y no es habitual en personas que toman opioides para el dolor crónico. Las personas que utilizan los opioides de manera crónica para controlar el dolor pueden mostrar signos de tolerancia que requieren aumentos de las dosis. Sin embargo, la tolerancia no suele ser un problema y la gente puede utilizar la misma dosis durante años. 	
9	Enfermera auxiliar enfermería y/o de		<ul style="list-style-type: none"> Realizar registros de la valoración y manejo de dolor en las plantillas de las Escalas de Dolor en la historia clínica electrónica Documentar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en un registro sistemático del dolor en el que se pueda identificar con claridad el efecto de las mismas en el alivio del dolor. 	
BIBLIOGRAFIA <ul style="list-style-type: none"> Valoración y Manejo de Dolor .Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario Programa de Guías de buenas prácticas en enfermería. Toronto, Ontario. Página Web: www.mao.org. Noviembre 2002 ATROPHY M S. et al. A randomized comparison of three methods of analgesia for chest drains removal in postcardiac surgical patients. <i>Anesthesia & Analgesia</i>, 100(1), 205-209. Formación y .L. (2001). Organizativo Dolor TRATAMIENTO Dolor TRATAMIENTO. <i>Nursing. American Dolor</i>. (2005). Guideline for the management of cancer pain in adults and children. Glenview (IL): American Pain Society (APS).Antall, G.F. & D. (2004). Dolor In ancianos. <i>Nursing</i>.Barlow, J.H. & Ellard, D.R. (2004). Formativo y: An overview of the research evidence base. Child: yBird, J. (2003). Dolor. <i>Nursing Standard</i>, 18(13), 33-39. WILEY J & SONS. Dolor. The Cochrane Library, Issue 1., Ltd. Medline Plus (2007). Medical. [Online]. Available: I.,Medscape (2007). Neuroscience Institute. [Online]. Available: http://www.lww.com http://www.felizsindolor.es/tratamiento-farmacologico.html MONTORO R, JB. Farmacología del Dolor. Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona Farmacología del Dolor ACHURY S, DM. Aplicación de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Manejo del Dolor, <i>InvInvestigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo</i>, vol. 9, núm. 1, enero-junio, 2007, pp. 7-18, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, Disponible en:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212858002 PAEILE J & BILBENY LS. Definición de Dolor, <i>En: El Dolor: De lo Molecular a lo Clínico: Mediterráneo</i>, 2005. 				

FOSCALIDAD 001 - MF - V7


ANEXOS

Anexo 1. ESCALA DE VALORACION NUMERICA E.V.N.



Anexo 2. ESCALA DE CAMPBELL


Escala de Evaluación del Dolor y Comportamiento: Para paciente con incapacidad para comunicarse de manera espontánea. Rango de Puntuación: 0-10			
	0	1	2
Musculatura Facial	Relajada	En tensión , ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades
Tono Muscular	Normal	Aumentado, flexión de dedos de manos y/o de pies	Rígido
Respuesta verbal	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas , lloros, quejidos o gruñidos frecuentes
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y/o la Voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL		Código
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES		DE-023-MPC
	REALIZAR VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR		Hoja 8 de 10
Anexo 3 UTILIZACION DE LA ESCALA DE ANALGESICOS DE LA OMS Y EFECTOS ADVERSOS.			
ESCALON 1	EFECTOS ADEVEROSOS:	TIPOS DE ANALGESICOS DE ACCION PERIFERICA:	COADYUVANTES
ANALGESICOS DE ACCION PERIFERICA	Intolerancia y ulceración Gastrointestinal Inhibición de la agregación plaquetaria Inhibición de la motilidad uterina Inhibición de la función renal por PG Hipersensibilidad (rinitis, crisis asmática)	SALICILATOS: ASS, AS LISINA, TRIFLUSAL PIRAZOLONAS: METAMIZOL PARAMINOFENOL: PARACETAMOL INDOLES: INDOMETACINA, SULINDAC ACIDO ACETICO, ACIDO PROPIONICO, OXICAMAS, NAFTILALCANONAS , COXIBS	Antiinflamatorios No Esteroides AINES (ASA, IBUPROFENO, NAPROXENO) Antiinflamatorios Glucocorticoides
ESCALON 2	EFECTOS SECUNDARIOS:		MEDICAMENTOS ADYUVANTES OPIACEOS FUERTES
Opiode para el dolor leve a moderado + analgésico no opioide +/- coadyuvante	Nauseas, vómitos, vértigo, mareos, somnolencia y estreñimiento.	Codeína Dihidrocodeína Buprenorfina Tramadol.	ANTIDEPRESIVOS Amitriptilina Doxepina Imipramina BENZODIAZEPINAS NEUROPELTICOS Haloperidol Clorpromazina ANTICONVULSIVANTES CORTICOIDES
ESCALON 3	EFECTOS SECUNDARIOS:		
Opiode fuerte + analgésico no opioide +/- coadyuvante	Nauseas, vómitos, sudoración, astenia, confusión con oprilación vértigo, mareos, somnolencia depresión respiratoria y estreñimiento. La dependencia física se relación al síndrome de abstinencia.	MORFINA HIDROMOFRONA METADONA OXICODONA FENTANYLO	



Anexo 4. GUÍA PARA LA DILUCIÓN DE MEZCLAS DE CLÍNICA DEL DOLOR.

MEZCLAS	MEDICAMENTOS	CONCENTRACION
PCA DE MORFINA ENDOVENOSA	6 AMPOLLAS DE MORFINA POR 10 ML 54CC DE SSN	MORFINA: 1MG POR CC
PCA DE FENTANYL ENDOVENOSA	4 AMPOLLAS DE FENTANYL POR 500 MCG 160CC DE SSN	FENTANYL: 10 MGR POR CC
CAL 0 PERIDURAL	5 AMPOLLAS DE BUPIVACAINA 0.5% SIN EPINEFRINA 200CC DE SSN	BUPIVACAINA: 1 MG POR CC
CAL 2 PERIDURAL	5 AMPOLLAS DE BUPIVACAINA 0.5% SIN EPINEFRINA 1 AMPOLLA DE FENTANYL POR 500MCG 190CC DE SSN	BUPIVACAINA : 1MG POR CC FENTANYL : 2 MCG POR CC
CAL 4 PERIDURAL	5 AMPOLLAS DE BUPIVACAINA 0.5% SIN EPINEFRINA 2AMPOLLAS DE FENTANYL POR 500MCG 180CC DE SSN	BUPIVACAINA : 1MG POR CC FENTANYL : 4 MCG POR CC
CAL M PERIDURAL	5 AMPOLLAS DE BUPIVACAINA 0.5% SIN EPINEFRINA 6 MGRS DE MORFINA 200CC DE SSN	BUPIVACAINA : 1MG POR CC MORFINA:0.02 MCG POR CC
INFUSION CONTINUA DE MORFINA ENDOVENOSA	25 MGRS DE MORFINA 250CC DE SSN	MORFINA : 0.1 MGR POR CC
ATRACAL ENDOVENOSA	4 AMPOLLAS DE DAPIRONA POR 2.5 GRS 2AMPOLLAS DE TRAMADOL POR 100MGR 176CC DE SSN	TRAMADOL: 1 MGRS POR CC DAPIRONA: 0.05
ATRACAL MODIFICADA ENDOVENOSA	4 AMPOLLAS DE DAPIRONA POR 2.5 GRS 2AMPOLLAS DE KETOPROFENO POR 100MGR 176CC DE SSN	DAPIRONA: 0.05 POR CC KETOPROFENO: 1 MGR POR CC
LIDOCAL INTERESCALENICA	4 AMPOLLAS DE LIDOCAINA 1% SIN EPINEFRINA 1AMPOLLA DE FENTANIL POR 500 MGR 200 CC DE SSN	LIDOCAINA: 1.6 MGRS POR CC FENTANIL: 2MCG POR CC
LIDOCAL MODIFICADA INTERESCALENICA	2 ½ AMPOLLAS DE LIDOCAINA 1% SIN EPINEFRINA 2 ½ AMPOLLA DE BUPIVACAINA 0.5% SIN EPINEFRINA 200 CC DE SSN	LIDOCAINA: 1 MGRS POR CC BUPIVACAINA: 0.5 MG POR CC

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL		Código DE-023-MPC
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES		
	REALIZAR VALORACIÓN Y MANEJO DE DOLOR		Hoja 10 de 10
GRADO DE LAS RECOMENDACIONES			
<p>Interpretación de la evidencia: Las buenas prácticas exigen que se oriente a las enfermeras con la mejor evidencia disponible. Para que el lector entienda la fuerza de la evidencia, se ha puntuado cada recomendación con un grado de recomendación. El sistema de clasificación utilizado en esta Guía ha sido adaptado de la Scottish Intercollegiate Guideline Network (2000)</p>			
A	Este grado debe incluir una revisión sistemática y/o un metaanálisis de ensayos Aleatorizados y controlados.		
B	Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien dirigidos, pero no de ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Esto incluye la evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, estudios cuasi experimentales y estudios no experimentales como son los estudios comparativos, los estudios de correlación y los estudios de casos. El grupo para el desarrollo de la guía de la RNAO apoya firmemente la inclusión en esta categoría de los estudios cualitativos bien diseñados.		
C	Requiere la evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o su opinión y/o las experiencias clínicas de autoridades. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables		
ELABORADO POR:		REVISADO POR:	APROBADO POR:
Enf. Laura Gaona - Julio 2012 Enf. Blanca Merchán Niño – Junio 2012 Enf. Claudia López – Septiembre de 2013 Enf. Claudia Luna – 22 Julio de 2014		Claudia López – Coordinadora Hemato-oncología Claudia Luna – Enfermera Profesional Rosa Edith Ballesteros- Coordinadora Cirugía Ambulatoria Marisela Márquez – Coordinadora UCIA Blanca Merchán Niño – Coordinadora Calidad Hospitalaria	Maribel Esparza Bohórquez- Jefe División de Enfermería.
FECHA DE ELABORACIÓN:		FECHA DE REVISIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:
Julio de 2012		30 Julio de 2014	6 Agosto de 2014

FOSCALIDAD 001 - MF - V7

Anexo 5. FOLLETO PARA LA FAMILIA Y EL USUARIO DE LA CLINICA LA FOSCAL PARA MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS DE DOLOR

Medidas de distracción

Proporcionar compañía a la persona con dolor disminuyendo soledad o ansiedad aprovechando estos momentos para realizar actividades como lectura, juegos, visualización.

Respiración:
La concentración en su propia respiración ayuda a bloquear el dolor y más aun cuando se han practicado estos ejercicios previamente, mejorando la ventilación y el aporte de oxígeno.



La Risa
Si ayudas a alguien a reír le estas ayudando a vivir, es un ejercicio muscular, es una técnica respiratoria, es analgésico, disminuye los efectos del sufrimiento, es anti estrés.

El abrazo que consuela
A través de él somos capaces de comunicar mil significados, el abrazo sincero, el abrazo dado en medio del dolor implica comunión, recoge la fragilidad, mata la soledad que mata, sostiene la debilidad, rompe la distancia que duele en el corazón.
Ningún problema es tan grave

El alivio del dolor es nuestra prioridad.

CLINICA FOSCAL
CALLEJA LUNA ESTRELLA,
ESP. EN CUIDADO CRÍTICO EN EL ADULTO
—
INSTITUCIÓN DE LA SALUD
ENF. UCI ADULTOS

El alivio del dolor es nuestra prioridad

**¿Tienes dolor?
Trabajemos juntos**

Guía para el manejo del dolor



CLINICA FOSCAL
ESPERANZA DE VIDA (LOGO FOSCAL)

¿Tienes dolor? Trabajemos juntos

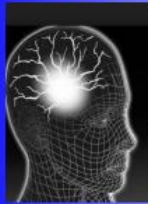
¿Tienes dolor? Te asusta sufrir a causa de tu enfermedad, de una intervención o de un examen médico? ¿un familiar o allegado tuyo se e afectado por este problema? Este folleto contiene información sobre algunas medidas del control del dolor fáciles de aplicar.

¿Qué es el dolor?

El dolor es una experiencia emocional desagradable y asociada a diferentes patologías físicas o psicológicas, y nos avisa que algo va mal y que requiere atención.

Todos somos diferentes ante el dolor.

Expresa su dolor aunque sea leve, sin demora.



Califíquelo entre 0 y 10, esto evalúa la intensidad de su dolor, siendo 0 el mínimo dolor y 10 la intensidad máxima.

Tratemos el dolor

La gran mayoría de los dolores se trata combinando medicamentos, masaje, aplicación de calor-frio, musicoterapia, aromaterapia, tacto terapéutico y medidas de distracción.

El consumo de medicamentos debe ser bajo prescripción medica, la automedicación es una practica de riesgo que no se debe realizar. Tómelos en el horario previsto evaluando su eficacia y efectos secundarios, informando oportunamente al personal de salud.

Masajes

El contacto físico resalta la idea de que la otra persona se interesa por el bienestar . Se pueden hacer ya sea acariciando suavemente, aplicando masajes firmes y circulares o simplemente sujetando las manos a la persona. Tiene triple acción, contacto físico, relajación muscular, efecto analgésico y antidepresivo. Podemos utilizar aceites de camomila, lavanda y eucalipto. Mientras no haya alguna contraindicación.



Uso de calor y frio

La utilización de calor induce a la relajación, alivia el espasmo muscular reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejorando la perfusión y aumenta la sensación del control del dolor y la satisfacción. Aplicar protegiendo la piel del contacto directo de 15 a 20 minutos cada 2 horas

Musicoterapia

Es una medida ambiental que mejora el estado de animo, se utiliza con un tono suave y del agrado de la persona.



Aromaterapia

Llegan a la raíz emocional despertando nuestras propias energias de curación. Ayuda a eliminar los efectos desagradables por ejemplo el ciprés, enebro y eucalipto.



Anexo 6. LISTA DE CHEQUEO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE LA CLÍNICA LA FOSCAL

Lista de chequeo para verificación de cumplimiento en cuanto al diligenciamiento de las escalas de dolor y registro de las medidas no farmacológicas y farmacológicas para valoración y manejo de dolor.

1. Aplica la escalas de dolor (verbal numérica de dolor o campbell)
Si
No
2. Diligencia adecuadamente las escalas de dolor.
SI
NO
3. Aplica la herramienta **OLDCART**, en caso de dolor presente.
Si
No
4. Diligencia adecuadamente la herramienta **OLDCART**

Si
No

5. Registra las medidas no farmacológicas utilizadas para manejo de dolor en el paciente que tiene dolor.

Si
No

6. Registra las medidas farmacológicas utilizadas para manejo de dolor en el paciente que tiene dolor.

Si
No