

**SOCIALIZACIÓN DE LA ESCALA BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE) PARA
VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE VENTILADO Y BAJO
EFECTOS DE SEDACIÓN EN LA UCI QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL
CLÍNICA SAN RAFAEL**

**LILIANA ANDREA MORA RICO
TATIANA QUINTERO PASTOR**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO
BOGOTA
2016**

**SOCIALIZACIÓN DE LA ESCALA BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE) PARA
VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE VENTILADO Y BAJO
EFECTOS DE SEDACIÓN EN LA UCI QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL
CLÍNICA SAN RAFAEL**

**LILIANA ANDREA MORA RICO
TATIANA QUINTERO PASTOR**

TRABAJO DE GRADO

**DOCENTE ASESOR
YANIRA ASTRID RODRIGUEZ HOLGUÍN
ENFERMERA MAGISTER EN CUIDADO MATERNO-PERINATAL**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO
BOGOTA
2016**

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la posibilidad de llegar hasta éste punto y por todas las oportunidades que ha puesto en mí camino; a mi madre Carmen Rico de quién he recibido todo el apoyo, amor e incondicionalidad; a mis abuelos (QEPD) quienes me enseñaron a luchar por lo que queremos; a mi tía Cristina Rico por ser una gran amiga y por creer en mí; a mi familia por darme alas y enseñarme que todo se puede lograr; al amor de mi vida por su amor, paciencia y apoyo; y a todas las demás personas que hicieron posible que éste sueño se hiciera realidad.

Liliana Mora Rico

Dedico éste proyecto a mis padres Juan de Jesús Quintero Prada y a María Nelly Pastor quienes me han motivado durante toda mi vida cada paso hacia el crecimiento personal y profesional a quienes debo millones de consejos y apoyo lleno de amor y exigencia permanente para ser mejor persona, a mi hermano Juan Carlos Quintero por su compañía y ayuda y a cada uno de mis colegas que hicieron parte de este proyecto.

Tatiana Quintero Pastor

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. MARCO DE REFERENCIA	7
1.1 INTRODUCCIÓN	7
1.2 AREA PROBLEMÁTICA	8
1.3 JUSTIFICACIÓN	11
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 TEORIA DEL CONFORT – KATHARINE KOLKABA	13
3. ARBOL PROLEMA	18
4. ARBOL OBJETIVOS	19
5. MARCO CONEPTUAL	20
5.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	20
5.2 EL DOLOR	21
5.3 VALORACIÓN DEL DOLOR	23
5.4 ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR	24
5.5 ESCALA BPS	28
6. MARCO ÉTICO	33
7. MATRIZ DE MARCO LÓGICO	37
8. PLAN DE ACCIÓN	38
9. PRESUPUESTO	40
10. CRONOGRAMA	42
11. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	43
11.1 ACTIVIDAD: RECONOZCO TU DOLOR	43
11.2 ACTIVIDAD: ¿CÓMO INTERPRETO EL DOLOR?	55
12. CONCLUSIONES	61
13. RECOMENDACIONES	62
14. LIMITACIONES	63
15. BIBLIOGRAFÍA	64

LISTA DE IMÁGENES

- | | |
|-------------------------|----|
| 1. Imagen 1: Escala BPS | 29 |
|-------------------------|----|

LISTA DE GRÁFICAS

- | | |
|----------------------------------------|----|
| 1. Gráfica 1: Pregunta 1 – Actividad 1 | 48 |
| 2. Gráfica 2: Pregunta 2 – Actividad 1 | 50 |
| 3. Gráfica 3: Pregunta 3 – Actividad 1 | 51 |
| 4. Gráfica 4: Tipo de escala | 51 |
| 5. Gráfica 5: Pregunta 1 – Actividad 2 | 57 |
| 6. Gráfica 6: Pregunta 2 – Actividad 2 | 58 |
| 7. Gráfica 7: Pregunta 3 – Actividad 2 | 59 |

RESUMEN

El proyecto Socialización de la Escala BPS (Behavioral Pain Scale) para la valoración del dolor en el paciente ventilado y bajo efectos de sedación en la UCI Quirúrgica Del Hospital Clínica San Rafael, surge a partir de la necesidad institucional de una escala específica para la valoración del dolor en los pacientes no comunicativos. A partir de ésta problemática, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de literatura en la cual se reafirmó la importancia que tiene la valoración del dolor como principio para su tratamiento y como pilar para prevenir las complicaciones asociadas a un manejo inadecuado del mismo.

En éste sentido y a partir de los principales conceptos de la Teoría del Confort planteada por Katharinne Kolkaba, se planearon y ejecutaron dos actividades con el personal de enfermería de la UCI quirúrgica del turno de la noche la cuales contaron de: una evaluación previa; un desarrollo del tema, el cual fue apoyado por 2 herramientas elaboradas (un rotafolio y un folleto), donde se expone los principales aspectos que rodean la valoración del dolor, las complicaciones más frecuentes relacionadas con el manejo inadecuado del mismo y los ítems que componen a la Escala BPS, así como su interpretación; además, se hizo análisis de 2 casos clínicos, y una actividad de juego de roles que permitió ver la importancia que da el personal a la valoración y manejo del dolor así como la disposición para aceptar nuevas herramientas que orienten de manera objetiva sus labores.

A partir del desarrollo de éste se logró concluir que el personal de enfermería considera prioritaria la valoración del dolor como punto de partida para planear intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que contribuyan con el alivio del mismo, en aquellos pacientes que no se pueden comunicar, favoreciendo la interpretación adecuada de expresiones faciales y cambios fisiológicos asociados con el mismo. Además, la escala BPS fue reconocida como una herramienta útil en la valoración del dolor del paciente no comunicativo.

Finalmente se recomienda a la institución continuar con el proceso de socialización de la escala BPS con el personal de enfermería de todas las Unidades de Cuidado Intensivo, para su posterior implementación.

Palabras clave: dolor, valoración del dolor, escala BPS.

MARCO DE REFERENCIA

- **INTRODUCCIÓN**

Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) son espacios que permiten el manejo de pacientes con diferentes patologías de alta complejidad y que requieren un grupo de profesionales idóneos que ejecuten a cabalidad todas y cada una de las intervenciones propuestas, con el fin de cumplir los objetivos planteados de forma individual para la recuperación de los pacientes. Esto da lugar a la necesidad de abordar de manera integral los diferentes signos y síntomas asociados al proceso de salud y enfermedad, que desde el punto de vista de enfermería van encaminados al manejo holístico del paciente, donde no sólo se trata el proceso fisiopatológico sino también la experiencia individual que orienta las diferentes actividades e intervenciones; incluyendo la capacidad del personal asistencial de identificar la presencia de dolor en aquellos pacientes con limitación en la comunicación condicionada por el estado de salud.

Es por ello, que la sensación o experiencias como la presencia de dolor y el tratamiento del mismo se ha convertido en objetivo primordial para quienes reciben atención en instituciones de salud, existiendo un especial interés en aquellos individuos que se encuentran bajo efectos de sedación y que además reciben soporte ventilatorio, lo cual limita la posibilidad de que expresen las diferentes sensaciones de disconfort o dolor que se pueden experimentar bajo estas condiciones y que repercuten directamente en su recuperación y evolución.

- **AREA PROBLEMÁTICA**

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor como “una experiencia subjetiva sensorial y emocional desagradable que se asocia a un daño real o potencial de los tejidos”¹ que además se considera como una experiencia que varía de una persona a otra dependiendo de factores como experiencias previas, soporte emocional y comportamientos entre otras que determinan el éxito en el tratamiento.

Es por ello que el dolor se ha convertido en un marcador de interés a nivel mundial, al punto que se han realizado diferentes estudios que incluyen un gran número de instituciones e individuos participantes, que favorecen el análisis de los que son considerados 6 procedimientos nociceptivos (la movilización o cambio postural, el retiro de drenaje torácico, la aspiración de secreciones endotraqueales, el retiro del catéter femoral, la colocación del catéter venoso central y la curación de las heridas), que hacen parte de las actividades diarias que realiza el personal de salud en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) y que pueden ocasionar dolor. Para valorar estos aspectos se realizó un estudio llamado Thunder II² que buscaba estudiar la respuesta de los pacientes a estos estímulos. Éste fue llevado a cabo con una muestra de 6.000 pacientes críticos, adultos y niños de 169 hospitales de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia destacándose el cambio postural como el procedimiento más doloroso.

En Colombia al igual que en el mundo existe un importante interés no solo en las escalas para valorar adecuadamente el dolor sino también en cómo éste puede ser tratado, es así como en 2007, la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo publicó el primer consenso de sedación y analgesia en Cuidado Intensivo. Así mismo han surgido estudios como el realizado por la Organización Sanitas Internacional en relación con el nivel de sedación y manejo de dolor en pacientes adultos hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo, cuyo propósito fue describir los esquemas de sedación y analgesia

¹ International Association for the study of Pain subcommittee on Taxonomy [Internet]. Pain terms: a list with definitions and notes on usage pain. [06 de agosto de 2015; citado 12 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://iasp-pain.org>

² Vazquez C. et al. Valoración del dolor durante el cambio de posición postural en pacientes con ventilación mecánica invasiva. Revista Enfermería intensiva [Internet]. 2009 [Citado 12 de junio de 2015]; 20(1): 2-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es>

empleados en los pacientes adultos hospitalizados en las UCIs, de dicha organización en relación con el nivel de sedación y control del dolor³.

El Hospital Universitario Clínica San Rafael lugar donde se ejecutará este proyecto, cuenta con un protocolo medico diseñado con el fin de evaluar el dolor y la agitación a través de escalas diseñadas para éste fin; así mismo busca llevar a cabo una adecuada titulación de los fármacos tanto analgésicos como sedantes en busca de establecer y cumplir metas. Sin embargo, en la práctica clínica se ha demostrado que en los pacientes sedados y conectados a ventilación mecánica no se lleva a cabo una valoración adecuada del dolor, pues aún no se cuenta con una escala específica diseñada para este tipo de población; al punto que el personal de enfermería, que son los directos implicados en este tipo de intervenciones, no conocen el manejo e importancia de las mismas y el impacto que estas pueden tener en la planeación de actividades y resultados esperados alrededor del manejo adecuado del dolor y de la comodidad del paciente.

En éste sentido es importante destacar que cada una de las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, con el fin de reducir los efectos nocivos asociados a las diferentes sensaciones de disconfort que se experimentan en el proceso de hospitalización y que afectan no solo su ser físico sino también su contexto sociocultural, psicoespiritual y ambiental; contextos de experiencia de confort mencionados por Katherine Kolkaba en su teoría, donde los tipos de confort van encaminados a brindar alivio, tranquilidad y permitir la trascendencia del paciente. Por tanto, la valoración y el tratamiento del dolor son fundamentales en la búsqueda de la comodidad que pueda llegar a experimentar un individuo que se encuentre bajo efectos de sedación y además cuente con soporte ventilatorio, donde se evidencia una clara limitación de la comunicación de sensaciones específicas como el dolor que depende también de la percepción de cada paciente. Por tanto, el conocimiento específico de una escala de valoración para éste tipo de población es de vital importancia para orientar el manejo de la sintomatología asociada.

Escalas como la BPS (Behavioral Pain Scale) que son específicas para la valoración del dolor en situaciones especiales como la sedación y la intubación, son indispensables en las Unidades de Cuidado Intensivo, de manera que el

³ Rojas JA; Cristancho, M. Esquemas de sedoanalgesia en las unidades de cuidado Intensivo de la Organización Sanitas Internacional. Rev. Medica Sanitas [Internet]. 2012 [Citado 18 de julio de 2015]; 15 (1): 22-28. Disponible en: <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/index.php?edicion=25&seccion=20>

personal asistencial, especialmente el personal de enfermería deben conocerla, manejarla, aplicarla e interpretarla adecuadamente para que de esta forma se oriente el manejo y tratamiento del dolor de forma satisfactoria.

• JUSTIFICACIÓN

Éste proyecto busca la socialización de la escala BPS (Behavioral Pain Scale) en la Unidad de Cuidado Intensivo Quirúrgica del Hospital Universitario Clínica San Rafael, con el fin de dar a conocer una herramienta útil que permita valorar de forma adecuada el dolor en los pacientes críticos que se encuentran bajo efectos de sedación y conectados a ventilación mecánica, ya que el dolor se considera como “síntoma cardinal” donde diferentes factores pueden influir en la percepción del dolor, entre los cuales se encuentran la expectativa del mismo (percepción), experiencias dolorosas anteriores, estado emocional y procesos cognitivos; lo anterior hace que el dolor se considere como un problema multidimensional. Por el contrario, en el día a día de la práctica clínica el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico, dejando atrás el componente social, emocional y sus repercusiones.⁴

El interés en éste tema surge por la necesidad que existe no sólo a nivel institucional sino a nivel mundial de que se lleve a cabo una adecuada valoración del dolor, ya que de esto depende la intervención para el manejo adecuado del mismo; lo cual no sólo beneficia el paciente sino también a la institución pues se ha demostrado que si el dolor no se valora y no se alivia a tiempo de manera eficaz, la recuperación se vuelve un proceso lento, pues favorece la aparición de complicaciones pulmonares, infecciones quirúrgicas, además de alteraciones psicológicas (aumento del nivel de ansiedad) y de comportamiento (estados de delirium), que a su vez conllevan a producir alteraciones en el sueño (insomnio). Se ha demostrado que dentro de los beneficios de la implantación de protocolos que permiten la valoración y el adecuado manejo del dolor se encuentra una reducción en el tiempo de duración de la ventilación mecánica, reducción de la estancia en UCI, reducción de las infecciones nosocomiales y la incidencia de episodios de dolor y agitación⁵.

Para los profesionales de enfermería no es sólo importante sino también necesario que conozcan las herramientas que existen y que permiten mejorar

⁴ Achury DM. Dolor: La verdadera Realidad. Revista Aquichan [Internet]. 2008 [Citado 06 de junio de 2015]; 8 (2). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/132/265>

⁵ Latorre M, Solis M, Falero T, Larrasquitu A, Roman A, Millan E. Validación de la Escala de Conductas indicadoras de dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: Resultados del proyecto ESCID. Enfermería Intensiva [internet]. 2011 [citado 09 de noviembre de 2015]; 22 (1): 3-12. Disponible en: <http://www.elsevier.es>

los procesos de valoración para así identificar y establecer un plan de cuidados idóneo a partir de las necesidades reales de los individuos; lo que se hace aún más relevante si se parte de que el personal de enfermería es quien tiene un mayor contacto con las personas en estado crítico. Entonces se puede decir que el problema radica quizás en desconocer sobre el tema o peor aún infravalorar el dolor del paciente o sobreestimar el efecto de los analgésicos⁶; pero no es suficiente sólo con administrar medicación, es necesario ir más allá para conocer cuál es el verdadero significado del síntoma, no sólo desde el punto de vista teórico sino práctico, vivencial de las personas que lo padecen⁷

El equipo gestor de éste proyecto considera que el hecho de lograr la socialización de una escala en la unidad de cuidado intensivo quirúrgica de la Clínica San Rafael, que permita la valoración precisa del dolor en el paciente bajo efectos de sedación y conectado a la ventilación mecánica, es un reto que ayudará en el crecimiento como profesionales, pues motiva a buscar soluciones eficaces ante necesidades verdaderas de una realidad cambiante que se enfrenta cada día, permitiendo el desarrollo de aptitudes proactivas y capacidad de liderazgo en un grupo con diferentes funciones pero con unos objetivos en común.

⁶ Ibíd 2.

⁷ Ibíd 4.

MARCO DE TEÓRICO

TEORIA DEL CONFORT- KATHARINE KOLKABA

La realización de éste proyecto se basa en los planteamientos realizados por la teorista Katharine Kolcaba quien inició su trabajo teórico con la realización de diagramas basados en la práctica de enfermería; el primer paso de su análisis empezó con una ardua revisión sobre el concepto de comodidad, está relacionada a la práctica de enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía. Basándose en un concepto propuesto por Florence Nightingale quien en 1859 declaro: “nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación no sólo sirve para recopilar datos variados y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover salud y comodidad⁸. Estos planteamientos nos permiten guiar de manera objetiva la planeación, ejecución y evaluación de los objetivos planteados en éste proyecto en búsqueda de aportar al confort de los pacientes con limitación en su comunicación que se encuentran entubados bajo efectos de sedación.

En éste sentido esta teorista retoma términos y definiciones altamente relacionadas con la identificación y el manejo adecuado del dolor, por tanto para sintetizar y elaborar los tipos de confort Kolcaba utilizó: el alivio que se elaboró a partir del trabajo de Orlando (1961) quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes. Para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeóstasis. La trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes creían que podían superar las dificultades con la ayuda de las enfermeras. En su teoría del cuidado, Watson (1979) declaró que el entorno de los pacientes era muy importante para su bienestar mental y físico. Por tanto, siempre que fuera posible, las enfermeras debían proporcionar comodidad a través de intervenciones ambientales. Watson identificó las medidas de comodidad que las enfermeras utilizaban al respecto (Who's Who in American Nursing, 1991); y utilizó el término medidas de confort como sinónimo de intervenciones⁹. Partiendo de las afirmaciones realizadas por varias de las teóricas y retomadas por Kolkaba en su teoría, se identifica de forma explícita la importancia del actuar de la enfermera frente a las necesidades del individuo, iniciando por una adecuada valoración que permita establecer cuáles son los aspectos más relevantes a intervenir; por tanto, es claro que para dar un

⁸ Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Revista de Enfermería Neurológica [Internet]. 2010 [Citado 05 de agosto 2015]; 9(2): 94-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>

⁹ Ibíd 8.

adecuado manejo al dolor, primero se debe identificar su intensidad para así poder establecer las medidas necesarias que favorezcan en él la comodidad o confort desde los diferentes contextos, brindando un cuidado holístico y contribuyendo a una pronta recuperación

A partir de la teoría de Katherine Kolcaba en donde las bases del cuidado están en ofrecer comodidad al paciente a fin de contribuir a la recuperación de un estado de salud alterado, se puede concluir que uno de los objetivos de la práctica de enfermería es brindar a cada individuo que cumple el papel de paciente, un ambiente de comodidad que incluye su entorno actual, prestando atención a características que favorezcan al individuo tanto física como mentalmente de manera que sean una base de autocuidado y auto recuperación, donde se incluye la integridad de las necesidades básicas.

Entrando más en los planteamientos de la teoría se encuentra que Kolcaba describe el Confort en 3 formas del mismo: Alivio, tranquilidad y trascendencia, describiendo además 4 contextos en los que puede ocurrir la comodidad del paciente: físico, psico-espiritual, ambiental y sociocultural¹⁰. Desde el punto de vista de desarrollo de éste proyecto se busca principalmente impactar sobre el logro del alivio, la tranquilidad y la trascendencia en sus cuatro contextos, en el paciente intubado bajo efectos de sedación

En su definición de confort hace referencia a la satisfacción de necesidades específicas del individuo como lo es el alivio del dolor postoperatorio de un paciente que ingresa ventilado a la unidad de cuidado intensivo, mediante la administración de analgesia prescrita; el individuo experimenta la comodidad en el sentido de alivio. Del mismo modo esta teoría indica que la enfermera está obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad de la persona, a la hora de procurarla, sin ignorar ningún detalle, pues el primer y último objetivo de la enfermera es hacer que las personas se sientan cómodas. Por tanto, la valoración que permita identificar si una persona tiene o no dolor facilita la planeación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del mismo.

Dentro de los planteamientos de la teoría se encuentran algunos conceptos relacionados como:

Medidas de confort

Pueden definirse como intervenciones enfermeras las diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras

¹⁰ Ibíd 8.

de cuidados por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas¹¹. En éste caso lograr el alivio efectivo del dolor a través de una titulación adecuada de analgésicos permite al individuo experimentar comodidad no sólo desde su ámbito físico sino también se reducirá el sufrimiento espiritual y psicológico asociado a la presencia de síntomas desagradables, que favorecen la aparición de delirium y otras complicaciones.

Confort o comodidad

El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad que son: alivio, tranquilidad y trascendencia que se definen cómo:

- **Alivio:** Estado de un paciente que ha tenido una necesidad satisfecha. Es decir, se ha logrado aliviar los malestares de la persona. Alivio efectivo del dolor en el individuo hospitalizado en UCI.
- **Tranquilidad:** Estado de total calma y satisfacción. Comodidad de mente y cuerpo. Ausencia de dolor físico que reduce el riesgo de mayores lesiones y complicaciones, disminuye el riesgo de presentar alteraciones como el delirium.
- **Trascendencia:** Estado en el que una persona se eleva o surge por encima de sus desafíos (problemas o presencia de dolor).

Estos tres aspectos se interrelacionan directamente con los 4 contextos de la experiencia de confort los cuales son:

- **Físico:** Sensación del cuerpo y los mecanismo de homeostasis.
- **Psícoespiritual:** Conciencia de sí mismo.
- **Sociocultural:** Relaciones interpersonales con la familia, los amigos y la sociedad, además las tradiciones familiares y espirituales.
- **Ambiental:** Lo que rodea a la persona, externo.

La intensidad del dolor, la percepción y la tolerancia al mismo son aspectos que se encuentran inmersos en cada uno de los 4 contextos, ya que el dolor físico se asocia como tal a daño real o potencial de los tejidos, a nivel psícoespiritual, los individuos reconocen el dolor y cómo les afecta pero también toman

¹¹ Ibíd 8.

herramientas de su cultura o sus experiencias previas que le dan un mayor afrontamiento al mismo.

Los Metaparadigmas propuestos por Katherine Kolcaba en su teoría en función de la persona, el cuidado de enfermería, concepto de salud y entorno son¹²:

- **Persona:** Individuos, familias, instituciones o comunidades que necesiten cuidados de salud. En éste caso es el individuo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo con limitación en la comunicación asociado a sedación e intubación.
- **Cuidado o Enfermería:** Valoración de las necesidades de la comodidad; diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y revaloración de los niveles de comodidad. Esta valoración de necesidades se puede realizar a través de escalas o cuestionarios. Aplicación de la escala BPS para la valoración del nivel de dolor y así establecer una planeación objetiva de cuidados de enfermería.
- **Salud:** Funcionamiento óptimo del paciente, familia, profesional de la salud o comunidad, según la definición del paciente o grupo. Establecimiento de intervenciones de enfermería para lograr una pronta recuperación.
- **Entorno:** Es cualquier aspecto que pueden manipular para mejorar el confort. En éste caso sería la unidad de cuidado intensivo.

La teoría de Katharine Kolkaba también da a conocer una serie de supuestos que están íntimamente relacionados con la búsqueda del confort de las personas al cuidado.

Supuestos

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos.
2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera. Este proyecto busca la identificación adecuada del dolor para intervenir en el logro del alivio del mismo.
3. Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfaga, tratándose de un esfuerzo activo.

¹² Ibíd 8.

4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas en búsqueda de la salud.
5. Las personas que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores del cuidado.¹³ Por ende el hospital clínica San Rafael requiere de un instrumento que permita de forma objetiva valorar la presencia de dolor en los individuos que están intubados bajo efectos de sedación para así brindarles un mejor cuidado contribuyendo así a su satisfacción y logro de objetivos institucionales.

¹³ Hernández R. Metodología de la Investigación 4ª Ed. México: Editorial Mc Graw – Hill Interamericana; 2006.

ARBOL PROBLEMA

Difficil manejo de la respuesta fisiológica asociada a la presencia de dolor. (HTA, Taquicardia, Taquipnea).

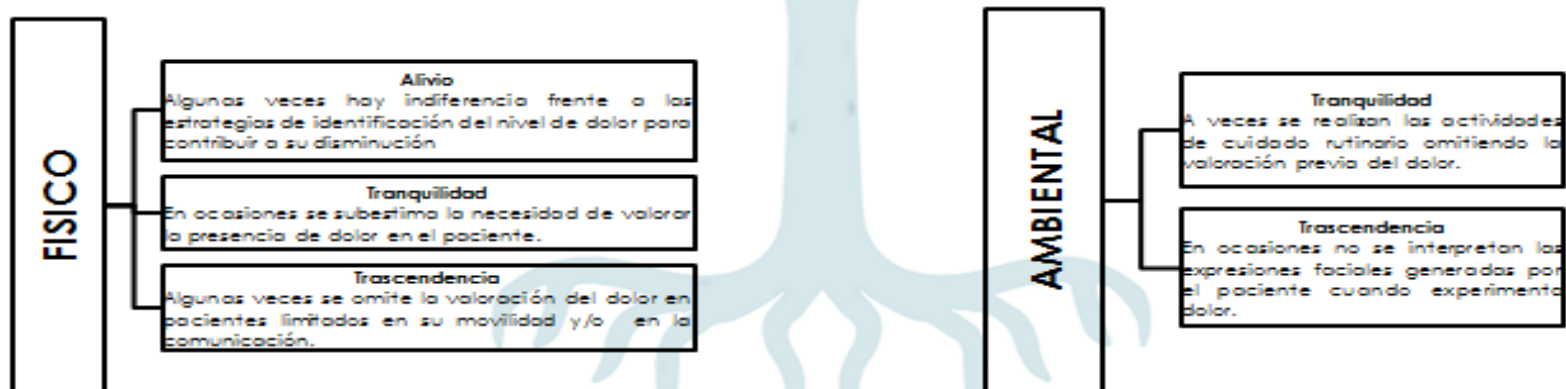
Inadecuada titulación de la analgesia.

Favorece presencia de delirium, ansiedad, agitación.

Riesgo potencial para la presencia de lesiones en piel por limitación en la movilidad.

Difficil movilización en cama para baño y cambio de posición, haciendo de esta una experiencia desagradable que aumenta los niveles de ansiedad.

AUSENCIA DE UNA ESCALA DEFINIDA PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE VENTILADO Y BAJO EFECTOS DE SEDACIÓN EN LA UCI QUIRURGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

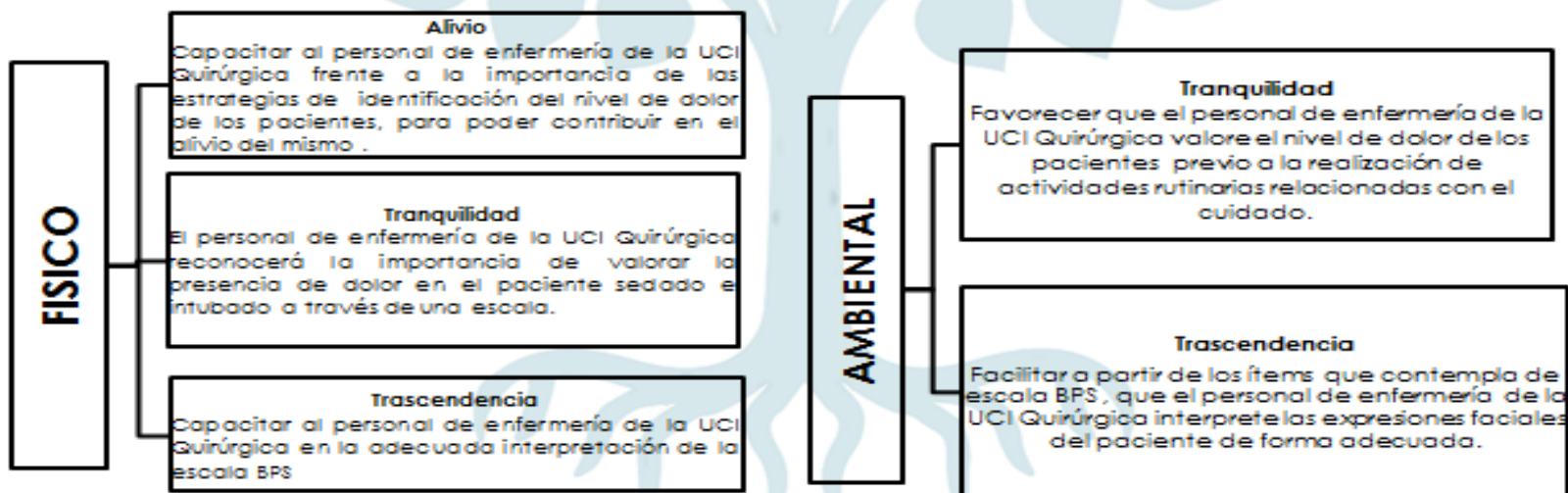


ARBOL OBJETIVOS

Lograr que el personal de enfermería interprete y aplique de forma objetiva la escala BPS para guiar de forma oportuna y adecuada las intervenciones de cuidado.

Lograr la implementación de la escala BPS en las diferentes unidades de cuidado intensivo adulto luego de su socialización.

SOCIALIZAR LA ESCALA BPS (Behavioral Pain Scale) PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE VENTILADO Y BAJO EFECTOS DE SEDACIÓN EN LA UCI QUIRURGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.



MARCO CONCEPTUAL

- **DEFINICIÓN DE TERMINOS**

Dolor: El dolor se describe como una sensación desagradable asociada a una parte específica del organismo¹⁴.

Unidad de cuidado Intensivo (UCI): es definida como áreas hospitalarias que cuentan con un equipo especializado y personal altamente capacitado para tratar a pacientes que tienen una enfermedad o lesión grave. Los pacientes pueden ser ingresados a la UCI de un servicio de urgencias o de otra sección del hospital, después de la cirugía o después de la transferencia de otro centro de atención médica¹⁵.

Paciente: Se ha definido al paciente como la persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud¹⁶.

Analgesia: Falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad. Alivio de la percepción del dolor sin producir intencionadamente un estado de sedación. El estado mental alterado puede ser un efecto secundario de la medicación administrada.¹⁷

Sedación Mínima (Ansiolisis): La sedación mínima o ansiolisis es un estado inducido por drogas en el que el paciente responde normalmente a órdenes verbales, aunque el estado cognitivo y la coordinación motora pueden estar alteradas, se mantiene la función respiratoria y cardiaca.¹⁸

Sedación Moderada (Sedoanalgesia): La sedación moderada, sedación consciente o sedoanalgesia es un estado de depresión de la conciencia inducido por fármacos en el cual el paciente responde adecuadamente a órdenes verbales

¹⁴ Organización Mundial de la Salud [Internet]. Nueva York; 2006 [Citado 12 de septiembre 2015].

¹⁵ Ibíd 14 .

¹⁶ Ibíd 14.

¹⁷ American Society of Anesthesiologists. Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists ASA [Internet]. 2002 [Citado 13 de agosto de 2015]; 96 (4): 1004-1017. Disponible en: <https://www.asahq.org>

¹⁸ Ibíd 17.

solas (ej:“abre los ojos”) o acompañadas por leve estimulación táctil (golpecitos ligeros en el hombro o la cara), mientras están preservados los efectos protectores de la vía aérea¹⁹.

Sedación Profunda: Depresión de la conciencia inducida por fármacos de la cual el paciente no puede ser despertado fácilmente pero responde adecuadamente a estímulos verbales o dolorosos repetidos²⁰.

Anestesia: La anestesia general es un estado de pérdida de conciencia inducido por drogas en la que los pacientes no responden a estímulos dolorosos y a menudo necesitan soporte ventilatorio a causa de la depresión respiratoria y de la función neuromuscular.

Sedación/Analgesia: Describe el estado que permite al paciente tolerar procedimientos desagradables mientras mantiene una adecuada función cardiorrespiratoria y la capacidad para responder ante estímulos verbales o táctiles²¹.

- **EL DOLOR**

El dolor se describe como una sensación desagradable asociada a una parte específica del organismo. Se produce por procesos que lesionan o pueden lesionar los tejidos. Estos estímulos perjudiciales se denominan “nocivo” y se detectan por receptores sensitivos específicos denominados “nociceptores”. Estos responden selectivamente a estímulos nocivos. Los nociceptores son terminaciones nerviosas libres, con cuerpos celulares en los ganglios de las raíces posteriores, y terminan en las capas superficiales del asta posterior de la medula espinal. Aquí transmiten mensajes por liberación de neurotransmisores, como glutamato, sustancia P y péptido relacionado con el gen de la calcitonina. Estos neurotransmisores del “dolor” activan la neurona de segundo orden a través de su receptor correspondiente. La neurona de segundo orden cruza la medula espinal hacia el lado contralateral y asciende hacia el fascículo espinotalámico hasta que llega al tálamo. Desde aquí se activa la neurona de tercer orden, viajando desde el tálamo a la corteza somatosensitiva, que permite la percepción del dolor. A nivel

¹⁹ Ibíd 17.

²⁰ Ibíd 17.

²¹ Ibíd 17.

de la medula espinal, las neuronas de segundo orden producen una activación directa de las motoneuronas inferiores en el asta anterior de la médula espinal, provocando retirada refleja del estímulo nocivo²².

Fisiopatológicamente el dolor posee toda una serie de componentes que lo hacen un síntoma desagradable, razón por la cual a través de los últimos cincuenta años, el tema del dolor y su tratamiento ha alcanzado un reconocimiento mundial, no solamente como una especialidad de la Medicina, sino como un tema importante para la investigación científica y el análisis filosófico. Como consecuencia de dicho interés, su estudio y desarrollo ha sido considerado desde la perspectiva de diversas disciplinas, con el fin de progresar en el entendimiento científico y humanitario de esa condición y consecuentemente optimizar su tratamiento²³.

El dolor en el paciente crítico puede tener diferentes orígenes, que abarcan desde la propia patología que motiva el ingreso del paciente hasta las técnicas que motiva el ingreso del paciente hasta las técnicas y cuidados necesarios para su manejo. Un estudio multicéntrico evidenció que entre el 50 – 65% de los pacientes críticos incluidos sufrieron dolor; y el 15% de ellos refirieron un dolor de intensidad moderada a severa durante mas del 50% de su estancia hospitalaria.

La mayoría de los pacientes de unidad de cuidados intensivos (UCI), sienten dolor, miedo y ansiedad. La administración de analgésico y sedante es fundamental para darle la comodidad necesaria, reducir el estrés y evitar el retraso en la recuperación y en la liberación de la ventilación mecánica²⁴.

Un estudio mostró que menos de la mitad de los pacientes tienen un control adecuado sobre el dolor en la UCI²⁵. Las barreras fueron las siguientes: conducta del médico, uso de protocolos sin evidencia, resistencia de los profesionales a

²² Vanderah T. Fisiopatología del dolor. Revista Médica Clínica Norte América [Internet]. 2007 [Citado 12 de septiembre 2015]; 91 (1):12. Disponible en: www.elsevier.es

²³ Ibarra E. Una Nueva Definición de Dolor. Un Imperativo de Nuestros Días. Revista Sociedad Española de Dolor [Internet]. 2006 [Citado 14 de septiembre de 2015]; 13 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001

²⁴ Sessler CN. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. Revista Critical Care Clinic [Internet]. 2009 [Citado 12 de septiembre 2015]; 25: 489-513. Disponible en: www.elsevier.es

²⁵ Byrd PJ, Gonzales I, Parsons V. Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units: a pilot survey of NICU nurses. Revista Adv Neonatal Care [Internet]. 2009 [Citado 12 de septiembre 2015]; 9: 299-306. Disponible en: www.elsevier.es

cambiar la conducta, método inadecuado de evaluación del dolor y poco entrenamiento de los profesionales en cuanto a la evaluación y al tratamiento del dolor.

El alivio del dolor es esencial para la recuperación adecuada del paciente. El beneficio se hace más evidente en el paciente que presenta una alteración en diversos órganos, cuando el dolor causa alteraciones más intensas. La recuperación está influenciada de forma significativa por la elección de los agentes analgésicos y sedantes, la sedación deficiente o excesiva y por el control insuficiente del dolor²⁶.

Las respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas provocadas por un control inadecuado del dolor pueden provocar mayor morbilidad e incluso mortalidad. El dolor puede provocar ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio. Puede ser responsable de estados depresivos y de una mayor incidencia de dolor crónico.

El estado hiperadrenérgico, consecuencia del dolor, puede producir isquemia miocárdica, disminución del peristaltismo, aumento del catabolismo proteico e inmunodepresión. El dolor no tratado puede ser responsable del aumento de complicaciones pulmonares y de infecciones quirúrgicas. El uso combinado de agentes analgésicos y sedantes disminuye la respuesta de estrés de los pacientes de cuidados intensivos²⁷.

• VALORACIÓN DEL DOLOR

La adecuada valoración y control del dolor constituye un pilar básico en el cuidado y tratamiento del paciente crítico. El dolor no tratado adecuadamente puede desencadenar un estado hiperadrenérgico capaz de provocar efectos adversos fisiológicos como taquicardia, aumento del consumo miocárdico, reducción de la capacidad pulmonar y peristaltismo, inmunosupresión e hipercoagulabilidad²⁸.

²⁶ Sakata R. Analgesia y sedación en unidad de cuidados intensivos. Revista Brasileira de Anestesiología [Internet]. 2010 [Citado 12 de septiembre de 2015]; 60(6), 653-658. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942010000600012&script=sci_arttext&tIng=es

²⁷ Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Revista Medicina Intensiva Barcelona [Internet]. 2006 [Citado 13 de septiembre de 2015]; 30 (8). Disponible en: www.elsevier.es

²⁸ *Ibíd* 5.

Sin embargo, teniendo en cuenta el entorno del cuidado del paciente crítico, en el que frecuentemente la capacidad de comunicación se ve afectada por la disminución del nivel de conciencia, utilización de fármacos sedantes o presencia de ventilación mecánica, entre otras, se recomienda la utilización de indicadores conductuales y fisiológicos para la detección y medida del dolor. Si bien la observación de indicadores fisiológicos como la variación de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, la sudoración y la taquipnea se relacionan con la presencia de dolor, su utilización en el paciente crítico es muy limitada, dado que puede verse afectados por la propia patología del paciente o el uso de fármacos que influyen directamente en dichos indicadores. En este sentido, resultan fiables los indicadores conductuales frente a los fisiológicos en la valoración del dolor del paciente crítico no comunicativo²⁹.

El primer paso para el tratamiento del dolor es su detección. La analgesia y sedación deben evaluarse por separado, a pesar de su interdependencia. Sólo la ausencia de instrumentos adecuados para monitorizar el dolor puede explicar la injustificable falta de prescripción de analgésicos en situaciones o ante actuaciones dolorosas sobre los pacientes críticos. Menos de un 50% de los profesionales evalúan el dolor. La evaluación del dolor y de la sedación es algo particularmente complejo en la UCI, porque muchas veces, los pacientes son incapaces o están imposibilitados de comunicarse verbalmente con los profesionales. El paciente no se comunica por diversas razones: intubación traqueal, alteración de la conciencia, sedación, efecto de medicamentos³⁰.

- **ESCALAS PARA VALORACIÓN DEL DOLOR**

Las escalas ideales de evaluación del dolor deben ser simples, precisas, con mínima variabilidad interpersonal, deben cuantificar el dolor y discernir la respuesta al tratamiento. Estas escalas nos deben servir para comparar diferentes tratamientos. En la actualidad no existen herramientas validadas para evaluar el dolor de forma objetiva en los enfermos críticos. Es necesario concienciar al

²⁹ *Ibíd* 5.

³⁰ Puntillo KA, Wild LR, Morris AB, et al. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *Revista American Journal Critic Care* [Internet]. 2002 [Citado 12 de septiembre de 2015]; 11: 415-29. Disponible en: www.elsevier.es

paciente y a los profesionales implicados en su cuidado, principalmente al personal de enfermería, de la importancia de la valoración y control del dolor³¹.

Debido a la importancia que tiene la valoración del dolor, se han establecido métodos y escalas que permiten a identificación del mismo, sus características e intensidad, los cuales están descritos en el artículo “Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC” realizado por Pardo y compañía donde se describe:

Evaluación del dolor en el paciente consciente y comunicativo

Se debe preguntar acerca tanto de las características del dolor (localización, irradiación, tipo de dolor, factores precipitantes o aliviantes), como de la intensidad y la respuesta al tratamiento instaurado. Para la correcta interpretación de las escalas, hay que valorar no sólo el valor inicial que refiere el paciente, sino los cambios que se producen al instaurar el tratamiento³².

Escala visual analógica

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de «no dolor» y en el extremo opuesto «el peor dolor imaginable». La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Es la escala más usada, incluso en los pacientes críticos. Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano y en el paciente sedado. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso³³.

³¹ Ibíd 27.

³² Ibíd 27.

³³ Ibíd 27.

Escala verbal numérica

En la escala verbal numérica (EVN) el paciente expresa su percepción del dolor desde el 0 («no dolor») al 10 (el «peor dolor imaginable»). Puede ser por tanto hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes críticos o geriátricos. En ocasiones, y en pacientes concretos, el uso de la numeración de 0-100 puede tener más utilidad. La EVN tiene una muy buena correlación con la EVA, con una menor incidencia de no respondedores (2 % frente a 11%). Probablemente es la escala de mayor utilidad en el paciente crítico³⁴.

Escala verbal descriptiva

La escala verbal descriptiva (EVD) es similar a la anterior, salvo que el paciente califica su percepción del dolor de acuerdo a 6 grados, no dolor, dolor leve, moderado, intenso, muy intenso e insoportable³⁵.

Existen otras escalas más sofisticadas que son habitualmente empleadas por las unidades hospitalarias de dolor. Entre éstas, destaca el McGill Pain Questionnaire (MPQ), que precisa responder a 16 grupos de preguntas. Su empleo, debido a su complejidad, no supone ninguna ventaja ni en los pacientes críticos ni durante el postoperatorio inmediato. Otras escalas validadas en pediatría como la Comfort Scale pueden ser útiles en la valoración del dolor en adultos.

Evaluación del dolor en el paciente intubado con sedación no profunda

No se debe presuponer que un paciente intubado y, por tanto, con la pérdida de su comunicación verbal no pueda comunicarse. Igual que con un paciente no intubado, hay que preguntar con claridad acerca de su dolor, y darle el tiempo suficiente para responder. El paciente puede comunicarse con movimientos, y usar por tanto las escalas EVA o EVN. El uso de diagramas del cuerpo facilita al paciente la descripción de sus puntos dolorosos y de su irradiación. En ocasiones sólo es posible obtener respuestas con movimientos de la cabeza o de los ojos.

³⁴ Ibíd 27.

³⁵ Ibíd 27.

Sin embargo, estas respuestas a preguntas claras y concisas nos pueden orientar sobre la intensidad de dolor que padece el paciente³⁶.

Evaluación del dolor en el paciente no comunicativo o bajo sedación profunda

Es preciso recordar que el dolor, y por tanto la respuesta fisiológica a éste, existe en el paciente comatoso, ya sea en el coma de origen estructural o de origen medicamentoso. Es, por tanto, necesario e imprescindible en este tipo de pacientes evaluar y descartar la posible presencia de dolor. Aquí se pierde la herramienta fundamental de la cuantificación del dolor, es decir la referida por el paciente, por lo que nos debemos apoyar en herramientas indirectas. Hay que tener en cuenta que la falta de especificidad de los signos puede ser mal interpretada y habitualmente es infraestimada por parte del personal involucrado en su cuidado³⁷.

Indicadores fisiológicos

La presencia de dolor puede ir asociada a hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, midriasis o lagrimeo. Puntillo et al refirieron que la taquicardia y la hipertensión arterial son los indicadores de dolor más precisos en los pacientes críticos con incapacidad para comunicarse. Aunque estos signos no son específicos, y menos en un paciente crítico, su control con analgésicos puede ser clave como indicador de presencia del dolor. También hay que tener en cuenta que en ocasiones, paradójicamente, un paciente con dolor puede evocar una respuesta vagal³⁸.

Indicadores conductuales³⁹

Entre estos indicadores figuran la expresión facial, la presencia de movimientos o posturas antiálgicas o el tono muscular. Teray et al. encontraron una buena correlación entre la EVA y la observación de la expresión facial por parte del

³⁶ Ibíd 27.

³⁷ Ibíd 27.

³⁸ Ibíd 27.

³⁹ Ibíd 27.

evaluador. Los diferentes estudios que han comparado las escalas de conducta y la EVN han encontrado una buena correlación.

Recientemente se han descrito diferentes escalas conductuales diseñadas expresamente para la evaluación del dolor en el paciente crítico. La escala BPS (behavioral pain scale) descrita por Payen et al, valora del 1-4 la expresión facial, la movilidad y conducta de las extremidades superiores y la presencia o no de lucha contra el ventilador. Esta escala de 12 puntos fue utilizada y validada en 30 pacientes críticos postquirúrgicos, aunque recientemente ha sido empleada y validada sobre pacientes críticos médicos.

- **ESCALA BPS**

Basándose en indicadores conductuales, se han desarrollado escalas para detectar y medir el dolor en el paciente crítico con buen grado de fiabilidad y validez: la Behavioral Pain Scale (BPS) que incluye 3 ítems conductuales (expresión facial, movimiento de miembros superiores y adaptación a la ventilación mecánica o vocalización). No obstante el uso de ambas escalas está limitado en el caso de pacientes sometidos a sedación profunda, tratamiento con bloqueantes neuromusculares, tetraplejia o polineuropatía.⁴⁰

Al valorar el dolor en el paciente crítico intubado existe un concepto errado, pues se cree que en éstos no se puede valorar la intensidad, duración y frecuencia del dolor; es por esto que se hace necesario considerar que el paciente intubado ha perdido su capacidad de comunicación verbal pero nunca su capacidad de comunicarse ya que puede hacerlo con movimientos y usando escalas como la EVA. Al valorar la intensidad del dolor es necesario utilizar herramientas indirectas que permitan cuantificarlo, algunas de estas herramientas son: a) indicadores fisiológicos, el dolor va asociado a manifestaciones previas como taquicardia, hipertensión arterial, diaforesis; b) indicadores conductuales, como la expresión facial, presencia de movimientos, posturas, tono; c) aplicación de escalas que permitan cuantificar el dolor evaluando aspectos objetivos y subjetivos, algunas de éstas escalas son la BPS y la de Campbell que evalúan conductas relacionadas con el dolor e indicadores fisiológicos; d) información de los familiares que

⁴⁰ Cade CH. Clinical Tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. Revista Nursing Critical Care [Internet]. 2008 [12 de septiembre 2015]; 13: 288 – 97. Disponible en: www.elsevier.es

conozcan la expresión del paciente, que pueda orientar hacia la presencia de dolor.⁴¹

La escala BPS contempla los siguientes ítems:

Tabla 1 Escala para la valoración del dolor *Behavioural Pain Scale* (BPS).

<i>Expresión facial</i>	
Relajado	1
Parcialmente contraída (por ejemplo, fruncir el ceño)	2
Fuertemente contraída (por ejemplo, ojos cerrados)	3
Mueca de dolor	4
<i>Movimiento de miembros superiores</i>	
Sin movimiento	1
Parcialmente flexionado	2
Fuertemente flexionado con flexión de dedos	3
Permanentemente flexionados	4
<i>Adaptación a la ventilación mecánica</i>	
Tolerando ventilación mecánica	1
Tosiendo, pero tolerando ventilación mecánica la mayoría del tiempo	2
Luchando con el ventilador	3
Imposible de ventilar	4

Ausencia de dolor = 3 puntos.
Máximo dolor = 12 puntos.

Imagen 1: Escala BPS⁴²

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada por los autores del estudio “Valoración del dolor durante el cambio postural en paciente con ventilación mecánica invasiva”, encontraron sólo 2 dos instrumentos que han sido validados para su utilización en la valoración del dolor en el paciente adulto, que se encuentra en situación crítica, y que tiene alteración de la comunicación verbal o cognitiva. Estas escalas son: Behavioral Pain Scale (BPS) desarrollada por Payen et al; y Critical - Care Pain Observation Tool (CPOT) por Gélinas, las cuales han sido validadas a través de diferentes trabajos de investigación, en los que se analizaban la capacidad que tenían estos instrumentos de discriminar el dolor

⁴¹ Ibíd 4.

⁴² Ibíd 5.

cuando a los pacientes se les realizaban procedimientos dolorosos (nociceptivos) y cuando a estos no se les realizaban dichos procedimientos.⁴³

El estudio realizado para validar la escala BPS, se basó en la necesidad existente de valorar la presencia de dolor en los pacientes en estado crítico que se encuentran ventilados y bajo efectos de sedación. Éste estudio realizó la validez de la escala comparando la puntuación obtenida durante los procedimientos nociceptivos y no nociceptivos. Al finalizar el proceso de evaluación de la misma, 24 de los 28 evaluadores estaban satisfechos por la facilidad de esta escala para ser usada; todos ellos coincidieron en que cada evaluación del paciente tomó un tiempo mínimo de 2 a 5 minutos. Los resultados de éste estudio concluyen que la BPS es una herramienta útil para la evaluación del dolor en los pacientes sedados y con ventilación mecánica y que además es fácil de usar. Del mismo modo, el uso de la BPS permite una mejor toma de decisiones a partir de la medición del dolor, la evaluación de la eficacia de la analgesia y el impacto que tiene la titulación de analgésicos en cuanto a los resultados del paciente, tales como la duración de la ventilación mecánica y la estancia en la UCI⁴⁴.

Evaluación del dolor y de la sedación

Menos de un 50% de los profesionales evalúan el dolor. La evaluación del dolor y de la sedación es algo particularmente complejo en la UCI, porque muchas veces, los pacientes son incapaces o están imposibilitados de comunicarse verbalmente con los profesionales. El paciente no se comunica por diversas razones: intubación traqueal, alteración de la conciencia, sedación, efecto de medicamentos. El paciente que está en ventilación mecánica debe ser evaluado en cuanto al dolor ya la sedación para optimizar la dosis de medicamentos. Eso reduce el tiempo de necesidad de ventiladores y de permanencia en la UCI.⁴⁵

El dolor provoca un estímulo simpático con taquicardia y aumento de la presión arterial, síntomas que pueden auxiliar a detectar el dolor. Sin embargo, esas alteraciones son poco específicas en la UCI y pueden ser causadas por

⁴³ Ibíd 2.

⁴⁴ Payen J; et al. Assesing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Revista Critical Care Medicine [Internet]. 2001 [Citado 14 de agosto de 2015]; 9 (12). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801819>

⁴⁵ Ibíd 26.

vasopresores, bloqueadores adrenérgicos beta, antiarrítmicos, sedantes y condiciones patológicas (sepsis, choque, hipoxemia y miedo). Cuando el paciente es incapaz de comunicarse, debemos utilizar otros métodos 7,14. Podemos usar la escala comportamental (Behavioral Pain Scale – BPS), con puntuaciones de 3 a 12, a través de la observación de la expresión facial, de movimientos del cuerpo, de tensión muscular y de sincronía con el ventilador. El BPS, de fácil aplicación, se usa para evaluar el dolor del paciente sedado o en ventilación mecánica (Cuadro I). Si la puntuación es ≥ 6 , se considera inaceptable. La expresión facial es el ítem que más aporta para la evaluación del dolor, seguida de los movimientos de los miembros y de la aceptación de la ventilación. Son comportamientos de dolor: muecas, frente fruncida, rigidez, retracción, párpados cerrados y apretados, nariz fruncido, labio superior levantado, verbalización, puños cerrados. La aceptación de la ventilación mecánica puede ser afectada por la hipoxemia, el broncoespasmo y la secreción.⁴⁶

Los estudios de validación muestran que la BPS tiene buenas propiedades psicométrica cuando se usa con pacientes críticamente enfermos. Además, muestra una alta confiabilidad y una satisfactoria consistencia interna entre los evaluadores. La validación de la BPS ha demostrado un aumento significativo en la puntuación de la escala durante procedimientos doloroso. Además, el BPS exhibió una excelente capacidad de respuesta, lo que sugiere que se trata de una poderosa herramienta para detectar el impacto de la estimulación dolorosa en pacientes de UCI.⁴⁷

El estudio realizado por Young Jeanne, et al. Muestra que la escala BPS es una herramienta válida en la evaluación de dolor en pacientes críticamente enfermos e inconscientes. La BPS permite la identificación del aumento en la puntuación de dolor después del cambio de posición. Además puede ser probada con un mayor número de procedimientos dolorosos y no dolorosos.⁴⁸

⁴⁶ Ibíd 44.

⁴⁷ Aissaoui Y, Zeggwagh A, Et al. Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically Ill, Sedated, and Mechanically Ventilated Patients. *Revist de Anesthesia & Analgesia* [Internet]. 2005 [Citado 09 de agosto de 2015]; 101:1470–6. Disponible en: http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2005/11000/Validation_of_a_Behavioral_Pain_Scale_in.37.aspx

⁴⁸ Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T. Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Revista Intensive and Critical Care Nursing* [Internet]. 2006 [Citado 12 de septiembre 2015]; (22): 32–39. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16198570>

En el estudio realizado por Sabine y compañía se describe la escala BPS cómo una escala observacional de dolor, aplicada principalmente por enfermeras. Esta ha sido validada para el uso en pacientes con sedación profunda y pacientes con ventilación mecánica. Fácil de usar y bien aceptada por las enfermeras, la BPS contiene tres subescalas: expresión facial, movimientos de miembros superiores y acople a la ventilación mecánica. Cada subescala es puntuada de 1 (sin respuesta) a 4 (gran respuesta). Por tanto el rango de puntuación va de 3 (no dolor) a 12 (máximo dolor). Una puntuación mayor de 6 es altamente considerada como un reflejo de dolor inaceptable. Los hallazgos de este estudio son consistentes con la noción de que la escala BPS es confiable para la valoración del dolor en pacientes sedados. Todos los pacientes que se recuperan de sedación profunda pasan por un estado de sedación consciente; de este modo los pacientes quienes experimentan agitación o delirium, en quienes el autoreporte puede ser complicado, pueden beneficiarse de esta evaluación de dolor en estado de sedación consciente. La escala BPS puede detectar y discriminar el dolor y es válida para la medición del mismo tanto en pacientes bajo sedación profunda como sedación consciente, su consistencia interna fue comparada por observaciones en ambos grupos, demostrando una homogeneidad similar de los ítems. Al igual que estudios previos se demostró que la expresión facial es el cambio más sensitivo. El valor de la expresión facial ha sido probado para dolor agudo y crónico no solo en adultos sino también en niños⁴⁹.

⁴⁹ Sabine J, Aletta M, et al. The use of the Behavioral Pain Scale to Assess Pain in Conscious Sedated Patients. *Revista Critical Care and Trauma. International Anesthesia Research Society* [Internet]. 2010 [Citado 13 de septiembre 2015]; (110): 1. Disponible en: http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2010/01000/The_Use_of_the_Behavioral_Pain_Scale_to_Assess.23.aspx

MARCO ÉTICO

La realización de éste proyecto toma como línea de base la búsqueda de mejores prácticas dentro del ejercicio profesional con el fin de garantizar un cuidado integral para aquellas personas que así lo requieren, es por ello que dentro de los planteamientos más importantes para la ejecución del mismo, se tendrá en cuenta los principios éticos que plantea el código deontológico de enfermería⁵⁰:

Beneficencia – No maleficencia: benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficis, que les puedan causar daños físicos o psicológicos⁵¹.

Estos principios son de gran importancia para la realización de éste proyecto, ya que la principal motivación del planteamiento del mismo es optimizar la calidad del cuidado al paciente crítico hospitalizado en el Hospital Clínica San Rafael, a través de la identificación y manejo adecuado del dolor en personas que se encuentran bajo efectos de sedación, previniendo complicaciones que se puedan generar, buscando siempre el bienestar del individuo a nuestro cuidado.

Autonomía: principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales⁵².

Es importante que los profesionales de enfermería identifiquen claramente cuál es el rol que desempeñan y como sus actividades impactan en la vida de otros, por ello, la autonomía juega un rol indispensable, pues son los enfermeros quienes deben reconocer y empoderarse de la valoración del dolor para realizar un adecuado plan de cuidado orientado al alivio del mismo. En éste sentido los principales involucrados en el desarrollo de éste proyecto será el personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo quirúrgica del Hospital Clínica San

⁵⁰ Tribunal Ético de Enfermería. Ley 266 de 1996[Internet]. Colombia: 1996. [Citado el 05 de agosto 2015]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=58

⁵¹ Ibíd 44.

⁵² Ibíd 44.

Rafael quienes participarán voluntaria y activamente en las actividades planeadas. No se considera necesaria la realización de un consentimiento informado.

Justicia: es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad⁵³.

En éste proyecto se ve reflejada la justicia en la necesidad y el derecho que tiene cada individuo a que se valore y se de manejo al dolor de forma adecuada y efectiva, hasta lograr el alivio del mismo, lo cual incluye la valoración de factores propios de cada persona incluso cuando esta no pueda expresar sus necesidades.

Integridad: La integridad, y los principios de integralidad y totalidad orientan el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad, con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual (art. 2,1 de la ley 266 de 1996). Se entiende por integridad la unidad de cada una de las dimensiones del ser humano y de éstas entre sí. Los principios de integralidad y totalidad y el concepto de integridad se relacionan en la práctica con los demás principios. Según Pellegrino, la integridad es un asunto de existencia, es algo que tenemos, una, propiedad de nuestro ser como humanos. No se puede transferir a nadie. Violar nuestra integridad es violar todo nuestro ser como criaturas humanas⁵⁴.

Individualidad: asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación⁵⁵.

⁵³ Ibíd 44.

⁵⁴ Ibíd 50.

⁵⁵ Ibíd 48.

El manejo de dolor es un derecho de todas las personas sobre todo cuando se encuentran en estado de vulnerabilidad, tal como lo es el caso de los pacientes de las Unidades de Cuidado Intensivo que se encuentran bajo efectos de sedación y no pueden transmitir la presencia del mismo para su adecuado manejo. Por ello, se requiere de una herramienta que permita identificar y abordar esta necesidad tomando siempre al individuo como un todo, buscando intervenir de la manera más adecuada dependiendo de sus necesidades individuales.

Dialogicidad: fundamenta la interrelación enfermera-paciente-familia-comunidad, elemento esencial del proceso de cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

Es importante reconocer que el dolor es un síntoma que no sólo tiene carácter fisiológico sino que además incluye una serie de connotaciones sociales, psicológicas y espirituales que influyen en su percepción y tratamiento; por tanto, sólo a través de una adecuada valoración podemos llegar a reconocer la presencia e intensidad del mismo, haciendo un mayor énfasis en aquellos casos donde nos es imposible la comunicación verbal con los individuos. Es aquí donde éste proyecto busca hacer énfasis, teniendo como principal fin la valoración adecuada de aquellas personas que no tienen la capacidad de expresarse verbalmente por su condición clínica, para así dar solución a un problema real que puede llegar a complicar el estado de la persona hospitalizada.

Calidad: orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio⁵⁶.

Éste proyecto está enfocado en el hecho de favorecer una valoración adecuada a partir de la cual surge una serie de intervenciones y resultados esperados que buscan el alivio del dolor y la satisfacción de la persona hospitalizada en UCI que

⁵⁶ Ibíd 48.

se encuentra intubada y bajo efectos de sedación, condiciones que le impiden expresar sus necesidades primordiales; garantizando de ésta forma atención con calidad y garantía de uno de los principales derechos de los pacientes.

Continuidad: orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se dé los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida en los estados de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, las familias y las comunidades los solicitan o cuando los necesitan para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones⁵⁷.

Al contar con un instrumento estandarizado en la institución se puede garantizar la continuidad en el cuidado y en las intervenciones que se planean para el alivio del dolor del individuo hospitalizado, permitiendo una mejor organización para la obtención de resultados efectivos según las necesidades de cada individuo.

⁵⁷ *Ibíd* 48.

MATRIZ DE MARCO LOGICO			
	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FIN: Lograr que el personal de enfermería interprete y aplique de forma objetiva la escala BPS para guiar de forma oportuna y adecuada las intervenciones de cuidado.</p>	<p># de personal de enfermería que conoce y aplica la escala _____</p> <p># total de personal de enfermería asignado a las unidades de cuidado intensivo.</p>	<p>Registro en historia clínica de la interpretación de la escala a partir de la valoración en pacientes e intervenciones de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación por el personal de enfermería. • Resistencia al cambio.
<p>PROPOSITO: Implementar la escala BPS en las diferentes unidades de cuidado intensivo adulto luego de su socialización.</p>	<p># de unidades donde se implanta la escala BPS _____</p> <p># total de unidades de cuidado intensivo.</p>	<p>Escala en formato institucional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación por el personal de enfermería. • Resistencia al cambio. • Adherencia del personal a la escala.
<p>OBJETIVO GENERAL: Socializar la escala BPS (Behavioral Pain Scale) para la valoración del dolor en el paciente ventilado y bajo efectos de sedación en la uci quirúrgica del Hospital Clínica San Rafael.</p>	<p># de enfermeras que participan de la socialización _____</p> <p>Total de personal de enfermería de la unidad quirúrgica.</p>	<p>Lista de asistencia a actividades programadas, Imágenes de los encuentros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación del personal de enfermería. • Rotación del personal entrenado en el manejo de la escala.

PLAN DE ACCIÓN				
Aspecto de la Teoría: FISICO				
Tipo de Confort: ALIVIO – TRANQUILIDAD				
<p>1. Objetivo Específico: Capacitar al personal de enfermería frente a la importancia de las estrategias de identificación del nivel de dolor de los pacientes, para poder contribuir en el alivio del mismo.</p> <p>2. Objetivo Específico: El personal de enfermería de la UCI Quirúrgica reconocerá la importancia de valorar la presencia de dolor en el paciente sedado e intubado a través de una escala.</p>				
ACTIVIDAD	MATERIALES	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Reconozco Tu Dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano • Rotafolio • Casos clínicos Impresos • Incentivos • Lista de asistencia • Fotos 	# Personal de enfermería Capacitado en la UCI Quirúrgica / # Personal de enfermería de la UCI Quirúrgica	Listas de asistencia. Fotografías.	<ul style="list-style-type: none"> • Rotación turnos. • Conocimiento previo de la escala. • Participación, motivación e interés.
Aspecto de la Teoría: FISICO				
Tipo de Confort: TRASCENDENCIA				
<p>3. Objetivo Específico: Capacitar al personal de enfermería en la adecuada interpretación de la escala BPS</p> <p>4. Objetivo Específico: Favorecer que el personal de enfermería de la UCI Quirúrgica valore el nivel de</p>				

dolor de los pacientes previo a la realización de actividades rutinarias relacionadas al cuidado.

4.Objetivo Específico:

Facilitar a partir de los ítems que contempla de escala BPS que el personal de enfermería interprete las expresiones faciales del paciente de forma adecuada.

ACTIVIDAD	MATERIALES	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>¿COMO INTERPRETO EL DOLOR?</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Recurso humano •Roles impresos •Folleto •Incentivos •Lista de asistencia •Evaluación de conocimientos •Cámara (Fotos) 	<p># Personal de enfermería de la UCI Quirúrgica que participa en la actividad.</p> <hr/> <p># Personal de enfermería de la UCI Quirúrgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Listas de Asistencia. •Evaluación de conocimientos •Fotos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Rotación turnos. •Participación, motivación e interés.

PRESUPUESTO

Descripción	Cantidad Requerida	Valor por unidad	Valor total
Tiempo de asesorías (Docente)	3 horas semanales a lo largo de 9 meses	35,000	3,780,000
Tiempo de asesorías (Enfermeras estudiantes de postgrado). Presenciales	6 horas mensuales por 9 meses de las 2 integrantes	10,000	1,080,000
Transporte para encuentros con docente asesora y equipo de trabajo	Transporte del equipo gestor del proyecto	1,800	300,000
Depreciación de los computadores	Portátiles – Uso por hora (5 horas promedio semanal por 9 meses)	1,500	270,000
Internet	5 horas promedio semanal por 9 meses	1,000	180,000
Tiempo destinado al diseño de las herramientas	2 semanas- trabajo diario de 5 horas	10,000	700,000
Tiempo destinado a la realización de actividades	4 horas diarias (tiempo para realizar la actividad y el respectivo desplazamiento)- 2 encuentros.	40,000	2,880,000
Tiempo destinado al análisis y tabulación de la	3 horas diarias por 2 semanas. (2 integrantes del equipo)	10,000	720,000

información recolectada			
Búsqueda artículos en bases de datos y revistas de investigación	Costo mensual de la base de datos.	60,000	540,000
Papelería, impresiones	Impresiones		100,000
Incentivos	Incentivos		200,000
	Papelería		600,000
TOTAL			11,350,000

CRONOGRAMA

Año	2015							2016	
ACTIVIDADES	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Búsqueda bibliográfica									
Planeación									
Ajustes de la planeación									
Asesorías									
Ejecución									
Tabulación de la información									
Análisis de la información									
Presentación final									

EJECUCIÓN

ACTIVIDAD #1 RECONOZCO TU DOLOR Tiempo estimado 40 minutos

CONTEXTO FÍSICO: ALIVIO – TRANQUILIDAD

Objetivos

- Capacitar al personal de enfermería frente a la importancia de las estrategias de identificación del nivel de dolor de los pacientes, para poder contribuir en el alivio del mismo.
- El personal de enfermería de la UCI Quirúrgica reconocerá la importancia de valorar la presencia de dolor en el paciente sedado e intubado a través de una escala.

Materiales

- Recurso humano
- Rotafolio
- Casos clínicos Impresos
- Incentivos
- Lista de asistencia
- Fotos

Metodología

- Saludo de iniciación.
- Apertura del tema, con la realización de preguntas relacionadas con la definición del dolor en general y las diferentes escalas de valoración del mismo.
 - ✓ Defina ¿qué es dolor?
 - ✓ ¿Cree usted que un paciente ventilado a pesar de estar bajo efectos de sedación siente dolor?

- ✓ ¿Cómo cree usted que ese paciente se expresa cuando siente dolor?
 - ✓ ¿Conoce usted alguna forma de valorar el dolor tanto en pacientes que lo pueden comunicar como en pacientes que no lo pueden hacer?
 - ✓ ¿Es importante para usted valorar el dolor en pacientes ventilados bajo efectos de sedación?
- Socialización con el rotafolio sobre los aspectos más relevantes del dolor, las complicaciones asociadas al mismo, los diferentes tipos de escalas y un acercamiento a la escala BPS, sus ítems e interpretación.
 - Finalmente se hará entrega a cada persona de un caso clínico donde deberán responder una serie de preguntas que se plantean con el fin de que identifiquen la importancia de valorar la presencia y el nivel de dolor en el cual se encuentra el paciente y qué medidas se pueden tomar para contribuir al alivio del mismo.

Caso Clínico #1

Paciente de 50 años de edad ingresa a la unidad de cuidado intensivo procedente de salas de cirugía en pop de lavado abdominal por peritonitis y una apendicetomía abierta su abdomen se encuentra laparostomizado con bolsa Viaflex cubierto con compresas y tiene una faja abdominal.

Se encuentra con TOT 7.5 fijo en comisura labial conectado a ventilador mecánico en modo SIMV + PS con fio2 del 30% tiene SOG a drenaje. Tiene un catéter venoso central subclavio izquierdo con infusión de LR a 100 ml hora. Sonda vesical conectada a bolsa de drenaje. Al examen físico se observa que el paciente realiza gestos como el ceño fruncido, y no tolera movimientos grandes como cambios de posición sin embargo el paciente en el momento se encuentra acoplado a los parámetros ventilatorios y mantiene un frecuencia cardiaca entre 70 y 82 lpm.

Responda:

¿Ve la necesidad de valorar la presencia de dolor en este paciente? SI NO y por que

¿Cómo valora la presencia de dolor en éste paciente?

¿Usaría algún tipo de escala? SI – No ¿Por qué?

¿Qué medidas tomarían ustedes como grupo de enfermería para el manejo del dolor en éste paciente?

Caso Clínico #2

Paciente 15 años ingresa a la unidad de cuidado intensivo procedentes de salas de cirugía a quien realizan drenaje de hemotorax izquierdo y dejan tubo a tórax conectado a drenaje torácico, secundario a una herida por arma corto punzante. Paciente ingresa con TOT 7.5 en comisura labial 22 conectado a ventilador mecánico con Fio2 del 70% tiene SOG cerrada. Tiene un catéter venoso central subclavio derecho por donde tiene infusión de LR 100 ml hora. Paciente con sonda vesical conectada a bolsa de drenaje. Usted realiza examen físico del paciente y ceño fruncido, con miembros superiores levemente flexionados y totalmente desacoplado a ventilador mecánico.

¿Ve la necesidad de valorar la presencia de dolor en este paciente? SI NO y por que

¿Cómo valora la presencia de dolor en éste paciente?

¿Usaría algún tipo de escala? SI – No ¿Por qué?

¿Qué medidas tomarían ustedes como grupo de enfermería para el manejo del dolor en éste paciente?

DESARROLLO

Esta actividad fue desarrollada el día 15 de diciembre del año 2015, con una duración total de 40 minutos, se ejecutó con el personal de enfermería que labora en la UCI quirúrgica del Hospital Universitario Clínica San Rafael turno noche. Se contó con la participación de 2 enfermeros profesionales 20% y 8 auxiliares de enfermería 80% quienes participaron activamente permitiendo un desarrollo sin inconvenientes.

- ❖ Como apertura del tema, se realizaron las preguntas establecidas en el proceso de planeación de actividades y de las cuales se logra concluir que:

- El personal de enfermería considera que el dolor es uno de los síntomas desagradables más comunes que experimenta un individuo por diferentes causas (procedimientos, inserción de catéter), a lo largo de su estancia en la UCI.
 - De acuerdo a las respuestas obtenidas se puede observar que no hay claridad sobre las diferencias entre sedación y analgesia, especialmente por parte del personal auxiliar quienes son los encargados de administrar los medicamentos en dicha unidad.
 - Consideran que expresiones faciales y/o corporales además del aumento de la frecuencia cardiaca, hacen parte del lenguaje no verbal que indica presencia de dolor.
 - En general el personal de enfermería no conoce con exactitud una escala de valoración de dolor orientada específicamente al paciente que se encuentra sedado y ventilado, debido a que la Escala Visual Análoga es la que se aplica a nivel institucional.
- ❖ Por medio de un rotafolio se expuso brevemente los aspectos más relevantes del dolor, su clasificación, la importancia del tratamiento y las complicaciones relacionadas con el manejo inadecuado del mismo. Se mencionaron las actividades que han sido calificadas como las más dolorosas y las escalas usadas para la valoración del dolor en el paciente comunicativo y no comunicativo haciendo énfasis en la escala BPS.
- ❖ Para terminar la actividad se hizo entrega a cada participante de un caso clínico, el cual debía leer, analizar y responder 4 preguntas, de esta actividad se obtuvo las siguientes respuestas:

PREGUNTA #1	
¿Ve la necesidad de valorar la presencia de dolor en éste paciente? Sí – No	
¿Por qué?	
1	<p>Sí.</p> <p>Es importante valorar en el paciente si hay presencia e dolor ya que este puede ser el motivo de que no esté acoplado al ventilador, además demuestra el ceño fruncido que no puede indicar dolor, es fundamental tener en cuenta que todo paciente después de haber sido intervenido quirúrgicamente independiente del procedimiento, necesita analgesia</p>

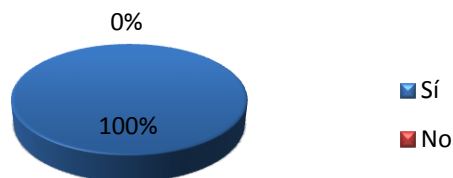
	que disminuya el dolor mejorando el estado del paciente, en este caso nuestro paciente tiene heridas en el tórax, además tener en cuenta las constantes vitales como frecuencia cardiaca aumentada y en el momento en que ingresa el paciente a la unidad indagar que medicamentos utilizaron para el procedimiento y poder valor el estado de conciencia del paciente.
2	Sí Paciente entubado, ventilado, con signos de dolor.
3	Sí Ve a necesidad de valorar la presencia de dolor porque cefalocaudalmente; el paciente tiene 2 dispositivos en la cavidad oral que generan dolor porque son elementos extraños y al no ser propios del cuerpo producen inflamación anatómica lo que produce dolor, además por el diagnóstico más el procedimiento quirúrgico al que fue sometido tiene una alteración en la integridad cutánea y una manipulación de toda su cavidad abdominal produciendo dolor.
4	Sí Porque el dolor puede alterar las constantes vitales
5	Sí Es un paciente en POP inmediato, que presenta expresiones (ceño fruncido), intolerancia a los cambios de posición, señales de dolor. A necesidad se ve representada en los riesgos causados por el dolor como es el aumento de la ansiedad, aumento de la TA y la FC, alto riesgo de extubación, provocado por agitación y retiro de dispositivos intravasculares, además de hacer una estancia traumática para el paciente.
6	Sí Es necesario ya que el nivel de dolor altera los signos vitales del paciente.
7	Sí Porque es un POP de lavado abdominal, esta ventilada y no es fácil comunicar su estado de dolor
8	Sí Se ve la necesidad inicialmente es un paciente postquirúrgico que necesita manejo del dolor como cubrimiento de una necesidad del sujeto de cuidado por Dolor agudo R/C nódica tisular – Conducta inadecuada del dolor, ceño fruncido, intolerancia a los cambios de

	posición secundario a intervención quirúrgica; se toma en cuenta además el hecho de la intubación que pudo ser traumática y termina siendo incomoda, necesita disminuir niveles de ansiedad y respuesta al dolor.
9	Sí Porque el paciente no tiene ningún tipo de sedación además por el tipo de cirugía esta desacoplado al ventilador y si esta con taquicardia tiene presencia de dolor, sin tolerar los cambios de posición.
10	Sí Paciente desacoplado, gestos de dolor y tipo de cirugía.

Conclusión

El 100% (10 personas) del personal de enfermería ve la necesidad de valorar el dolor del paciente debido al contexto en el que se encuentra, considerando y mencionando aspectos que consideran importantes como el estado POP inmediato en el que se encuentra, los gestos que realiza, la variación de los signos vitales y el hecho de estar ventilado.

¿Ve la necesidad de valorar la presencia de dolor en éste paciente?



Gráfica #1: Pregunta 1 – Actividad 1

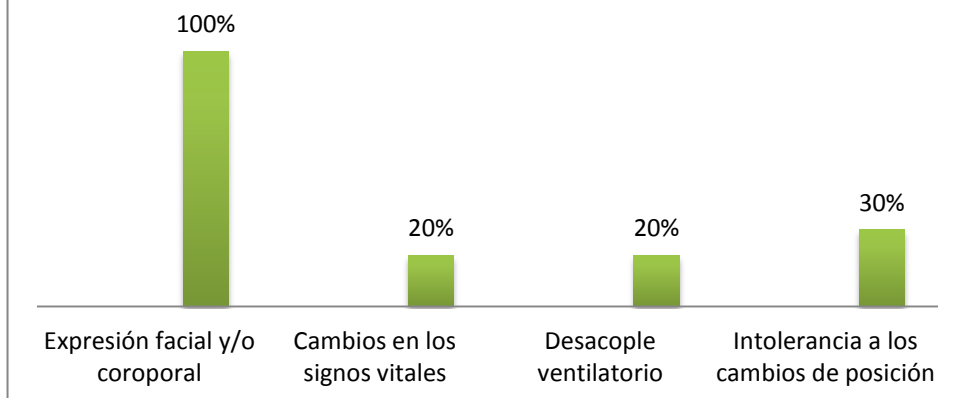
PREGUNTA #2

¿Cómo valora la presencia de dolor en éste paciente?

1	Se valoraría mediante el examen físico, en la expresión facial y corporal, además en las constantes vitales como frecuencia cardiaca (taquicárdico)
2	Por escala conductual del dolor, paciente desacoplado del ventilador, por expresión fácil.
3	Si está bajo efectos de la anestesia los valoro mediante la atención de

	los signos vitales como: taquicardia, hipertensión o polipnea. Si no tiene efectos residuales de la anestesia mediante la escala EVA (Escala visual análoga), o de gestos acordados previamente con el paciente.
4	Por el ceño y los gestos de dolor que presenta el paciente.
5	Éste paciente refleja por su expresión, ceño fruncido y poca tolerancia a los cambios de posición y puede tener aumento de la frecuencia cardiaca por dolor.
6	La haría de acuerdo a la escala EVA
7	Porque no tolera cambios de posición, presenta gestos faciales y rigidez generalizada.
8	La expresión es una herramienta inicial, no está con sedo-analgésia y valorar su estado neurológico al momento del ingreso es vital para conocer cuál será la meta de analgesia y sedación para lograr varios objetivos. a. Nivel de respuesta inicial Vs el esperado y la meta b. Dosis de carga de analgesia. Las respuestas no verbales del sujeto de cuidado también es otra herramienta “Ceño fruncido, tolerancia a los cambios de posición”
9	Si él está ventilado se valora la presencia de dolor por los gestos y porque el paciente es lábil a la manipulación.
10	Por los gestos, no tolera cambio de posición y está desacoplado al ventilador.
<p>Conclusión</p> <p>El 100% (10 personas) del personal de enfermería concluye que la expresión facial y/o corporal es el aspecto más importante tener en cuenta.</p> <p>El 20% (2 personas) menciona como opción para valorar el dolor los cambios en los signos vitales y el desacople ventilatorio.</p> <p>El 30% (3 personas) menciona como aspecto importante para identificar el dolor la intolerancia a los cambios de posición.</p>	

¿Cómo valora la presencia de dolor en éste paciente?



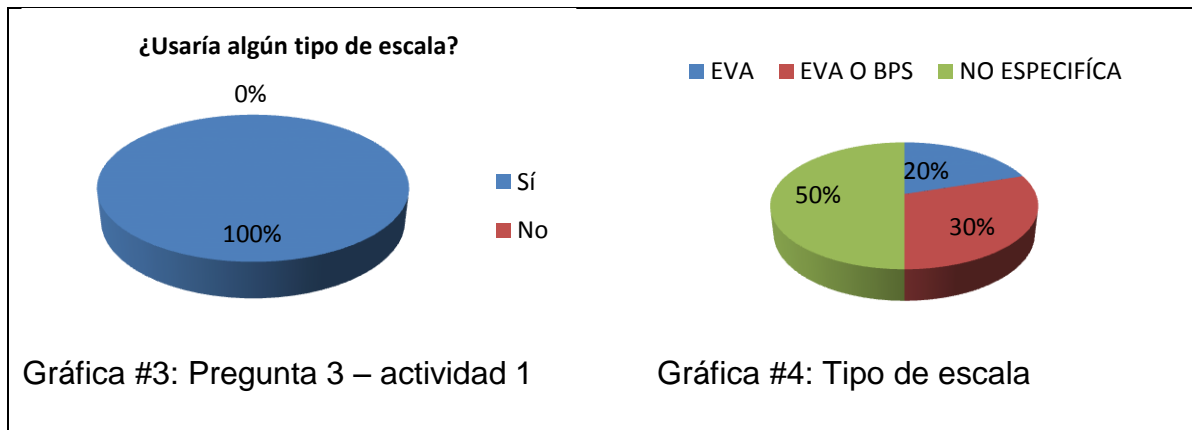
Gráfica #2: Pregunta 2 – Actividad 1

PREGUNTA #3

¿Usaría algún tipo de escala? Sí – No ¿Por qué?

1	Sí Implementaría la escala de EVA teniendo en cuenta: la historia farmacológica del paciente (medicamentos que se usaron durante el procedimiento), la escala de Glasgow, a expresión facial del paciente.
2	Sí Utilizaría algún tipo de escala pues nos ayuda a valorar la intensidad del dolor para así definir tratamiento a seguir.
3	Sí La EVA porque es un instrumento o herramienta fácil de usar, de rápido entendimiento para el paciente y da una aproximación al dolor real del paciente.
4	Sí Utilizaría escala del dolor porque dependiendo del resultado modificaría la terapia analgésica.
5	Sí Depende del estado de conciencia del paciente: si es un paciente alerta, que sólo le impide el tubo para expresarse puedo utilizar la escala EVA por medio de caras y así calificar el puntaje del dolor, pero si es un paciente somnoliento, agitado o sedado poco colaborador debo

	implementar otra escala que me permita valorar su expresión facial, movilidad de miembros y comportamiento con el ventilador mecánico, escala BPS que según el puntaje me permite identificar el tipo de dolor que un paciente tiene y su intensidad.
6	Sí Usaría la escala análoga del dolor para darle un valor y según éste se hará un plan de manejo.
7	Sí, escala EVA o BPS según si puede comunicarse o no.
8	Las escalas de valoración con grado de evidencia permiten tener herramientas para gestionar y orientar el trabajo a un nivel objetivo puro, desarrolla la base para guías de manejo clínico y establece el manejo de la disciplina de enfermería aumentando el grado de evidencia. Una de las escalas que se podrían utilizar sería la escala de conductas indicadoras de dolor en el paciente con ventilación mecánica invasiva en el cual un punto esencial es el acoplamiento a los parámetros ventilatorios y al modo ventilatorio, la respuesta hemodinámica y no verbal antes y después de la terapia de succión de secreciones.
9	Sí usaría un tipo de escala para el dolor para que el paciente mejore su estado con analgesia y que esté estable.
10	Sí Para valorar el grado de dolor y dar un valor específico.
<p>Conclusión</p> <p>El 100% (10 personas) del personal de enfermería usaría una escala que permitiera valorar el dolor.</p> <p>El 50% (5 personas) de los participantes no definen que escala usarían pero reconocen la importancia del uso para estratificar el nivel de dolor.</p> <p>El 30% (3 personas) del personal menciona que usarían la escala EVA o la escala BPS dependiendo del estado neurológico del paciente.</p> <p>El 20% (2 personas) menciona que usaría la escala EVA por la facilidad en su uso.</p>	



PREGUNTA #4

¿Qué medidas tomaría usted como para el manejo del dolor en éste paciente

1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar medidas de comodidad y seguridad (cambios de posición) ✓ Inmovilización de miembros superiores para evitar eventos adversos (retiro de dispositivos intravasculares) ✓ Teniendo en cuenta la valoración médica y la orden del mismo, implementaría analgesia que contribuiría a disminuir el dolor, la ansiedad y el paciente tolerará el proceso de recuperación postoperatoria. ✓ Importante administrar en el momento indicado analgesia para evitar complicaciones (desacople del ventilador) ✓ Valorar y registrar constantes vitales e informa cambios ✓ Cuidados de la herida quirúrgica según indicación médica e informar cambios. ✓ Vigilar sitio de inserción del tubo a tórax evitando que éste encuentre tirante y ocasione dolor, además en los cambios de posición tener en cuenta la comodidad del paciente y la ubicación del tubo. ✓ Administración correcta de medicamentos analgésicos teniendo en cuenta los 11 correctos. ✓ Valorar estado de conciencia del paciente teniendo en cuenta las diferentes escalas (Glasgow, RASS, EVA). Según necesidad.
2	Aplicar la escala del dolor, manejo de sedación y analgesia. Escala conductual del dolor BPS.
3	Realizar intervenciones de enfermería como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegurar una adecuada posición del paciente (confort)

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar la permeabilidad de los drenes (SOG-SVC) ✓ Valorar el ajuste adecuado más no excesivo de la faja ✓ Acordar con el equipo médico la analgesia adecuada según su historia clínica.
4	Sedación consciente: "dexmedetomidina"
5	Los medios que utilizaría para el manejo del dolor sería implementar escalas que me permitan evaluar cuantitativamente el dolor, y poder informar al médico para que ordene analgésicos que mitiguen el dolor, brindar medidas de confort como la comodidad y recomendaciones permitiendo disminuir episodios de ansiedad que puedan cursar, colocarlo más cómodo en una posición favorable, saber darle un adecuado uso a los analgésicos y bolos de recateo teniendo en cuenta efectos adversos y valorar el resultado del medicamento, realizar valoración del dolor antes y después para mirar si la intervención es correcta.
6	La administración de analgesia y ajuste de sedación
7	Manejar escala de dolor, administrar analgesia y sedación según lo requiera.
8	El trabajo interdisciplinario conjunto a terapia respiratoria utilizando la escala de conductas indicadora del dolor permite la titulación de la sedoanalgesia según el tiempo esperado de intubación la programación para la intervención abdominal terapéutica se pensara en el manejo hemodinámico en base a sedación..., respuestas neurológicas o hemodinámicas permiten titular dosis respuesta según la vida media, biodisponibilidad, farmacocinética y farmacodinamia. El manejo conjunto profesional entre las diferentes áreas es una meta con objetivo de atención y cuidado.
9	Avisar al doctor para iniciar alguna analgesia, iniciar sedación para que el paciente se acople al ventilador. Vigilar según la escala del dolor y avisar.
10	<p>Analgesia</p> <p>Comodidad del paciente</p> <p>Cambios de posición según tolerancia</p> <p>Sedación</p>
Conclusión	
Dentro de las respuestas dadas por todos los participantes se encuentra que la	

aplicación de una escala para estratificar el dolor, el ajuste de analgesia y sedación oportuna y el brindar medidas de confort, son las principales medidas que tendrían en cuenta para el manejo del dolor.

Conclusiones de la actividad

- A través, de la actividad realizada se logró identificar la importancia que el personal de enfermería de la UCI quirúrgica turno noche del Hospital Universitario Clínica San Rafael, da al uso de una escala de valoración del dolor en el paciente no comunicativo, reconociendo la importancia de la misma como una herramienta que permite un abordaje efectivo y oportuno. Considerando esta actitud como un paso hacia aceptación y manejo específico de la escala BPS a futuro.
- La no claridad por parte del personal de enfermería de la diferencia existente entre la sedación y la analgesia, puede ser una limitación en el manejo adecuado y oportuno del dolor en los pacientes de la unidad.

ACTIVIDAD #2
¿COMO INTERPRETO EL DOLOR?

Tiempo estimado 30 minutos

CONTEXTO FÍSICO: TRASCENDENCIA

CONTEXTO AMBIENTAL: TRANQUILIDAD – TRASCENDENCIA

Objetivos

- Capacitar al personal de enfermería en la adecuada interpretación de la escala BPS.
- Favorecer que el personal de enfermería de la UCI Quirúrgica valore el nivel de dolor de los pacientes previo a la realización de actividades rutinarias relacionadas al cuidado.
- Facilitar a partir de los ítems que contempla de escala BPS que el personal de enfermería interprete las expresiones faciales del paciente de forma adecuada.

Materiales

- Roles impresos
- Folleto
- Incentivos

Metodología

- Saludo de iniciación.
- Apertura del tema, con la realización de las siguiente pregunta:
✓ ¿Cómo identifica Ud. La presencia de dolor en sus pacientes?
- Se hará entrega de un folleto resumen que contiene todos los aspectos relacionados con la definición de dolor, la valoración del mismo a través de las diferentes escalas haciendo énfasis en la escala BPS, su contenido e interpretación.

- Se organizarán 2 grupos, cada grupo elegirá un representante a ellos se les hará entrega del papel que desempeñaran dentro de la actividad:

Grupo 1

Enfermera: Encargada de realizar “cambio de posición” en compañía del auxiliar de enfermería al “paciente” (otro de los participantes del grupo de enfermería). Debe realizar el cambio de posición hablando con el auxiliar de enfermería de cualquier tema (salida del fin de semana, matrimonio del hermano, comida, etc.), en ningún momento presta atención a los gestos que emite el paciente durante dicha actividad.

Auxiliar de enfermería: en colaboración con la enfermera realiza dicha actividad sin fijarse en los gestos si en los cambios de las variables hemodinámicas.

Paciente: Se encuentra sedado RASS -3 e intubado, imagínese un dolor de intensidad 8/10, su abdomen está abierto y el tubo le molesta en la garganta, le duele todas las articulaciones por el desacondicionamiento físico y están hablando de retirarle el catéter central por disfunción del mismo y le pasarán otro. No le han administrado analgesia y el personal de salud asume que se encuentra en su mejor estado de confort.

Grupo 2

Enfermera: Antes de la realización del cambio de posición considera la posibilidad de que el paciente tenga dolor y por tanto le administra la analgesia correspondiente y junto con la auxiliar de enfermería se dispone a realizar la actividad de cambio de posición, durante ésta observa los gestos que realiza el paciente y el aumento de la frecuencia cardiaca de 80 a 120 lpm.

Auxiliar de enfermería: Previo al inicio de la actividad en conjunto con la enfermera consideran la posibilidad de que el paciente tenga dolor. Ninguna de las dos tiene en cuenta los gestos ya que considera que es ocasionado por la molestia generada por el tubo.

Paciente: Se encuentra sedado RASS -3 e intubado, quien a pesar de la administración de analgesia presenta dolor con el movimiento. En reposo tiene el

ceño fruncido y con los cambio de posición empeora este gesto acompañado de rigidez en las extremidades.

- Se realizará un consenso de opiniones sobre lo observado en los diferentes casos.

Evaluación

- ¿Considera que la escala BPS le permitirá realizar una mejor evaluación del dolor en el paciente que no puede comunicarse?
- ¿El manejo del dolor y la administración de analgesia se pueden mejorar si conocemos la intensidad de dolor del paciente?
- ¿Cómo impacta el proceso de valoración e identificación del dolor en el quehacer diario de enfermería?

Se hará entrega de un incentivo y de un folleto que resume la importancia de la valoración y el manejo de dolor en el paciente crítico, con el fin de resaltar el impacto en la calidad de la atención y la estancia hospitalaria.

DESARROLLO

Esta actividad se desarrolló el 22 de Diciembre de 2015, tuvo una duración de 60 minutos, se ejecutó con el personal de enfermería que labora en la UCI quirúrgica del Hospital Universitario Clínica San Rafael turno noche.

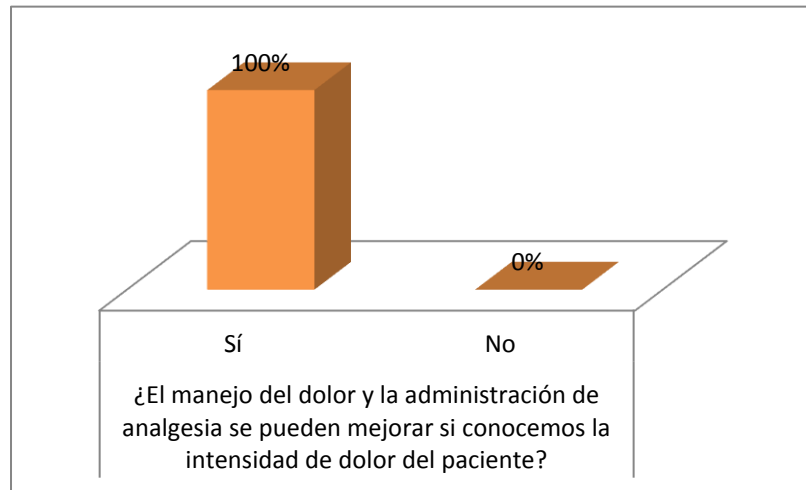
Se contó con la participación de 2 enfermeros profesionales y 8 auxiliares de enfermería quienes participaron activamente permitiendo un desarrollo sin inconvenientes.

En esta actividad se explicó paso a paso cada uno de los ítems que contempla la escala conductual del dolor BPS con su debido puntaje e interpretación de manera que al terminar la explicación se dividió el personal en dos grupos y se le hizo entrega a cada uno de un papel específico que debían interpretar y posteriormente analizar, dando respuesta a 3 preguntas.

PREGUNTA #1							
¿Considera que la escala BPS le permitiría realizar una mejor evaluación el dolor en el paciente que no lo puede comunicar?							
Grupo 1	Sí permite diferenciar el dolor y la incomodidad del paciente que por su estado no se puede comunicar.						
Grupo 2	Sí, porque a través de los gestos y movimientos que realice el paciente se le da un valor según la escala conductual del dolor y así podemos saber el nivel de intensidad del mismo.						
<p>Conclusión</p> <p>El 100% del personal de enfermería considera que la escala BPS es una herramienta adecuada para realizar la valoración del dolor en pacientes que se encuentran ventilador y que no pueden comunicarse.</p> <div data-bbox="474 894 1273 1367" data-label="Figure"> <p>El gráfico muestra un eje vertical con marcas del 0% al 100% en incrementos de 20%. El eje horizontal tiene dos categorías: 'Sí' y 'No'. Una barra 3D de color morado para 'Sí' alcanza el 100%. Una barra 3D de color morado para 'No' está plana en el 0%. Debajo del gráfico se repite la pregunta: '¿Considera que la escala BPS le permitiría realizar una mejor evaluación el dolor en el paciente que no lo puede comunicar?'.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Respuesta</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Gráfica #5: Pregunta 1 – Actividad 2</p>		Respuesta	Porcentaje	Sí	100%	No	0%
Respuesta	Porcentaje						
Sí	100%						
No	0%						
PREGUNTA #2							
¿El manejo del dolor y la administración de analgesia se pueden mejorar si conocemos la intensidad de dolor del paciente?							
Grupo 1	Por supuesto, según la puntuación se puede manejar el dolor con la administración de analgesia aumentándola o disminuyendo si no presenta dolor.						
Grupo 2	Sí dependiendo de la puntuación sabremos si se continua o modifica la sedo analgesia.						

Conclusión:

El 100% del personal de enfermería considera que se puede dar un correcto manejo en cuanto a la administración de analgesia usando como herramienta una escala de valoración del dolor que guía dicha intervención.



Gráfica #6: Pregunta 2 – Actividad 2

PREGUNTA # 3

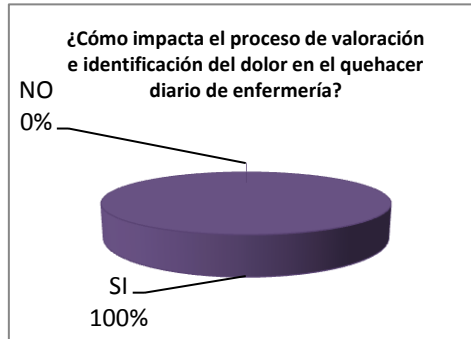
¿Cómo impacta el proceso de valoración e identificación del dolor en el quehacer diario de enfermería?

Grupo 1	Valorando e identificando el dolor se pueden programar las actividades a realizar a los pacientes porque como se sabe el dolor es un signo vital más y si éste está alterado no lograremos la recuperación de nuestro paciente.
Grupo 2	Paciente con presencia de dolor se torna hipertónico, diaforético, desacoplado con la ventilación mecánica. El manejo con este paciente es avisar al médico de turno para reajustar la sedo analgesia y si es necesario pasar bolos para tranquilizarlo.

Conclusión:

El 100% del personal de enfermería que participó considera de gran importancia la valoración adecuada del dolor en el paciente ventilado como una forma de mejorar el impacto del tratamiento instaurado, a fin de reducir el dolor y con ello

disminuir los signos y síntomas asociados al mismo y sus complicaciones.



Gráfica #7: Pregunta 3 – Actividad 2

Conclusiones de la actividad

- El personal de enfermería de la UCI quirúrgica del turno noche considera que la escala BPS es una herramienta que ayudaría en la orientación terapéutica para el manejo del dolor en los pacientes que no se pueden comunicar.
- A través del desarrollo de esta actividad se concluye que el personal de enfermería cuenta con la mejor disposición para el desarrollo y aplicación de nuevas herramientas que aporten de manera significativa a la realización óptima de sus tareas y búsqueda del bienestar en las personas que allí son atendidas.

CONCLUSIONES

- El personal de enfermería de la UCI quirúrgica turno noche, a través de las actividades realizadas en el presente proyecto, demostraron la importancia que dan dentro de la realización de sus actividades diarias, al proceso de valoración del dolor como medio que permite orientar de manera objetiva una intervención adecuada para el alivio del mismo, reconociendo la administración de analgesia prescrita como intervención primaria que contribuye en la búsqueda de la tranquilidad de la persona sujeto de cuidado.
- La valoración del dolor en el paciente intubado bajo efectos de sedación es llevada a cabo por el personal de enfermería a través de la aplicación de la escala EVA; identificando en algunos casos desconocimiento por parte del personal, sobre la existencia de escalas como la BPS que permiten valorar de forma objetiva el dolor de los pacientes no comunicativos; es por ello, que a partir de la realización de éste proyecto el personal de enfermería cuenta con una herramienta válida y útil que favorece la planeación de intervenciones con el fin de lograr el alivio y la trascendencia de los individuos a su cuidado.
- A partir de la ejecución de éste proyecto, la escala BPS fue reconocida por el personal de enfermería como una herramienta útil que facilita la interpretación de gestos asociados al dolor que emite el paciente no comunicativo, permitiendo al personal identificar la intensidad y variación del mismo
- El reconocimiento del dolor como otro signo vital permite visualizar la percepción que tiene el personal de enfermería ante la valoración de los signos y síntomas más sugestivos del mismo, haciendo énfasis en la valoración del mismo, previo a la realización de las actividades rutinarias, a partir de donde se instaura tratamiento, en una participación ligada al equipo médico buscando una intervención oportuna.

RECOMENDACIONES

- Continuar abordando el tema de la valoración del dolor en el paciente sedado y/o ventilado con el personal asistencial y directivas, hasta lograr la aceptación de la escala BPS y con ello su implementación a nivel institucional, reconociendo la importancia de un abordaje oportuno y efectivo por parte del personal de enfermería.
- Continuar capacitaciones al personal sobre los aspectos más importantes relacionados con la sedación y analgesia, pues se evidencia poca claridad en la relación y diferencias que existen entre estos dos temas, con el fin de lograr una intervención farmacológica eficaz, que facilite la realización de las diferentes actividades de enfermería que están dirigidas al apoyo del autocuidado.
- Permitir la socialización de la escala con todo el personal de enfermería de todos los turnos de la UCI quirúrgica y demás unidades de cuidado intensivo, con el fin de hacer extensivo el proceso de conocimiento y aceptación de la escala. Conociendo las diferentes opiniones y recomendaciones existentes sobre el tema, proceso que oriente hacia la implementación de la misma a nivel institucional.
- Enfatizar en la valoración e intervención oportuna para el manejo del dolor, teniendo en cuenta los ítems que contempla la escala BPS, con el fin de hacer de la experiencia de cuidado una oportunidad para mejorar la calidad de la atención brindada en las Unidades de Cuidado Intensivo, permitiendo así dar alivio y confort al individuo hospitalizado.
- Hacer seguimiento posterior a la socialización de la escala BPS, con el fin de promover la valoración e identificación de gestos asociados a la presencia de dolor en el paciente no comunicativo, durante la realización de las actividades diarias que realiza enfermería.

LIMITACIONES

- Cambio de dueños del Hospital Universitario Clínica San Rafael, que generaron cambios en el personal directivo de la institución, entre los cuales se encuentra la modificación del director del departamento de investigación, quien impidió el desarrollo del proyecto ya planteado y aceptado por el antiguo director; lo cual detuvo y retrasó el desarrollo del mismo.
- Falta de mayor liderazgo y autonomía por parte del departamento de enfermería para la generación de proyectos de gestión orientados al mejoramiento de la práctica de enfermería en la institución; limitándose al departamento de investigación y educación los cuales están dirigidos por personal médico.
- Aceptación del desarrollo del proyecto por parte del gestor de educación y la coordinadora de la unidad quirúrgica sólo con el personal de enfermería de la noche, turno al que pertenece una de las gestoras del proyecto.
- Ejecución del proyecto únicamente por parte del miembro vinculado a la institución debido a la petición realizada por la coordinadora y gestor de las unidades de cuidado intensivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achury DM. Dolor: La verdadera Realidad. Revista Aquichan [Internet]. 2008 [Citado 06 de junio de 2015]; 8 (2). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/132/265>.
2. Aissaoui Y, Zeggwagh A, Et al. Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically Ill, Sedated, and Mechanically Ventilated Patients. Revist de Anesthesia & Analgesia [Internet]. 2005 [Citado 09 de agosto de 2015]; 101:1470–6. Disponible en: http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2005/11000/Validation_of_a_Behavioral_Pain_Scale_in.37.aspx.
3. American Society of Anesthesiologists. Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists ASA [Internet]. 2002 [Citado 13 de agosto de 2015]; 96 (4): 1004-1017. Disponible en: <https://www.asahq.org>
4. Byrd PJ, Gonzales I, Parsons V. Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units: a pilot survey of NICU nurses. Revista Adv Neonatal Care [Internet]. 2009 [Citado 12 de septiembre 2015]; 9: 299-306. Disponible en: www.elsevier.es.
5. Cade CH. Clinical Tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. Revista Nursing Critical Care [Internet]. 2008 [12 de septiembre 2015]; 13: 288 – 97. Disponible en: www.elsevier.es.
6. Hernández R. Metodología de la Investigación 4ª Ed. México: Editorial Mc Graw – Hill Interamericana; 2006
7. Ibarra E. Una Nueva Definición de Dolor. Un Imperativo de Nuestros Días. Revista Sociedad Española de Dolor [Internet]. 2006 [Citado 14 de septiembre de 2015]; 13 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001
8. International Association for the study of Pain subcommitte on Taxonomy [Internet]. Pain terms: a list with definitions and notes on usage pain. [06 de

agosto de 2015; citado 12 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://iasp-pain.org>

9. Latorre M, Solis M, Falero T, Larrasquitu A, Roman A, Millan E. Validación de la Escala de Conductas indicadoras de dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: Resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva* [internet]. 2011 [citado 09 de noviembre de 2015]; 22 (1): 3-12. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
10. Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Revista de Enfermería Neurológica* [Internet]. 2010 [Citado 05 de agosto 2015]; 9(2): 94-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Nueva York; 2006 [Citado 12 de septiembre 2015]
12. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Revista Medicina Intensiva Barcelona* [Internet]. 2006 [Citado 13 de septiembre de 2015]; 30 (8). Disponible en: www.elsevier.es
13. Payen J; et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Revista Critical Care Medicine* [Internet]. 2001 [Citado 14 de agosto de 2015]; 9 (12). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801819>
14. Puntillo KA, Wild LR, Morris AB, et al. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *Revista American Journal Critic Care* [Internet]. 2002 [Citado 12 de septiembre de 2015]; 11: 415-29. Disponible en: www.elsevier.es
15. Rojas JA; Cristancho, M. Esquemas de sedoanalgesia en las unidades de cuidado Intensivo de la Organización Sanitas Internacional. *Rev. Medica Sanitas* [Internet]. 2012 [Citado 18 de julio de 2015]; 15 (1): 22-28.

Disponible en:
<http://www.unisanitas.edu.co/Revista/index.php?edicion=25&seccion=20>

16. Sabine J, Aletta M, et al. The use of the Behavioral Pain Scale to Assess Pain in Conscious Sedated Patients. *Revista Critical Care and Trauma. International Anesthesia Research Society* [Internet]. 2010 [Citado 13 de septiembre 2015]; (110): 1. Disponible en:
http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2010/01000/The_Use_of_the_Behavioral_Pain_Scale_to_Assess.23.aspx
17. Sakata R. Analgesia y sedación en unidad de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Anestesiología* [Internet]. 2010 [Citado 12 de septiembre de 2015]; 60(6), 653-658. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942010000600012&script=sci_arttext&tlng=es
18. Sessler CN. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. *Revista Critical Care Clinic* [Internet]. 2009 [Citado 12 de septiembre 2015]; 25: 489-513. Disponible en: www.elsevier.es
19. Tribunal Ético de Enfermería. Ley 266 de 1996 [Internet]. Colombia: 1996. [Citado el 05 de agosto 2015]. Disponible en:
http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=58
20. Vanderah T. Fisiopatología del dolor. *Revista Médica Clínica Norte América* [Internet]. 2007 [Citado 12 de septiembre 2015]; 91 (1):12. Disponible en: www.elsevier.es
21. Vazquez C. et al. Valoración del dolor durante el cambio de posición postural en pacientes con ventilación mecánica invasiva. *Revista Enfermería intensiva* [Internet]. 2009 [Citado 12 de junio de 2015]; 20(1): 2-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es>
22. Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T. Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Revista Intensive and Critical Care Nursing* [Internet]. 2006 [Citado 12 de

septiembre 2015]; (22): 32—39. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16198570>