

**VALORACIÓN DEL DOLOR DE LOS PACIENTES, A TRAVÉS DE LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA DEL DOLOR COMO QUINTO SIGNO
VITAL**

**ADRIANA BARBOSA MARIACA
MARTHA LUCIA TAMI LEAL**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS EN ADULTOS
BOGOTÁ D.C.
2011**

**VALORACIÓN DEL DOLOR DE LOS PACIENTES, A TRAVÉS DE LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA DEL DOLOR COMO QUINTO SIGNO
VITAL**

**ADRIANA BARBOSA MARIACA
MARTHA LUCIA TAMI LEAL**

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Cuidado Crítico con Énfasis en Adultos**

**Asesora
PROFESORA YANIRA ASTRID RODRÍGUEZ HOLGUÍN**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS EN ADULTOS
BOGOTÁ D.C.
2011**

Página de aceptación

Firma del Presidente de Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá D.C., diciembre 20 de 2011

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

Al Cuerpo de Docentes de la Universidad de la Sabana, por el apoyo a la investigación en el área de Enfermería y su preocupación en la formación de profesionales éticos, analíticos y con sentido de pertenencia al país.

A la Clínica Shaio, por la gran colaboración prestada en el proceso investigativo y la disposición por especializar los profesionales que laboran en ella como estrategia de brindar mejor calidad de atención a sus pacientes.

A la Directora del Departamento de Enfermería, por el interés de sacar adelante este trabajo mediante su apoyo incondicional que fue importante para las autoras.

A todas las personas que de alguna manera colaboraron con la investigación.

CONTENIDO

	Pág.
1. INFORMACIÓN GENERAL	8
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
3. JUSTIFICACIÓN	13
4. MARCO CONCEPTUAL	15
4.1 EL DOLOR	15
4.1.1 CONCEPTO	15
4.1.2 CLASIFICACION DEL DOLOR	16
4.1.2.1 SEGÚN SU ORIGEN	16
4.1.2.2 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN SU DURACIÓN	17
4.1.2.3 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN SU INTENSIDAD	18
4.1.2.4 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN SU LOCALIZACIÓN	18
4.1.2.5 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN SU VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN	19
4.1.3 MANEJO DEL DOLOR	19
4.1.4 MEDICIÓN DEL DOLOR	19
4.1.5 ESCALAS DE MEDICIÓN DEL DOLOR	20
4.1.5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN DEL DOLOR	20
4.2 ABORDAJE TEÒRICO: “TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES”	24
4.2.1 DIMENSIONES DE LOS SÍNTOMAS	25
4.2.1.1 LA DIMENSIÓN INTENSIDAD O GRAVEDAD:	25
4.2.1.2 LA DIMENSIÓN ANGUSTIA:	26
4.2.1.3 LA DIMENSIÓN TIEMPO:	26
4.2.1.4 LA DIMENSIÓN CALIDAD DEL SÍNTOMA:	26
4.2.2 LOS FACTORES INFLUYENTES	26
4.2.2.1 LOS FACTORES FISIOLÓGICOS	26
4.2.2.2 LOS FACTORES PSICOLÓGICOS.	26
4.2.2.3 LOS FACTORES SITUACIONALES ABARCAN	27
4.2.3 CONSECUENCIA DE LA EXPERIENCIA DEL SÍNTOMA O RENDIMIENTO	27

4.3 REVISIÓN ESQUEMÁTICA DE LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES	27
5. PRINCIPIOS ÉTICOS	29
6. METODOLOGÍA DEL PROYECTO	31
6.1 MARCO LÓGICO	31
6.2 ÁRBOL DE OBJETIVOS	33
6.3 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	34
6.4 PLAN DE ACCION	35
6.5 DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN	36
6.5.1 INDICADORES DEL PROYECTO	43
6.5.2 GRÁFICOS DE INDICADORES	44
6.5.3 ANÁLISIS DE LOS INDICADORES	45
7. CRONOGRAMA	46
8. PRESUPUESTO	47
9. EVALUACIÓN DEL PROYECTO Y ACTIVIDADES	48
10. CONCLUSIONES	51
11. RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diseño de una Escala Verbal Simple	21
Figura 2. Escala Visual Análoga	22
Figura 3. Escala de expresión facial	23
Figura 4. Escala Numérica de Valoración	24
Figura 5. Esquematización de la teoría de síntomas desagradables	28

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL PROYECTO DE GESTIÓN. “Valoración del dolor de los pacientes a través de la implementación de la Escala de Dolor como Quinto Signo Vital en la UCI de la Clínica Shaio”.

ENTIDADES. Unidad Médica y Cardiovascular de la Clínica Shaio.

PERIODO DE DURACIÓN. Marzo a diciembre del 2011.

LOCALIZACIÓN. Bogotá DC Colombia.

PROBLEMA IDENTIFICADO. Necesidad del personal de enfermería de valorar el dolor como Quinto Signo Vital, a través de la aplicación de la escala del dolor existente en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Shaio.

OBJETIVO GENERAL. Capacitar al personal de enfermería en la valoración de la escala de dolor como Quinto Signo Vital en la UCI de la Clínica Shaio.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El dolor como parte de la enfermedad, es un estado que afecta a los pacientes, y su presencia en múltiples enfermedades se considera como un sufrimiento innecesario, responsable de un aumento de la morbilidad y fuente de trastornos psicológicos importantes que precisan atención y tratamiento especializado. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)* define dolor como: “Experiencia desagradable, en lo sensorial y/o emocional, que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe en función de dicha lesión” (1).

A nivel mundial existe la preocupación sobre el tema, tanto, que el dolor ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la mayor amenaza para la calidad de vida de la población, entendiendo que es un problema complejo, en el que intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales en muchas ocasiones sin resolver(2). Al respecto Hernández y Moreno (2006) señalan: “En USA, más de 20 millones de adultos padecen de dolor cada año por más de 20 días, con más de 550 millones de días no laborados, a un costo de más de 50 billones de dólares”(3), lo que refleja el costo que puede ocasionar en el área laboral. El dolor se ha convertido en un problema de salud pública. En los EEUU más de 300 millones de personas padecen de dolor en este momento (Bond y Breivik, Painclinicalupdates), 8% por ciento de la población Europea sufre dolor neuropático y más de dos millones de españoles están afectados por este trastorno, ocho países europeos, entre ellos España, suman 1.202 pacientes. El 33% de los afectados experimenta problemas familiares o personales a causa del dolor crónico, y el 45% cree que afecta gravemente a su vida social, laboral e incluso a su capacidad de concentración.(3)

Dada la importancia de la evaluación, manejo y control del dolor, ha permitido catalogarlo como el quinto signo vital, colocándolo en el mismo nivel de los otros cuatro signos vitales, en casi todos los países existen asociaciones que se encargan de su estudio, en Colombia está la ACED(Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor), entidad que ha llevado a cabo diferentes estudios, para poder disponer de información relevante, confiable y articulada sobre su padecimiento entre la población colombiana. Prueba de ello, es la tercera Encuesta Nacional de Dolor, donde se señaló que el 47,7% de la población

* La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) es una organización profesional internacional que promueve la investigación, la educación y las políticas para el conocimiento y manejo del dolor. La IASP fue fundada en 1973, después de la conferencia de Seattle Issaquah, bajo la dirección de John Bonica. La secretaría tiene su sede en Seattle, Washington.

preguntada había sentido algún tipo de dolor en el último mes, siendo más frecuente la cefalea y en segundo lugar el dolor lumbar, el 49% de los que sintieron dolor manifestaron que era nuevo (agudo) y el 50% que ya lo tenían desde antes (crónico). 52,4% aceptaron que se vio interrumpida su actividad habitual (laboral, académica, hogar, etc.) (4).

Posteriormente se llevó a efecto otro estudio en el año 2010 (5) sobre dolor músculo-esquelético en 12 ciudades importantes de Colombia, tomando una muestra de 1011 personas entre los 18 y 70 años, encontrándose que el 60% de la población investigada declaró haber padecido de este tipo de dolor en los últimos 6 meses, de los cuales el 34,6% lo duro más de 6 meses, y el 77,6% lo padecen actualmente, con mayor prevalencia en mujeres con el 62% y hombres el 58% (5), porcentajes que obligan a tomar más en cuenta la importancia de trabajar para mejorar este signo vital, que influye en la calidad de vida de la población.

Así, la temperatura corporal, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, y la valoración del dolor, son los primeros cinco signos vitales que deben ser considerados por el personal de salud y para ello actualmente existen herramientas para hacerlo. Para el caso del dolor, existe la llamada escala numérica, creada por la OMS, instrumento que es de sencillo manejo y evalúa el dolor del 1 al 10 para cuantificar la intensidad y el tipo de dolor de cada paciente, el cual será utilizado en la propuesta de esta investigación.

Por otra parte, existe la preocupación al interior de los centros de formación profesional nacionales, de tratar el tema con más complejidad y es así que se está trabajando con los centros hospitalarios y los profesionales de la salud para que tomen consciencia de la importancia de tener clara la verdadera dimensión del sufrimiento por dolor en los pacientes y de esa forma procurar un adecuado alivio(6), por lo cual existen protocolos de valoración del dolor en algunos hospitales, principalmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), entre ellos están el Hospital Mederic y Hospital Militar Central, donde existe un grupo interdisciplinario para Clínica del Dolor, pero donde son incluidos únicamente aquellos pacientes que de acuerdo a su patología o tipo de cirugía, por decisión del médico tratante, deben ser atendidos en la Clínica del Dolor.

También está la Fundación Santa Fe, donde el tratamiento del dolor tiene mayor atención y la valoración es extensiva todos los pacientes por horario, independientemente de que esté manejado por Clínica de Dolor o no. La valoración allí se realiza por medio de la escala numérica y se registra hora a hora en el panel de enfermería, además debe quedar registrada qué intervención de enfermería se realiza dependiendo de los resultados de la

valoración hecha y el puntaje de dolor que refiera el paciente, al aplicarle la escala numérica para valorarlo.

Ahora bien, la Clínica Shaio, objeto del presente trabajo, también se ha unido al interés de mejorar el dolor en los pacientes y existe el grupo interdisciplinario para Clínica del Dolor, pero a ella no son remitidos todos los pacientes, sino aquellos que a criterio del médico deban ser atendidos en ella. Sin embargo y siendo parte de la responsabilidad de enfermería estar cumpliendo con las indicaciones médicas sobre el tratamiento que se debe dar a cada paciente para mantenerlo en un estado de analgesia que lo ayude a mejorar, en el registro de enfermería de la UCI no queda consignada la valoración del dolor por horario, lo cual impide saber el efecto analgésico del tratamiento.

Esta situación que se ha observado en la UCI de la Clínica Shaio, crea la necesidad de trabajar para que sea tratado el dolor como quinto signo vital, implementando la aplicación de un instrumento como elemento esencial en la valoración diaria del paciente debiendo ser realizada de forma continua en la Unidad, mediante la utilización de la “Escala del Dolor”, lo que requiere la instrucción del personal en su manejo siendo prioritario el entrenamiento a la enfermera, pues es ella quien tiene a su responsabilidad el cuidado de los pacientes, y sus actividades deben involucrar todas aquellas que humanicen el manejo del dolor en los pacientes que lo requieran.

Lo anterior ha llevado a que sean pocos los pacientes hospitalizados en UCI que son remitidos a Clínica del Dolor, sobre todo porque la unidad es cerrada (no permite manejo por otras especialidades, solo conceptos de tratamientos) y por tanto, los manejos son hechos por el intensivista a cargo y muy ocasionalmente solicitan el manejo a clínica del dolor, generando en el personal de salud desconocimiento en la aplicación de escalas y evaluación del dolor.

En la Clínica Shaio, la evolución en el manejo del dolor de los pacientes ha tenido múltiples cambios, hace aproximadamente 16 años el manejo se hacía por parte de Clínica del dolor, allí manejaban un volumen alto de pacientes y el seguimiento se hacía continuamente por un equipo interdisciplinario, pero a raíz de la crisis financiera y administrativa de esta Institución, esta actividad empezó a disminuir y el hecho de que las EPS no contemplan este servicio dentro del POS, centralizó su manejo en cada médico tratante, quien según su criterio remite a la Clínica del dolor o no.

Estudios realizados por Zavala y González, evidencian la falta de utilización, de escalas de medición del dolor, que le permitan a la enfermera calificar junto con los pacientes, el grado en que ellos lo experimentan y por consiguiente al no tener un registro del dolor, no existe un mecanismo apropiado para conocerlo y disminuirlo, que podría ser lo indicado para el uso apropiado de fármacos, a fin de mitigarlo (7). Asociado a esto, Hanke y Fontana señalan que la evaluación del dolor mediante una escala facilita la toma de decisiones del enfermero porque fomenta el cuidado y la atención a las necesidades del paciente (8).

La falta de registro de dolor de los pacientes, por parte del personal de enfermería, motiva a implementar la escala del dolor para tratarlo como quinto signo vital y generar conciencia de la importancia de atenderlo, a la vez que ayuda a la valoración de la efectividad del tratamiento analgésico en los pacientes, a controlar la eficacia de la atención y a humanizarla, principios que son parte integral de la práctica de enfermería y de la política de cuidado de la Clínica Shaio.

3. JUSTIFICACIÓN

El dolor, es el síntoma más universal que el ser humano padece (2) y cuando se cronifica, es el motivo más alto de consulta en los diferentes servicios de urgencias, porque puede convertirse en enfermedad y volverse en una gran carga de sufrimiento para quien lo padece, ocasionando costos en términos económicos para el paciente, debido a la imposibilidad de trabajar. El dolor como síntoma o enfermedad, es una situación negativa, de salud y suprimirlo debe ser una prioridad para el personal de salud.

De una correcta valoración del dolor depende la instauración de un tratamiento analgésico adecuado, individualizado y eficaz, razón por la cual se debe cuantificar la intensidad, duración e importancia del dolor, para ayudar al paciente en su recuperación tanto física como emocional. No es fácil realizar la valoración del dolor y por ello es una tarea difícil a la que se enfrenta el personal de salud, pero existen actualmente escalas que ayudan, a que se cumplan los parámetros para valorarlo y medirlo

Ahora bien, se considera que el personal de enfermería es el encargado de identificar, valorar, comunicar y registrar la intensidad del dolor manifestado por el paciente, porque ello genera un cambio positivo en la actitud frente al compromiso con la praxis, en donde se prioriza la comunicación, el respeto y la colaboración por resolver las necesidades de alivio del dolor de una manera oportuna y adecuada para los pacientes a su cuidado, por lo tanto, estos profesionales a través de una adecuada práctica serán los responsables de orientar el tratamiento terapéutico donde el paciente se sentirá libre de dolor, temor y angustia, una vez que se le brinde el máximo beneficio del tratamiento a su enfermedad, pero sin dolor, a la vez que se disminuyen las complicaciones dadas por las respuestas desfavorables del mismo, teniendo tranquilidad y satisfacción por el adecuado manejo de la enfermedad y por la atención recibida durante su estancia hospitalaria.

Así, la aplicación de la escala como herramienta necesaria para prestar un servicio con calidad, genera a la institución pautas de normalización y como consecuencia el uso adecuado de medicamentos, la disminución de los días de estancia hospitalaria, riesgos, complicaciones y efectos adversos garantizando mejoras en el costo beneficio, reflejando hacia el cliente externo servicios de calidad y mayor satisfacción del usuario.

Consecuente con lo anterior, la escala numérica del dolor es factor fundamental en el ejercicio de la enfermería, porque permite realizar un plan de cuidado y orientar la efectividad del tratamiento analgésico, proporcionando alternativas de manejo de los síntomas del dolor. Por lo cual, la finalidad de este proyecto es generar pautas de cambio en la UCI, educando al personal de enfermería para que aplique la escala e identifique los signos y síntomas del dolor y se brinde un cuidado multidisciplinario oportuno y adecuado, lo cual beneficiará al paciente y a la institución.

Otro aspecto a considerar, es que son muy pocos los estudios hechos y publicados por el personal de enfermería, relacionados con la aplicación de escalas de dolor, la mayoría de ellos son investigaciones médicas, las cuales se aplican con el fin de medicar y encaminar los tratamientos terapéuticos, por lo mismo, el presente proyecto servirá para enriquecer el conocimiento sobre aspectos que son relevantes en el manejo del dolor del paciente en la UCI.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 EL DOLOR

4.1.1 CONCEPTO

Si se acude a los manuales de enfermería, se encuentran definiciones de dolor como “la sensación molesta y aflictiva más o menos intensa de una parte del cuerpo transmitida por los nervios sensitivos al cerebro” (9).

Según la definición formulada en 1980 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, “el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de un tejido”. La aproximación más actual, desde una perspectiva bio-psico-social, asume que el dolor es un fenómeno complejo y subjetivo (10), con ella se enfatiza la importancia de la interacción de múltiples factores en la experiencia del dolor.

Así, el dolor no sólo es una sensación, también es una emoción, el dolor se constituye en un mecanismo de defensa, es el síntoma de que algo funciona mal en el organismo, informa de la presencia de infecciones, tumores, hemorragias, oclusiones vasculares, es decir, de anomalías en la salud. (10)

En el año 2001 la IASP propuso que se agregara, a la definición ya aceptada: “No se excluyen los limitados mentales o por alteración de la conciencia, ni lo ancianos, sordomudos y niños”, por considerar que existía una población que quedaba fuera de la definición.

La disciplina de Enfermería, lo clasifica según la North American Nursing Diagnosis Association en dos tipos: agudo y crónico. Se considera el dolor agudo como “experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses”(11) y el dolor crónico lo define a través de la “experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses”(12).

A través de la historia, el dolor ha sido documentado en escritos por las diferentes culturas, y prueba de ellos se puede ver en tablas de arcilla de Babilonia, en papiros egipcios, en documentos persas (9). La causa de dolores por fracturas o heridas eran de fácil comprensión, pero las algias por enfermedad interna eran de una causa místico-religiosa y en la biblia hebrea hay referencias que lo relacionan con el castigo y pecado.

Durante el siglo XVII el dolor, los médicos de la época lo consideraban un sexto sentido que velaba por la integridad del organismo y en el siglo XIX, la relación entre religión y enfermedad comenzó a dividirse. Se abrió la posibilidad de la fisiología como ciencia experimental que permitió el estudio del dolor en particular. (11) En la segunda guerra mundial, Bonica y Alexander comenzaron a entender los problemas y demandas de los pacientes con dolor crónico, y en 1961 se creó la primera unidad del dolor en el mundo, Tacoma General Hospital, modelo para otras clínicas, siendo el pionero en considerar el dolor como una enfermedad más que un síntoma. (11)

4.1.2 CLASIFICACION DEL DOLOR

4.1.2.1 Según su origen. El dolor se divide en espiritual, físico o psicológico. (14)

-Espiritual. Este dolor es producido por las incomprendiones, la muerte de un ser querido, las injusticias, la depresión, la soledad.

-Físico. El dolor físico es una sensación subjetiva de molestia de alguna parte del cuerpo, que se produce por mecanismos orgánicos originados por lesiones o disfunciones con una variabilidad inmensa de causas. El dolor físico puede ser de carácter nociceptivo o neuropático.

Nociceptivo: resulta de la activación de nociceptores periféricos, que transmiten impulsos nerviosos a través de vías aferentes sensoriales, sin daño del nervio periférico ni del sistema nervioso central (SNC). Este tipo de dolor se clasifica a su vez en:

- Dolor somático: es característicamente bien localizado, punzante, definido, y puede ser atribuido a una estructura anatómica específica.
- Dolor visceral: se caracteriza por ser difuso, mal localizado, sordo, agotador, y por acompañarse de respuestas autonómicas como salivación, hipotensión, náuseas, vómitos.
- Dolor profundo: puede definirse como el que se percibe en una zona del cuerpo diferente del lugar que le da origen.

Neuropático: es el dolor que resulta de una lesión directa sobre los nervios periféricos, los receptores nociceptivos o el SNC. Típicamente se describe como un dolor quemante, lacerante, que suele tener una distribución dermatómica clara.

-Psicológico. Es un dolor real, aunque no tenga una base orgánica explicable. Se presenta en sujetos personalmente predispuestos, con reacciones exageradas a mínimos estímulos. El problema central es la amplificación involuntaria, con distorsión de esos impulsos periféricos por razones psicológicas.

4.1.2.2 Clasificación del dolor según su duración. (14)

Dolor agudo. Sirve como un mecanismo fisiológico protector, que nos informa cuando algo está mal en nuestro cuerpo o que previene daño adicional de los tejidos, al limitar el movimiento de partes lesionadas. Se presenta con respuestas comportamentales o del sistema autónomo y es limitado en el tiempo. Cede cuando sana el tejido, y por lo general se puede controlar con medicamentos.

El dolor agudo genera ansiedad, que persiste en función de las dimensiones temporales del paciente. Tiene una duración inferior a los tres meses y es el resultado de una lesión. Su misión es alertar al individuo sobre algo que no funciona correctamente.

Dolor crónico. El dolor que persiste por algún tiempo, casi siempre se establece entre tres y seis meses, ocurre en intervalos de meses o años o se asocia a patología permanente. Si el individuo presenta este dolor, el cuerpo se ha adaptado y por lo general no hay respuestas fisiológicas o autonómicas. El dolor crónico suele ser continuo, intratable, intermitente o recurrente. Se vuelve una condición en sí mismo y con frecuencia requiere manejo diario. Puede ir acompañado de alteraciones psíquicas concomitantes y hace parte de la enfermedad. Genera sentimientos de impotencia, desesperación y absurdidad.

El dolor crónico tiene dos categorías mayores, que son:

- El dolor crónico no maligno, también he llamado dolor benigno, puesto que no se asocia con enfermedad terminal, pero no responde de manera adecuada al tratamiento médico convencional, por lo que se le denomina también dolor intratable.
- El dolor crónico maligno, que está asociado a enfermedad terminal progresiva.

4.1.2.3 Clasificación del dolor según su intensidad. Con base en la medición de la intensidad del dolor, este se clasifica en:

Leve. En él interviene básicamente la piel (o sea, la sensación cutánea), por medio de los receptores de presión, temperatura, tacto fino, que pueden ser lesionados por quemaduras, machucones, golpes, etc. Se considera dolor leve si la escala visual numérica (E.V.N¹) está entre 1 y 3.

Moderado. Es un estado intermedio entre el dolor leve y el severo; en él generalmente está involucrada la epidermis y el tejido celular subcutáneo. Se considera dolor moderado si la escala E.V.N. está entre 4 y 6.

Severo. En él se comprometen los músculos, las articulaciones, los huesos y otros tejidos (tendones, tejido conectivo, etc.). Se considera dolor severo si la escala E.V.N. está entre 7 y 10...

4.1.2.4 Clasificación del dolor según su localización. (14)

Dolor localizado. Es producido por lesiones o condiciones agudas o crónicas, es un tipo de dolor limitado a la estructura inflamada o lesionada. Por lo general se acompaña de limitación del movimiento, como mecanismo de defensa para impedir su aparición o aumento de la intensidad.

Dolor difuso o propagado. Es el que se siente en estructuras sanas, como resultado de la lesión en otras estructuras. El dolor difuso puede ser irradiado o referido.

- Dolor irradiado. Es el dolor que se produce por lesión a nivel de una fibra sensitiva dolorosa, a distancia de su terminación. Por ejemplo, es el que se observa en la radiculitis ciática secundaria a hernia discal.
- Dolor referido. Es percibido a distancia de su origen, pero se diferencia del anterior en que mientras en él las partes lesionadas son las vías de su circuito, en este las vías nerviosas están indemnes. En el dolor referido, la lesión se produce en las estructuras esqueléticas, no en las neurales.

¹La EVN es una de las escalas de dolor que se utiliza para medir la intensidad del dolor. Va de 1 a 10, donde el dolor más intenso se ubica entre 8-10 afectando el estado general del paciente.

4.1.2.5 Clasificación del dolor según su velocidad de conducción. Mientras más lejos del encéfalo se aplique el estímulo, mayor es la separación temporal de los dos componentes. (14)

Dolor rápido. Conocido como primer dolor. Se caracteriza por ser una sensación viva, aguda, localizada. Se debe a la actividad de las fibras pequeñas de conducción rápida.

Dolor lento. También conocido como segundo dolor. Sigue a la sensación rápida, pero esta es una sensación de tipo sordo, doloroso, difuso y desagradable.

4.1.3 MANEJO DEL DOLOR (9)

En Colombia la primera información formal sobre el manejo del dolor se encuentra publicada en 1954, como tesis de grado del Doctor Eliseo Cuadrado del Río sobre bloqueo del Simpático Lumbar. A partir de este año han sido diferentes los médicos los que se han tomado gran interés por el manejo del dolor en Colombia, y es en 1974 el Neurocirujano Doctor Ernesto Bustamante Zuleta creó la primera consulta formal del dolor en el Instituto Neurológico de Colombia, pero centrada en el dolor de origen Neurótico.

En 1981 regresó a Colombia el Doctor Pedro Bejarano, anesthesiólogo formado en la Universidad del Rosario, gran promotor de la medicina moderna del Dolor en nuestro país, quien se encontraba en entrenamiento formal en los Estados Unidos, y creó la primera Clínica de Dolor de origen No Maligno en las instalaciones que lo formaron durante su especialización médica. Casi al mismo tiempo se creó en Medellín, adscrita a la Universidad de Antioquia, la primera Clínica de Dolor por Cáncer y Cuidado Paliativo, dirigida por el Doctor Tiberio Álvarez. De aquí en adelante, sobre todo a partir de 1984, el florecimiento de las Clínicas de Dolor en Colombia es un hecho.

A lo largo del tiempo, el manejo del dolor ha evolucionado, y han mejorado notablemente los tratamientos, mediante la manipulación externa de los mecanismos endomórficos, la presencia de medicamentos potentes y controlados. Sin embargo, el dolor, sigue formando parte de la historia vital del hombre, no logrando aún el ser definitivamente desterrado.

4.1.4 MEDICIÓN DEL DOLOR (9)

El dolor agudo es más fácil de medir, ya que suele ser limitado en el tiempo, de corta duración y reproducible. El dolor crónico, se puede modificar por factores psicológicos,

sociales, ambientales, culturales, raciales y económicos, que hacen más compleja su medida. Solo el paciente sabe dónde, cuándo y cuánto le duele, por lo que tiene que ser él mismo quien lo cuantifique. En ocasiones se acompaña de signos externos: expresión facial, hipertensión, hiperventilación, etc., que son de carácter reflejo pero que no guardan relación con la magnitud del dolor. Tampoco el dolor guarda relación con la patología que padece el paciente.

La forma en que se mide el dolor depende de los instrumentos disponibles, el tipo de dolor, y el objetivo de la medición, además del paciente. Para obtener una adecuada valoración del dolor es importante que los test sean comprendidos por el paciente, que tengan un rango de puntuaciones y sensibilidad para el efecto analgésico, además de ser válidos y fiables.

4.1.5 Escalas de medición del dolor.

Las escalas de medición del dolor son el resultado de diversos estudios encaminados a cuantificar la intensidad del dolor y cuyo objetivo es medirlo mediante formatos descriptivos, numéricos, análogos, visuales de valoración conductual o de representación de expresiones faciales. Las escalas cuantitativas o de intensidad se utilizan para que se le realice al paciente una valoración global de su dolor. Son fáciles de aplicar y relativamente confiables. Su principal defecto es que no contemplan la naturaleza multidimensional del dolor, y lo mejor es utilizarlas siempre junto a otros sistemas de evaluación y valoración.

La forma como se mide el dolor depende de los instrumentos disponibles, el tipo de dolor, el objetivo de la medición y el paciente. Para obtener una adecuada valoración del dolor es importante que los tres sean comprendidos por los pacientes, que tengan un alto rango de puntuaciones y sensibilidad para el efecto analgésico, además deben ser válidos y confiables.

Dentro de estos instrumentos se cuenta con las Escalas verbales o descriptivas simples, en las cuales el paciente debe elegir entre una serie de palabras ordenadas creciente o decrecientemente aquella que mejor corresponda con la intensidad de su dolor. Las escalas verbales son el resultado de diversos estudios encaminados a cuantificar la intensidad del dolor. Su objetivo es medirlo mediante formatos descriptivos, numéricos, análogos, visuales, de valoración conductual o de representación de expresiones faciales.

4.1.5.1 Clasificación de las escalas de medición del dolor. En un intento por superar los inconvenientes para la valoración del dolor en los pacientes, se han ido creando y validando

una serie de escalas de medida que ayudan a determinar si el tratamiento analgésico está haciendo efecto, o debe intensificarse o cambiarse. A continuación se presentan las escalas para medirlo más conocidas.

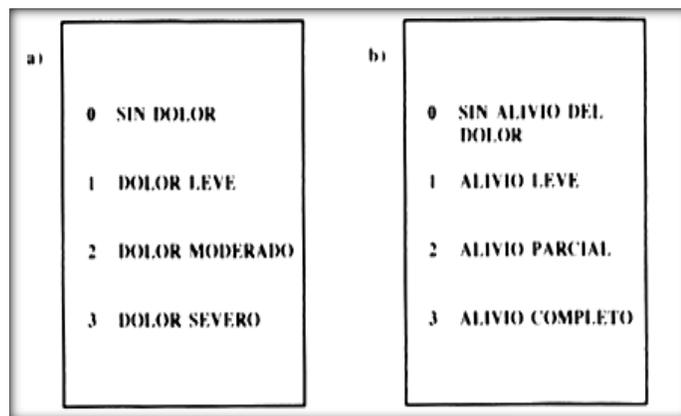
- **Escala Descriptiva Simple(EDS)**

Es una escala verbal que clasifican al dolor en 4, 5 o más categorías, como por ejemplo intenso, moderado, leve o ausente, y que muchas veces se confronta con otras escalas, también descriptivas, del alivio producido por el tratamiento (Figura 1). En ambos casos el paciente debe responder y ubicarse en categorías preestablecidas.

Son escalas fáciles de usar y de comprender por parte de los pacientes, pero tienen un uso limitado en investigación, debido a su baja sensibilidad, es decir al escaso rango de respuestas que ofrecen. En esas condiciones, el paso de una categoría a otra puede representar cosas diferentes y para el análisis estadístico deben utilizarse pruebas no paramétricas, ya que no existe una relación aritmética entre las categorías.(15)

Otra variante de este tipo de escalas categoriza el dolor de acuerdo a la necesidad de analgésicos (sin dolor, dolor que no requiere analgesia, y dolor que requiere analgesia), pero no presentan ventajas o limitaciones en relación a la escala verbal simple.

Figura 1. Diseño de una Escala Verbal Simple



Fuente: Torregrosa y Buggedo (15)

- **Escala de Valoración Verbal (EVV)**

Fue propuesta por Keele en 1948, esta es una escala con cuatro graduaciones. Ausente, leve, moderado, intenso. Estas mediciones son rápidas y simples pero muy limitadas y

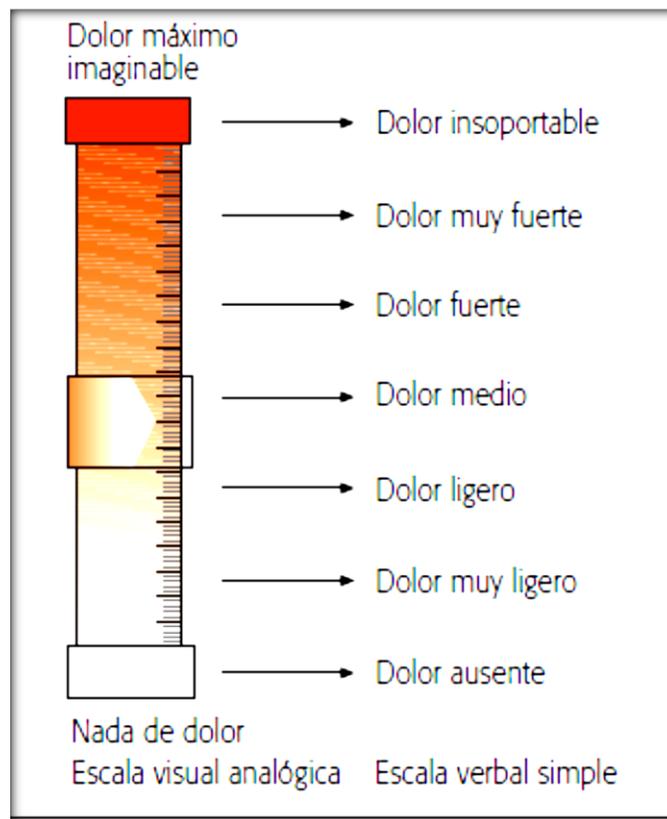
tienen un significado distinto para cada persona dependiendo de la cultura, raza, nivel social.

- **Escala Visual Análoga (EVA)**

Fue realizada por Scott Huskinson en 1976 se compone de una línea vertical, limitada en los dos extremos por dos líneas horizontales. La de abajo representa ausencia del dolor y la de arriba el dolor máximo. Ver figura 2.

Este test es considerado como el mejor, por ser el más práctico y fiable y presentar como ventaja su facilidad para ejecutarlo. El paciente expresa libremente su experiencia subjetiva del síntoma y el operador lo traduce fácilmente en números (superponiéndolo a una escala milimetrada), de tal forma que se puede cuantificar la intensidad y a la vez poder hacer análisis estadísticos. Es muy utilizada en la clínica, posee mayor sensibilidad de medición al no contener palabras que puedan limitar o condicionar al paciente. (15)

Figura 2. Escala Visual Análoga

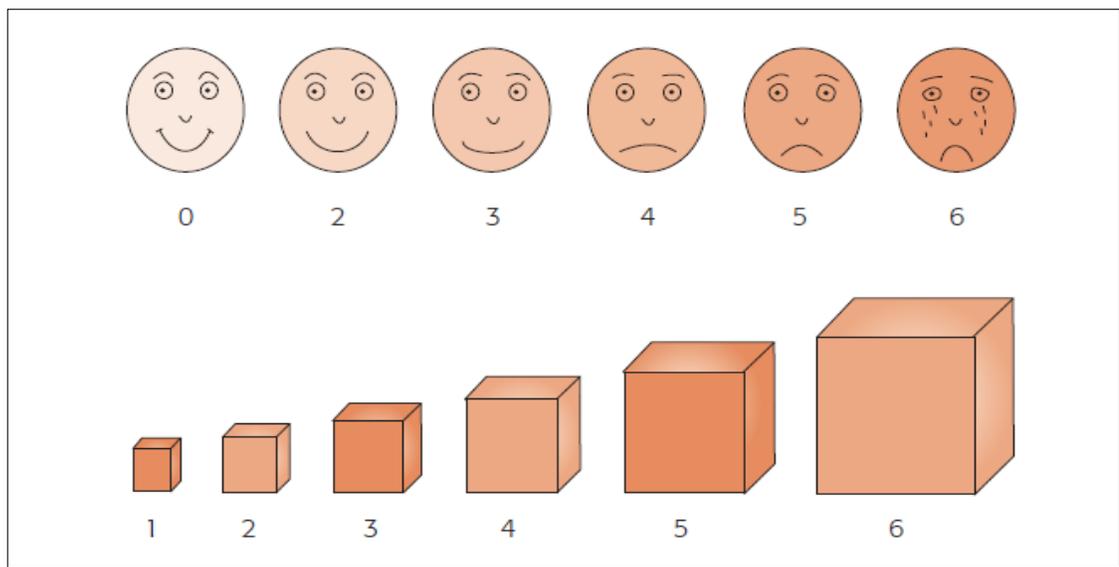


Fuente: Torregrosa y Buggedo (15)

- **Escala de expresión facial**

Es la más utilizada con los niños, en ella se presentan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5 correspondiendo el 0=no dolor y 5=máximo dolor imaginable.

Figura 3. Escala de expresión facial



Fuente: Torregrosa y Buggedo (15)

- **Escala numérica de valoración (EVN)**

Fue introducida por Downi en 1978, Se compone de una escala numerada del cero al diez permitiendo al paciente señalar un valor relacionado con la intensidad del dolor. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10). Aunque al paciente se le pide que utilice valores numéricos para indicar el nivel de su dolor, la utilización de palabras claves, así como unas instrucciones previas, son necesarias si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento.

Escala Numérica: (0= Ausencia de dolor, 10= Dolor de máxima intensidad).

De 1 a 3: dolor Leve.

De 4 a 5: Dolor moderado.

De 6 a 9: Severo.

Figura 4. Escala Numérica de Valoración

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sin dolor										máximo dolor

Fuente: Torregrosa y Bugedo (15)

4.2 ABORDAJE TEÒRICO: “TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES”

La enfermera como profesional de la salud, desempeña un papel muy importante en el manejo del dolor y es necesario mirar más allá y profundizar en el verdadero significado del dolor, no sólo desde el punto de vista teórico, sino práctico-vivencial por las personas que lo padecen. Por lo tanto, es fundamental analizarlo como un síntoma a la luz de la teoría de los síntomas desagradables.

Esta teoría de mediano rango permite definir los síntomas como indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal, como lo experimenta el paciente y, a la vez, brinda información acerca del dolor, al destacar unas características propias y permitir conocer los factores que afectan el síntoma y las consecuencias o resolución del dolor de ahí la importancia de aplicar teorías de mediano rango para generar parámetros generales de la práctica. En este grupo de teorías se encuentra la de síntomas desagradables, que consta de tres componentes y cuatro dimensiones. (21)

La Teoría de los Síntomas Desagradables, fue propuesta como medio para integrar la información existente acerca de una variedad de manifestaciones de enfermedad. Esta teoría fue desarrollada por el esfuerzo colaborativo de cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) en 1995, quienes compartían el interés y la naturaleza en la práctica clínica, posteriormente fue perfeccionada en 1997.

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

Esta teoría está basada en la premisa de que existen puntos en común en las diferentes manifestaciones experimentadas por los pacientes. Su marco teórico tiene utilidad para la práctica y la investigación pues, proporciona un esquema de organización y fomenta el pensamiento integrador entre muchos aspectos de la experiencia de los síntomas. El

contenido teórico considera el síntoma como una experiencia individual subjetiva, sin embargo, no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas. Desde esta perspectiva se enriquece la mirada integradora de la enfermería.

El propósito de esta teoría es "mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos". (21)

La teoría tiene tres componentes principales: los síntomas que el individuo está experimentando, los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento.

Los síntomas experimentados por el individuo, definidos como los indicadores del cambio, percibidos en el funcionamiento normal como lo experimentan los pacientes. En ocasiones, un síntoma puede considerarse una experiencia multidimensional, es decir, tiene una cierta intensidad, una coordinación (duración y frecuencia), un nivel percibido de angustia y de calidad.

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

4.2.1 Dimensiones de los síntomas (22).

Cada síntoma se expresa como una experiencia multidimensional, que puede conceptualizarse y medirse separadamente o en combinación con otros síntomas. Las dimensiones apreciables de cada síntoma son: la intensidad o gravedad, el grado de estrés o ansiedad asociado, el tiempo y la calidad.

4.2.1.1 La dimensión intensidad o gravedad: se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable. En Cuidado intensivo se

recomienda la utilización de las diferentes escalas para cuantificar en especial el dolor. Esta es una medida validada para objetivar la magnitud del dolor.

4.2.1.2 La dimensión angustia: se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente por la experiencia de los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos pueden experimentar diferentes niveles de angustia.

4.2.1.3 La dimensión tiempo: incluye la duración y frecuencia del o los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de diferente naturaleza y que deben ser tratados de manera diferente.

4.2.1.4 La Dimensión calidad del síntoma: se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas.

Lo importante es reconocer que cada paciente tiene una capacidad propia para describir lo que él o ella está experimentando, por lo tanto se debe tener en cuenta la interpretación que debe hacerse de la descripción para categorizar el síntoma adecuadamente.

4.2.2 Los factores influyentes (22).

Son el segundo componente de la teoría. En este componente se identifican tres categorías de variables como influyentes de la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales.

4.2.2.1 Los factores fisiológicos son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento. Puede estar relacionada con el avance de la enfermedad. La edad tiene que ver con la manifestación de dolor: así los ancianos manifiestan menos el dolor que las personas de edades intermedias o los jóvenes.

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

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

4.2.3 Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento.

Es el componente final de la teoría de los síntomas desagradables, es el resultado o efecto de la experiencia del síntoma sobre la capacidad del individuo para funcionar que incluye habilidades cognitivas, motoras y de comportamiento social.

Las consecuencias pueden abarcar varias dimensiones: la actividad física y la discapacidad; el desempeño del rol funcional que incluye la comprensión, el aprendizaje, la concentración y la resolución de problemas; y además de la interacción social.

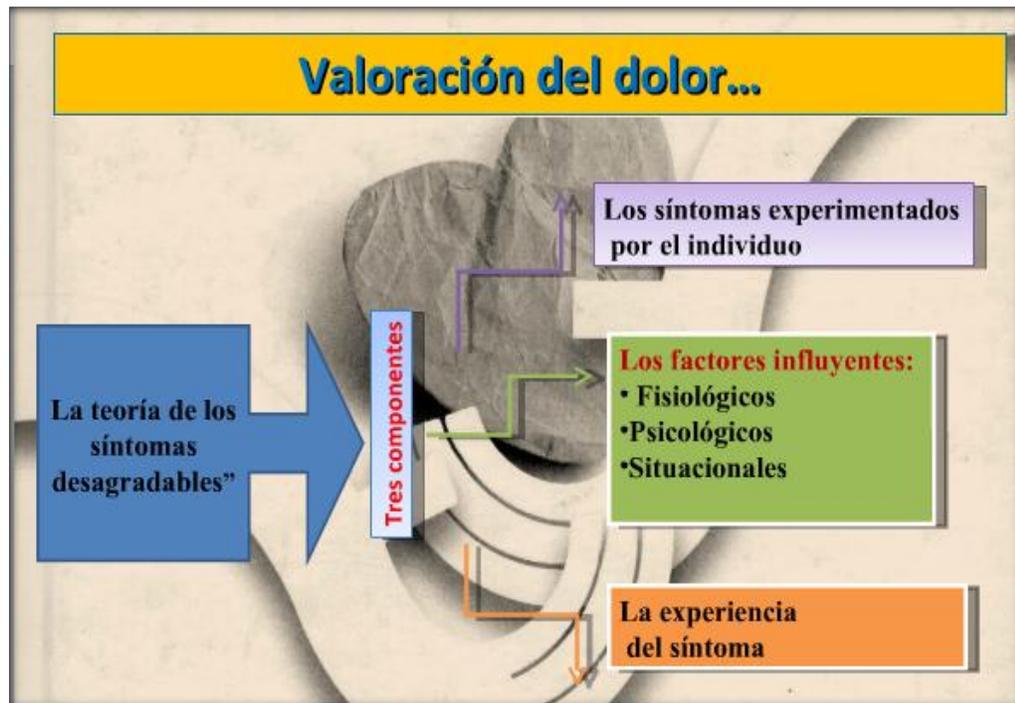
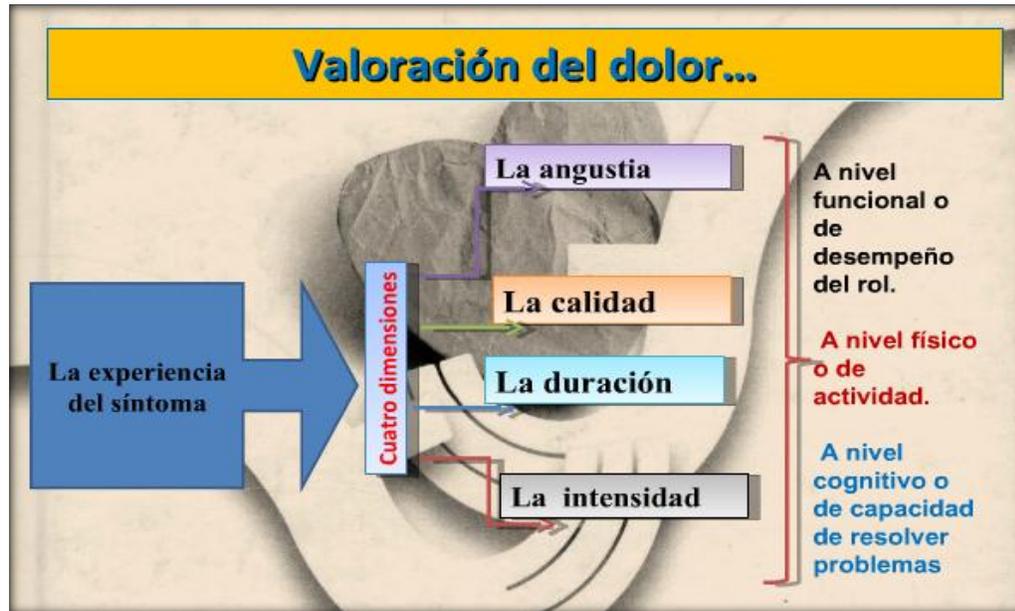
Un síntoma o un conjunto de síntomas pueden generar una serie de consecuencias en la experiencia del síntoma. Un síntoma inmediato puede generar resultados primarios o secundarios, inmediatos o tardíos. (21)

Es posible a partir de la teoría construir sub-escalas que midan los elementos del modelo para evaluar las intervenciones de enfermería de proceso (síntomas, factores influyentes, consecuencias) más que de resultados globales (calidad de vida). Este es el real aporte de la teoría de los síntomas desagradables a la práctica y a la investigación de enfermería en los cuidados. (22)

4.3 REVISIÓN ESQUEMÁTICA DE LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES

En la siguiente figura se presenta el esquema de la teoría de los síntomas desagradables.

Figura 5. Esquematización de la teoría de síntomas desagradables



Fuente: www.slideshare.net/.../atención-del-paciente-critico-com.EstadosUnidos

5. PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principios éticos deben estar siempre presentes en la relación paciente – enfermera, durante las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería.

Este proyecto de gestión se centra en implementar la escala numérica del dolor, como herramienta en la valoración del dolor siendo el personal de enfermería el encargado de aplicarla, con el fin de mejorar el cuidado.

La ética del cuidado se sustenta en respetar el sufrimiento del paciente y ser sensible a su dolor, brindar protección, tanto al paciente como a sus acompañantes para evitar el aislamiento, la sensación de abandono y hacer sentir menos la discapacidad del enfermo. (17)

La Enfermería se rige por la ciencia de los valores morales, además en los modelos conceptuales de enfermería está considerada la persona, derechos de la persona, sus sentimientos, derechos de la sociedad, justicia, siendo esta última tan abarcadora que se refiere a comportamientos éticos en las relaciones entre enfermera y paciente.

Los derechos de la sociedad están orientados a las relaciones éticas que deben existir entre enfermera, paciente y la sociedad en su conjunto, así como su integridad personal. (18)

Según la ley 911/04 que regula los aspectos éticos de la profesión en Colombia:(19)

1. **El principio de la beneficencia**, que significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud. (20).Aplicando la Escala de Dolor como quinto signo vital, se está valorando continuamente el paciente, lo que experimenta y expresa; permitiendo evaluar si la terapia analgésica que se está administrando está siendo efectiva y también nos permite planear acciones para facilitar la comodidad del paciente, y con todo esto promover una estancia hospitalaria más humana buscando el beneficio del paciente y su pronta recuperación.

2. **El principio de no maleficencia**, sinónimo del "No dañar", de la ética médica tradicional, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal (20). Con la aplicación de la escala del dolor se tiene como objetivo único el beneficio para el paciente, evitándole riesgos que le puedan causar daños físicos y psicológicos, además de darle la oportunidad de mejorar su calidad de vida con una analgesia adecuada a su necesidad.
3. **El principio de la autonomía**, uno de los principios que incorpora la Bioética, es definido como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones (20). Aplicando la escala numérica para la evaluación del dolor, es el paciente quien determina si tiene dolor o no, y la intensidad de este, conservando su nivel de autonomía.
4. **El principio de justicia**, en salud significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su status social y sin reparar en los costos (20). En la realización de éste proyecto de gestión "Aplicación de la Escala de Dolor como quinto signo vital" se incluirán absolutamente todos los pacientes de la UCI de la Clínica Shaio, sin intereses sociales, recibiendo las mismas oportunidades de cuidados y tratamientos.
5. **El principio del secreto profesional o confidencialidad**, como obligación de guardar reserva sobre la información que atañe al paciente que se atiende mientras éste no autorice a divulgarla, o cuando el silencio pueda llevar implícito el daño a terceros (19). Toda información que el paciente suministre al personal de enfermería será manejada en absoluta reserva profesional.

6. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

6.1 MARCO LÓGICO

Es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución, y evaluación de proyectos; su énfasis está centrado en la orientación por objetivos hacia grupos beneficiarios, facilitando la participación y comunicación entre las partes interesadas.

Se utilizó en el proyecto porque es una ayuda para desarrollarlo en forma organizada sistemática y lógica, donde la identificación desarrollo y evaluación de las actividades siguieron un orden programado, de tal manera que la preparación del diseño del proyecto permitió la implementación y aplicación del objetivo propuesto logrando ejecutar cada una de las actividades programadas.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

CONSECUENCIAS DE LA EXPERIENCIA DEL SÍNTOMA

ANIVEL FUNCIONAL O DESEMPEÑO DEL ROL

Aumenta el stress del paciente.

La enfermera algunas veces brinda cuidado a los pacientes de manera rutinaria y poco individualizada.

A NIVEL FÍSICO O DE ACTIVIDAD

Aumento de las complicaciones físicas dadas por las respuestas desfavorables al dolor

El personal no identifica asertivamente las causas de dolor

Desmejoran los estándares de calidad de la institución

Falta de valoración de la efectividad del tratamiento analgésico

A NIVEL COGNITIVO O CAPACIDAD DE RESOLVER PROBLEMAS

No se da una atención eficaz, adecuada y oportuna al paciente.

Falta de efectividad en la adecuada comunicación con el paciente, cuidador y familia

E
F
E
C
T
O
S

Necesidad del personal de enfermería de valorar el dolor como quinto signo vital, a través de la aplicación de la escala de dolor existente en la Unidad de Cuidados intensivos de la Clínica Shaio.

SÍNTOMAS EXPERIMENTADOS POR EL INDIVIDUO

FACTORES INFLUYENTES

FISIOLÓGICAS

Algunas veces el personal de enfermería no identifica las manifestaciones hemodinámicas de dolor

El personal de enfermería no siempre relaciona la escala del dolor con la patología, edad y estado emocional del paciente

SITUACIONAL

El personal de enfermería desconoce el instrumento de la escala de dolor.

Inexperiencia del personal de enfermería en el manejo del dolor

Falta de implementación de la escala del dolor como 5 signo vital

PSICOLÓGICOS

Poca comunicación asertiva del personal de enfermería con el paciente

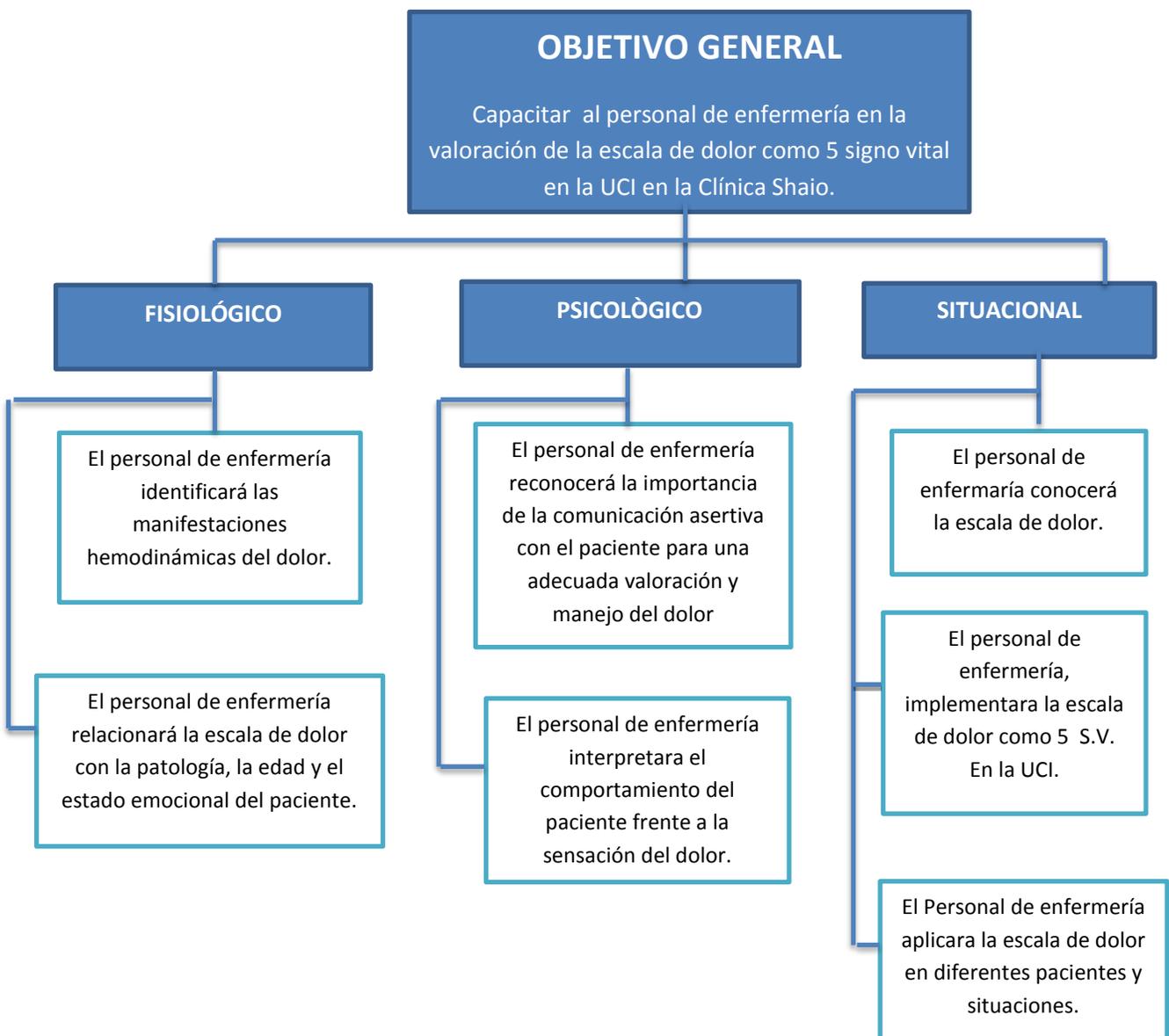
El personal de enfermería no siempre interpreta el comportamiento del paciente frente a la sensación del dolor.

CAUSAS

6.2 ÁRBOL DE OBJETIVOS

Fin: Mejorar el grado de satisfacción de los usuarios, mediante la atención con calidad brindada por el personal de UCI de la Clínica Shaio.

Propósito: Ofrecer a los pacientes hospitalizados en la UCI de la Clínica Shaio, alternativas del manejo del dolor, a partir de la aplicación y evaluación de la escala de dolor como quinto signo vital.



6.3 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN.</p> <p>Mejorar el grado de satisfacción de los usuarios, mediante la atención con calidad brindada por el personal de enfermería de la UCI de la Clínica Shaio.</p>	<p>Número de pacientes atendidos en la UCI, que manifiestan satisfacción en la atención brindada/ Total de pacientes encuestados</p>	<p>Encuestas de satisfacción al usuario.</p>	<p>Usuarios satisfechos por la atención recibida.</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>Ofrecer a los pacientes hospitalizados en la UCI de la Clínica Shaio, alternativas de manejo del dolor , a partir de la aplicación y evaluación de la escala de dolor, como 5 Signo Vital.</p>	<p>Número del personal de enfermería que ofrece a los pacientes alternativas del manejo de dolor/ El total de auxiliares y enfermeras capacitadas.</p>	<p>Listado de asistencia a las capacitaciones.</p> <p>Listado de chequeo.</p>	<p>Satisfacción del paciente frente al manejo del dolor.</p> <p>El personal de enfermería conoce alternativas del manejo del dolor.</p> <p>Interés del personal de enfermería en las capacitaciones sobre el manejo del dolor.</p>
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Capacitar al personal de enfermería en la valoración de la escala de dolor como 5 Signo Vital en la UCI de la Clínica Shaio.</p>	<p>Número de personal de enfermería capacitadas en manejo de la escala de dolor / El total de personal de enfermería en la UCI de la Clínica Shaio.</p>	<p>Listado de asistencia.</p> <p>Evaluación de la capacitación.</p>	<p>Participación activa del personal de enfermería en las capacitaciones.</p> <p>El personal de enfermería, tiene conocimiento previo de la escala de dolor</p>

6.4 PLAN DE ACCION

Factor influyente : Fisiológico.

Objetivos específicos:

- El personal de enfermería identificará las manifestaciones hemodinámicas del dolor.
- El personal de enfermería relacionara el dolor con la patología, edad, y estado emocional del paciente.

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
JUEGO DE ROLES	Humano. Gestores del proyecto, personal de enfermería. Material : Tableros ,sillas, vestuario, escritorio etc.	Número del personal de enfermería que asiste al juego de roles. / El número del personal de enfermería de la UCI de la Clínica Shaio.	Listado de asistencia del personal que asisten al juego de roles en cada turno.	Conocimientos previos sobre el tema. Interés del personal de enfermería en el tema.

Factor influyente: Situacional.

Objetivos específicos:

- El personal de enfermería, conocerá la Escala del Dolor.
- El personal de enfermería implementara la Escala de Dolor como quinto Signo vital en la UCI.
- El personal de enfermería aplicará la Escala de Dolor a diferentes pacientes y situaciones.

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Taller sobre la adecuada valoración del dolor y aplicación de la escala numérica del dolor.	Humano: gestores del proyecto y personal de enfermería Material: fotocopias, hojas, esferos, carteles, tablero, marcadores.	Número de asistentes que asisten al taller total de personal de enfermería de UCI Clínica Shaio	Listado de asistencia a las capacitacion es de la escala de dolor.	Interés y motivación por el tema Hay conocimiento previo del tema. Hay entendimiento del tema.

Factor influyen: Sicológico

Objetivos específicos:

- El personal de enfermería reconocerá la importancia de la comunicación asertiva con el paciente para una adecuada valoración y manejo del dolor.
- El personal de enfermería interpretará el comportamiento del paciente, frente a la sensación de dolor.

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
TALLER DE COMUNICACIÓN ASERTIVA (Comunicación verbal, y comunicación no verbal)	Humano: gestores del proyecto , personal de enfermería Materiales. Computador, imágenes y video.	Número de asistentes participantes en el taller / total del personal programado.	Listado de asistencia.	El personal de enfermería conoce herramientas de comunicación asertiva. Mejoras en la comunicación con el paciente. Participación activa del personal en el taller. Cambio de actitud del personal de enfermería frente al dolor.

6.5 DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN

Actividad No.1 Taller para la realización de una adecuada valoración del dolor Y aplicación de la escala numérica.

Factor influyente a tener en cuenta: Situacional

Objetivo de la actividad: El personal de enfermería conocerá la escala numérica del dolor y el concepto dolor y sus clasificaciones para poder aplicarlo con conocimiento y objetividad.

Dirigido: Al personal de enfermería de la UCI de la Clínica Shaio.

Técnica: Observación y reconocimiento de los conceptos básicos y aplicación de la escala numérica del dolor.

Estrategia: Presentación en multimedia.

- Conceptos de dolor.
- Clasificación de dolor según su duración, intensidad, localización, y velocidad de conducción.
- Valoración del dolor.
- Definición y generalidades de la escala numérica del dolor.
- Aplicación de la escala numérica de dolor.

Resultados: Se desarrolló un taller en donde se expuso el dolor y sus clasificaciones, se habló de la escala numérica del dolor, se mostró y se hizo énfasis en el uso y registro de la escala. Se observó gran interés por el tema, hubo participación activa en el desarrollo de la actividad, se aclararon las dudas al respecto y se realizó una evaluación verbal relacionada con el tema, haciéndose énfasis en la adecuada aplicación de la escala del dolor y su registro el cual fue respondido adecuadamente por los participantes.

Actividad No.2 Taller de comunicación asertiva.

Factor influyente a tener en cuenta: Sicológico.

Objetivo de la actividad: Brindar a los profesionales de enfermería las herramientas para una buena comunicación.

Dirigido a: Personal de enfermería de la UCI de la Clínica Shaio.

Inicia con video de los tipos de comunicación asertiva. Disponible en http://www.youtube.com/watch?v=jSU-qTO0_IY.

A través de un hipervínculo creado en internet, se abre la anterior dirección o correo.

Técnica: Análisis de imágenes donde se muestran situaciones de comunicación.

Estrategia: Casos donde se evidencie diferentes tipos de comunicación interpersonal. Se mostró una serie de imágenes donde se aplicaron algunas técnicas de comunicación como la empatía y la escucha activa y la guía básica para la interpretación del lenguaje no verbal.

Imagen 1.



Imagen 2.



Imagen 3.



Imagen 4.

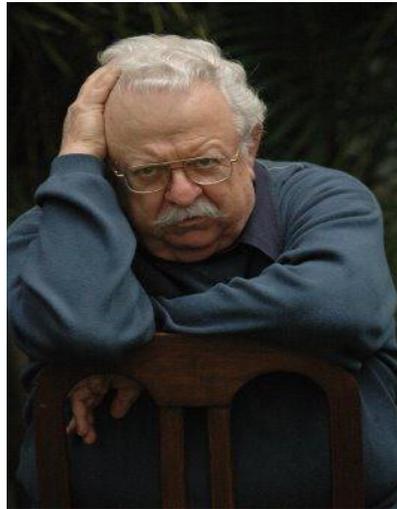


Imagen 5.



Imagen 6.



Imagen 7.



Imagen 8.



Imagen 9.



Imagen 10.



Duración: 30 minutos.

Evaluación: Descripción de técnicas de comunicación que a diario se deben implementar, fortalecer y mantener con los pacientes, como la empatía, escucha activa y lenguaje no verbal.

Se inicia la actividad con un video sobre los tipos de comunicación, destacándose la comunicación agresiva, la comunicación pasiva y la comunicación asertiva, previamente se solicita a los asistentes tener en cuenta que tipo de comunicación aplica cada uno.

En la segunda parte de esta actividad, se muestra una serie de 10 imágenes en donde los asistentes deben identificar la comunicación no verbal y relacionarla con situaciones que se asemejen a sus pacientes, teniendo en cuenta la empatía, la escucha, la irritabilidad y otras expresiones no verbales.

Hubo participación activa de los asistentes, se logró el objetivo buscado, los asistentes identificaron en las imágenes la importancia de tener una adecuada comunicación asertiva con los pacientes y el grupo interdisciplinario para hacer un adecuado manejo del dolor.

La evaluación se realizó con base en preguntas verbales, las cuales fueron respondidas adecuadamente se observó interés por el tema, se generaron expectativas.

Actividad No. 3 Juego de roles

Factor influyente: Fisiológico

Objetivo de la actividad: Fortalecer y desarrollar en el personal de enfermería la utilización de la observación, como estrategia del cuidado.

Dirigido: Personal de enfermería UCI de la Clínica Shaio.

Técnica: Interpretación de la observación del comportamiento del paciente y sus manifestaciones hemodinámicas y ponerlo a discusión.

Estrategia: Juego de roles a través de una situación de enfermería, teniendo en cuenta que se presenta una enfermera, un paciente álgido, observadores.

Situación de enfermería

A las 7am se recibe paciente JM de 45 años, sexo masculino UCI 303 en primer día post de RVM, despierto con ventilación mecánica al cual le suspenden el goteo de fentanyl a las 5am, con el fin de extubarlo en el transcurso de la mañana. Sobre las 9am:

Paciente: Se observa paciente inquieto, taquicárdico, hipertenso, sudoroso, y frío.

Enfermera: Observa gestos de dolor y los relaciona con los cambios hemodinámicos que el paciente está presentando, y confirma hora y dosis de última administración de analgésico. (Acetaminofén 500 mg ,6am). Se dirige al paciente JM, a quien interroga acerca del dolor y le ofrece una escala numérica dibujada en una hoja, para que le indique la intensidad del dolor que tiene en el momento, informándole que 0 es ausencia de dolor y 10 es máximo dolor.

Paciente: Señala en la escala el número 7.

Enfermera: “Don JM. Usted indicó el número 7”.

Paciente: Reafirma con la cabeza que sí.

Enfermera: “Don JM. Su dolor es fuerte, por favor indíqueme con su mano el sitio donde le duele.”

Paciente: Señala con su mano el tórax.

Enfermera: “ya le informamos al médico para que le ordene un analgésico más fuerte don JM. Tome el aire profundo luego suéltelo despacio, y repita este ejercicio, ya le traigo el medicamento para el dolor.” La enfermera lo pone cómodo en la cama lo abriga y se retira.

Enfermera: Entra al cubículo, “Don JM traigo su analgésico, y lo voy a administrar por el suero que le está pasando.”

Paciente: Hace gesto de agradecimiento.

* Papel del observador: Presenta al auditorio las notas de observación para iniciar la discusión.

Duración. 40 minutos.

Evaluación: Presentar una descripción de las prácticas de observación que utilizan cuando brindan cuidado

Resultados

Se desarrolló la situación de enfermería en la que intervino una enfermera, un paciente y los demás asistentes son observadores. Se expuso la situación de enfermería en donde se

resaltaron las manifestaciones hemodinámicas del dolor, junto con expresiones no verbales, y se utilizó la escala numérica del dolor como parte de la evaluación y medición de este síntoma.

Al finalizar la actividad, los asistentes analizaron la situación de enfermería que dramatizaron, y se realizaron comentarios con relación a lo observado, haciéndose énfasis en la importancia de identificar las manifestaciones hemodinámicas, y las consecuencias que estas traen si el dolor no se maneja oportunamente.

La participación siempre fue voluntaria, los asistentes se observaron satisfechos con lo aprendido, y se generaron inquietudes del adecuado manejo del dolor.

6.5.1 Indicadores del proyecto.

Número de personal que asiste al juego de roles (PAJR).

Total de personal de enfermería programado a las actividades (TPEPA).

Número de personal que asiste al taller de comunicación asertiva (PATCA)

Total de personal de enfermería programado a las actividades (TPEPA).

Número personal que asiste a la charla de conceptos y aplicación de la escala de dolor (PACCAED).

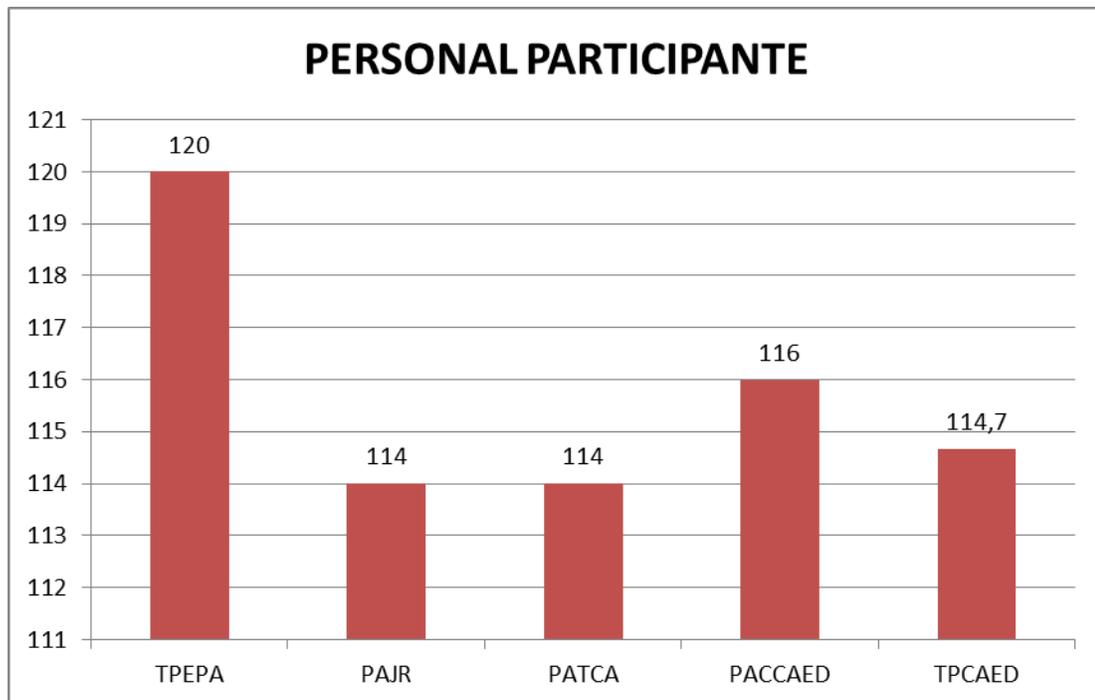
Total de personal de enfermería programado a las actividades (TPEPA).

Número de personal capacitado en la aplicación de la escala de dolor (PCAED).

Total de personal capacitado en la aplicación de la escala de dolor (TPCAED).

6.5.2 Gráficos de indicadores.

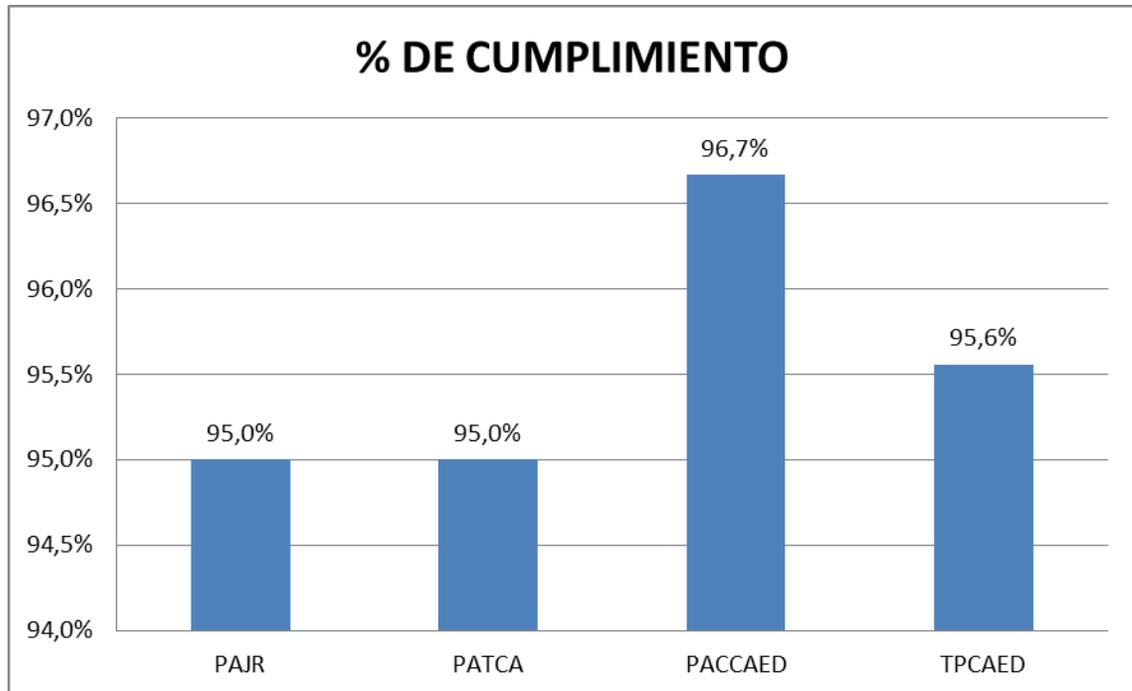
Gráfica 1. Personal asistente a las actividades programadas para el desarrollo del proyecto de gestión para la aplicación de la escala del dolor.



El total de personal de enfermería programado en las actividades (TPEPA) de la UCI Medica y la UCI Cardiovascular de la Clínica Shaio fue de 120 personas, incluyendo turno de la mañana, turno de la tarde y de las dos noches en donde:

- 114 personas asisten al taller de juego de roles (PAJR) y al de comunicación asertiva (PATCA).
- 116 personas asisten al taller de conceptos y aplicación de la escala del dolor (PACCAED). (TPCAED)
- 114 es el total del personal capacitado en la aplicación de la escala del dolor (TPCAED)

Gráfica 2. Porcentaje de asistencia a las actividades programadas para el desarrollo del proyecto de gestión para la aplicación de la escala del dolor.



En términos de porcentaje en la grafica se puede observar:

- Un 95% del personal de la UCI asisten al juego de roles (PAJR) y al taller de comunicación asertiva.
- Un 96.7% del personal de la UCI asisten a la charla de conceptos y aplicación de escala de dolor (PACCAED).

Dando en total 95.6% de personal capacitado en la aplicación de la escala de dolor (TPCAED)

6.5.3 Análisis de los indicadores.

En los anteriores gráficos se puede observar que se cumple con el objetivo general ya que el 95.6% del personal queda capacitado en la aplicación de la escala numérica del dolor, asistiendo en gran porcentaje a todas las actividades programadas.

7. CRONOGRAMA

OBJETIVO GENERAL	Capacitar al personal de enfermería en la valoración de la escala de dolor como 5 signo Vital en la UCI de la clínica Shaio.											
RESULTADOS ESPERADOS	Personal de enfermería aplica a los pacientes de UCI, la escala de dolor											
	Adecuado manejo terapéutico del dolor en la UCI de la Clínica Shaio.											
	ACTIVIDADES											
	Feb	mar	abr	May	Jun	jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
PLANEACIÓN Generalidades del proyecto de gestión												
Lluvia de ideas, e identificación del problema												
Análisis del problema seleccionado												
DISEÑO Elaboración del árbol del problema.												
Elaboración de objetivos												
Elaboración del marco lógico y marco conceptual												
Plan de acción												
Presentación del proyecto al grupo de asesores y compañeros de especialización												
EJECUCIÓN Presentación de propuesta de proyecto al departamento de enfermería de la Clínica Shaio												
Presentación al personal de enfermería de la UCI la escala de dolor												
Actividades propuestas: Taller, (conceptos, secciones educativas aplicación escala del dolor), juego de roles, evaluación a los asistentes de las actividades realizadas.												
Evaluación de las actividades realizadas												
Presentación final del proyecto												

8. PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS		PRESUPUESTO
	HUMANOS	MATERIALES	
Presentación de la propuesta del proyecto en la Clínica SHAIO	Gestores del proyecto, personal coordinador de la UCI, departamento de enfermería, personal de enfermería	Fotocopias y presentaciones en video	30.000
Secciones educativas.	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	Hojas carta, fotocopias, presentaciones en video, tableros, marcadores, borradores, accesorios Para el juego de roles (vestuario, escritorios, etc.)	80.000
Evaluación al personal de enfermería sobre el conocimiento de la escala de dolor	Gestores del proyecto, personal de enfermería.	Hojas carta, fotocopias.	15.000
Aplicación de la escala del dolor a los pacientes UCI	Gestores del proyecto, personal de enfermería.	Hojas carta, fotocopias, esferos.	20.000
Preparación y realización de charlas educativas, talleres, juego de roles.	Gestores del proyecto	Tiempo utilizado por cada enfermera	1.800.000
		Refrigerios	120.000
Analizar los indicadores planteados	Gestores del proyecto	Hojas carta, impresiones y fotocopias	30.000
TOTAL			2.095.000

9. EVALUACIÓN DEL PROYECTO Y ACTIVIDADES

La evaluación de un proyecto es el proceso de identificar, cuantificar y valorar los costos - beneficios que se generan de éste, en un determinado periodo de tiempo.

Existen varias clasificaciones sobre las diferentes formas de evaluación. El proyecto tiene dos tipos de evaluación.

Evaluación privada. Se relaciona con la parte privada, y es para beneficio de la clínica, que cuenta con políticas institucionales en las que se incluye certificarse como Clínica sin dolor, y que la implementación de la escala le permitiría realzar los estándares de calidad en la certificación que se está buscando no solo a nivel nacional sino internacional, por prestar servicios de cuarto nivel.

Evaluación social. Se consideran todos los efectos que tenga el proyecto sobre la sociedad, en este caso se tendría en cuenta que es un grupo poblacional, específicamente de pacientes que tendrían la opción de ser manejados con otras alternativas terapéuticas, tanto medicamentosa como de comodidad y confort en las que interviene el personal de enfermería, buscando mejorar la calidad de atención para el paciente.

Las directivas mostraron interés por el proyecto, apoyaron el desarrollo de las actividades, las cuales fueron muy gratificantes para el cumplimiento de éste ejercicio.

Se adecuó un espacio en el panel del registro de enfermería de la UCI, con aprobación del coordinador médico para el registro diario y continuo de la Escala Numérica, con el objetivo de hacerla más visible y de esta manera lograr cambiar el enfoque terapéutico, acorde con los valores registrados.

Dentro de la evaluación del desarrollo del proyecto se han tenido dificultades como: poca información sobre estudios de enfermería en otras instituciones y sobre aplicación de escalas para valorar el dolor, además se contó con poco tiempo para el desarrollo y evaluación de las actividades.

La eficiencia del proyecto aplicado, se evaluará a largo plazo para poder concluir si:

- Hay reducción de estancias hospitalarias en UCI.

- Hay utilización adecuada de analgésicos
- Hay disminución de complicaciones para el paciente dadas por estancias prolongadas hospitalarias.

La eficacia. Relacionada con el objetivo general se cumplió en el 95.6%, ya que el personal de la UCI de la Clínica Shaio se capacitó en la valoración del dolor como quinto signo vital, logrando identificar las manifestaciones hemodinámicas del dolor, relacionándolo con la patología, edad y estado emocional del paciente; a su vez reconoció la importancia de la comunicación asertiva interpretando el comportamiento del paciente frente a la sensación del dolor. Logrando que el personal conociera e interpretara la escala del dolor aplicándola en los diferentes pacientes y situaciones.

El impacto. Se logró gran interés por el tema, introyectando en el personal de la UCI conciencia sobre el beneficio que trae para el paciente, institución, y trabajadores la aplicación del proyecto.

En cuanto a **viabilidad y sostenibilidad**, es un proyecto viable, ya que se brindará educación continuada y no representa ningún costo para el paciente ni para la institución, trayendo beneficios para su manejo.

La evaluación con respecto a las actividades presentadas dan cumplimiento a los objetivos programados, las actividades fueron muy gratificantes y generaron gran satisfacción en las gestoras del proyecto, gracias a la motivación sembrada en los asistentes.

Cada actividad fue evaluada al finalizar cada taller, observándose.

- La asistencia de los participantes fue voluntaria.
- Se mantuvo el interés de los asistentes.
- Se dejaron inquietudes y se crearon expectativas.
- La participación en los talleres fue activa.
- Se concientizó al personal sobre la importancia del registro de la escala como quinto signo vital.
- Se dejó claro sobre la importancia de la certificación como clínica sin dolor.
- La aplicación de la escala es rápida y requiere de poco tiempo.
- La aplicación es benéfica para el paciente.

Evaluación de los supuestos:

- El personal de enfermería tenía algunos conocimientos previos del tema del dolor, no conociendo la clasificación del dolor.
- Se mantuvo el interés por las actividades desarrolladas ya que a través de las actividades se logró concientizar al personal de enfermería sobre la importancia del manejo del dolor y el registro como 5º signo vital.
- El personal identificó el lenguaje no verbal, y observaron mejoras en la actitud hacia los demás, ya que a través del taller de comunicación asertiva se mostraron los diferentes tipos de comunicación, logrando así identificar el beneficio dado por un buen trato hacia los demás y las desventajas que traen la comunicación agresiva y pasiva.

10. CONCLUSIONES

- La promoción de la Escala Numérica del Dolor permitió tener un acercamiento al reconocimiento del Dolor como quinto signo vital, porque en la Clínica Shaio aún no se había implementado.
- La aplicación de la Escala Numérica del Dolor le permite a la enfermera identificar la intensidad del dolor, la evaluación del tratamiento y la elaboración de un plan de enfermería.
- Para la aplicación de la Escala del Dolor es importante ser un buen observador y tener comunicación asertiva con el paciente y el grupo interdisciplinario.
- El manejo adecuado del dolor genera satisfacción en el paciente y ayuda a la pronta recuperación de su patología de base, mejorando su calidad de vida durante la enfermedad.
- El personal de enfermería reconoce la importancia del manejo del dolor y la aplicación de la escala como una herramienta que le ayuda en su trabajo de atención al paciente.

11. RECOMENDACIONES

- Elaborar una lista chequeo para realizar un monitoreo continuo del registro de la Escala del Dolor y verificación del manejo instaurado.
- Capacitar a todo el personal nuevo que ingresa a las unidades de Cuidado Intensivo sobre la valoración del dolor y la aplicación de la Escala.
- Divulgar el uso y registro de la escala del dolor para ser aplicada en todos los servicios de la Clínica Shaio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mersey H. y Bogus N. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain, Second Edition, 209-214. IASP Press; Seattle, 1994.
2. Organización Mundial de la Salud. En Colaboración con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer Infantil. Singapur; 1999.
3. Rayón E, directora Manual de enfermería médico-quirúrgica. Vol. III (Patrones funcionales: actividad-ejercicio, sueño-descanso). Madrid: Síntesis; 2002.
4. Hernández J. y Moreno C. (2006). Dolor, el quinto signo vital. (Sitio Internet). Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/b3/b337b77a-395b-4d96-af63-4f50f7ea3155.pdf Consultado el 9 de septiembre de 2011.
5. Asociación Colombiana para Estudio del Dolor. Estudio Nacional de Dolor, Abril de 2004.
6. Asociación Colombiana para Estudio del Dolor. Quinto estudio nacional del dolor 2010. (Sitio en Internet). Disponible en: www.5_estudio_del_dolor-osteomuscular.pdf. Consultado el 12 de octubre de 2011.
7. Sánchez Beatriz. Abordajes teóricos para entender el dolor humano. Rev. Aquí chan. vol.3, no.003 Universidad de la Sabana oct. 200; p.32 a 41.
8. Zavala M. y González F. Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería. Rev.Aquichán. vol.8, no.2 Bogotá jul./dic.2008; p. 15 a 29
9. Hanke F. y Fontana R. El dolor como quinto signo vital: uso de la escala de evaluación por las enfermeras en los hospitales generales. enfermería vol.19 no.2 Florianópolis abr./jun. 2010
10. Muriel C y Gines Y. Conceptos generales del dolor. (Sitio en Internet) Disponible en: www.oms.dolor.pdf. Consultado el 20 de mayo de 2011.

11. Chóliz M. El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Ansiedad y Estrés*. No 21. Universidad de Valencia abr./1994; p. 77-88
12. Franco Grande A. El dolor en la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 1999; 6:261-262.
13. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008*. Madrid: Elsevier; 2008.
14. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev.SocEsp Dolor*. 1998;6:29-40.
15. Torregrosa S. y Bugedo G. Medición del dolor. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 155-158
16. Espinoza M. y Valenzuela S. *Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica*. Universidad de Concepción, Chile; 2010
17. Lescaille M. Relación de la ética de cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev. Cubana. Enfermería*. vol.22, no.1 Enero.2006.
18. Cano A. *Problemas éticos y bioéticos en enfermería*. Cuba; Editorial Ciencias Médicas. 2005.
19. Peña R. Estrategias para el ejercicio de la enfermería ético, responsable y seguro.vol.4 no.1. 2009.
20. Cano A, Marrero A, Valencia S y Casas S. Principios básicos de la bioética. *Rev. Cubana Enfermería*. 2001.
21. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gith A, Suppe E. The middlerange theory of unpleasant symptoms: an update. *AdvNurs Sci*. vol.19, no 3. 1997: 14-27.
22. Lenz E, Pugh L. *Theory of Unpeaseant Symptoms*. In: Smith M, Liehr P, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. Second ed. NY: 2008: 159-83.