

ADAPTACIÓN DE LA GUIA DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR
ADULTOSA LA POBLACION PEDIATRICA DE LA FUNDACION
OFTALMOLOGICA DE SANTANDER

DIANA MILENA PALACIOS LINARES

NATALIA JIMENA NIÑO PARRA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRITICO CON ENFASIS PEDIATRICO

BOGOTA D.C

2019

ADAPTACIÓN DE LA GUIA DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR
ADULTOS A LA POBLACION PEDIATRICA DE LA FUNDACION
OFTALMOLOGICA DE SANTANDER

DIANA MILENA PALACIOS LINARES

NATALIA JIMENA NIÑO PARRA

proyecto de grado presentado como requisito para optar el título de especialista en
Cuidado Crítico con Énfasis pediátrico

Asesora

MYRIAM ABAUNZA DE G.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRITICO CON ENFASIS PEDIATRICO

BOGOTA D.C

2019

1. AGRADECIMIENTO

A Dios inicialmente por ser nuestro guía y fortaleza.

A nuestras familias por su apoyo incondicional durante este proceso de formación profesional, por el amor y la comprensión durante los días que quizá estuvimos ausentes.

A nuestros compañeros de trabajo por ayudarnos y darnos su apoyo en este proceso de aprendizaje.

A nuestra querida docente Myriam Abaunza por su interés y dedicación durante la ejecución de este proyecto.

A la fundación oftalmológica de Santander, por brindarnos la confianza y oportunidad de aprendizaje en la ejecución de este proyecto de gestión.

Tabla de contenido.

1. AGRADECIMIENTO.....	3
2. LISTADO DE ILUSTRACIONES	6
Listado de tablas	6
3.ABSTRACT	7
4.TITULO	9
5.INTRODUCCIÓN	10
6.PLATAFORMA DEL PROYECTO	11
7.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
7.1 Árbol de problemas.....	21
8.JUSTIFICACIÓN	22
9. OBJETIVOS	26
9.1Objetivo general.....	26
9.2Objetivos específicos.....	26
9.3 Árbol de objetivos	27
10.SOPORTE TEÓRICO	28
10.1Teoría de los síntomas desagradables.....	28
10.2 Teoría del Confort.....	31
11.SOPORTE CONCEPTUAL	34
12.METODOLOGIA	37
12.1 Matriz de marco lógico.....	37
12.2 Aspectos éticos.....	39
12.3 Plan de acción	40
13. RESULTADOS.....	41
14. CONCLUSIONES.....	45
15.RECOMENDACIONES	46
16.BIBLIOGRAFÍA	47
17. ANEXOS	50

Anexo 1. Cartas de validación por expertos	50
Anexo 2: Invitación para la socialización de la Adaptación de la Guía.	53
Anexo 3. Guía adaptada	54
Anexo 4. Cronograma del desarrollo del proyecto	85
Anexo 5. Presupuesto del proyecto	86
Anexo 6. Lista de verificación	87
Anexo 7. Acta de Donación para el manejo no farmacológico.....	89
Anexo 8: pre test	90
Anexo 9: post test	91
Anexo 10: valoración del dolor.....	92
Anexo 11: Revaloración del dolor	92
Anexo 12: Relevancia de la valoración.....	93
Anexo 13: Cuando valorar	93
Anexo 14: Intervenciones	94
Anexo 15: Revaloración.....	94
Anexo 16: Grupo Interdisciplinario	95
Anexo 17. Prueba piloto.....	95

2. Listado de ilustraciones

Ilustración 1:Diagrama organizacional de la Foscasal.....	13
Ilustración2:Diagrama del departamento de enfermería de Fundación Oftalmológica de Santander	14
Ilustración 3:Análisis de la población pediátrica de la fundación oftalmológica de Santander	199
Ilustración 4:árbol de problemas	21
Ilustración 5:árbol de objetivos.....	¡Error! Marcador no definido.
Ilustración 6:Elementos de las teorías desarrolladas.....	33

Listado de tablas

Tabla 1:Distribución del personal humano.....	15
Tabla 2: matriz de marco logico	38
Tabla 3:plan de acción	40

3.ABSTRACT

The research on pain in the pediatric patient requires more thoroughness, according to the age group and practicality in terms of the use of scales, in order to subsequently facilitate its implementation, in this project an adaptation of the adult assessment guide for the population was developed general, including specific specifications for the pediatric population, this in order to facilitate access for all the nursing staff of the institution. with the objective of achieving broad coverage in accessing the guide and thus favoring knowledge for a timely assessment and effective intervention.

In the development of this project it was possible to identify that the nursing staff in the majority of the cases performed non-pharmacological interventions once they identified the pain in the pediatric patient, however, it was performed empirically given the experience, and not with a validated assessment instrument, additional to that at the time of conducting an inspection in the clinical history, no records were found according to the interventions made. therefore, it could be concluded that the nursing staff does not record the pharmacological and non-pharmacological management provided in the electronic medical record; this situation becomes common in several clinical scenarios, which makes it more difficult to research pain in pediatrics, however, this situation is out of control given the absence of guidelines to direct nursing care in the various institutions; for this reason, we consider the creation and updating of guides and / or prosthetics that include the pediatric population as very useful and enriching, as it ends up being the guide developed in this work where the effectiveness of protocolizing tools for assessment could be observed.

Key words: Pain, assessment, nursing interventions, care, pharmacological, non-pharmacological.

Resumen

Las investigaciones sobre el dolor en el paciente pediátrico requieren de más minuciosidad, según el grupo etario y practicidad en cuanto al uso de escalas, para así posteriormente facilitar su implementación, en este proyecto se desarrolló una adaptación de la guía de valoración adulto para la población general, incluyendo especificaciones puntuales para la población pediátrica, esto con el fin de facilitar el acceso para todo el personal de enfermería de la institución. con el objetivo de lograr una amplia cobertura en el acceso a la guía y de esta manera favorecer el conocimiento para una valoración oportuna e intervención eficaz.

En el desarrollo de este proyecto se pudo identificar que el personal de enfermería en la mayoría de los casos realiza intervenciones no farmacológicas una vez que identifican el dolor en el paciente pediátrico, sin embargo, se realizaba de forma empírica dada la experiencia, y no con un instrumento de valoración validado, adicional a eso en el momento de realizar una inspección en la historia clínica, no se hallaron registros acordes a las intervenciones realizadas. por lo que se pudo concluir que el personal de enfermería no registra en la historia clínica electrónica el manejo farmacológico y no farmacológico brindado; esta situación se vuelve común en varios escenarios clínicos, cosa que hace más dificultosa las investigaciones sobre el dolor en pediatría, sin embargo, esta situación se ve fuera de control dada la ausencia de guías que direccionen el cuidado de enfermería en las diversas instituciones; por esta razón consideramos de gran apoyo y enriquecimiento la creación y actualización de guías y/o protocolos que incluyan la población pediátrica como lo acaba siendo la guía desarrollada en este trabajo en donde se pudo observar la efectividad de protocolizar herramientas para la valoración.

Palabras clave: Dolor, valoración, intervenciones de enfermería, cuidado, farmacológico, no farmacológico.

4.TITULO

Adaptación de la guía de valoración y manejo del dolor en adulto a la población pediátrica de la Fundación Oftalmológica de Santander, Bucaramanga.

5.INTRODUCCIÓN

La valoración del dolor en el paciente pediátrico por muchos años ha sido un tema que genera poco interés en el equipo que brinda su cuidado a esta población, pero que con el tiempo ha tomado gran importancia en la atención de estos y ha permitido el desarrollo de escalas de valoración y así mismo estrategias en el manejo del dolor en esta población, pero más allá de esto no se han evidenciado nuevas propuestas que permitan no solo evaluar el dolor sino también permitan dar una solución por parte del personal de enfermería quienes son aquellos que normalmente aplican las escalas de valoración y buscan dar un manejo a ese dolor reflejado por el paciente pediátrico.

Es por este motivo y pensando brindar una mejor atención de enfermería a la población pediátrica que se decidió realizar una revisión de la literatura sobre el manejo del dolor en pediatría, planteando preguntas como ¿Que escalas de valoración existen?, ¿cuáles de estas se ajustan a la población pediátrica?; brindando herramientas que permitan dar el cuidado integral que caracteriza al personal de enfermería.

Para esto se tuvo en cuenta la existencia de la Guía de valoración y manejo de dolor en adultos ya existente en la Fundación Oftalmológica de Santander de Bucaramanga, la cual permite realizar la adaptación de la misma a la población pediátrica objeto de este proyecto; además de esto se tuvo en cuenta las guías de la RNAO las cuales son una herramienta ya diseñada por el personal de enfermería y para el personal de enfermería que permiten la implementación en cualquier institución de salud que decide adoptarlas como parte fundamental en los proceso de atención de pacientes.

Es importante resaltar que la revisión de artículos científicos brinda herramientas específicas en los procesos de valoración y manejo del dolor por parte del personal de enfermería, dichas herramientas ya sean farmacológicas o no

farmacológicas permitirán su aplicación a la población pediátrica con algunas adaptaciones importantes según las necesidades identificadas en esta población.

Algunas de las herramientas a implementar por el personal de enfermería son la escala de Susan Givens, la escala análoga del dolor, entre otras; además de esto la aplicación del uso de sacarosa y otros métodos no farmacológicos como cambios de posición, masajes, manejo del ambiente entre otras que se desarrollaran a lo largo del contenido.

6.PLATAFORMA DEL PROYECTO

Entidad: Fundación Oftalmológica de Santander en Bucaramanga

El proyecto se llevará a cabo en la unidad de cuidados intensivos pediátrica de la de la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL).

Institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, con los más altos estándares de calidad, comprometidos con brindar atención humana y segura para nuestros usuarios.

Razón social:

La Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL, es una institución privada de carácter fundacional, creada el 19 de abril de 1976. Su actividad principal es la prestación de servicios de salud y por tratarse de una entidad sin ánimo de lucro, su patrimonio y los beneficios económicos que llegare a obtener, serán utilizados exclusivamente para su desarrollo y crecimiento.

Misión:

Brindar servicios integrales de salud de clase mundial, formación humana y académica, desarrollo científico y esperanza de vida con responsabilidad social

Visión:

En el 2020 seremos un complejo médico líder en seguridad del paciente humanización docencia e investigación de América latina¹

Principios:

- *Trabajo en equipo:* Todos los miembros de la organización buscamos la complejidad, trabajando con cohesión y cooperación, por el logro de nuestra misión y visión.
- *Seguridad del paciente:* Prevenimos y minimizamos el riesgo de nuestro pacientes y visitantes, de sufrir eventos adversos, aplicando metodologías orientadas hacia una mejora continua en la ejecución de los procesos de atención en salud.
- *Responsabilidad social:* Estamos comprometidos de manera voluntaria y explícita con la sociedad, por lo que desarrollamos estrategias y programas que contribuyen al mejoramiento integral de la población y del entorno.
- *Humanización:* Brindamos un servicio integral basado en la calidez, respeto buen trato y excelencia, médica, mejorando continuamente nuestro proceso de atención para satisfacer las necesidades las necesidades de los usuarios y sus familias.
- *Estrategia:* Todas nuestras acciones son planificadas, visionarias y proactivas, haciendo el mejor uso de los recursos disponibles para lograr la misión y la visión de la organización.
- *Generación de valor:* Ejercemos nuestras funciones buscando siempre la innovación y la estrategia, para la creación sostenida de valor, en beneficio del desarrollo y crecimiento futuro de la organización.
- *Excelencia medica:* Brindamos servicios asistenciales con un alto compromiso humano, por parte de todos los colaboradores que intervienen en la ruta de atención, haciendo lo correcto, correctamente.

¹ Plataforma virtual, Fundación oftalmológica de Santander; Carlos Ardila Lule; (09-11-2018) Disponible en: <http://www.foscal.com.co/>

- *Innovación:* Somos novedosos y creativos, para introducir cambios, que nos permiten tener procesos cada día más eficientes y efectivos, generando aprendizaje organizacional.

Organigrama:

El Organigrama institucional da cuenta de la estructura jerárquica de la Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL, diseñado con base en las líneas jerárquicas funcionales. Si bien las áreas administrativas son claramente diferenciadas de las asistenciales, el diseño de la estructura permite identificar la labor integrada y de apoyo que se lleva a cabo para la adecuada prestación de los servicios. En la estructura se encuentran representados los principales órganos de Dirección, el ápice estratégico y la línea media jerárquica así: ²

- ✓ Asamblea General
- ✓ Junta Directiva
- ✓ Dirección General
- ✓ Subdirección General
- ✓ Direcciones
- ✓ Divisiones
- ✓ Jefaturas

Coordinaciones

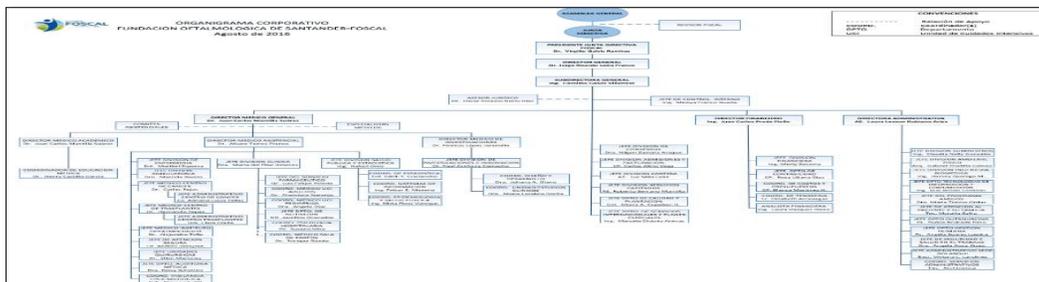


ILUSTRACIÓN 1: DIAGRAMA ORGANIZACIONAL DE LA FOSCAL

² Plataforma virtual, Fundación oftalmológica de Santander; Carlos Ardila Lule; (09-11-2018) Disponible en: <http://www.foscal.com.co/>

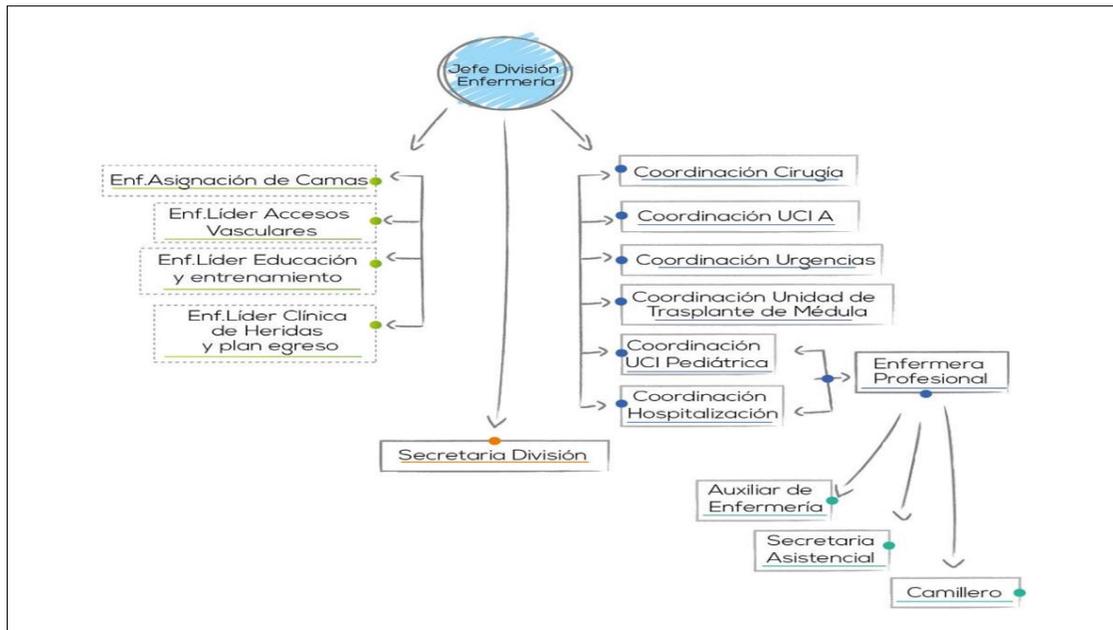


ILUSTRACIÓN 2: DIAGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER

La UCI Pediátrica es una unidad de tipo mixto destinada al cuidado especializado del paciente en estado crítico tanto pediátricos como neonatal. Se encuentran distribuido de la siguiente manera, siete camas para neonatos y cinco para pacientes pediátricos, independiente si son intensivos, intermedios o básicos. Sus prestadores son médicos pediatras, enfermeras y terapeutas, todos con amplio conocimiento y experiencia en el cuidado intensivo.

Las patologías que prevalecen en neonatos son diversas entre ellas encontramos alteraciones congénitas, prematurez y sus patologías asociadas, alteraciones respiratorias, cardiovasculares, gastrointestinales entre otras; en el área pediátrica se ofrece atención a niños con rango de edad que oscila entre 1 a 18 años con una alta prevalencia de pacientes con patologías oncológicas, neurológicas, posquirúrgicos, alteraciones respiratorias, renales, gastrointestinales y cardiovasculares.

Su dotación integral, corresponde a tecnología de última generación que permite proveer los más altos estándares de seguridad y calidad en la atención.

La unidad cuenta con un área locativa que cuenta con la infraestructura técnica, de equipos y administrativa, para prestar el servicio de vigilancia y tratamiento del paciente críticamente enfermo.

DISTRIBUCIÓN DEL EQUIPO HUMANO POR TURNO		
	Neonatal	Pediátrico
Pediatra		1
Enfermera profesional	2	1
Enfermera Auxiliar	1	1
Terapeuta respiratoria		1
Secretaria		1

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL HUMANO

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ausencia de una guía para la valoración y manejo del dolor pediátrico, en la Unidad de cuidados intensivos de la Fundación Oftalmológica de Santander.

El motivo por el cual se llevará a cabo este proyecto de gestión en la unidad de cuidados intensivos pediátrica de la Foscal es debido a que no se cuenta con una guía estándar que facilite al personal de enfermería valorar e intervenir de forma oportuna el dolor en los pacientes hospitalizados.

Análisis del problema

Esta ausencia de guías y/o lineamientos estandarizados, sumado a la falta de información sobre las diversas escalas usadas en pediatría para valorar el dolor, favorece a que se presente una subvaloración del dolor, dejando a consideración personal el momento oportuno de valoración por parte del personal de enfermería. La Uci pediátrica es un lugar en donde el niño se encuentra sometido desde el ingreso a un proceso de separación de sus seres protectores, padres u cuidadores principales, generado en primer lugar un dolor emocional, sumado a eso el niño es sujeto de múltiples procedimientos que van desde los que parecen más simples, pero que son dolorosos, un ejemplo de esto es la canalización de un acceso periférico o un dolor severo como lo es una intubación oro-traqueal.

Los estudios revelan que el manejo del dolor es un problema vigente y que no solo radica en los centros hospitalarios de mediana y alta complejidad, si no que por el contrario es considerado un problema de salud pública de gran impacto, ya que a pesar de que existan medios y conocimientos para aliviarlo es frecuente encontrar que se niega, ignora o no se reconoce el dolor en la infancia.

Un estudio de 2016 en Uruguay sobre el dolor en los niños hospitalizados menciona “como el hombre desde tiempos remotos ha tratado de buscar una solución para suprimir o aliviar el dolor. El dolor no tratado principalmente cuando

es moderado a severo tiene un profundo impacto en la calidad de vida. Las experiencias dolorosas prolongadas, intensas y/o repetidas en etapas tempranas del niño alteran no solo su maduración psicológica, sino que también el desarrollo neurológico normal, lo que puede conllevar a un aumento de la sensibilidad al dolor a lo largo de la vida.

Son múltiples las razones por las que el tratamiento del dolor en los niños con frecuencia es insuficiente. En forma errónea se piensa que éstos lo perciben con menor intensidad que los adultos por inmadurez del sistema nervioso, incapacidad de recordar experiencias dolorosas, así como presentar un umbral más alto. Otra creencia es que los fármacos tienen efectos adversos más severos en los niños, o que éstos metabolizan de forma diferente los opiáceos y están más predispuestos a la adicción. También existen actitudes personales y de la sociedad que relacionan la capacidad de tolerancia al dolor como un signo de fortaleza, y a las quejas o pedido de alivio como muestras de debilidad. A estas creencias se le suma la complejidad real de la evaluación del dolor en niños, especialmente en los más pequeños, en etapa pre verbal, debido a las dificultades de comunicación y dominio del lenguaje. Lo mismo ocurre con los niños con trastornos cognitivos”.³

En este sentido si hablamos de dolor, no hablamos de un tema desconocido, sino ampliamente estudiado y considerado por varias organizaciones, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como: una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión”⁴. Por otro lado, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), define “el dolor como una experiencia emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial”⁵; adicional a eso encontramos que dentro del marco normativo es un

³ Laura María Llorente Pérez, MANEJO DEL DOLOR INFANTIL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, Trabajo de Fin de Grado Curso 2015/16 , (08-11-2018) Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17953/1/TFG-H466.pdf>

⁴ Manejo básico del dolor agudo y crónico; **Jorge García-Andreu**; Medico Anestesiólogo-Algo logo, Hospital Ángeles. Querétaro. Oro. México: Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077

⁵ American Nursing Diagnosis Association, NNNConsult, disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ez.unisabana.edu.co/buscaador>

tema que no está en el olvido, si hablamos del derecho a la salud, planteando esta misma como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad o discapacidad (“Constitución de la Organización Mundial de la Salud”⁶, aprobada en 1946). En este orden de ideas el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Decreto 1011 de 2006 exige a todas las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, a través del cual promueve la aplicación de estándares superiores de calidad, en donde uno de los ejes refiere que las instituciones prestadores de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben tener una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución; por otro lado la Ley 1733 del 2014 en el artículo primero reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un *tratamiento integral del dolor*, el alivio del sufrimiento y *otros síntomas*, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología.

Para ello se elaboró un diagrama (Ilustración 3) el cual pretende explicar qué tipo de población se tiene, que factores influyen en su cuidado tales como socioeconómicos, nivel de escolaridad y otros factores que van a ser de importancia en el momento de brindar la atención a los pacientes; además de esto se estableció la población específica a intervenir y que los caracteriza, finalmente se exponen las implicaciones y nos permite entender porque resulta de importancia realizar la actualización y adaptación de la guía de valoración y manejo de dolor en población adulta a paciente pediátrico.

⁶Ministerio de Salud y Protección Social a través del Decreto 1011 de 2006

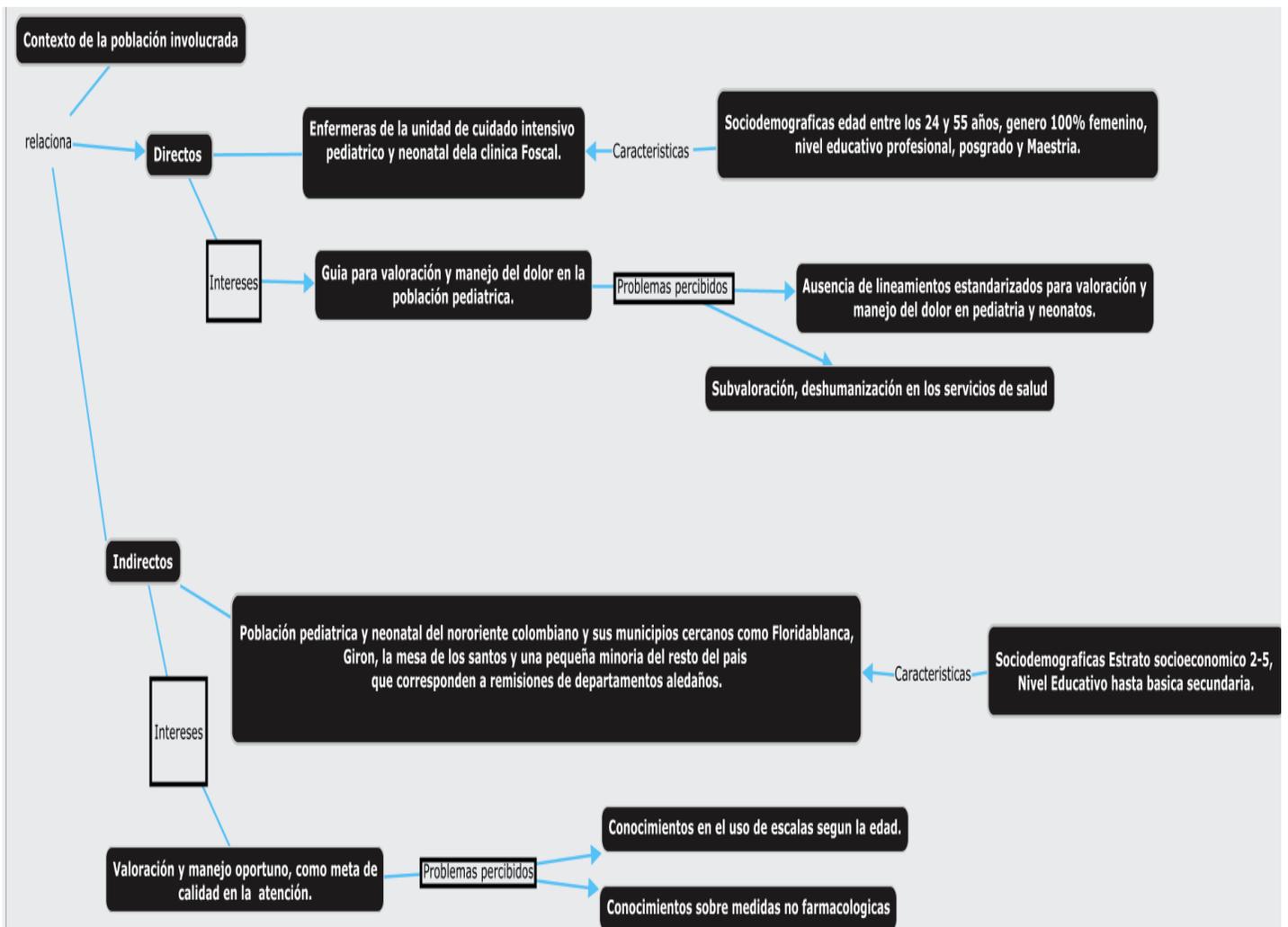


ILUSTRACIÓN 3: ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER

Se realizó una revisión de historias clínicas electrónicas (SAP) durante el mes de noviembre del año 2018. La revisión de historias clínicas se realizó durante una semana, en donde se tomó de forma aleatoria pacientes y se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Valoración del dolor en escalas electrónicas
- Registros de enfermería

- Abordaje terapéutico, manejo no farmacológico y farmacológico.

Encontrándose que con la muestra tomada de un 58.3% de la población aleatorizada el 70% de las enfermeras mencionan características del dolor y lo documentan en los registros de historia clínica electrónica, pero no se evidencia o por lo menos no se mencionó que escala se tuvo en cuenta, además de ello no se encontró un nuevo registro en donde documenté revaloración, esta valoración subjetiva se entiende y justifica dada la amplia experiencia que el personal de la unidad pediátrica tiene en el área, lo que facilita la valoración comportamental e identificación de dolor, sin embargo no deja de ser un método en donde se puede presentar una subvaloración y el abordaje puede no ser el ideal, por otro lado en el ítem de abordaje terapéutico se encontró que de los 7 pacientes analizados 4 tuvieron manejo farmacológico con morfina y/o fentanyl y 3 no tuvieron manejo, sin embargo el registro de las notas de enfermería refieren manejo no farmacológico con medidas de confort, pero no se especifica cuáles, por este motivo se consideró importante la aplicación de este proyecto de gestión y así dar solución a la necesidad en mención.

7.1 Árbol de problemas

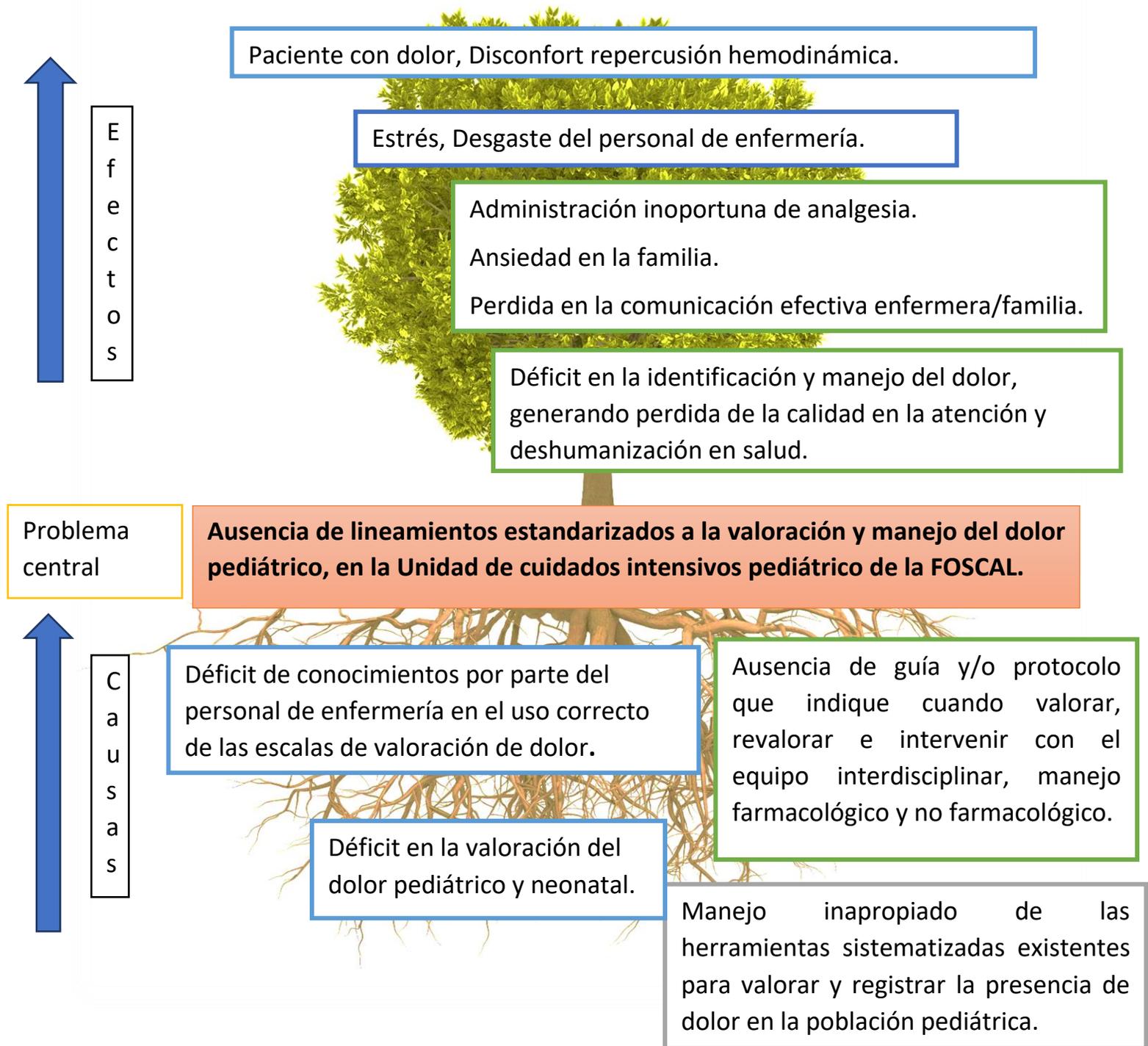


ILUSTRACIÓN 4:ÁRBOL DE PROBLEMAS

8.JUSTIFICACIÓN

La asociación española de pediatría menciona que el dolor es el síntoma más frecuente en la mayoría de las enfermedades. Fisiológicamente es una señal de alerta ante una agresión a la integridad corporal, pero con un fuerte componente subjetivo. Esto obliga a que antes de iniciar un tratamiento analgésico se planteen 4 preguntas: ¿qué causa el dolor?, ¿cuál es la duración del dolor?, ¿cuál es la intensidad del dolor? y ¿cómo se manifiesta el dolor

Sin embargo hablar de dolor en pediatría sigue siendo un tema muy bizarro si en cuanto a valoración se hablase; en los últimos años el interés por el abordaje al dolor ha incrementado enfatizando básicamente en los procesos fisiológicos y de maduración neuroanatomía, pero hoy por hoy se cuenta con una serie de escalas que varían según la etapa del ciclo vital que permiten realizar una valoración objetiva que facilitan la medición del dolor pediátrico y neonatal logrando así aumentar la efectividad en los manejos farmacológicos y no farmacológicos por parte del personal de enfermería.

Es por eso por lo que la tarea en este proyecto de gestión está encaminada a los profesionales de enfermería que son quienes minuto a minuto se relacionan con el paciente/familia y tienen la oportunidad de realizar una identificación del dolor oportuna que puede ser abordada desde los tratamientos no farmacológicos hasta la gestión con la parte médica para recibir una analgesia oportuna.

Este proyecto de gestión busca realizar una adaptación y actualización de la guía de valoración y manejo de dolor en el adulto por enfermería para ser aplicada en la población pediátrica y neonatal de la clínica la Foscal, con el propósito de llevar a cabo la valoración y manejo oportuno del dolor por parte del personal de enfermería.

Una revisión narrativa española del 2017 realizó una búsqueda de herramientas existentes para la evaluación del dolor en el paciente pediátrico, allí se encontró varios aspectos 1. porque hay Falta de valoración sistemática del dolor “Los resultados observados demuestran la falta de concienciación profesional respecto a la valoración del dolor en el ámbito pediátrico, y como consecuencia la falta de valoración sistemática”⁷.

2. Barreras existentes para monitorización sistemática del dolor en pacientes pediátricos hospitalizados “Como ya se ha comentado, son múltiples los estudios que reportan dificultades para la monitorización sistemática del dolor. Yaffa Zisk – Rony R et al, detectan en su estudio del año 2015 una falta de conocimientos dentro del sector enfermero con respecto a la valoración del dolor, y como consecuencia, la falta de uso de las escalas disponibles. En la misma línea De Candido LK y colaboradores señalan la necesidad de aumentar los conocimientos de los profesionales para conseguir la monitorización sistemática del dolor en niños hospitalizados”⁸.

El artículo Assessment and treatment of pain in pediatric patients de 2017 recomienda “An appropriate pain assessment measurements and techniques are needed to manage pain in pediatric patients and should be applied in every pediatric health care institution. Firstly, high possible standard of pain care for all patients should be provided through a multi modal (non-pharmacological, pharmacological and adjuvants) approach. Secondly, pediatric centers collaboration will be necessary to share the standard treatment protocol. Finally, even though the incidence of pain in children is like that of adults, clinicians should

⁷ Inés de los reyes corrales, Valoración de dolor en el paciente pediátrico hospitalizado, Revisión Narrativa, Trabajo de grado, Facultad de medicina, curso 2016-2017, Universidad autónoma de Madrid,(09-11-2018) Disponible en : <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>

⁸ Laura María Llorente Pérez, MANEJO DEL DOLOR INFANTIL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, Trabajo de Fin de Grado Curso 2015/16 , (08-11-2018) Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17953/1/TFG-H466.pdf>

have considered the distinctiveness of children. The Cooperation of the caregivers and families are essential for successful pain assessment and its intervention in pediatric patients”⁹.

Se necesitan medidas y técnicas de evaluación del dolor adecuadas para controlar el dolor en pacientes pediátricos y neonatales deben aplicarse en todas las instituciones de atención de salud pediátrica. En primer lugar, debe proporcionarse un alto estándar posible de atención del dolor para todos los pacientes a través de un enfoque multimodal (no farmacológico, farmacológico y adyuvante). En segundo lugar, será necesaria la colaboración de los centros pediátricos para compartir el protocolo de tratamiento estándar. Finalmente, aunque la incidencia del dolor en los niños es como la de los adultos, los médicos deberían haber considerado el carácter distintivo de los niños. La cooperación de los cuidadores y las familias es esencial para la evaluación exitosa del dolor y su intervención en pacientes pediátricos.

Para el diseño de esta adaptación de la guía se realizará revisión de la tercera edición de las guías de práctica clínica ,RNAO (Asociación profesional de enfermeras Ontario) en su tercera edición de la guía de buenas prácticas clínicas, “valoración y manejo del dolor”¹⁰ que proporciona recursos para la práctica de enfermería basada en la evidencia y debe ser considerada como una herramienta, o plantilla, destinada a mejorar con las necesidades tanto individuales como de las instituciones o centros de cuidados y así mismo las necesidades y deseos de la persona, su familia y los cuidadores. Además de esto es importante resaltar que la

⁹ Halefom Kahsay, Assessment and treatment of pain in pediatric patients, Review Article - Current Pediatric Research (2017) Volume 21, Issue 1; (07-11-2018) Disponible en:

<http://www.alliedacademies.org/articles/assessment-and-treatment-of-pain-in-pediatric-patients.html>

¹⁰Guías RNAO; Valoración y manejo del dolor, tercera edición; Diciembre 2013; (09-11-2018); Disponible en:

https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf

aplicación de estas guías está enfocada en conocimiento creado para el personal de enfermería lo que permite una aplicación más sencilla y completa de la intervención realizada para el manejo del dolor en los pacientes pediátricos y neonatales.

También se realizó la revisión bibliográfica y bases de datos como “Elsevier, Clinical Key”, entre otras, que permitieron realizar dicha actualización y finalmente se someterá dicha guía a revisión y validación por expertos con el fin de llevar dicha información de forma clara y actualizada de acuerdo con las necesidades de nuestra población a tratar.

9. OBJETIVOS

9.1 Objetivo general

- ✓ Adaptar la guía de valoración y manejo del dolor en adultos de la fundación oftalmológica de Santander a la población pediátrica. (FOSCAL)

9.2 Objetivos específicos

- ✓ Revisar bibliografía y bases de datos para complementar el manejo no farmacológico y farmacológico de la guía.
- ✓ Someter la guía a revisión de expertos.
- ✓ Socializar la adaptación de la guía de valoración manejo del dolor en pediatría, con el personal de enfermería de la UCI pediátrica de la Fundación Oftalmológica de Santander.
- ✓ Realizar prueba piloto de implementación de la guía en la UCI pediátrica de la Fundación Oftalmológica de Santander.

9.3 Árbol de objetivos

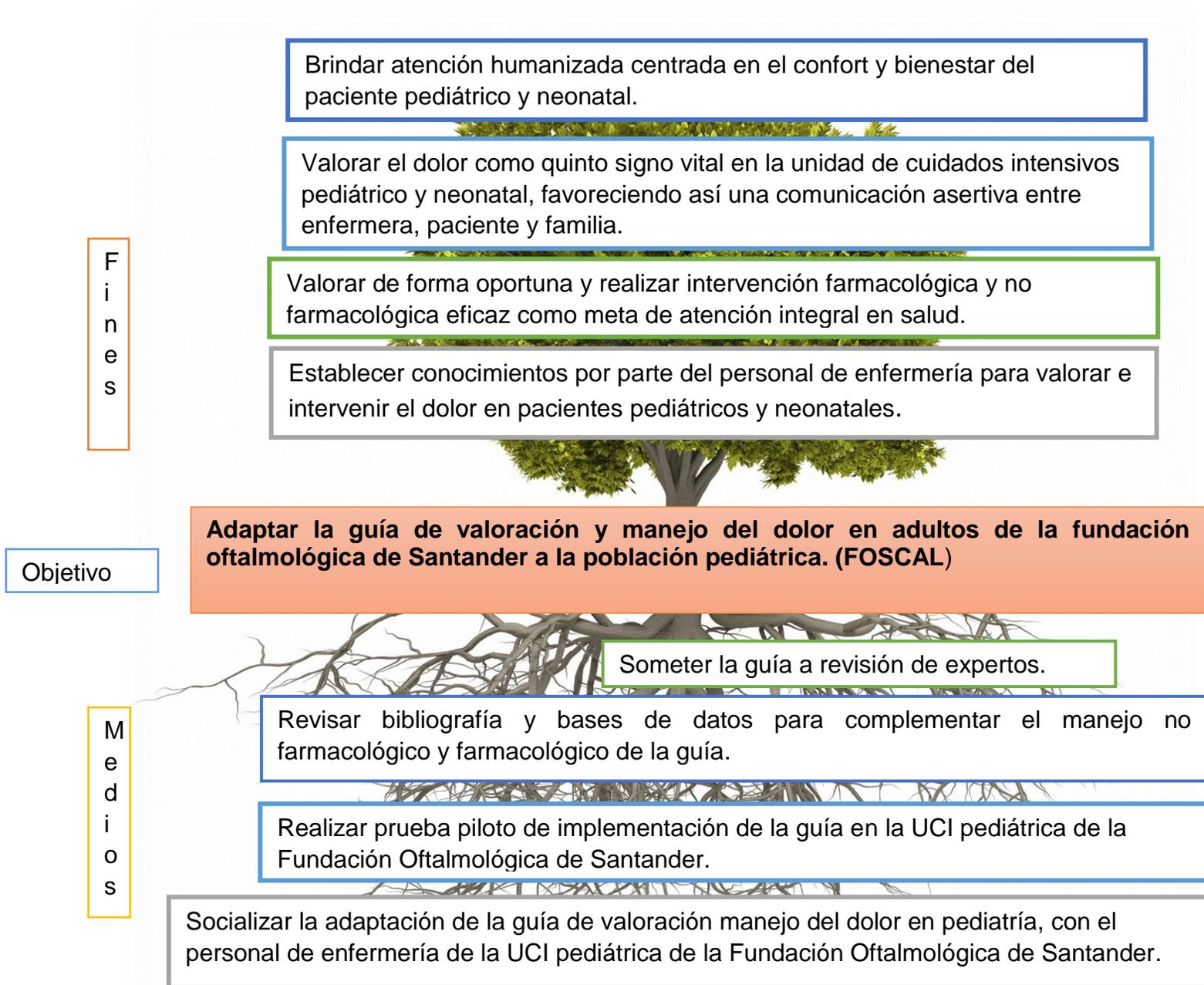


ILUSTRACIÓN 5:ÁRBOL DE OBJETIVOS

10.SOPORTE TEÓRICO

Para la realización de este proyecto se tomaron elementos de dos teorías de enfermería que de forma conjunta aportan estrategias en la valoración e intervención del dolor en los pacientes pediátricos y neonatos favoreciendo una atención integral y oportuna.

10.1 Teoría de los síntomas desagradables

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 y, luego perfeccionada en 1997.¹¹

Durante la revisión que se realizó de la teoría de los síntomas desagradables, se pudo apreciar como el síntoma es considerado como una experiencia subjetiva e individual y a pesar de ello el abordaje se realiza en forma integral; mediante el análisis del contexto familiar, social y adicional a eso teniendo en cuenta otros factores situacionales que pueden influir en los síntomas presentes durante la enfermedad. Es en este sentido en donde integrando todas las dimensiones del ser humano objeto de cuidado se logra enriquecer la mirada holística de la profesión de 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*"

¹¹Espinoza Venegas Maritza, Valenzuela Suazo Sandra. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Nov 13]; 27(2): 141-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000200006&lng=es.

Elementos Teóricos.

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** son definidos como *los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimenta el paciente.*

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.* Estas dimensiones a su vez están relacionadas entre sí.

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

La 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.

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.

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.

Factores influyentes

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

Los factores fisiológicos son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento. En cuidados paliativos se relaciona con la duración y el estadio de la enfermedad oncológica, tipo de cáncer. También tiene que ver con la edad, estructura genética, raza y origen étnico.

Los factores psicológicos son uno de los componentes más complejos del modelo. Se incluyen tanto variables cognitivas y afectivas.

- ✓ Las variables afectivas consideran el estado de ánimo antes o después del síntoma. Es la respuesta afectiva a la enfermedad o los síntomas.
- ✓ La variable cognitiva que puede afectar la experiencia de los síntomas incluye el grado de incertidumbre que lo rodea y su repertorio de habilidades de afrontamiento cognitivo.

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.

Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento

Corresponde al «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 puede generar una serie de consecuencias en la experiencia del

síntoma. Un síntoma inmediato puede generar resultados primarios o secundarios, inmediatos o tardíos.

10.2 Teoría del Confort

Al hablar del manejo del dolor en los pacientes adultos o pediátricos en este caso pediátricos y neonatales, se habla de la valoración del paciente, su entorno, las intervenciones, las variables de dichas intervenciones y un resultado esperado; todo esto hace parte de la teoría del confort desarrollada por Katherine Kolcaba que basa su teoría en conceptos como comodidad o confort.

La teoría del confort desarrollada por Kolcaba tiene como *“propósito proporcionar comodidad a la persona y familia que se encuentra hospitalizada logrando mantener por medio de intervenciones de enfermería la satisfacción y tranquilidad de esta”*¹². Además de esto se habla en dicha teoría de tres tipos de confort: alivio que hace referencia a la satisfacción de la necesidad del paciente; facilidad en la cual desarrolla una total satisfacción de la necesidad generando calma y la trascendencia donde la persona surge por encima del dolor o problema.

Todo esto también involucra otros contextos que Kolcaba tiene en cuenta en el desarrollo de esta teoría tales contextos son físico, psicoespiritual, ambiental, social, paciente.

Contexto en el que se produce dolor:

- ✓ Físico: hace referencia a las sensaciones del cuerpo
- ✓ Psicoespiritual: hace referencia al yo interno, donde se incluye la autoestima, el auto concepto, el sexo y el significado de la vida.
- ✓ Ambiental: se refiere al entorno donde se desarrolla dicha situación teniendo en cuenta las condiciones internas y externas que lo rodean.

¹² Miguel Fernando Díaz Cuenca; Teoría del confort, junio 2016; Disponible en: <https://es.slideshare.net/CamilaTorresTrujillo/teora-del-confort>

- ✓ Social: desarrollo de las relaciones interpersonales, familiares y sociales de la persona.
- ✓ Paciente: el o los receptores del cuidado

De la misma forma en que desarrollo los contextos también hace mención de los conceptos en los cuales desarrolla el cuidado.

- *Necesidades de cuidado de la salud*: Son necesidades para conseguir la comodidad que surge a partir de situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas de apoyo no pueden satisfacer.
- *Intervenciones de confort*: Son todas las actividades e intervenciones de enfermería, enfocadas en satisfacer la comodidad del paciente.
- *Variables de las intervenciones*: Son aquellos elementos inherentes al paciente, es decir, de su vida cotidiana, que tienen efecto en su percepción de comodidad.
- *Confort*: Es la sensación que experimentan los pacientes, que han sido receptores de las intervenciones de confort cuando se abordan las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia.
- *Integridad institucional*: Hace referencia a las características de la institución que le permiten al paciente sentir comodidad.¹³

Toda esta revisión nos permite fundamentar los cuidados y las intervenciones a realizar durante el desarrollo del proyecto.

Finalmente se identificó una estrecha relación entre la teoría de Kolcaba y la teoría de los síntomas desagradables que nos permite complementar y fundamentar el cuidado de enfermería específicamente en el manejo de dolor en la práctica diaria, permitiendo establecer con claridad las prioridades e involucrando lo espiritual, emocional, entorno y no solo el dolor físico que rodea al niño y su familia.

¹³ Ibid, p.30.

De esta forma se busca desarrollar durante este proyecto de gestión algunos de los elementos de ambas teorías que se ajusten a nuestra población y las necesidades detectadas.

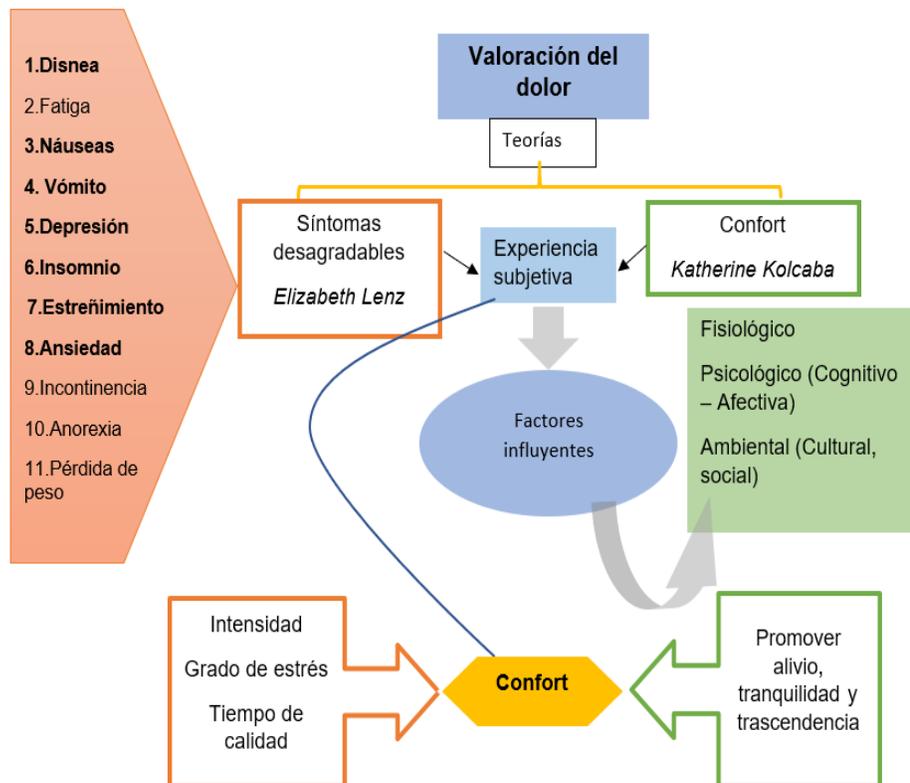


ILUSTRACIÓN 6: ELEMENTOS DE LAS TEORÍAS DESARROLLADAS

11.SOPORTE CONCEPTUAL

Algunos términos y conceptos desarrollados en este proyecto permiten entender un poco más acerca del tema a tratar “valoración y manejo del dolor en paciente pediátrico” basados en las guías de la RNAO los cuales se encuentran disponibles al público.

Dolor: Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño.¹⁴

El dolor puede ser agudo o crónico o los dos a su vez

Dolor agudo: es la percepción de las señales de peligro del tejido dañado recientemente, complicado por la sensibilización periférica y en el sistema nervioso central. El dolor agudo es el dolor a corto plazo de menos de doce semanas de duración.¹⁵

Dolor crónico: es el dolor que dura más tiempo de lo habitual para la curación (es el dolor después de un traumatismo o cirugía)¹⁶

Características del dolor: el dolor se puede describir en función de unas características específicas como 1) áreas del cuerpo involucradas, 2) sistemas, 3) duración, 4) frecuencia, 5) la intensidad, 6) el tipo de sensaciones y 7) la causa.¹⁷

Conjunto de cuidados: ayudan a los profesionales de la salud a proporcionar de forma constante los mejores cuidados posibles a las personas que sufren un estado concreto de salud o tratamiento. Los conjuntos de cuidados son un pequeño grupo de prácticas basadas en la evidencia-aproximadamente de tres a

¹⁴ Ibid, p34.

¹⁵ Ibid, p34.

¹⁶ Ibid, p34.

¹⁷ Ibid, p34.

cinco que si se llevan a cabo son conocidos por mejorar los resultados de las personas que experimentan un estado concreto de salud o tratamiento.¹⁸

Dolor neuropático: Es el dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somato sensorial.¹⁹

Guía de buenas prácticas: declaraciones elaboradas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y sus decisiones del cliente sobre el cuidado de la salud apropiado para la situación clínica específica.

Escala: Sucesión ordenada de un conjunto de términos de la misma calidad

Analgesia: Eliminación de la sensación de dolor mediante el bloqueo artificial de las vías de transmisión de este y/o de los mediadores dolorosos, o por desconexión de los centros de dolor.

Intervención de enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Valoración de enfermería: Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud de un paciente a través de diversas fuentes.²⁰

Población pediátrica: este concepto se desarrolla por las autoras del proyecto en la cual involucra desde el recién nacido o neonato hasta el niño de 17 años y 364 días de vida.

Recién nacido o neonato: cuenta desde el primer día de vida hasta los 28 días²¹.

¹⁸Guías RNAO; Valoración y manejo del dolor, tercera edición; Diciembre 2013; (09-11-2018); Disponible en: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015 - BPG Pain 16 01 2015 - 3rd Edition.pdf>

¹⁹ Ibid, p34.

²⁰Guías RNAO; Valoración y manejo del dolor, tercera edición; Diciembre 2013; (09-11-2018); Disponible en: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015 - BPG Pain 16 01 2015 - 3rd Edition.pdf>

²¹ Lactante recién nacido; Disponible en https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/

Lactante Menor: A partir de 1 mes hasta los 12 meses.

Lactante Mayor: a partir de los 12 meses hasta los 24 meses²²

Preescolar: A partir de los 3 años hasta los 6 años.

Escolar: A partir de los 7 años a los 11 años

Adolescente: desde los 12 años a los 18 años.²³

²² Lactante menor y mayor; Disponible en:

http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/lactante.htm

²³ Definiciones por grupos de edades preescolar, escolar, adolescente; Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>

12.METODOLOGIA

Para el desarrollo de este proyecto se tuvo en cuenta la metodología de la matriz del marco lógico, misma que se desarrolló en 1969, para la planificación de proyectos orientada mediante objetivos.

Esta herramienta analítica facilito el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación, de las acciones planteadas. Esta metodología permite la síntesis y organización de objetivos, actividades, indicadores, resultados, además de contar con elementos que facilitan la organización de la información dichas utilidades se verán a lo largo del desarrollo del presente proyecto.

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

12.1 Matriz de marco lógico

Componentes	Indicadores	Fuente de verificación	Supuestos
Fin Valorar de forma oportuna y realizar intervención farmacológica y no farmacológica eficaz como meta de atención integral en salud.	Valoración del dolor en pediatría en un 70% para marzo del 2020	Historias clínicas	adherencia inferior a la planteada. Herramienta se institucionaliza.
Propósito Adaptar la guía de valoración y manejo del dolor en adultos a la población pediátrica de la Fundación Oftalmológica de	Guía adaptada, socializada y entregada.	Guía	No validación de la guía por parte de la clínica la Foscal

Santander.			
Resultados			
Del objetivo 1: Revisar bibliografía y bases de datos para complementar el manejo no farmacológico y farmacológico de la guía	Número de Artículos seleccionados / Número total de artículos revisados *100	Desarrollo de la guía y bibliografía	Artículos no aplicables a las necesidades del proyecto
Del objetivo 2: Someter la guía a revisión de expertos	Numero de expertos que revisaron la guía/Numero expertos seleccionados para la revisión*100	Carta de validación por parte de los expertos	No validación por parte de los expertos
Socializar la adaptación de la guía de valoración manejo del dolor en pediatría, con el personal de enfermería de la UCI pediátrica de la Fundación Oftalmológica de Santander	Número de personas socializadas/Número total de personal de enfermería de la unidad *100	Lista de asistencia	Personas convocadas no asistan a la socialización.
Realizar prueba piloto de implementación de la guía en la UCI pediátrica de la Fundación Oftalmológica de Santander	Número de pacientes valorados/ Número de pacientes hospitalizados* 100	Lista de chequeo	Personal no realice valoración del dolor
Actividades	Desarrollo del plan de acción		

TABLA 2: MATRIZ DE MARCO LÓGICO

12.2 Aspectos éticos

Para la elaboración de este proyecto de gestión es importante resaltar algunos aspectos bioéticos que garantizan el respeto por las personas y la labor desarrollada por enfermería, establecida en la Ley 911 de 2004 donde se establece el ejercicio deontológico de la profesión de enfermería en Colombia.

En el capítulo I, artículo 2º de la Ley 911 de 2004 se establecen los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, que orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia.²⁴

Teniendo en cuenta los aspectos éticos mencionados anteriormente y conociendo su importancia en el ejercicio diario de enfermería, los mismos serán considerados a la hora de llevar cabo el abordaje a la población pediátrica, con el fin de garantizar intervenciones que favorezcan el bienestar holístico.

Adicional a esto, otro de los aspectos éticos que se consideraron durante la ejecución de este proyecto fue el respeto por propiedad intelectual y de autor, encontrándose referencias y citas de los conceptos o argumentos que apoyaron las tesis propuestas a lo largo de la gestión.

²⁴ Ley 911 de 2004; Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004;
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

12.3 Plan de acción

Objetivos específicos	Actividades	Recursos	costos	Periodo de tiempo
Revisar las guías de la RNAO, bibliografía en bases de datos y protocolo de manejo del dolor en adultos de la Foscal.	1.Análisis de bases de datos 2. Selección artículos	Humano: tiempo 3hr 3 veces por semana por 3 semanas Total 63 horas. Tecnológico: Acceso a internet, PC.	Acceso a luz, internet 200 mil pesos. Recurso humano:800 mil pesos por las 2 estudiantes.	Noviembre de 2018
Someter la guía a validación de expertos.	1.formato de los expertos 2.Criterios 3.Resultados	Humano: tiempo de diseño de cartas Tecnológico: Acceso a internet, PC, pap1.Citaciél.	Impresiones 5000mil Recurso Humano: Expertos 500 mil pesos cada experto.	08 abril – 26 abril del 2019
Socializar la adaptación de la guía de valoración manejo del dolor en pediatría, con el personal de enfermería de la UCI pediátrica de la Foscal.	1.Citaciones 2.Preparación material 3.Evaluación 4.Refrigerio	Humano: tiempo de diseño de citaciones Diseño de pretest, pos-test. 16 horas Económico: Tecnológico: Internet, PC, papel video beam. *Kit Manejo del dolor no farmacológico	Internet: 100mil pesos Impresiones:5000mil pesos Refrigerio: 200mil pesos Salón: 200mil pesos hora desplazamiento a Bucaramanga 400mil pesos Valor Kit: 800.000 Recurso Humano: 800 mil pesos cada una.	6-7-8Mayo 2019
Realizar prueba piloto de implementación de la guía en la UCI pediátrica de la Foscal.	1Lista de chequeo 2.Medición 3.Resultados.	Humano: Tiempo 3 hora 3 veces por semana. Por 2 semanas 18 horas. Tecnológico: Papel. Pc	Formato Digital Luz: 100mil pesos Recurso Humano: 200mil cada día de revisión.	15mayo al 22 mayo del 2019

TABLA 3:PLAN DE ACCIÓN

13. RESULTADOS

La presentación de los resultados se realizará según el cumplimiento de los objetivos presentados y en relación con los resultados obtenidos en la aplicación del post test que se realiza como parte del proceso de evaluación.

1. Se consultaron bases de datos de la universidad de la sabana, tales como Elsevier, clinical key, up to date, scopus, Science Direct, enfermera al día, guías de la RNAO, revistas como The journal pediatrics encontrándose que 82% de los artículos revisados, aportaron en el desarrollo de la adaptación de la guía; para la revisión de medicamentos se consultaron bases como Micormedex, pediamecum.es, actualizaciones españolas en pediatría 2017.

2. Se planteó la revisión por 4 expertos, logrando un 75% de cumplimiento según lo propuesto debido a que no se logró concretar en tiempo para la revisión con la última experta. Los expertos fueron:

Jefe División Enfermería de la fundación oftalmológica de Santander

Enfermera titulada de la Universidad Industrial de Santander, especialista en Docencia Universitaria de la UNAB, especialista en Auditoría en Salud, magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia, diplomados en Acreditación en Instituciones de Salud, con amplia experiencia asistencial, administrativa e investigativa en la disciplina de enfermería. Ha participado como ponente en congresos nacionales e internacionales. Actualmente se desempeña como Magistrada del Tribunal Departamental de Ética de Enfermería, Docente del Programa de Enfermería de la UNAB, jefe de la División de Enfermería de la FOSCAL, Auditora en Formación de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, Canadá (RNAO).

La recomendación puntual fue hecha en mención con el orden de la guía; para que sea de fácil comprensión, debido a esto siempre se menciona en primer lugar intervenciones para la población adulta y posterior a esté, intervenciones para pediatría, en negrilla.

Pediatra de la unidad de cuidados intensivos de la fundación oftalmológica de Santander

Médico pediatra con amplia trayectoria en pediatría, con más de 20 años de experiencia, médico en cuidados intensivos del hospital universitario de Santander, médico de la unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrico de la fundación oftalmológica de Santander.

Se recibió la recomendación sobre algunas páginas como pediamecum.es, para consulta de los medicamentos a considerar en la analgesia en pediatría.

Químico farmacéuta de la fundación oftalmológica de Santander

Jefe de servicios farmacéuticos en la Foscal, cuenta con amplia experiencia en dirección técnica de servicios farmacéuticos hospitalarios y ambulatorios, implementación del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria, certificación Invima en buenas prácticas de elaboración (bpe) y certificaciones buenas prácticas de manufactura (bpm) aire medicinal, procesos de buenas prácticas de almacenamiento.

Se recibió una recomendación puntual sobre algunos medicamentos, como Dipirona, diclofenaco y el uso en pacientes pediátricos, por lo que la tabla de medicamentos tiene cuidados de enfermería puntuales sobre cada uno de los medicamentos.

3. Con respecto a la socialización de la guía de valoración y manejo del dolor en la población pediátrica de la unidad de cuidados intensivos de la Fundación oftalmológica de Santander se cumplió con el objetivo ya que se tuvo una asistencia casi del 100% en relación con las personas citadas a dicha

socialización, entre enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería, los cuales participaron activamente durante la socialización logrando aclarar dudas con respecto a la valoración y las intervenciones de enfermería que se debían realizar tanto a nivel no farmacológico como farmacológico, logrando establecer además de esto las escalas a utilizar y las intervenciones de enfermería según las necesidades del paciente.

Además de esto se realizó énfasis puntual sobre la urgente necesidad de revalorar el dolor y así mismo dar registro en historia clínica de enfermería, esto se hizo mediante la concientización del personal; comentando los vacíos que hay en la literatura en cuanto al acto de cuidar y como tal a la esencia de enfermería.

Para identificar la importancia que tenía la valoración y manejo del dolor en la población pediátrica, se planteó la realización de un pretest y un post test después de la socialización de la guía.

Los resultados encontrados en el personal al cual se les aplicó el pretest para evaluar sus conocimientos acerca de la valoración e intervenciones de enfermería en relación con el manejo del dolor en la población pediátrica se realizaron al personal de enfermería al cual se le socializaría más adelante la adaptación de la guía de valoración y manejo del dolor de adulto a la población pediátrica.

Para la pregunta inicial que se planteó si se realizaba o no valoración e intervención del dolor en el paciente pediátrico, se obtuvo que el 67% del personal realiza la valoración y una intervención, la cual no se evidencia ni en registros de enfermería ni se hace mención de esta en ningún momento del cuidado del paciente, además de esto se obtuvo que el 16% no realiza valoración o intervención del dolor, ya que no lo considera significativo y finalmente un 17% realiza esta valoración e intervención del dolor en algunas oportunidades restándole la importancia que tiene este tema. **(anexo 10)**

Para la pregunta relacionada con la revaloración del dolor, se obtuvo que el 50% realiza una revaloración del dolor y por ende una intervención, el 42% no la realiza

y el 8% realiza esta revaloración, lo cual lleva a considerar como un punto importante a tratar en el momento de la socialización realizar una intervención con frente a esta pregunta, logrando generar un impacto en el personal de enfermería.

(anexo 11)

Y finalmente a la pregunta relacionada con la importancia de la valoración e intervención en la evolución diaria del paciente, se encontró que el 100% considera que este es un punto importante y que influye en el desarrollo del cuidado de la población pediátrica. **(anexo 12)**

Posterior a la socialización de la adaptación de la guía de valoración y manejo del dolor adultos a la población pediátrica de la Fundación Oftalmológica de Santander, se realizó la aplicación de un post test con respecto a la guía, con el fin de evaluar el impacto y la adherencia a la guía realizada, para esto se llevó a cabo la aplicación de 5 preguntas como parte del post test.

Con respecto a la pregunta sobre ¿en qué momento se debe realizar la valoración del dolor? Según la guía el 100% **(anexo 13)** del personal al cual se le aplicó el post test contestaron de forma correcta, según lo planteado en la socialización y en el flujograma que se implementó en la guía, teniendo en cuenta esto se identifica que el personal logra identificar en forma oportuna la valoración del dolor con más claridad, así mismo en la pregunta con referencia al manejo inicial del dolor, el 92% identificó como manejo inicial no farmacológico, esto teniendo en cuenta las intervenciones de enfermería para el manejo del dolor de forma no farmacológica; y en un 8% identificó el manejo farmacológico **(anexo 14)** como la primera intervención a este personal se le realizó retroalimentación en cuanto a la primera intervención que se debe dar como parte del objetivo de la implementación de la guía.

De igual modo se interrogó acerca de en qué momento se debe realizar una revaloración del dolor según las intervenciones realizadas, según esto el 92%

identifico el momento de la revaloración del dolor posterior a la realización de las intervenciones y un 8% solo tuvo en cuenta el manejo farmacológico (**anexo 15**); al igual se le realizó retroalimentación en cuanto a las intervenciones de enfermería para el manejo del dolor de forma no farmacológica.

Así mismo a la pregunta de en qué momento se debe solicitar la intervención de un equipo interdisciplinario el 100% identifico claramente que se realizara después de realizar tanto las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas, sin una respuesta optima del control del dolor. (**anexo16**)

4.Finalmente, durante el desarrollo de la prueba piloto, (**anexo17**) llevada a cabo durante 3 días se revisaron 9 historias clínicas, las cuales permitieron ver el impacto de este proyecto en la primera medición se observó adherencia a la guía, y durante los dos días siguientes de medición se observó una adherencia en la mayoría de los ítems de la lista de chequeo, en los ítems que se encontró baja puntuación se revisó encontrando que estos no aplican para el paciente pediátrico.

14. CONCLUSIONES

1. Se logró llevar a cabo la adaptación de la guía de valoración y manejo del dolor adultos a la población pediátrica, en un 100% según las recomendaciones de la clínica dando cumplimiento a lo establecido inicialmente y favoreciendo su pronta implementación.
2. Se realizó la revisión de artículos científicos y guías de la RNAO, para realizar dicha adaptación a la guía, teniendo en cuenta la población pediátrica.
3. Se contó con la revisión de la guía por parte de los expertos en un 75%, sin embargo, se logrando el apoyo de estos y su aprobación en el desarrollo de esta.

4. El 80% de la población pediátrica de la unidad de cuidados intensivos, a la semana ya cuenta con la valoración y la descripción de las intervenciones de enfermería, tanto no farmacológicas como farmacológicas.
5. La aplicación de las dos teorías de enfermería durante el proyecto permitió una mejor aplicación del cuidado de enfermería y fortalece la práctica de los cuidados de enfermería dando un verdadero soporte a cada intervención realizada, dándole el valor real a esta profesión.

15.RECOMENDACIONES

1. Incluir todos los instrumentos de valoración en el sistema digital SAP de la institución para facilitar la valoración por parte del personal de enfermería.
2. Socializar la guía con todo el personal de enfermería de la fundación oftalmológica de Santander.
3. Desarrollar un protocolo sobre el plan canguro en donde se hable específicamente sobre el confort neonatal y se logró la educación a los padres sobre el beneficio.
4. Continuar la gestión para la compra de sacarosa al 24% para el manejo del dolor no farmacológico asociado a venopunción y procedimientos rutinarios que generan Discomfort en neonatos y lactantes menores.
5. Aplicar listas de chequeo con el fin de identificar la adherencia a la guía en cuanto a la valoración e intervención No farmacológica y Farmacológica en el paciente pediátrico; de esta manera retroalimentar si fuera necesario.
6. Actualizar y crear protocolos propios de la población pediatría, con el fin de evitar malas prácticas y fundamentar el cuidado de enfermería.
7. Incentivar el registro en historias clínicas por parte del personal de enfermería en cuanto a intervenciones aplicadas según la valoración, para favorecer posteriores investigaciones en la población pediátrica.

16.BIBLIOGRAFÍA

1. Plataforma virtual, Fundación oftalmológica de Santander; Carlos Ardila Lule; (09-11-2018) Disponible en: <http://www.foscal.com.co/>
2. Espinoza Venegas Maritza, Valenzuela Suazo Sandra. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Nov 13]; 27(2): 141-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000200006&lng=es.
3. Inés de los reyes corrales, Valoración de dolor en el paciente pediátrico hospitalizado, Revisión Narrativa, Trabajo de grado, Facultad de medicina, curso 2016-2017, Universidad autónoma de Madrid,(09-11-2018) Disponible en : <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
4. Halefom Kahsay, Assessment and treatment of pain in pediatric patients, Review Article - Current Pediatric Research (2017) Volume 21, Issue 1; (07-11-2018) Disponible en: <http://www.alliedacademies.org/articles/assessment-and-treatment-of-pain-in-pediatric-patients.html>
5. Laura María Llorente Pérez, MANEJO DEL DOLOR INFANTIL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, Trabajo de Fin de Grado Curso 2015/16 , (08-11-2018) Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17953/1/TFG-H466.pdf>
6. Martín Notejane¹, Valeria Le Pera¹, Mercedes Bernarda; Conocimientos relativos al abordaje del dolor en niños. Encuesta a posgrados y residentes; Arch Pediatr Urug 2016; 87(4):323-331; (08-11-2018) Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v87n4/v87n4a04.pdf>
7. Guías RNAO; Valoración y manejo del dolor, tercera edición; Diciembre 2013; (09-11-2018); Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf

8. MUÑOZ B. Aromaterapia en el posparto y puerperio: revisión sistemática basada en la evidencia. *musa*. 2018;(volumen 3):79-94.
9. Li-Li Chen. Acupressure and meridian massage: combined effects on increasing body weight in premature infants. *Journal of Clinical Nursing*;22.06.2007.
10. Reyes Ramiro. Apena de la prematuridad. *Perinatol Reprod Hum*.2008.
11. Kahsay H. Assessment and treatment of pain in pediatric patients. *Curr Pediatric Res*. 2017;(21):148-157.
12. Verghese S. Acute pain management in children. *Journal of Pain Research*. 2010;105.
13. Anestesia y tratamiento del dolor crónico. *anestesia y manejo del dolor. Clinical key*; 2019. p. 1898-1918.
14. Gutiérrez Espinoza H, Lavado Bustamante I, Méndez Pérez S. Revisión sistemática sobre el efecto analgésico de la crioterapia en el manejo del dolor de origen músculo esquelético. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2010;17(5):242-252.
15. Guerrero-Márquez G, Martínez-Serrano A, Míguez-Navarro C, López-Mirón J, Espartosa-Larrayad M. Conocimiento de las enfermeras de las dosis de medicamentos en urgencias de pediatría. *Enfermería Clínica*. 2016;26(4):213-219.
16. Tardieu M. Diagnóstico de una hipotonía crónica en el recién nacido y en el lactante. *EMC - Pediatría*. 2012;47(1):1-10.
17. Morales Mariana. Evaluación de dolor en niños hospitalizados en servicios de salud públicos y privados de Uruguay. *Arch Pediatr Urug* 2016; 87(3):198-209.
18. González Arellano A, Concha Pinto M. Dolor agudo en niños. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2018;23(3).
19. Avila-Alvarez A, Carbajal R, Courtois E, Pertega-Diaz S, Muñoz-García J, Anand K. Manejo de la sedación y la analgesia en unidades de cuidados intensivos neonatales españolas. *Anales de Pediatría*. 2015;83(2):75-84.

20. Giraldo Montoya I, Rodríguez Gázquez M, Mejía Cadavid L, Quirós Jaramillo A. Efectividad del uso de la sacarosa en la prevención del dolor durante la punción venosa en neonatos. *Enfermería Clínica*. 2009;19(5):267-274.
21. McPherson C, Smith J. Analgesia in the Premature Neonate. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2017;31(2):99-100.
22. MALVIYA S, VOEPEL-LEWIS T, BURKE C, MERKEL S, TAIT A. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia*. 2006;16(3):258-265.
23. Organización mundial de la salud. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses.
24. Odell S, Logan D. Pediatric pain management: the multidisciplinary approach. *Journal of Pain Research*. 2013;785.
25. Montealegre Gómez D. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Revista CUIDARTE*. 2014;5(1).
26. Collados-Gómez L, Camacho-Vicente V, González-Villalba M, Sanz-Prades G, Bellón-Vaquerizo B. Percepción del personal de enfermería sobre el manejo del dolor en neonatos. *Enfermería Intensiva*. 2018;29(1):41-47.
27. Nieto García A, Berbel Tornero O, Monleón Sancho J, Alberola-Rubio J, López Rubio M, Picó Sirvent L. Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses tras la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación. *Anales de Pediatría*. 2018;
28. Avila-Alvarez A, Carbajal R, Courtois E, Pertega-Diaz S, Anand K, Muñiz-García J. Valoración clínica del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales españolas. *Anales de Pediatría*. 2016;85(4):181-188.
29. Stevens B, Yamada J, Campbell-Yeo M, Gibbins S, Harrison D, Dionne K et al. The minimally effective dose of sucrose for procedural pain relief in neonates: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*. 2018;18(1).

17. ANEXOS

Anexo 1. Cartas de validación por expertos

- Aval por parte Jefe División Enfermería de la fundación oftalmológica de Santander.
- Pediatra de la unidad de cuidados intensivos de la fundación oftalmológica de Santander.
- Revisión por parte del químico farmaceuta de la fundación oftalmológica de Santander



Universidad de
La Sabana



REVISIÓN POR EXPERTOS

Bucaramanga, 08 mayo de 2019

Maribel Esparza

Jefe departamento de enfermería, Fundación oftalmológica de Santander

Presente:

ASUNTO: REVISIÓN DE LA GUIA

Reconociendo su trayectoria y experiencia en el área académica y/o clínica en el área de pediatría, solicitamos su valiosa colaboración en la revisión de la guía "adaptación de la guía de valoración y manejo del dolor adultos a la población pediátrica de la clínica la Foscal" desarrollada como parte del proceso de formación académico de posgrado en enfermería cuidado crítico con énfasis en pediatría.

Por lo anterior expuesto y con la finalidad de darle el rigor científico necesario me permito solicitarle su participación como experto en el tema, para examinar la calidad del contenido, claridad, disponibilidad y oportunidad del mismo.

Agradeciendo por anticipado su colaboración y aporte en la presente me despido de usted, no sin antes expresarle un sincero agradecimiento.

Atentamente

Natalia Jimena Niño Parra

Diana Milena Palacios

Autora proyecto

Maribel Esparza

Jefe Departamento Enfermería

Anexo 2: Invitación para la socialización de la Adaptación de la Guía.

DOLOR EN EL PACIENTE NEONATAL Y PEDIATRICO



Te esperamos
Salón de reuniones de la ucip

Dolor, síntoma más frecuente en la mayoría de las enfermedades

Se necesitan medidas y técnicas de evaluación del dolor adecuadas para controlar el dolor en pacientes pediátricos y neonatales deben aplicarse en todas las instituciones

A quienes siempre ofrecen su conocimiento y una mano tendida sin preguntar a quién.
Enfermera

INVITACIÓN 02- 03 MAYO
Socialización Adaptación de la guía del dolor adultos a la población pediátrica.
Tenemos el gusto de invitar a todo el personal de enfermería para socializar la siguiente guía con el fin de mejorar en el día a día nuestra manera de valorar y abordar el paciente pediátrico.

PONENTES
Natalia Niño
Diana Palacios

02 y 03 mayo
hora 7:30 am



El material audiovisual usado en la socialización reposa en la plataforma institucional a visualización de todos, con el fin de dar continuidad a la educación a todo el personal de enfermería de la fundación oftalmológica, de momento ya fue socializado en hospitalización y Oncología pediátricas.

Anexo 3. Guía adaptada

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIÁTRICO Y DE ADULTOS	Hoja 1 de 16

DIRECCIÓN: Médica	DIVISIÓN: Enfermería	DEPARTAMENTO: No Aplica	SERVICIO: Hospitalario y Ambulatorio
COORDINACIÓN: No Aplica	RESPONSABLE: Profesional de Enfermería		VERSIÓN: UNO

- **OBJETIVO:**
 - Valoración y manejo de cualquier tipo de dolor presente en los pacientes.
- **CÓDIGOS CIE 10:**
NO APLICA
- **POBLACIÓN OBJETO:**
Pacientes hospitalizados con presencia o con riesgo de presentar cualquier tipo de dolor.
- **ALCANCE:**
Pacientes hospitalizados, Unidad de Cuidados Intensivos neonatal, pediátrico y en adultos, cirugía, centro de cáncer, urgencias, servicios ambulatorios y/o áreas especiales.
- **DEFINICIONES Y ABREVIACIONES:**
 - **DOLOR:** Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial o descrito en términos de dicho daño.
 - **DOLOR NOCICEPTIVO:** Se considera una señal de advertencia originada por un daño real o potencial del tejido no neuronal que desencadena la activación de los nociceptores en un sistema nervioso con funcionamiento normal.
 - **DOLOR NEUROPÁTICO:** Descripción clínica del dolor que se cree es causado por el daño de una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial que se confirma con pruebas diagnósticas
 - **DOLOR AGUDO:** Percepción de señales de peligro de tejido dañado recientemente, complicado por la sensibilización en la periferia y en el sistema nervioso central.
 - **DOLOR PERSISTENTE (CRÓNICO):** dolor que dura más tiempo de lo habitual para la curación
 - **ADICCIÓN:** Enfermedad neurobiológica primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y sus manifestaciones. Se caracteriza por un comportamiento que incluye uno o más de los siguientes aspectos: deterioro del control sobre el consumo de drogas, el uso compulsivo, el uso continuado a pesar del daño y el deseo.
 - **ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (ACP):** La autoadministración de analgésicos por un paciente instruido para ellos; se refiere a la auto dosificación, por lo general con opioides vías intravenosas.
 - **OPIOIDE:** Término preferente para utilizarlo en lugar de "narcótico" en el contexto de la analgesia, ya que se refiere a la medicación utilizada para el manejo del dolor, como la morfina, la oxycodona y codeína. Dentro de los opioides se incluyen todos los analgésicos, naturales y sintéticos.



- **TOLERANCIA:** Estado de adaptación en el que la exposición a una medicación induce cambios que producen una disminución de uno o más de los efectos de la medicación en el tiempo. La aparición de los síntomas de abstinencia no debe ser considerada como una adicción. Estos síntomas son una respuesta fisiológica a la disminución de los niveles de medicación opioide.
- **CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR:** el dolor se puede describir en función de unas características específicas, como: 1) área(s) del cuerpo involucrada(s), 2) sistema(s) del cuerpo afectado(s), y 3) la duración, y 4) la frecuencia, 5) la Intensidad 6) el tipo de sensaciones (ej. punzante, palpitante...) y 7) la causa (si se conoce).
- **EPIDURAL:** La inyección de un agente terapéutico en el espacio anatómico lleno de grasa y vasos sanguíneos ubicado en el canal espinal, dentro o fuera de la duramadre (membrana resistente que rodea la médula espinal); los sinónimos son extradural y peridural.
- **DOLOR ONCOLÓGICO:** Es el dolor producido por una patología oncológica ya sea derivado de su actividad tumoral primaria, por sus metástasis, o por sus tratamientos. El dolor oncológico puede ser agudo y crónico, dolor nociceptivo y neuropático, dolor somático y visceral, o una mezcla de todos los anteriores. Esta génesis múltiple, se manifiesta también con una amplia variedad de presentaciones clínicas.
- **DOLOR POR QUIMIOTERAPIA:** Varios fármacos utilizados en quimioterapia son agentes neurotóxicos con efectos nocivos que dependen de la dosis. En ese sentido, la neuropatía periférica inducida por la quimioterapia es uno de los efectos secundarios más comunes de este tipo de tratamiento. Las manifestaciones son principalmente sensitivas, pero se pueden presentar como alteración sensitiva y motora, además del posible compromiso del sistema nervioso autónomo. Los agentes más frecuentemente responsables de la neuropatía son los compuestos de platino, los taxanos, los alcaloides de la vinca, y los inhibidores de proteasas como el bortezomib y la talidomida.
- **DOLOR POR RADIOTERAPIA:** La radioterapia puede producir una amplia gama de lesiones en tejidos superficiales y profundos, dentro de ellas, se incluyen quemaduras, úlceras, fistulas, cistitis, esofagitis, enteritis, proctitis, neuropatías, plexopatías y osteoradionecrosis. Estas lesiones se presentan principalmente en los tejidos más radiosensibles (mucosas y piel), pero también se pueden ver en órganos más resistentes (nervios y plexos). Estos efectos están relacionados con la dosis total de radiación y con la dosis por fracción y las alteraciones no se suelen presentar en el corto plazo, y aparecen entre semanas y meses después de la irradiación y su duración es muy prolongada. Es posible que la administración de quimioterapia y radioterapia puedan aumentar la incidencia de plexopatía por radiación.
- **GRUPOS ETARIOS**
 - Recién nacido ó neonato: cuenta desde el primer día de vida hasta los 28 días.
 - Lactante Menor: cuenta desde 1 mes hasta los 12 meses.
 - Lactante Mayor: 12 meses a los 24 meses
 - Pre escolar: 3 años a 5 años.
 - Adolescente: 12 a 16 años.
 - Adulto joven: 15 años a 21 años.
 - Adultez: 21 años a los 57 años.
 - Adulto mayor: 60 años y más.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja 3 de 16

6. RECOMENDACIONES PARA PROMOCION Y PREVENCION:

6.1 Explorar las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión sobre el dolor y el manejo del dolor de la persona. **Nivel de evidencia: III**

7. RECOMENDACIONES PARA DIAGNÓSTICO:

7.1 Detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor: Al ingreso o en la consulta del profesional sanitario, después de un cambio de situación clínica, antes, durante y después de un procedimiento. **Nivel de evidencia: Ib.**

7.2 Realizar una valoración integral del dolor en las personas a las que se les haya detectado la presencia de dolor, o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas. **Nivel de evidencia: Ib.**

7.3 Realizar una valoración integral del dolor en personas incapaces de expresar su propio dolor, utilizando herramienta validada. **Nivel de evidencia: III.**

7.4 Registrar las características del dolor del paciente. **Nivel de evidencia: Ila**

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja 4 de 16

8. RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO:

8.1 Colaborar con la persona a identificar sus metas para el manejo del dolor y las estrategias adecuadas para garantizar un enfoque integral para el plan de cuidados. **Nivel de evidencia: Ib**

8.2 Establecer un plan integral de cuidados que incorpore los objetivos de la persona y del equipo interprofesional que contemple:

- Evaluación de resultados
- Las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona.
- Las características personales y las características del dolor. **Nivel de evidencia: III**

8.3 Implantar el plan de manejo del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas incluyendo : un enfoque de analgesia multimodal;

- Un cambio de opioides (dosis o vías de administración) cuando sea necesario
- La prevención, la valoración y el manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides
- prevención, evaluación y manejo de los riesgos de los opioides

8.4 Evaluar las intervenciones no farmacológicas (físicas y psicológicas) para la eficacia de las intervenciones farmacológicas. **Nivel de evidencia: Ib**

8.5 Formar a la persona, su familia y los cuidadores sobre estrategias de manejo del dolor en su plan de cuidados y abordar las preocupaciones y creencias erróneas. **Nivel de evidencia: Ib**

8.6 Establecer la valoración y manejo del dolor como una prioridad estratégica en salud. **Nivel de evidencia: IV**

9. RECOMENDACIONES PARA SEGUIMIENTO:

9.1 Volver a valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo de dolor constantemente utilizando la misma herramienta de valoración. La frecuencia de las valoraciones vendrá determinada por:

- Presencia del dolor
- Intensidad del dolor
- Estabilidad de la situación clínica del paciente
- El tipo de dolor *ej:* Agudo vs persistente
- La institución de salud
- Comunicar y registrar las respuestas de la persona al plan de manejo del dolor. **Nivel de evidencia: IIb**

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja 5 de 16

9.2 Comunicar y registrar la respuestas de la persona al plan del manejo del dolor .

10. TABLAS DE NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN:

Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis o revisión sistemática de ECA.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorio.
IIb	Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi experimental, no aleatorio.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como lo son estudios comparativos, estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de opinión de los informes elaborados por el comité de expertos y/o experiencias de autoridades.

11. BIBLIOGRAFÍA:

Watt-Watson, RN, MSc, PhD; Denise Harrison, RN, PhD; Janette Byrne, RN, BScN, CHPCN(C); Marg Cutrara, RN, MSN; Darlene Davis, RN, MN; Céline Gélinas, RN, PhD; Nicholas Joachimides, RN, BScN, CRN(c), MCISC; Salima S. J. Ladak, RN(EC), MN; Shirley Musclow, RN(EC), MN; Lori Palozzi, RN(EC), MScN, NP; Brenda Poulton, RN, MN, NP; Brenda Dusek, RN, BN, MN; Anastasia Harripaul, RN, BScN (Hons), MSc(A); Monique Lloyd, RN, PhD; Andrea Stubbs, BA; y otros; RNAO (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007), Guía de buenas prácticas en enfermería: Valoración y Manejo del Dolor. Tercera edición. Toronto, Ontario, Canada, Diciembre del 2013.

12. CRITERIOS DE ACTUALIZACIÓN:

- Cada vez que aparezca evidencia científica y actualización de la guía de la RNAO.

13. CRITERIOS DE ADHERENCIA: Se mide con lista de verificación e indicadores de la Guía

7.1 Detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor: Al ingreso o en la consulta del profesional sanitario, después de un cambio de situación clínica, antes, durante y después de un procedimiento. **Nivel de evidencia: Ib.** Se mide mediante el INDICADOR: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE FUERON EXAMINADOS PARA DETECTAR DOLOR EL INGRESO

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja 6 de 16

7.2 Realizar una valoración integral del dolor en las personas a las que se les haya detectado la presencia de dolor, o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas. **Nivel de evidencia: Ib.** Se mide mediante el INDICADOR PROPORCIÓN DE PACIENTES CON REGISTRO DE EVALUACIÓN DE DOLOR y con la lista de verificación de la guía de enfermería VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

7.3 Realizar una valoración integral del dolor en personas incapaces de expresar su propio dolor, utilizando herramienta validada. **Nivel de evidencia: III** Se mide con la lista de verificación. Se mide con la lista de verificación de la guía de enfermería VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

7.4 Registrar las características del dolor del paciente. **Nivel de evidencia: IIa** Se mide mediante el INDICADOR: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON REGISTRO DE EVALUACIÓN DE DOLOR

8.5 Formar a la persona, su familia y los cuidadores sobre estrategias de manejo del dolor en su plan de cuidados y abordar las preocupaciones y creencias erróneas. **Nivel de evidencia: Ib** .Se mide con la lista de verificación de la guía de enfermería VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

9.1 Volver a valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo de dolor constantemente utilizando la misma herramienta de valoración. La frecuencia de las valoraciones vendrá determinada por:

- Presencia del dolor
- Intensidad del dolor
- Estabilidad de la situación clínica del paciente
- El tipo de dolor *ej:* Agudo vs persistente
- La institución de salud
- Comunicar y registrar las respuestas de la persona al plan de manejo del dolor. **Nivel de evidencia: IIb** Se mide con la lista de verificación de la guía de enfermería

- **Teorías de enfermería**

Para el desarrollo de la guía se escogieron dos teorías de enfermería, la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y la teoría del confort de Katherine Kolcaba, esto con el fin de dar rigor científico al cuidado de enfermería planteado a continuación.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja 7 de 16

DESARROLLO DE LA GUIA

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
1 Recomendación 7.1	Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería	Anexos: Se encuentran al final de la guía y contienen las diferentes escalas de valoración del dolor o tablas de medicamentos.	Valorar en todos los pacientes la presencia o riesgo de cualquier tipo de dolor: <ol style="list-style-type: none"> 1. Al ingreso al servicio hospitalario o ambulatorio. 2. Después de un cambio en la situación clínica. 3. Antes, durante y después de realización de un procedimiento
2	Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería		SI <u>¿El paciente se relaciona con el medio?</u> Pasar a la actividad N° 3 NO <u>¿El paciente no se relaciona con el medio?</u> Pasar a la actividad N° 4
3 Recomendación 7.2	Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica Electrónica	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar la intensidad de dolor con la escala visual análoga: Ver ANEXO 1. ❖ Aplicar la escala de OLDCART cuando la escala análoga visual es mayor a 1: Ver ANEXO 2 ❖ Ante la presencia de dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor indagar la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Historia de dolor previa. • Características sensoriales del dolor (intensidad, ubicación y lo que hace que el dolor mejore o empeore) • El impacto psicosocial del dolor en sí mismo o en otros (depresión, económico) • Las intervenciones utilizadas en el pasado que resultaron efectivas para controlar el dolor. ❖ En pediatría: <ul style="list-style-type: none"> • Realice valoración del dolor con la escala según el grupo etario: Ver ANEXO 3. <ol style="list-style-type: none"> 1. Susan givenss (Recién nacidos y lactantes) 2. Flacc (lactantes hasta los 7 años) 3. Visual análoga y numérica (7 años a los 18) • Valore la presencia de síntomas desagradables (Disnea, estreñimiento, náuseas, vomito, ansiedad, depresión, insomnio)

***UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013-

		FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL		Código	
		MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA		DE-006-GPCE	
		VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIÁTRICO Y DE ADULTOS		Hoja 8 de 16	
4 Recomendación 7.3	Enfermera Profesional y/o Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica Electrónica	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicar escala de valoración de dolor para realizar un manejo integral en personas incapaces de expresar su propio dolor: • Use FLACC para pediátricos < 7 años. 1. CAMPBELL, en pacientes con limitación cognitiva e incapacidad para comunicarse de manera espontánea Ver ANEXO 4 Puede usarse en paciente pediátrico edad >7 años y adultos. 2. Escala de dolor comportamental (Behavioral Pain Scale) en pacientes que se encuentran en ventilación mecánica Ver ANEXO 5 * Puede usar en pacientes pediátricos. • Valore el nivel de sedación con escala según el grupo etario (Pasero adultos, Confort para neonatos hasta los 2 meses) 		

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja 9 de 16

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSAB LE	DOCUMENT OS NECESARI OS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
5	Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica Electrónica	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Registro y Seguimiento • Si ¿El resultado de la valoración es 0? Revalorar cada turno y realizar registro en la plantilla de " Escalas valorativas de enfermería" • NO ¿El resultado de la valoración es > 0? Pasar a la actividad N.º 6
6 Recomendación 6.1,8.1 ,8.2 ,8.5	Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería	Programa educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar valoración de las creencias, el conocimiento, nivel de comprensión y el manejo del dolor de paciente y su familia aclarando dudas erróneas sobre el dolor y el manejo del mismo • Aclarar dudas al usuario y familiar respecto a: <ol style="list-style-type: none"> 1. miedo a la adición. 2. la preocupación por la tolerancia a la medicación. 3. la creencia de que los efectos adversos de las analgesias son aún más molestos que el dolor 4. el fatalismo (es decir una actitud de resignación) sobre las posibilidades de lograr el control del dolor. 5. la creencia de que los "buenos" pacientes no se quejan de dolor. 6. el temor de que distraiga al médico del tratamiento de la enfermedad. 7. la creencia de que el dolor significa progresión de la enfermedad. • la importancia del adecuado manejo del dolor para ayudar en la recuperación. • Facilitar la participación del usuario y la familia en los objetivos propuestos en el manejo médico en búsqueda de prevenir o eliminar el dolor según la condición clínica lo permita. (tipo de tratamiento farmacológico y no farmacológico) • Informar al paciente o familiar que hay múltiples terapias complementarias que pueden ayudar a mejorar el dolor como la acupuntura, la homeopatía, y la naturopatía. • Educar sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos opiáceos y el manejo médico instaurado para mejorarlos. • Brindar educación (usuario, familia, cuidador principal) programa educativo UCIP y registrar



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL

MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Código

DE-006-GPCE

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS

Hoja

10 de 16

RINDAR	Profesional de Enfermería		<p>Sugerir al manejo medico la intervención del equipo interdisciplinario (psicología, salud ocupacional, fisioterapia, clínica del dolor).</p> <p>Realizar valoración del dolor integral para establecer un plan de cuidados acorde con los objetivos, tanto del usuario como de su familia, teniendo en cuenta los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Resultados de la valoración. ● Características basales del dolor. ● Factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor. ● Etiología. ● Intervención para el manejo del dolor. ● Principales planes de cuidados actuales. <p>❖ PEDIATRÍA</p> <p>Realice observación directa de diferentes conductas de tipo fisiológicas, conductuales, y autoinformativas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valore cambios fisiológicos, sudoración palmar, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, cambios en la temperatura corporal, cambios en el patrón del sueño y descanso (tiempo de sueño, duerme a intervalos cortos, permanece dormido). 2. Valore el comportamiento del niño, útil en la etapa pre verbal del niño < 24 meses, apóyese en el cuidador principal para identificar cambios en la conducta, constatando la expresión facial, el llanto que pueda tener, a pesar de uso de medidas de confort (cambio de Pañal, Verificar hora de ultima ingesta de alimentación), postura, movimientos si son permanentes o está quieto, si hay gritos, si existe el reflejo de retirada. Estos son útiles para aplicar a los lactantes y niños muy pequeños 3. El autoinforme se convierte en la medida más fiables y válidas en pediatría, siempre que se use la herramienta más apropiada y adaptada a cada edad e incluso a las características socioculturales en las que se desenvuelve el niño, valore y aclare el autoinforme del dolor según escala para la edad.
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja
		11 de 16

<p>7 Recomendación 8.1, 8.4</p>	<p>Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería</p>	<p>MANEJO NO FARMACOLÓGICO -El objetivo del tratamiento leve a moderado o prevención de la ansiedad y percepción del dolor.</p> <p>1. Aplicación del frío: usar para dolores causados por inflamación, esguinces, bursitis, rotura muscular, pequeñas hemorragias, cefalea y hematomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al usuario que el frío contribuye a disminuir la inflamación y calmar el dolor. • Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación. • Envolver en una toalla o sábana el paquete frío evitando el contacto directo con la piel. • Colocarlo durante 15-20 minutos de forma discontinua cada 2 horas. • Al terminar secar la piel con cuidado y por presión, nunca frotando. • Registrar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción <p>Nota: No aplicar frío en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pie diabético • Sobre una herida que esté en proceso de curación (heridas abiertas, heridas contaminadas, úlceras por presión, úlceras varicosas.) • Síndrome de Raynaud: trastorno vasoespástico que causa la decoloración de los dedos de las manos y pies <p>2. Aplicación de calor: usar para dolores causados por inflamaciones no traumáticas de las articulaciones (artritis), y contracturas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento al usuario que el calor alivia el dolor y los espasmos musculares • Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación • Colocarlo durante 15-20 minutos de forma discontinua cada 2 horas. • Anotar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción <p>Nota: No aplicar calor cuando exista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la sensibilidad • En las primeras 24 horas después de producirse una herida • Si está utilizando algún producto que contenga mentol. • Evitar aplicar calor sobre prominencias Óseas <p>3. Cambios posturales: Explicar al paciente y/o familiar que los cambios posturales son necesarios para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Existen algunas posturas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas. • Anteflexión del tronco, puede mejorar el dolor en procesos de origen pancreático.
--	---	--

***UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013--



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL

MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS

Código

DE-006-GPCE

Hoja

12 de 16

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
---------------	---------------------	-----------------------	----------------------------

<p>Continua Actividad 7</p>	<p>Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería</p>		<p>4. Medidas ambientales confortables: <i>aplicar a población pediátrica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un entorno tranquilo y reducir la intensidad de la luz. • Mantener una temperatura agradable. • Reducir el volumen sonoro. • Utilizar musicoterapia • Mantener la cama sin arrugas, seca y limpia <p>5. Intervención Psicosocial: Sugerir valoración por Psicología para el manejo de emociones como la ansiedad, el miedo y la depresión, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto</p> <p>Esta intervención tiene como finalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar y cuando se pueda eliminar el dolor. • Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes. • Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía. • Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas adaptativas. • Prevenir complicaciones a posterior, como ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor. <p>5.1. Las intervenciones psicoeducativas: Ayudan al usuario y/o familiar a aliviar el estrés, el dolor y mejorar el bienestar cuando el usuario está hospitalizado así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y/o familiar sobre preparación de cirugías, procedimientos y posibles tiempos, acciones de autocuidado, manejo del dolor e incomodidad esta información reduce el miedo y la ansiedad y facilita su colaboración • Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios.
-----------------------------	---	--	--

UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013--



- Asegurarse de que los usuarios entiendan la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos.
- Explicar al paciente las diferencias entre adicción, tolerancia y dependencia física para evitar una idea equivocada al respecto y así evitar que se obstaculice el buen uso de los medicamentos farmacológicos utilizados en el manejo del dolor.

Aprendizaje de habilidades: Explicar al paciente y/o familiar algunas técnicas de regulación fisiológicas

- Respiración: la concentración en su propia respiración ayuda a bloquear el dolor y más aún cuando se han practicado estos ejercicios previamente, mejorando la ventilación y el aporte de oxígeno. Se debe indicar al usuario que respire en forma lenta, profunda y rítmica prestando especial importancia a la expulsión del aire ya que cuando se exhala los músculos respiratorios se relajan produciéndose esta sensación en todo el cuerpo. Aplica para pediátricos escolares.
- Relajación: El propósito de esta técnica es reducir la tensión muscular, aliviar el dolor y el estrés, generando mayor control por parte del usuario y disminución de la ansiedad, distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción. Para una correcta relajación es esencial controlar el proceso de respiración que ayudará a controlar el dolor.

PEDIATRIA

POSICIÓN

- Durante su vida intrauterina, el líquido amniótico protege al feto de las presiones extrínsecas. Al nacer, este queda expuesto a la influencia de la fuerza de gravedad y la presión atmosférica. Estas fuerzas dominan su débil musculatura, y lo mantienen estático sobre la superficie donde descansa. La simetría de la cabeza respecto al tronco y extremidades, y el tono muscular, requieren especial atención. Para ello la tensión y el gasto energético en el paciente deben ser reducidos al mínimo.

Adecuada posición para:

- prevenir deformidades musculares y esqueléticas comunes debido al poco control postural, de causa muscular o neurológica.
- mejorar el patrón flexor normal.
- aumentar la complianza pulmonar para favorecer la función respiratoria.
- prevenir el dolor en la práctica de procedimientos.
- permitir la libertad en los movimientos y la exploración del entorno.
- ayudar al bebé a encontrar su estado de calma con mayor facilidad.
- monitorear el modo de actuación del bebé.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL		Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA		DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS		Hoja 14 de 16
			<ul style="list-style-type: none"> evitar el arqueamiento y las conductas de desorganización, para mejorar la flexión y el cambio postural progresivo. realizar cambios regulares de postura en posiciones funcionales, según cada niño para enfatizar en la simetría de la misma y promover el desarrollo de la actividad motora espontánea y funcional. evitar las fluctuaciones excesivas de la presión intracraneal con rulos de ropa contralaterales. usar nidos de contención para reducir la pérdida de calor y de líquidos para disminuir la irritabilidad e hipercinesia, y favorecer el crecimiento ponderal. evitar el exceso de extensión que interfiere con el control postural y de motilidad, en niños con daño neurológico. <p>VALORE SIGNOS DE ESTRÉS EN EL NEONATO:</p> <ul style="list-style-type: none"> nivel autonómico: cambios de color en la piel, cambio de signos vitales, vómitos, diarreas, desórdenes gastrointestinales, estornudos y bostezos. nivel motor: hipotonía, hiperextensión de las extremidades, dedos abiertos. en su estado general: estado de sueño difuso, mirada fija, se asusta fácilmente, irritabilidad. en la atención e interacción: imposibilidad para la integración ante los estímulos sensoriales <p>SUCCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Succión no nutritiva: es segura y compensadora, estimula la adquisición de la succión nutritiva precozmente, sobre todo en los grupos menores de 30 semanas o con morbilidad neurológica asociada. La succión no nutritiva está presente entre las 18 y 24 semanas de gestación (SG), calma al lactante, pero no está implicada en la alimentación. Coordina la deglución de forma refleja, a partir de las 32 SG, la cual madura progresivamente entre las 32 y 40 SG, y le permite al lactante la alimentación; puede emplear un chupete, dedo de guante, seno materno posterior al ordeño. Succión nutritiva, seno materno. estimular entre 15 o 30 minutos, previo a la administración de cada toma, favorecer siempre la lactancia materna. Entrenar a la madre en la estimulación, 3 veces al día, con supervisión de personal especializado. <p>ESTIMULACIÓN SENSORIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>estimulación vestibular.</i> Los núcleos vestibulares, junto a la formación reticular, desempeñan un papel fundamental en la musculatura anti-gravitatoria. El oído recibe el 90% de la información sensorial. Los niveles de ruido en la UCIN son muy altos y pueden perjudicar la cóclea, con la pérdida de la audición. Interfieren con el reposo y el sueño del neonato, lo que origina fatiga, agitación, irritabilidad y llanto. Afecta la presión intracraneal y predispone al neonato a la hemorragia craneana intraventricular en los prematuros.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL		Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA		DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS		Hoja 15 de 16
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modo de actuación: control ambiental de la unidad neonatal. • control general: bajar el volumen de las alarmas y tener, de preferencia, sistemas de alarmas luminosas. • control en incubadoras: monitorear el nivel de ruido dentro de las incubadoras. Cerrar y abrir la incubadora con suavidad. Brindar mantenimiento a las incubadoras, los equipos y la tecnología médica, al menos cada seis meses, y retirar el equipamiento ruidoso del ambiente de la incubadora. Vaciar el agua residual de los nebulizadores y ventiladores. • Modo de actuación: a realizar por la madre; Estimularlo a sonreír y que reaccione a su sonrisa. Hablarle en un tono suave. Cantarle y arrullarlo con canciones de cuna. • Los neonatos son sensibles a la luz, respecto a la iluminación: "la iluminación continua, interfiere con el desarrollo del patrón del ritmo día-noche, muy importante para el futuro desarrollo del paciente. En los prematuros se advierte que, este patrón de la iluminación pueda afectar el desarrollo de la retina". El riesgo de retinopatía y ceguera del prematuro aumenta con el exceso de iluminación. • disminuir la iluminación intensa para facilitar que el neonato abra los ojos. Utilizar mantas protectoras. Brindar al neonato, un ambiente con luz tenue para incrementar su apertura ocular, lo que estimula su agudeza visual. • En recién nacidos poner cartones con imágenes en blanco y negro o con colores fuertes (colores primarios), dentro del alcance visual del neonato. • facilitar que el neonato mire al rostro de la persona que brinda los cuidados. • cargar al neonato en posición vertical para que aumente su apertura ocular. • Estimulación propioceptiva: táctil: Las caricias estimulan las vías nerviosas sensitivas que favorecen el funcionamiento de los sistemas digestivo y urinario. Como resultado, las heces y la orina fluyen con mayor rapidez, y se utilizan mejor los nutrientes de los alimentos ya digeridos. Mientras mayor sea la estimulación táctil, mayor será la seguridad y tranquilidad que experimente el neonato. • El contacto piel con piel (método canguro), reduce la pérdida de peso de 10 a 3% con respecto al peso que tenía el niño al nacer. <p>Objetivos de la estimulación táctil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estimular las sensaciones kinestésicas. • mejorar el flujo sanguíneo. • mejorar la sociabilidad, el estrés y la irritabilidad. • promover la sensación de seguridad y el aumento de peso.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja 16 de 16

			<ul style="list-style-type: none"> • mejorar la función gastrointestinal y genitourinaria. • mejorar el crecimiento neuromuscular y la maduración de los reflejos. • mejorar la percepción del medio. • disminuir los episodios de apnea y bradipnea. <p>MASAJE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los masajes de piel a piel se proporcionan de muchas maneras y en diversas direcciones. El patrón preferido por los neonatos es el de la cabeza hacia los pies, que recuerda el proceso de mielinización nerviosa. Los masajes lentos pero precisos No superficial de 2 a 16 veces por minuto se relacionan con la disminución de apnea y la respiración irregular. • Las caricias o los masajes en el lado derecho deben continuarse y finalizarse en el lado izquierdo, al igual que las caricias lentas y repetidas en la parte superior de la cabeza, para crear conciencia de la línea media. Estas y los masajes en la frente con los dedos, calman a los niños con cólicos. Este proceso se transforma en una técnica de relajación, pues se dice que las caricias ayudan a liberar las tensiones acumuladas a lo largo del día y también al desarrollo neuromuscular. • Aplicar masajes suaves en la cara del bebé. Iniciar suavemente, juntando los labios de su bebé al centro (boca de beso) y mantenerla así de 3 a 5 segundos. • música instrumental de tonos bajos, preferentemente Mozart y Vivaldi. La música ha resultado ser efectiva al estimular el desarrollo del hemisferio cerebral derecho, y es muy útil en la práctica de la medicina tradicional. • La técnica precisa del masaje en el niño consiste en una estimulación táctil que se realiza en todo el cuerpo del niño y que requiere la repetición de caricias en todas las extremidades y tronco del niño y también en la cara. Se requiere hacer contacto visual con el niño y saber reconocer las señales de alerta que realiza, para poder detener el masaje si es necesario. El niño puede estar desnudo y esto es más beneficioso para él, pero se puede realizar el masaje con ropa. Se puede utilizar aceite neutro en el cuerpo del niño, para poder deslizar mejor las manos y así lograr una mejor estimulación.1 El masaje se puede realizar a los niños desde su nacimiento y durante toda su infancia, tanto si es un niño de término, como si es de pretérmino con o sin patologías asociadas. • Beneficios del masaje Mejor ganancia de peso, mejor desarrollo neurológico, estimula el vinculo padres e hijo, efecto analgésico.
--	--	--	--

***UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013--



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL

MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS

Código

DE-006-GPCE

Hoja

17 de 16

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
			<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en el tono vagal: la estimulación táctil a través del masaje mejora el tono vagal y gracias a esto aumenta la motilidad gástrica lo que tiene una incidencia directa con la mejor ganancia de peso, gracias a una mejor digestión y asimilación de los alimentos • Neonatos: contacto piel a piel mediante estrategia canguro en caso de estar indicado, masaje por parte de los padres explicando técnica de masaje, con aceites neutros o como por ejemplo de vainilla, • El aceite de vainillina atraviesa la mucosa nasal y entra en el cerebro a través del flujo sanguíneo. También puede llegar al cerebro a través de los nervios existentes en el sistema olfativo de los recién nacidos. En segundo lugar, la vainillina mejora el flujo sanguíneo orbito frontal detectable por espectroscopia de infrarrojo cercano. En tercer lugar, la vainillina ayuda a los recién nacidos a afrontar el estrés. Puede implicarse que la vainillina disminuye la angustia y, eventualmente, podría prevenir la apnea relacionada con el estrés. • Sacarosa al 24% 2 minutos antes de procedimiento doloroso (<18 meses). • Uso de compresas frías y calientes según las necesidades evaluadas y la oportunidad de este manejo, verificando que no cause o tenga riesgo para el paciente. Estaría indicada de escolares en adelante. • Crioterapia, Presión, vibración en algunos pacientes desde lactantes mayores a adolescentes • Pacientes pediátricos lactante mayor en adelante las estrategias cognitivo-conductuales, medidas de distracción, relajación, imaginación guiada, refuerzos positivos, acompañamiento familiar, musicoterapia, cuentos, asistencia por parte equipo psicología. • En pacientes escolares si es posible mantener estrategias de aprendizaje durante proceso de hospitalización, uso de cartillas para colorear, cuadernos u hojas en las que puedan escribir, ya que son estrategias que permiten al niño distraer su mente del ambiente en el cual se encuentran, además de esto les permite en un futuro retornar fácilmente a sus actividades académicas. • Apoyo por parte del Programa HOPE*

***UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013--

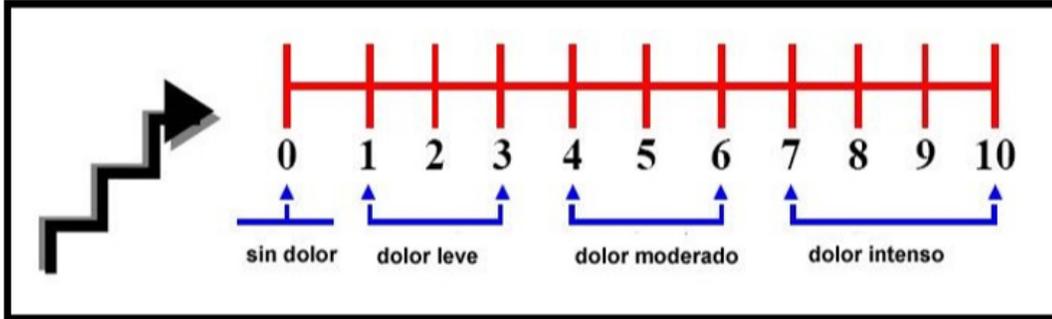
	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006-GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS	Hoja 18 de 16

Continua Actividad 7	Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería		<p>5.3 Intervención de apoyo cognitivo: Informar al usuario y/o familiar que estas intervenciones ayudan modificar las creencias y pensamientos de uno mismo y el objetivo principal de este apoyo es ayudar a identificar sus pensamientos irracionales mediante la autoobservación y ayuda.</p>
8 Recomendación 8.3			<p>MANEJO FARMACOLÓGICO. VER ANEXO 6 (GUÍA PARA LA DILUCIÓN DE MEZCLAS DE CLÍNICA DEL DOLOR)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar al usuario y/o familiar sobre el manejo farmacológico ordenado por el médico para el control del dolor. ➤ Utilización de la escala de analgésicos de la OMS y efectos adversos ➤ Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando no pueda hacerse a través de la vía oral, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como la vía más eficaz y menos invasiva. ➤ Monitorizar los usuarios que toman opioides para prevenir los posibles efectos secundarios como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia e iniciar el tratamiento profiláctico adecuado. ➤ Evaluar rutinariamente el nivel de somnolencia en los usuarios con administración de morfina aplicando la Escala de sedación inducida por opioides Pasero (Pacientes en cuidados paliativos la sedación puede ser lo esperado) Ver Anexo 7
8 Recomendación 9.1	Profesional de Enfermería y/o Auxiliar de Enfermería		<p>Revaloración del dolor según intervención realizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revalorar el dolor cuando haya alcanzado su efecto máximo: <ol style="list-style-type: none"> 1. 15 minutos por vía parenteral y peridural. 2. 1 hora después de la administración de medicamentos de liberación inmediata (hidromorfona, oxicodona metadona) 3. 4 horas después en tratamientos con analgésicos de liberación sostenida (AINES, oxicodona tab, ibuprofeno, naproxeno) 4. 60 minutos después de intervenciones no farmacológicas. ● Valorar el dolor postoperatorio con cada nuevo episodio de dolor o en caso de dolor inesperado. ● Re evaluar las características del dolor aplicando las escalas según el grupo etario y registre en nota de enfermería. ● Informar al médico tratante o de turno en caso de persistencia o aumento del dolor, el tratamiento del dolor para refuerzo o cambio del manejo.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL		Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA		DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR NEONATAL, PEDIATRICO Y DE ADULTOS		Hoja 19 de 32
8 Recomendación 9.2	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Formato "Registro de Signos Vitales – Balance de Líquidos por turno"	<p>Documentar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar registros de la valoración y manejo de dolor en: <ul style="list-style-type: none"> o El formato "Registro de Signos Vitales – Balance de Líquidos por turno". o En las plantillas de las Escalas de Dolor o En la historia clínica electrónica en notas de enfermería (Utilizar textos predefinidos) <p>❖ RECUERDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar valoración con escala según edad, y según condición clínica (pacientes ventilados <u>ó</u> con deterioro cognitivo) • Diligenciar Escala OLDCART en la historia clínica electrónica para usuarios con comunicación verbal adecuada; En pacientes pediátricos que realicen autoinforme del dolor puede considerarse su uso. • Consigne en su nota de enfermería las intervenciones que realizó al paciente y mencione si fueron efectivas.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006-GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32

ANEXO 1 Escala visual analoga para adultos



ANEXO 2 ESCALA OLDCART:

USE EN PACIENTES CON CAPACIDAD VERBAL ADECUADA; PUEDE CONSIDERAR SU USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS (en los que puedan responder a los items de la escala, puede apoyarse del cuidador principal)

OLDCART	
O: ORIGEN	Comienzo del dolor, que le originó el dolor
L: LOCALIZACIÓN	Ubicación del dolor; puede haber sitios múltiples
D: DURACIÓN	¿Cuánto tiempo dura el dolor?, es constante o es intermitente
C: CARACTERÍSTICAS	Agudo, punzante, quemazón, sensación de electricidad: (neuropático o nervioso) Dolor sordo, ej.: dolor de huesos (somático o nociceptivo) Calambres, constrictivo (visceral)
A: FACTORES AGRAVANTES	Movimiento, caminar, estar sentado, al girar, masticar, girar, respirar, defecar, orinar, tragar.
R: RECUPERACIÓN O FACTORES DE ALIVIO	¿Qué mejora o empeora el dolor?, que intervenciones médicas y no médicas alivian el dolor?
T: TRATAMIENTO	Medicamentos, intervenciones no farmacológicas Ej: calor, frío, masajes, distracción etc.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32

ESCALAS PARA VALORAR PACIENTE NEONATAL Y PEDIÁTRICO.

ANEXO 3- Susan givens

USE CON PREMATUROS, RECIEN NACIDOS HASTA LOS 2 MESES.

 ESCALA DE SUSAN GIVENS BELL NEONATAL HASTA UN MES DE EDAD			
SIGNOS CONDUCTUALES	2	1	0
 Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5 a 10 minutos	Duerme más de 10 minutos
 Facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitentemente	Calmado y relajado
 Actividad motor espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o la actividad disminuida	Normal
 Hipertonicidad Fuerte	Hipertonicidad Fuerte o Hipotonicidad, Flácido	Hipertonicidad Moderada o Hipotonicidad Moderada	Normal
 Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de 1 minuto
 Llanto	Llanto Vigoroso	Quejido	No llora y se queja
SIGNOS FISIOLÓGICOS	2	1	0
 Frecuencia Cardíaca	>20% de aumento	10% a 20% de aumento	Dentro de la normalidad
 Presión Arterial (sistólica)	>10 mmhg de aumento	10 mmhg de aumento	Dentro de la normalidad
 Frecuencia Respiratoria y Cualidades	Apnea o Taquipnea	Pausas de Apneas	Dentro de la normalidad
 SaO2	>10% aumento del FIO2	< o igual al 10% del aumento del FIO2	Ningún aumento del FIO2
> 9 Dolor Intenso 5-8 Dolor Moderado <4 No dolor			

***UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013--

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32

- **Escala de FLACC**
USE CON LACTANTES Y HASTA LOS 7 AÑOS

		<h1 style="text-align: center;">ESCALA FLACC</h1> <p style="text-align: center;">DESDE EL 1er MES HASTA LOS 4 AÑOS DE EDAD</p>		
CATEGORY	CATEGORÍA	0	1	2
 FACE	EXPRESIÓN FACIAL	Cara relajada, expresión neutra	Muecas (arruga la nariz)	Afligida, mandíbula tensa
 LEGS	PIERNAS	Relajadas	Móviles o inquietas	Flexión, golpea con los pies
 ACTIVITY	ACTIVIDADES	Normal (acostado o quieto)	Movimientos permanentes (se dobla contra el abdomen encogiendo las piernas)	Rígido o quieto
 CRY	LLANTO	Sin llanto	Se queja, gime	Llanto Fuerte
 CONSOLABILITY	CONSUELO	No requiere	Se puede distraer	Dificultad para calmarlo

0: No dolor

1-2: Dolor Leve

3-5: Dolor Moderado

6-8: Dolor Intenso

8-10: Máximo Dolor

***UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013--

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006-GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32

- Escala Visual analoga del dolor

USE EN EDADES DESDE LOS 7 A LOS 18 AÑOS



ANEXO 4 ESCALA DE CAMPBELL

USE EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

Puede usar en pacientes pediátricos > 7 años.

ESCALA CAMPBELL Escala de Evaluación del Dolor y Comportamiento: para paciente con incapacidad para comunicarse de manera espontánea.			
	0	1	2
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y / o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y / o dientes apretados
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y / o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades
Tono muscular	Normal	Aumentado, flexión de dedos de manos y / o de pies	Rígido
Respuesta Verbal	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes
Confortabilidad	Confortable y / o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y / o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole.
<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de la valoración de la escala de CAMPBELL: RANGO DE PUNTUACIÓN DE 0 - 10 • - No dolor: 0 , - Dolor leve:1-3, - Dolor moderado :4-6 , - Dolor intenso: Mayor de 6 			



ANEXO 5

**USE EN PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INTUBADOS
PUEDE USARLA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

ESCALA DE DOLOR COMPORTAMENTAL (BEHAVIORAL PAIN SCALE)				
	1	2	3	4
<i>Expresión facial</i>	Relajada	Parcialmente tensa	Totalmente tensa	<i>Haciendo muecas</i>
<i>Movimiento de los miembros superiores</i>	Relajada	Parcialmente flexionados	Totalmente flexionados	Totalmente contraído
Ventilación mecánica	Tolerando Movimientos	Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	Luchando contra ventilador	<i>Imposibilidad de controlar el ventilador</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Resultado: Presencia de dolor : 0 o igual a 6 - Dolor inaceptable mayor a 7 - OBJETIVO: Menor de 6 				

ANEXO 6.

ESCALA DE CONFORT

USE EN PACIENTES INTUBADOS NEONATALES HASTA LOS 2 MESES.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32

ANEXO 6 GUÍA PARA LA DILUCIÓN DE MEZCLAS DE CLÍNICA DEL DOLOR.

MEZCLAS	MEDICAMENTOS	CONCENTRACIÓN
PCA DE MORFINA ENDOVENOSA	6 ampollas de morfina por 10 ml 54cc de SSN	morfina: 1mg por cc
PCA DE FENTANYL ENDOVENOSA	4 ampollas de fentanyl por 500 mcg 160cc de SSN	fentanyl: 10 mgr por cc
CAL O PERIDURAL	5 ampollas de bupivacaina 0.5% sin epinefrina 200cc de SSN	bupivacaina: 1 mg por cc
CAL 2 PERIDURAL	5 ampollas de bupivacaina 0.5% sin epinefrina 1 ampolla de fentanyl por 500mcg 190cc de SSN	bupivacaina : 1mg por cc fentanyl : 2 mcg por cc
CAL 4 PERIDURAL	5 ampollas de bupivacaina 0.5% sin epinefrina 2ampollas de fentanyl por 500mcg 180cc de SSN	bupivacaina : 1mg por cc fentanyl : 4 mcg por cc
CAL M PERIDURAL	5 ampollas de bupivacaina 0.5% sin epinefrina 6 mgrs de morfina 200cc de SSN	bupivacaina : 1mg por cc morfina0.02 mcg por cc
INFUSIÓN CONTINUA DE MORFINA ENDOVENOSA	25 mgrs de morfina 250cc de SSN	morfina : 0.1 mgr por cc
ATRACAL ENDOVENOSA	4 ampollas de dipirona por 2.5 grs 2ampollas de tramadol por 100mgr en 176cc de SSN	tramadol: 1 mgrs por cc dipirona: 0.05
ATRACAL MODIFICADA ENDOVENOSA	4 ampollas de dipirona por 2.5 grs 2ampollas de ketoprofeno por 100mgr en 176cc de SSN	dipirona: 0.05 por cc ketoprofeno: 1 mgr por cc
LIDOCAL MODIFICADA INTERESCALENICA	2 ½ ampollas de lidocaina 1% sin epinefrina 2 ½ ampolla de bupivacaina 0.5% sin epinefrina 200 cc de SSN	lidocaina: 1 mgrs por cc bupivacaina: 0.5 mg por cc

***UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013-

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32

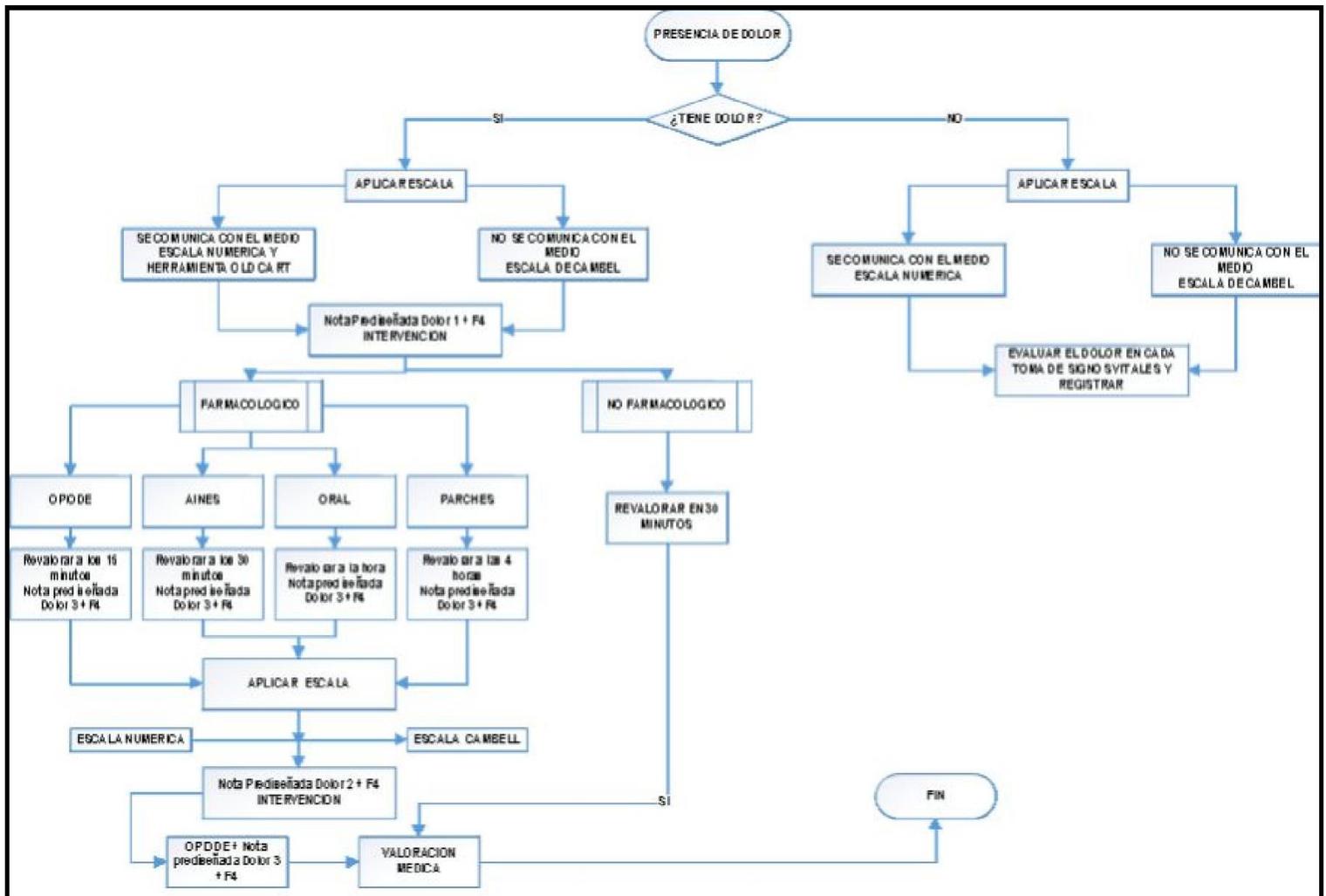
UTILIZACION DE LA ESCALA DE ANALGESICOS DE LA OMS Y EFECTOS ADVERSOS.

ESCALON 1 Analgésicos de acción periférica	EFECTOS ADVERSOS: Intolerancia y ulceración Gastrointestinal Inhibición de la agregación plaquetaria Inhibición de la motilidad uterina Inhibición de la función renal por PG Hipersensibilidad (rinitis, crisis asmática)	Tipos de analgésicos de acción periférica: salicilatos: as, as lisina, triflusal pirazolonas: metamizol paraminofenol: paracetamol indoles: indometacina, sulindac ácido acético, ácido propiónico, oxicamas, naftilalcanonas, coxibs	COADYUVANTES Antiinflamatorios No Esteroideos AINES (ASA, IBUPROFENO, NAPROXENO) Antiinflamatorios Glucocorticoides
ESCALON 2 Opioide para el dolor leve a moderado + analgésico no opioide +/- coadyuvante	EFECTOS SECUNDARIOS: Náuseas, vómitos, vértigo, mareos, somnolencia y estreñimiento.	Codeína Dihidrocodeína Buprenorfina Tramadol.	MEDICAMENTOS ADYUVANTES OPIÁCEOS FUERTES ANTIDEPRESIVOS Amitriptilina Doxepina Imipramina BENZODIAZEPINAS NEUROLÉPTICOS Haloperidol Clorpromazina ANTICONVULSIVANTES CORTICOIDES
ESCALON 3 Opioide fuerte + analgésico no opioide +/- coadyuvante	EFECTOS SECUNDARIOS: Náuseas, vómitos, sudoración, astenia, confusión con opilación vértigo, mareos, somnolencia depresión respiratoria y estreñimiento. La dependencia física se relaciona al síndrome de abstinencia.	morfina hidromorfona metadona oxicodona fentanilo	

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32

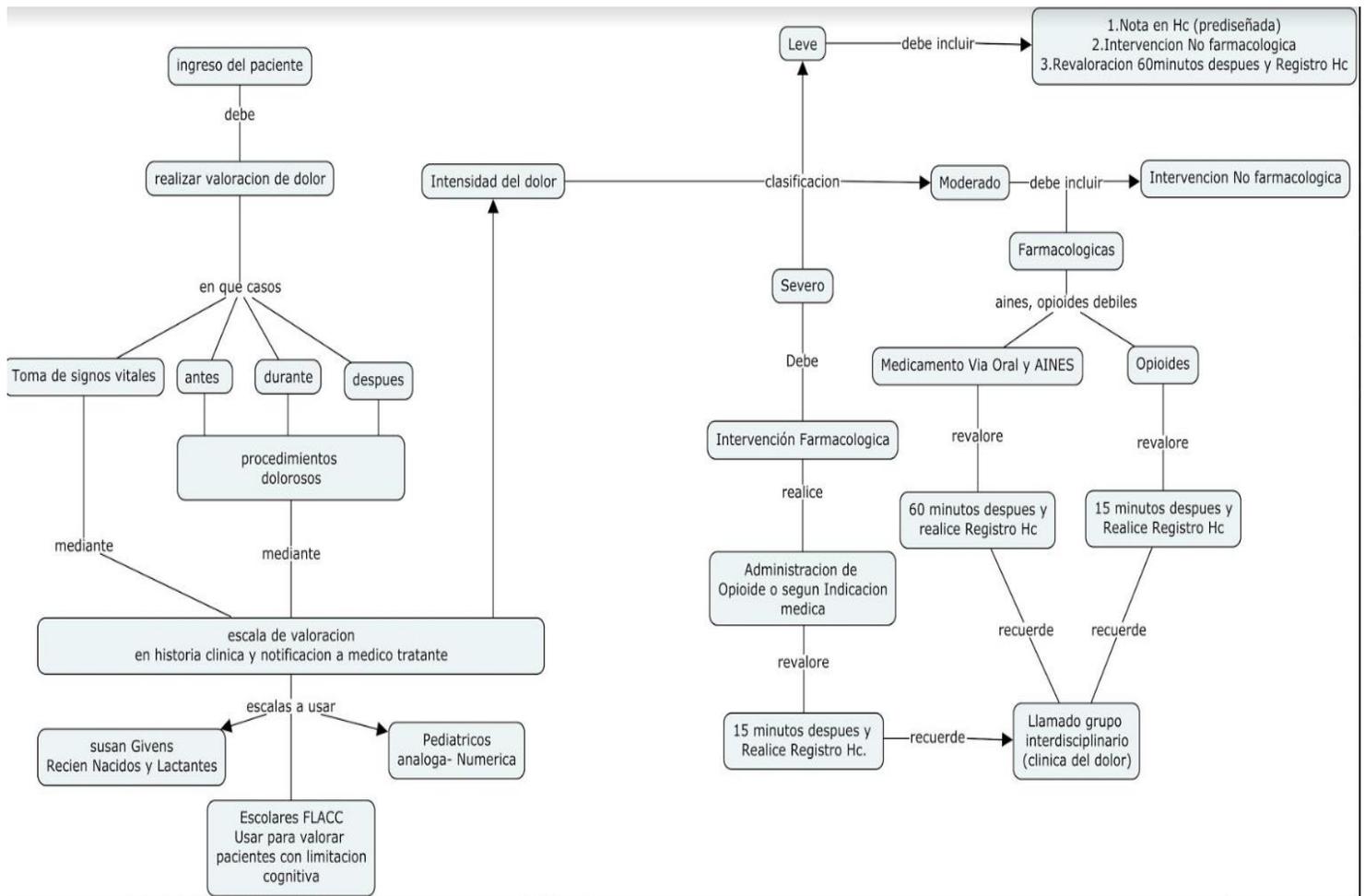
ANEXO 7. ESCALA DE SEDACIÓN INDUCIDA POR OPIOIDES PASERO, CON INTERVENCIONES

0	Sueño, fácil de despertar	Ninguna acción
1	Despierto alerta	Aceptable necesaria, ninguna acción aumentar la dosis si es necesario con orden médica
2	Un poco somnoliento, se despierta fácilmente	Aceptable necesaria, ninguna acción aumentar la dosis si es necesario con orden médica.
3	Somnolencias frecuentes, despertares, se duerme durante la conversión	Inaceptable, monitorizar el estado respiratorio y el nivel de sedación hasta que este menor de 3, notificar al médico, disminuir los opioides del 25% al 50%
4	Somnolencia, mínima o nula respuesta a la estimulación verbal o física	Inaceptable, suspender el opioide, considerar la administración de Naloxona, monitorizar el estado respiratorio y el nivel de sedación hasta que este menor de 3, notificar al médico Mezclar 0.4 mg de naloxona y 10 ml de solución salina normal en una jeringa y administrar esta solución diluida muy lenta (5 ml en dos minutos), mientras se observa la respuesta del paciente (dosis efecto)



Anexo 8 Flujograma de adultos

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006-GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32



Anexo 9 Flujograma pediatría

Manejo No farmacológico y farmacológico en pediatría

Grupo de edades	Clasificación del dolor	Manejo No farmacológico		Manejo Farmacológico			
		Cuidado de enfermería	Medicamento	Via /Edad	Dosis recomendada	Cuidado de enfermería	
Neonato (N)	Leve	Valoré si ha recibido alimentación completa, ha tolerado, vigile distensión)	Acetaminofen/Paracetamol: Analgesico y antitermico mediante débil de la Cox-1 y cox-2 a nivel periférico e inhibición central de la cox-3.	VO	10-15mg/kg/6-8hr (Máx 60mg/kg/día)	Administración IV pura, sin diluir.	
		Valoré el confort mediante la posición, si considera necesario realice cambio de posición, valoré la T° y ajuste si es necesario, brinde abrigo en caso de tendencia a la frialdad T° < 36.3.		N		Contraindicado en disfunción hepática. Ajustar dosis en insuficiencia renal.	
		Brinde succión No nutritiva, si es posible coloque al seno materno.		L		Toxicidad hepática. Contraindicado en disfunción hepática.	
		4. Eduqué a la madre si procede sobre el masaje y la estimulación táctil, con aceite de vainilla.		A		Eduque a la familia sobre los efectos en la sobredosificación, insuficiencia hepática.	
		coloque el bebé en canguero.		IV		Vigile efectos hematológicos: Trombocitopenia y leucopenia, incluso agranulocitosis.	
		Coloque calor y frío si dolor muscular (Crioterapia), fiebre (Compresas frías).		N		Evite interacciones con : Anticuaquagulantes.	
		Facilite el acompañamiento por los padres y/o equipo Hope.		L		En caso de transaminasas elevadas notifique al medico y evite su uso.	
		Use medidas de distracción mediante cuentos, tablet.		A		En caso de tratarse de intoxicación por paracetamol por medicamentos ú otro sugiera administración de N Acetilcisteína.	
		Coloque musicoterapia.		VO		Evite su uso	
		Recuerde Revalorar medidas no farmacológicas pasados los 60 min y registre en la Historia clínica electrónica. En caso de persistir informe al medico para el uso de medida farmacológica.		L		>3 Meses 5- 10 mg/kg/c6-8hr (Máx 40mg/kg/día)	Aumenta el riesgo de Nefrotoxicidad y Ototoxicidad. Reduce la eliminación de los diuréticos y el metotrexate. - Realice prevención a las hemorragias - Monitoree signos vitales. - Es incompatible con soluciones acidas (ATB, diuréticos)
Lactante (L)	Moderado	Administre sacarosa en dosis de 0.5 a 2ml previo a procedimientos dolorosos	Ibuprofeno: Antiinflamatorio no esteroideo, inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa 1y2, que disminuye la síntesis de prostaglandinas. Efecto analgesico, antiinflamatorio y antitermico.	IM/IV	400-600 mg /c6-8hr (Máx 2.4gr/día)	Evite su uso. No hay recomendaciones para la administración en pediatría.	
		Aplique medidas No farmacológicas usadas en dolor leve y administre medicamentos según orden medica.		L		Vigile la aparición de agranulocitosis. No use en paciente inmunocomprometido.	
		Valore síntomas desagradables tales como: Desea, Nauseas, vomito, depresión, insomnio, ansiedad, estreñimiento.		A		2grc/8hr (Máx 6gr/día)	
		Recuerde revalorar 1 hora posterior a la administración de medicamento, registre en la historia clínica electrónica.		IM		>2 Años 0.3 a 1 mg/kg /c8- 12 hr (Máx 6gr/día)	No esta establecida la seguridad y eficacia en los pacientes.
		historia clínica electrónica.		IV		>12 años 50 a 75mg c/12 ó 24 horas (Máx 150mg/día) recomendado no usar más de 2 días.	No administre en caso de enfermedad hepática o insuficiencia renal.
		Administre medicamentos opioides		A		>1 año 1 a 1.5mg/kg /6 a 8 hr	Realice la administración IM lenta y profunda durante 1 Min. - Riesgo de sangrado (Gastrico). - Puede aumentar el riesgo de Neurotoxicidad: Ciclosporina y Metrotexato. - Puede disminuir la acción de diuréticos.
		Revalore pasados los 15 minutos, registre en la historia clínica electrónica, en caso de persistir informe al medico.		SC/IM/VI		50-100mg/6-8hr (Máx mg/día)	La carbamacepina y ondasetron disminuye el efecto analgesico. Administre bolo IV tiempo de 1 a 3 min
				L		50-100mg/6-8hr (Máx mg/día)	Tenga en cuenta soluciones compatibles: SSN 0.9, Solución glucosada al 5%,LR.
				A		50-100mg/6-8hr (Máx mg/día)	Diluido es estable 48 hr. Incompatible con: Diclofenaco, Indometacina, diazepam, Midazolam. Se trasmite a traves de la leche materna.
		Adolescente (A)		Severo		En caso de dolor muy severo que no sede al manejo opioide, sugiera manejo multimodal en compañía de equipo multidisciplinario.	Morfina: Se liga a los receptores opioides tipo mu del SNC causa inhibición de las vias ascendentes del dolor.
	N		<1 año 0.08-0.2 mg/kg/4 h.				
	L		0.2-0.5 mg/kg/4-6 h		Vigile aparición de estreñimiento e informe al medico en caso de que lo presente para dar manejo. Si presenta nauseas sugiera antiemético		
	A		5-20 mg/4 h (máx 20 mg).		Realice monitorización hemodinamica minimo 2 Veces por turno.		
	SC/IM/VI		0.05mg/kg/6hr		Administre bolo IV tiempo de 3 a 5 min, Administre IM/SC en 30 seg		
	N		0.1mg/kg/3-4 hr				
	L		0.1mg/kg/3-4 hr				
	A		2.5-10mg/3-4 hr				
	IV		1-2 mcg/kg (máx 50 mcg/dosis o 100 mcg total)		Eleccion en analgesia para procedimientos y en paciente politraumatizado. - Intusion pura o puede diluir, solución compatible: SSN0.9%, Suero glucosado 5%. Diluido es estable 48 hr a T° ambiente. Bolo IV, diluir y administrar lento. Inicio acción: 30 seg. Efecto max:5-15min. Curación efecto:30-60		
	N-L		1-2 mcg/kg (máx 50 mcg/dosis o 100 mcg total)				
	Transbuc:	10-15 mcg/kg.	Vigile rigidez del torax				
	IN	3-13 Años <50 kg 1mg/kg	Administración IV: 45 Seg pico a los 2 min duración acción: 15 min. Adm IM Pico acción: 5Min.				
	IM	Analgesia y sedación UCIP - 2-10 mg/kg	En caso de emergencia y requerir un procedimiento rapido IM sedación con 4mg/kg				
	IV	0.2 a 1 mg/kg over 2 to 3 minutes	Efecto max a los 5 min				
		Infusión de 5- 20 mcg/kg/min					

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	Código
	MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	DE-006- GPCE
	VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Hoja 20 de 32

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Emerson Serrano Sanmiguel – Coordinador de Hospitalización. Lida Yaneth Cardenas Moreno- Coordinadora de Hospitalización Carolina Medina Tarazona- Líder de Educación Lady Viviana Castellanos - Coordinadora de Cirugía	Lina María Granados Oliveros - Coordinadora de Hospitalización Marisol Valbuena - Coordinadora CCEH Blanca Merchán Niño - Coordinadora Calidad Hospitalaria Elizabeth Niño Mosquera- Coordinadora Calidad Ambulatoria *Natalia Niño Jefe UCIP *Diana Palacios Jefe Fundación cardiointantil	Maribel Esparza Bohórquez - Jefe División de Enfermería
FECHA DE ELABORACIÓN:	FECHA DE REVISIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:
05 Junio de 2017	20 Marzo de 2019	27 Mayo de 2019

***UNA VEZ IMPRESO ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA UNA COPIA NO

FOSCALIDAD- 013-

Anexo 4. Cronograma del desarrollo del proyecto

Cronograma Proyecto de grado														
Mes	Formulación del proyecto						Revisión literatura	Adaptación de la guía					Asesorías	Socialización
	Planteamiento de problema	Plataforma del proyecto	Árbol de problemas	Árbol de objetivos	Soporte teórico	Metodología		Revisión de la guía	Plan de acción	Presupuesto	Ejecución	Análisis de resultados		
Julio	x						x						x	
2 Agosto	x	x					x						x	
0 Septiembre		x					x						x	
1 Octubre			x	x			x						x	
8 Noviembre			x	x			x						x	x
Dieciembre					x		x	x					x	
Enero						x	x	x					x	
2 Febrero						x	x	x					x	
0 Marzo							x		x	x			x	
1 Abril										x	x		x	
9 Mayo										x	x	x	x	x
Junio													x	x

Anexo 5. Presupuesto del proyecto

ACTIVIDADES	RECURSOS		SUBTOTAL
1.PROYECTO			
Formulación Proyecto	Humano Gestores del proyecto (2 Enfermeras)	Materiales Acceso a internet, uso de computador	3.000.000
Presentación Proyecto	Asesoras (2 Docentes)	Salones de clase, ayudas audiovisuales.	5.000.000
Tutora del proyecto	Asesora (1 Docente)	Uso de computador, internet, ayudas audiovisuales.	1.000.000
2.PLAN DE CUIDADO			
Búsqueda de bibliografía	Gestoras del proyecto (2 enfermeras)	Acceso a Bases de Datos de Consulta Unisabana; Acceso a Internet; Uso de computador; Tiempo de Biblioteca	2.000.000
Adaptación de la guía de valoración y manejo del dolor adultos a pediatría	Gestoras del proyecto (2 enfermeras)	Uso de computador, análisis de la información revisada.	1.800.000
3. IMPLEMENTACIÓN PLAN DE CUIDADO			
Revisión por expertos	Gestoras del proyecto (2 enfermeras) Se propusieron (5 expertos)	Formatos impresos de evaluación; Acceso a internet y correo electrónico; Listado de Evaluadores.	500.000
Presentación guía adaptada	Gestoras del proyecto (2 enfermeras)	Formato de presentación, internet, correo electrónico.	600.000
Aplicación Prueba piloto	Socialización e implementación con equipo UCIP	Formato de pre test, pos test, internet, salón, invitación a la socialización, material audiovisual, computador, refrigerio,	1.000.000

recordatorio.

4.RESULTADOS

Presentación proyecto final	Gestoras del proyecto (2 enfermeras) Asesoras (2 docentes)	Auditorio universidad de la sabana, medios audiovisuales	500.000
Ajustes finales	Gestoras del proyecto (2 enfermeras) Asesoras (2 docentes)	Acceso y Uso de Repositorio Institucional Unisabana	350.000
		Total	15.750.000

Anexo 6. Lista de verificación

		LISTA DE VERIFICACION					Código DE-042-MF-V1				
PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR: VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR						FECHA 1			FECHA 2		
						DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				SERVICIO:							
LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR: DESEMPEÑO LABORAL Y POLITICAS INSTITUCIONALES											
RECOMENDACION	INDICADORES	1			2			OBSERVACIONES			
		SI	NO	NA	SI	NO	NA				
1 RECOMENDACIÓN 7.1	Hay registro de valoración del dolor al ingreso del servicio										
2 RECOMENDACIÓN 6.1,8.5	Explica al usuario y/o cuidador el objetivo del procedimiento e indica el resultado obtenido en la aplicación de la escala usada acorde a la edad.										
3 RECOMENDACIÓN 6.1,8.5	Brinda educación al usuario y/o familiar sobre el manejo del dolor. Informa recomendaciones y/o cuidados que se deben tener con el uso de estos										

	medicamentos (opioides) se registra en historia clínica la información brindada.							
4 Recomendación	Aplica medidas No farmacológicas gestionando los elementos necesarios (uso de calor, hielo local, masaje, relajación visual, presión o vibración, musicoterapia, sacarosa, si está indicado)							
5 RECOMENDACIÓN 7.2,7.3	Realiza valoración de dolor aplicando la escala acorde a la edad (Susan givens, Flacc, numérica, Campbell, escala de dolor comportamental (behavioral Paín scale), confort.							
6 RECOMENDACIÓN 9.2	Utiliza y registra la herramienta OLDCART en la valoración del dolor en usuarios con respuesta verbal adecuada.							
7	Socializa al personal el plan de cuidados para intervenir el dolor, lo consigna y actualiza en el Kardex de Enfermería.							
8 RECOMENDACIÓN 8.1,8.4	Realiza llamado al grupo interdisciplinario para solicitar apoyo en el manejo del dolor. (Psicología, Clínica del dolor, fisioterapia)							
9 RECOMENDACIÓN 9.2	Realiza registro de las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas realizadas para el manejo de dolor en situaciones especiales: (Escala Confort, Campbell, escala de dolor comportamental (behavioral Paín scale).							
10 RECOMENDACIÓN 8.3	Si hay administración de Opiáceos: Realiza valoración del nivel de sedación por opiáceos (Escala PASERO).							
11 RECOMENDACIÓN 8.4	Verifica que las medidas no farmacológicas y farmacológicas contribuyeron a la disminución y/o desaparición del dolor.							
12 RECOMENDACIÓN 9.1	Realiza revaloración del dolor posterior a la intervención no farmacológica y farmacológica acorde al tiempo indicado.							

JUICIO: CUMPLE AÚN NO CUMPLE

Anexo 7. Acta de Donación para el manejo no farmacológico.



ACTA DE DONACIÓN

Por medio de la presente, se realiza entrega de donación de los siguientes implementos que harán parte del manejo no farmacológico del dolor en la unidad de cuidados intensivos pediátrico de la Fundación oftalmológica de Santander.

Inventario

Kit manejo no farmacológico en la unidad de cuidados intensivos.

Material	Cantidad
Cartillas de colorear	12
Crayolas	2 cajas
Libro de lectura infantil	1
Almohadas	12
Mantas	4
Tablet	1

- Con cariño y para aliviar el dolor en nuestros pequeños.

Donación por
Diana Palacios
Natalia Niño|

Coordinadora UCIP
Alba Felisa Ortiz

Anexo 8: pretest

**Evaluación de conocimientos sobre valoración y manejo del dolor en
pediatría**

1. ¿Realiza valoración e intervención del dolor?

a. Si

b. No

c. Algunas veces

2. ¿Qué escalas de valoración del dolor conoce para al paciente neonatal y pediátrico?

3. ¿Realiza revaloración de dolor?

a. Si

b. No

c. Algunas veces

4. ¿Qué medidas No farmacológicas usa para el manejo del dolor?

5. Considera que el dolor es relevante en la evolución diaria del paciente neonatal y pediátrico?

a. Si

b. No

c. Algunas veces

Anexo 9: post test

Evaluación de conocimientos sobre valoración y manejo del dolor en pediatría

1. Cuándo debe usted realizar valoración del dolor?

a. cuando tenga tiempo

b. Cuando el paciente lo requiera.

c. En el ingreso, en la toma de signos vitales, antes durante y después de un procedimiento doloroso.

d. En cada turno

2.Cuál será su primera forma de intervenir el dolor? ¿Y por qué?

a. Farmacológico

b. No farmacológico

Justifique su respuesta:

3. Cuándo llamar al equipo interdisciplinario?

a. Cuando el paciente lo solicite.

b. Cuando el medico lo solicite.

c. Cuando a pesar del manejo farmacológico el dolor no cede y en consenso con el medico se decide llamar.

d. Nunca

4. Cada cuanto revalora el dolor según la intervención aplicada?

a. siempre revaloro cada 15 min

b. Manejo no farmacológico 60 min

c. Manejo farmacológico VO y aines 30min, opioides 15 min.

d. b y c son correctas

5. Considera que la valoración e intervención oportuna del dolor influye en la evolución del paciente?

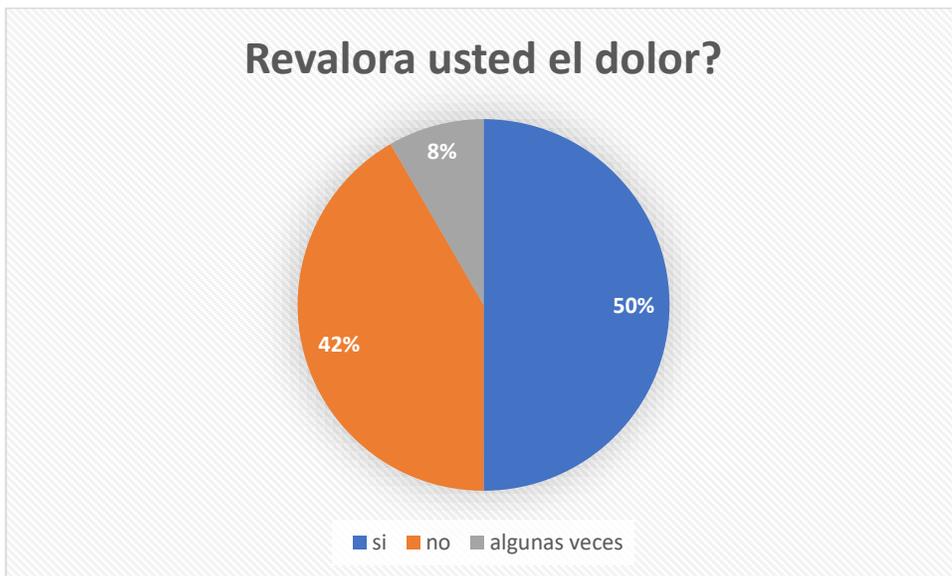
a. Si

b. No

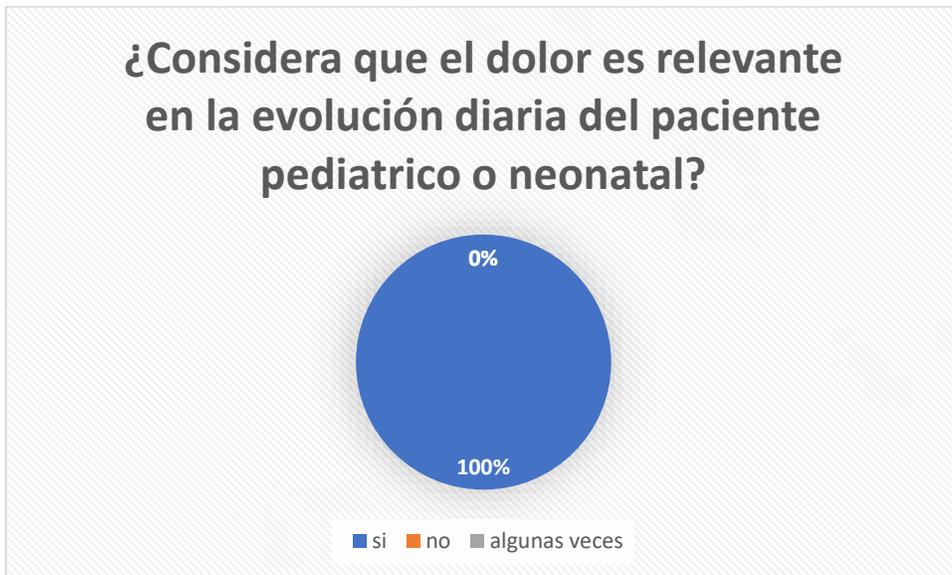
Anexo 10: valoración del dolor



Anexo 11: Revaloración del dolor



Anexo 12: Relevancia de la valoración

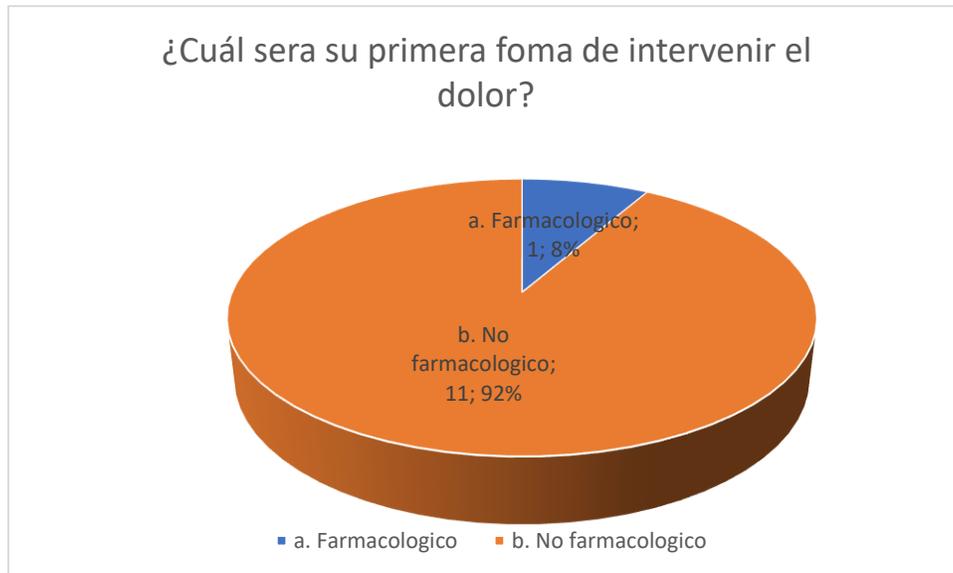


Aplicación del post test al personal de enfermería posterior a la realización de la socialización de la guía adaptada

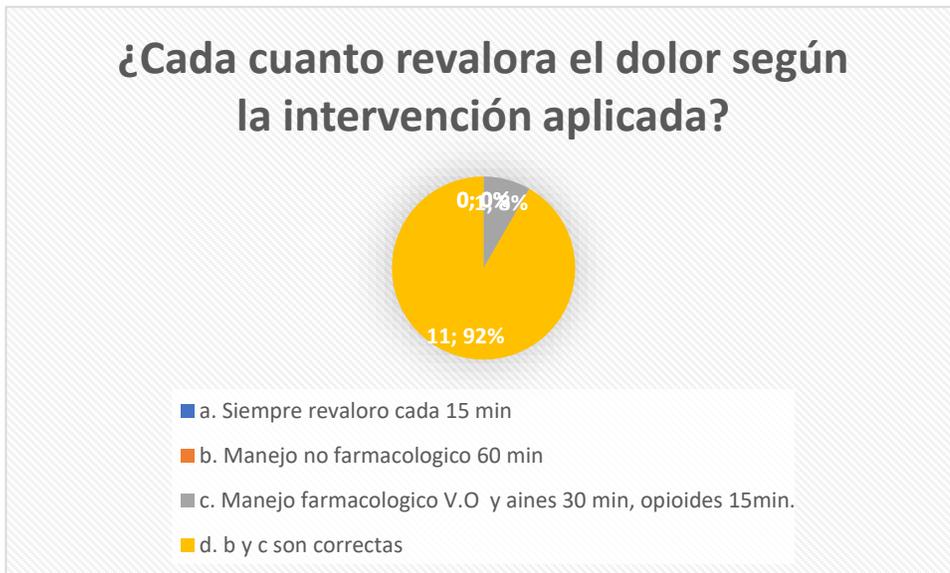
Anexo 13: Cuando valorar



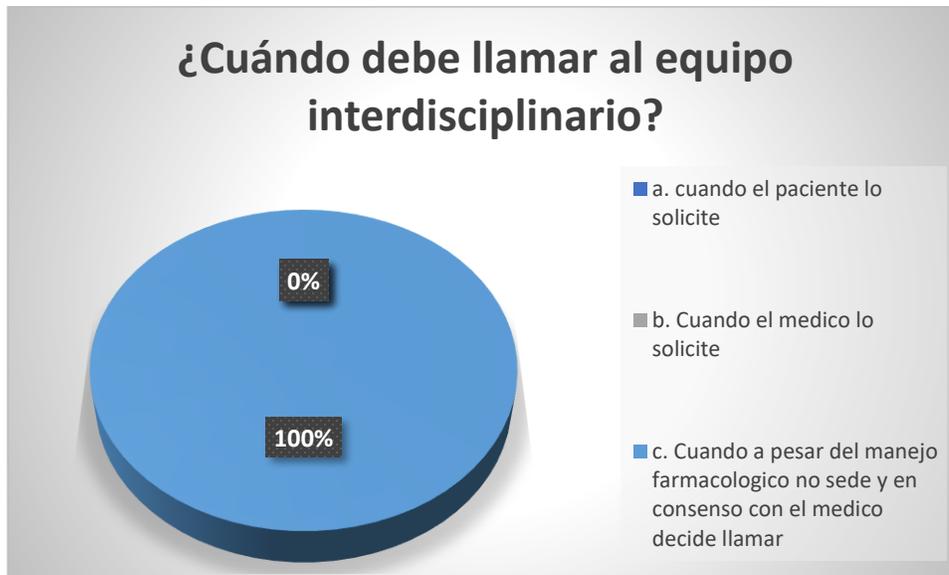
Anexo 14: Intervenciones



Anexo 15: Revaloración

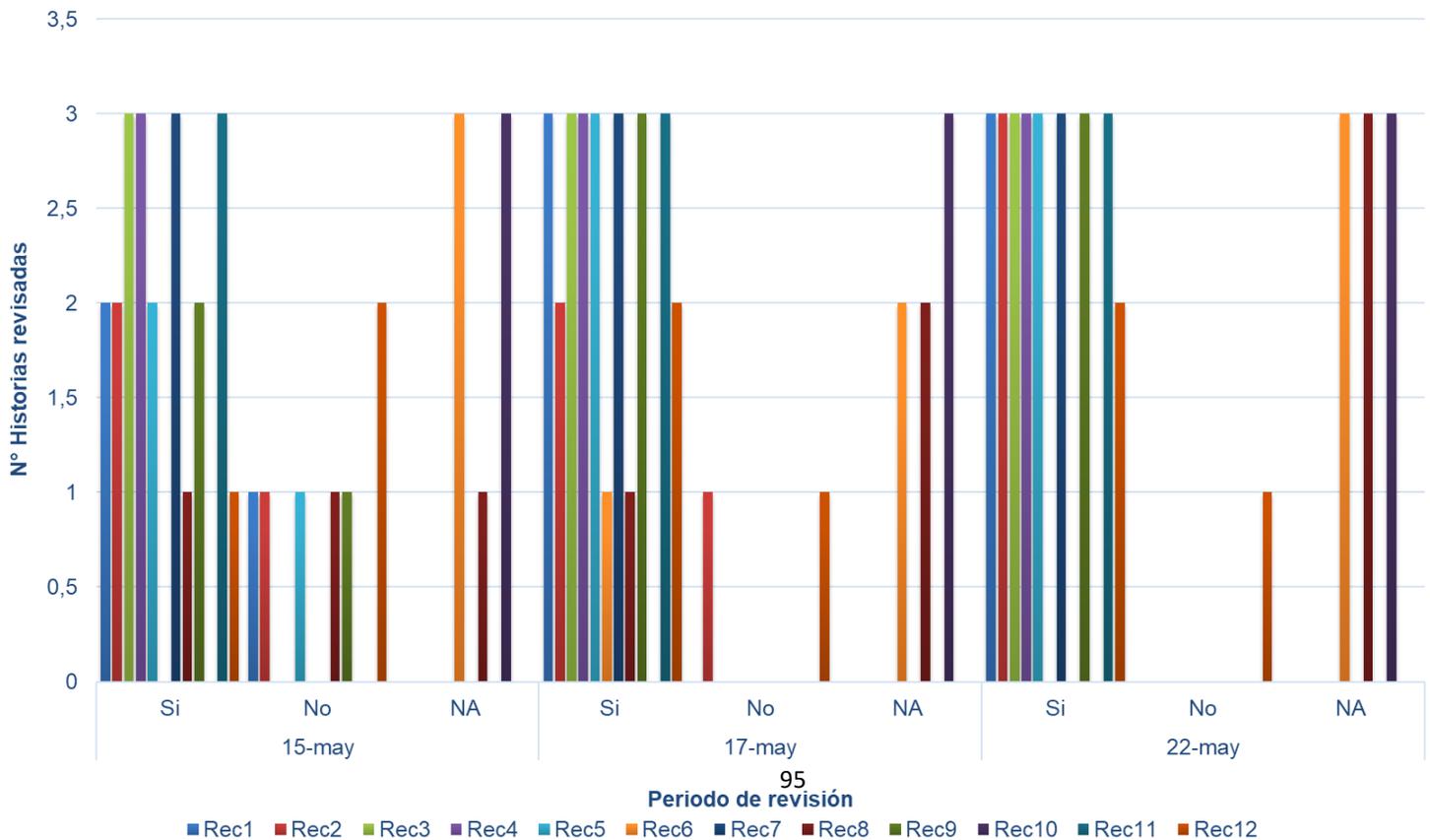


Anexo 16: Grupo Interdisciplinario



Anexo 17. Prueba piloto

PRUEBA PILOTO



La prueba piloto se desarrolló en la unidad de cuidados intensivos neonatal pediátrico de la fundación oftalmológica, mediante el uso de la lista de chequeo con 12 recomendaciones, en un periodo de 3 días, en donde se revisaron 9 historias clínicas aleatorizadas, las cuales permitieron ver el impacto de este proyecto desde la primera medición, en donde se observó adherencia a la guía; y posteriormente durante los dos días siguientes de medición se observó mejoría en la adherencia en la mayoría de los ítems de la lista de chequeo, en los ítems, recomendaciones que se encontró baja puntuación es decir recomendación 6,8,10, se analizó que estos ítems no aplican para el paciente pediátrico.