



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES CON ANALGESIA .SERVICIO DE
EMERGENCIA. HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN. QUITO.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO EN CONFORMIDAD CON LOS
REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Profesora Guía
MSc. Carmen Alarcón

Autora
Ximena Alexandra Barriga Pérez

Año

2015

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante Ximena Alexandra Barriga Pérez, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

MSc. Carmen Alarcón
Docente Académico
Escuela de Enfermería
1705399518

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Ximena Alexandra Barriga Pérez

172583074-7

AGRADECIMIENTO

A mis padres y hermanos por apoyarme en todo el proceso, día a día dieron sus energías y consejos precisos para seguir adelante y culminar con satisfacción mi carrera universitaria.

A la institución que abrió sus puertas y permitió la realización de este estudio de manera desinteresada.

DEDICATORIA

A mi Dios por bendecirme con la salud y permitirme cumplir uno más de mis sueños el ser enfermera profesional y el poder compartir mi alegría con los seres que amo.

A mis padres Milton Barriga y Susana Pérez, pilares fundamentales en mi vida con mucho amor les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el apoyo incondicional para que yo pueda culminar mi carrera.

A mis hermanos Johanna y Milton porque llenan de alegría cada día de mi vida, y por ser mi apoyo constante en todo momento.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar los factores que influyen en la administración de medicamentos analgésicos, en los pacientes que acuden al servicio emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, en el mes de Octubre- Noviembre del año 2014. Se utilizó la metodología cuantitativa, descriptiva y transversal en el cual se observó las causas de retraso en la administración de analgesia inmediata por parte de los profesionales de salud. La muestra la constituyo 50 Licenciadas /os de Enfermería. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta y una lista de chequeo de observación en la administración de la analgesia, elaborados en base a los indicadores de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería). En los resultados se aprecian los factores que retrasan la administración de la analgesia, entre ellos se encuentran lo siguiente: el 62% considera que la reposición del fármaco del stock de medicamentos no se lo hace inmediatamente, por factores como sobrecarga de trabajo específicamente por la asignación de pacientes 88% y la escasez del recurso humano en un 76%; Otro factor que consideran importante en un 44% es en el despacho de la fórmula de medicación del paciente y en un 38% es por la escasez de insumos, Para realizar la valoración del dolor, se debe hacer mediante la escalas del dolor, y para ello usan frecuentemente la escala numérica y la analógica, tan solo el 50% del personal de enfermería lo utiliza. Asimismo se reportó la utilización del lenguaje de la taxonomía NANDA en las intervenciones de enfermería se evidencia que solo el 24% lo establece, por tal motivo se propone un protocolo y plan de cuidado según la taxonomía NANDA para el personal de enfermería.

Palabras Claves: Dolor, analgesia

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the factors that influence the administration of analgesic medications, in patients presenting to the emergency service of the Hospital Carlos Andrade Marín , in the month of October-November in 2014. It used quantitative methodology, descriptive and cross in which the causes of delay in the administration of immediate analgesia by health professionals was observed. The sample constituted 50 Licensed / Nursing. Data were collected by applying a survey and observation checklist in the administration of analgesia, developed based on indicators of NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).The results show factors which are appreciated that delay the administration of analgesia, among them, these are the following: 62% believe that drug replacement medication stock is not too long and by factors such as workload allocation specifically for patients 88% and the shortage of Human Resource by 76%; Another factor it is considered important 44% the dispatch of the formula patient medication, 38% the shortage of inputs For pain assessment, this must be made through the pain scales, and to do this, it is frequently used numerical and analogue scale, only 50% of nurses use it. The use of the language of the NANDA taxonomy also reported in nursing interventions is evident that only 24% is stipulated for that reason a protocol and care plan according to NANDA taxonomy for nurses staff.

Keywords: pain, analgesia

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. Contexto de la investigación.....	2
1.1 Descripción del área problemática.....	3
1.2. Justificación del estudio.....	5
1.3. Formulación del problema.....	6
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo general.....	6
1.4.2. Objetivos específicos.....	6
1.5 Pregunta de investigación.....	7
1.6 Propósitos e impactos esperados.....	7
CAPITULO II. Marco Teórico	8
2.1. Marco de Antecedentes sobre el dolor.....	8
2.2. Fisiopatología del dolor.....	10
2.3. Escalas de valoración del dolor.....	13
2.3.1 Escalas unidimensionales:.....	13
2.4 Valoración clínica del dolor.....	18
2.5. Terapia farmacológica.....	18
2.5.1. El primer escalón analgésicos no opioides.....	20
2.5.2 El segundo escalón: opioides débiles.....	22
2.5.3 El tercer escalón: Opioides potentes.....	23
2.6 Marco Conceptual.....	24
2.6.1 Concepto de Dolor.....	24
2.6.2. Clasificación del dolor.....	24
2.6.3 El dolor y la razón de ser de la enfermería.....	25
2.7. Marco Contextual.....	26
2.7.1. Historia del Hospital Carlos Andrade Marín.....	26
2.7.2. Misión, Visión y Valores del Hospital Carlos Andrade Marín.....	27

2.8. Marco Legal.....	28
2.9. Marco ético.....	29
CAPITULO III. Marco Metodológico.....	30
3.1 Tipo y diseño de estudio.....	30
3.1.1 Cuantitativa.....	30
3.1.2 Descriptivo.....	30
3.1.3 Transversal.....	30
3.2 Unidad de observación.....	30
3.3. Población y muestra.....	30
3.3.1. Población.....	30
3.3.2. Muestra.....	31
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	31
3.5 Técnicas e Instrumentos.....	31
3.6. Variables.....	32
3.6.1 Variables de estructura.....	32
3.6.2 Variables de proceso.....	32
3.6.3 Variables de resultado.....	33
3.7. Procesamiento y análisis de datos.....	33
CAPITULO IV. Resultados	38
4.1 Análisis y representación de datos.....	38
CAPITULO V.....	54
5.1 Conclusiones.....	54
5.2 Recomendaciones.....	55
Referencias	56
Anexos	61

INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como principal objetivo la identificación de factores que influyen en la administración de medicamentos en los pacientes que reciben analgesia stat (inmediata), así como la aplicación de un protocolo y plan de cuidado de enfermería (PAE), basados en los diagnósticos de la NANDA, para profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín. Debido a que todos los cuidados que aplica un profesional de enfermería, debe de estar basados en protocolos estandarizados en cada servicio, con el propósito de unificar los cuidados brindando un confort adecuado al paciente, mediante el alivio del dolor.

El tema fue definido al observar que la mayoría de pacientes que son ingresados al servicio de emergencia manifiestan dolor considerado por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), Poggi & Ibarra (2007) refiere que “es una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal”.

El servicio de Emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín es un centro asistencial de referencia nacional tiene una alta demanda de pacientes, con una ocupación de más del 100%. El servicio tiene capacidad para 16 camas y 50 camillas, pero diariamente al área acuden hasta 700 pacientes.

Por otro lado el servicio de emergencia se encuentran con problemas de falta de recursos humanos, técnicos e insumos disponibles en el área de trabajo, siendo un factor determinante para la atención de los usuarios y usuarias, lo cual retrasan el trabajo y la administración de medicamentos analgésicos, ocasionado angustia, estrés, conflictos, tensión para el personal de salud como para los pacientes y familiares.

Partiendo de estas premisas, se planteó la siguiente tesis realizada en el área de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo de Octubre- Noviembre del 2014. Tomando como muestra a 50 licenciadas(os) que administran medicación en estos meses, se realizó un estudio, cuantitativo,

descriptivo y transversal, apoyados de instrumentos como: Encuesta y lista de cheque de observación, identificando las causas del retraso en la administración de analgesia y los instrumentos que utiliza el la enfermera(o) al valorar el dolor a los pacientes que se encuentran en emergencia. Finalmente se procesa los datos estadísticos dejando como propuesta un protocolo y plan de cuidado de enfermería en el manejo del dolor, en base al lenguaje estandarizado NANDA, producto de los resultados de esta investigación, aplicable en el servicio de emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín. Encontrándose en el anexo de investigación.

CAPÍTULO I. Contexto de la investigación

1.1 Descripción del área problemática

“El alivio del dolor debe ser un derecho humano” que debe de tratarse inmediatamente para brindar comodidad y bienestar, así lo afirma la Asociación Internacional del Dolor (IASP), la Federación europea de Capítulos del IASP (EFIC), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004 mediante la declaración fue sentida con la importancia suficiente para ser publicada durante el lanzamiento de la primera Campaña Global Contra el Dolor en Ginebra en 2004 (Bond, 2009).

Existen muchas personas que pierden el equilibrio cuando hay manifestaciones de dolor, haciendo que las personas en ocasiones experimenten trastornos fisiológicos, manifestándose como signos y síntomas que alteran el equilibrio, entre ellos está el dolor agudo o crónico, que se traduce en sudoración, taquicardia, alteraciones fisiológicas que si llegan a ser progresivos o repetitivos ocasionan disconfort en el paciente, de ahí a que se debe identificar rápidamente el dolor y recibir oportunamente analgésicos, en dosis adecuada al tamaño del paciente y patología que desencadena el dolor. Por eso es importante establecer o estandarizar protocolos de manejo del dolor, clasificándolo a este de acuerdo al sistema que lo desencadena; influyendo sobre el sistema neurológico desencadenando el dolor.

Se debe considerar que el alivio del dolor es histórico, abstracto y en ocasiones incontrolable, de ahí a que es imprescindible manejar adecuadamente el dolor, como un derecho a conservar la salud, mediante protocolos y medicamentos que permitan establecer este equilibrio, todo esto ha sido reconocido en tratados y organizaciones internacionales (Saruwatari & Siqueiros García, 2012).

La mayoría de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia manifiestan disconfort producto del dolor presentando características definitorias como son: ansiedad, llanto, deterioro del patrón del sueño, temor, falta de control ambiental, privacidad y los efectos colaterales del tratamiento. Por lo que es importante mantener protocolos de analgesia, en un servicio de emergencia de un hospital, para que de forma oportuna, se administre la analgesia requerida y proporcione la comodidad necesaria, reduciendo el estrés y el retraso en la recuperación.

La falta de una buena organización y el no disponer de protocolos de analgesia actualizados, en servicios críticos como es el caso de emergencia, producen serios problemas deteriorando el bienestar y confort del paciente. Las causas de estas falencias son múltiples, una de ellas es la falta los medicamentos para mantener el stock de emergencia, sobrecarga de actividades, falta de recurso humano, esto significa pérdida de tiempo, y por tanto disminución de oportunidades en la atención inmediata al paciente crítico, que requiere calmar el dolor.

En este servicio, así como en otras áreas hospitalarias, funciona el sistema AS 400, el cual permite verificar el tipo de medicamento, la dosis y hora de administración, esta función es importante para evitar cometer errores humanos y eventos adversos que hacen que el paciente prolongue su estadía hospitalaria aumentando el costo que genera esta acción.

La administración de medicamentos es una actividad exclusiva de enfermería en base a los 10 correctos que son: (Brodie, 1986).

Información basada en los estándares para la acreditación de hospitales que propone la (Joint Commission, 2011)

1. Administrar el medicamento correcto.
2. Administrar el medicamento al paciente indicado.
3. Administrar la dosis correcta.
4. Administrar el medicamento por la vía correcta.
5. Administrar el medicamento a la hora correcta.

6. Registrar todos los medicamentos administrados.
7. Informar e instruir paciente sobre los medicamentos que está recibiendo.
8. Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.
9. Investigar si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas
10. Antes de preparar y administrar un medicamento realizar lavado de manos.

Este trabajo investigativo se realizó en el Hospital Carlos Andrade Marín en el servicio de emergencia que es una área crítica, que brinda atención las 24 horas del día en los 365 días del año, teniendo cobertura permanente de enfermeras y médicos especializados que dan una atención inmediata al paciente, con instalaciones totalmente equipadas y dotadas de personal multidisciplinario, la observación análisis al cual se somete el paciente es imprescindible para determinar pautas de diagnóstico y tratamiento a seguir, entre ellas está el administrar medicamentos para el dolor, evitando posiblemente complicaciones en la salud del paciente.

1.2. Justificación del estudio

Dentro de los campos de la disciplina de la enfermera, ha logrado incorporar a diferentes áreas de desempeño como son los servicios clínicos, comunitarios, administrativos, docentes y de servicio; debido a su formación integral, el profesional de enfermería es poseedor de conocimientos teóricos y prácticos tanto en la promoción, prevención, curación y recuperación al paciente, familia y comunidad.

Por tal motivo la presente investigación se realizó teniendo en cuenta a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del hospital Carlos Andrade Marín, con la finalidad de plantear un protocolo y plan de cuidado de enfermería (PAE) teniendo en cuenta los riesgos, necesidades reales que manifiesta el paciente en esta área, tratando de priorizar su necesidad interferida frente a las diferentes manifestaciones del dolor, siendo este agudo o crónico. Se espera de igual forma se solucionen problemas de

base que influyen en la atención del paciente como es la necesidad de recurso humano suficiente y necesario para fortalecer la atención al usuario.

Lo novedoso de esta investigación radica en la identificación de factores que influyen en el tratamiento rápido del dolor, y planteando de acuerdo a los hallazgos un protocolo que permita fortalecer la atención del paciente.

1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que intervienen al administrar medicamentos en pacientes que reciben analgesia del servicio de emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín, en el mes de Octubre a Noviembre del año 2014?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Determinar los factores que influyen en la administración de medicación analgésica en los pacientes que acuden al servicio emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, en el mes de Octubre- Noviembre del año 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores que inciden en el retraso de la administración de medicamentos analgésicos del Hospital Carlos Andrade Marín, en el mes de Octubre- Noviembre del año 2014.
- Identificar el tiempo que transcurre entre la valoración del dolor y la administración de la medicación analgésica en los pacientes ingresados al servicio de emergencia.
- Proponer un protocolo y plan de cuidado según la taxonomía NANDA para el personal de enfermería del servicio de emergencia Hospital Carlos Andrade Marín.

1.5 Pregunta de investigación

- ¿Existen factores que inciden en el retraso de la administración de medicamentos analgésicos?
- ¿Identifica el tiempo que transcurre entre la valoración del dolor y la administración de la medicación analgésica en los pacientes ingresados al servicio de emergencia?
- ¿La elaboración de un protocolo y un Plan de Atención de enfermería (PAE) permite dar una atención oportuna a los pacientes que ingresan al servicio de emergencia?

1.6 Propósitos e impactos esperados

La investigación aportó en lo siguiente:

1.6.1. El identificar factores que inciden en el retraso de la administración de medicamentos analgésicos por parte del profesional de enfermería.

1.6.2. Identificar si hay conocimiento de los protocolos de analgesia por parte de los profesionales de enfermería para dar una atención oportuna al paciente.

CAPITULO II. Marco Teórico

2.1. Marco de Antecedentes sobre el dolor

Tomaron muchos años para que se iniciaran los estudios con respecto al dolor. Es apenas en el año de 1973 cuando Bonica, médico de las milicias quien en el año 1914 durante la guerra, operaba y administraba anestesia, y se dio cuenta que los pacientes caían en un cuadro depresivo severo intentando controlar el dolor mediante el alcohol y otros entraban en profundos cuadros depresivos, a partir de entonces inician los estudios del dolor ; a partir de 1973 fundó la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), considera el dolor como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular actual ó potencial, ó descrito en términos de dicho daño” (Kopf, Andreas; Patel, Nilesh B. Asociación Internacional del dolor , 2005).

“Durante el siglo XX, múltiples teorías fueron concebidas acerca del dolor, la teoría más importante—a la que Bonica también se suscribió—vino del psicólogo canadiense Ronald Melzack (1929–) y el fisiólogo británico Patrick D. Wall (1925–2001). Su teoría fue publicada en 1965 y es conocida como la “teoría del control de puerta”. Este término explica los mecanismos neuroquímicos y de la médula espinal que tienen que ver con el dolor (Witte & Stein, 2005).

El dolor es una de las manifestaciones del cuerpo frente a una agresión de tipo hormonal, tisular. El dolor actualmente es fundamental y se considera uno de los elementos más importantes a trabajar dentro del confort y bienestar del paciente. El dolor es un síntoma primario de una descompensación fisiológica y se debe actuar con medicamentos de primera línea para el manejo del dolor básico o sea de tipo agudo. El dolor crónico ya es competencia de médicos especialistas en donde es necesario intervenir varios factores complejos dentro de la fisiología del paciente (Witte & Stein, 2005).

El equipo de salud debe ser consciente que cuando se trata el dolor, debe de enfrentar no solo mecanismos fisiológicos, sino también psicológicos, sociales, “y deben tener por lo tanto el acceso a una variedad razonable de terapias” para evitar incurrir en un desgaste físico, financiero y psicológico del paciente, sobretodo en pacientes con patologías de alto costo como cáncer, VIH-SIDA (Kopf, Andreas; Patel, Nilesh B. Asociación Internacional del dolor , 2005).

Es así, como todo dolor sea de tipo agudo o crónico debe ser tratado apropiadamente, instaurando tratamiento farmacológico adecuado, evitando el sufrimiento y el daño al paciente. Se considera que el dolor no excluye a ninguna clase social, por lo tanto su alcance debe ser universal y su manejo debe ser prioritario, identificándolo y tratándolo a tiempo, para evitar secuelas y complicaciones en el paciente y el entorno familiar.

El dolor a menudo es acompañado por emociones fuertes, percibido “como una sensación quemante, presión, puñalada ó corte, sino también como una experiencia emocional (sentimiento) con palabras tales como atormentador, cruel, terrible e insoportable. (Traue, Jerg Bretzke, Pflingsten, & Hrabal, 2005).

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda el uso de analgésicos para el dolor, iniciando con medicamentos no opiáceos seguido por opiáceos para el dolor incontrolable y persistente.” Pero, las intervenciones farmacológicas, aunque efectivas, no siempre cubren las necesidades de los pacientes, y pueden producir efectos colaterales, como náuseas, vómito, pérdida de la conciencia obnubilación, así como debilidad, cansancio. (Cassileth & Gubili, 2005).

“El dolor neuropático posee una etiología múltiple afecta aproximadamente al 3% de la población mundial, el 2% en América Latina. Se calcula que 15 de cada 100 pacientes que acuden a consulta sufren de dolor, entre ellos el 34,2% son de un componente neuropático; el 30,4% el dolor es manifiesto en los pacientes con neuropatía diabética; el 6,1% pacientes post quirúrgicos” (Centro Nacional de excelencia Tecnológica en Salud, 2010).

Respecto a las repercusiones que pueden tener el dolor sobre la vida cotidiana, el principal efecto se produce sobre la realización de tareas habituales, afecta de igual forma las actividades personales vitales como el asearse, vestirse, comer o dormir. El efecto sobre el aspecto social con amigos y familiares es menor, aunque si el dolor es crónico la afección es mayor. Cuando el dolor es incapacitante se ha dado suspensiones laborales de tipo transitorio, en otros se ha llegado a la suspensión semipermanente o incapacitante dependiendo del caso afectando la calidad de vida del paciente tanto en la parte psicológico como en la parte social (Herrera Silva, y otros, 2012).

Para (Patel, 2010) , Se calcula que la quinta parte de los pacientes afectados hará múltiples consultas, lo que incide en los altos costos que representa, en la aparición y desarrollo de una gran variedad de terapias, determinando la efectividad de cada uno de los tratamientos, costos, efectos sobre la actividad laboral, implicando ausentismo laboral. Los costos generados alcanzan el 1,7% anual del (PIB), suponiendo aproximadamente 9.500 millones de euros, aunque su tendencia es a triplicar su valor actualmente debido a la cronicidad de los dolores con las patologías de alto costo y catastróficas como es Cáncer, VIH-SIDA, enfermedades crónicas.; (Medrano García, Varela Hernández, De la Torre Roses, & Mendoza Cisneros, 2010)

Por otro lado es importante mencionar que cerca del 47,5% de los pacientes que persisten con el dolor crónico, generalmente contrasta el diagnóstico con otros profesionales que visita el paciente, (Herrera Silva et al 2012).

2.2. Fisiopatología del dolor

Los nociceptores son terminales nerviosas no especializadas, libres, amielínicas que convierten una variedad de estímulos en impulsos nerviosos, el cerebro lo interpreta para producir la sensación de dolor. Los cuerpos de las células nerviosas están localizados en los ganglios de la raíz dorsal y en el nervio trigémino. En el ganglio del trigémino envían un extremo de fibra de nervio a la periferia y el otro a la médula espinal ó tronco cerebral. (Patel, 2010)

Las sensaciones de dolor pueden presentarse debido a Inflamación de los nervios; herida de los nervios y terminales nerviosas con formación de cicatriz; Invasión de nervio por cáncer; daño a las estructuras en la médula espinal, tálamo ó áreas corticales que procesan la información del dolor, y el dolor insuperable (Patel, 2010).

“Desde el año 4,000 a.C., se sabe que el opio y sus derivados, como morfina, codeína y heroína son analgésicos potentes y hoy en día permanecen en el pilar de la terapia de alivio del dolor. En los años 1960 y 1970, los receptores para los derivados del opio fueron encontrados, sobre todo en las células nerviosas de la materia gris periacueductal y la médula ventral, así como en la médula espinal. Este descubrimiento implicó que los productos químicos deben ser fabricados teniendo en cuenta la acción que se tiene en el sistema nervioso y que son ligados naturalmente a estos receptores. Específicamente estos tres grupos de compuestos endógenos (enkefalinas, endorfinas y dinorfinas) han sido ligados a los receptores opiáceos y se conoce como el sistema opiáceo endógeno. “ (Patel, 2010).

“La actividad nerviosa en los nervios descendentes de ciertas áreas del tronco cerebral materia gris, medula transversal, puede controlar la ascensión de información nociceptiva al cerebro. La serotonina y norepinefrina son los principales transmisores de esta vía, que puede ser por lo tanto modulada farmacológicamente. (Patel, 2010)

Entre las manifestaciones del dolor , la mayoría de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia manifiestan discomfort con características definitorias como son: ansiedad, llanto, deterioro del patrón del sueño, temor, síntomas relacionados con la enfermedad, falta de control ambiental, falta de privacidad, efectos colaterales del tratamiento establecidos . (NANDA INTERNACIONAL, 2010)

Para la evaluación de los signos y síntomas que está experimentando el paciente, es necesario identificar el tiempo de evolución del dolor, si este viene manifestándose por períodos cortos, es intermitente o por el contrario es un dolor continuo y se cataloga como un dolor tipo crónico. Cobra importancia el tiempo de evolución que ha persistido con el dolor; el antecedente de haber consultado con otros especialistas; de igual forma es importante si el dolor interfiere o no con la rutina habitual. Es imprescindible abordar antecedentes quirúrgicos, familiares, farmacológicos. Identificar los patrones por los cuales cursa el paciente con respecto al dolor es importante, tener en cuenta si el dolor se presenta en las mañanas, tarde o noche o por el contrario es el dolor de tipo continuo o intermitente, así como también catalogar si el dolor es leve, moderado o severo. Así mismo se debe confrontar con una muy buena valoración física y confrontar los hallazgos. Es así como se puede establecer la terapia farmacológica o alternativa a seguir con el paciente sea catalogado el dolor como de tipo agudo, crónico o transitorio.

El dolor puede provocar respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas que pueden elevar morbilidad e incluso mortalidad. El dolor puede provocar ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio, taquicardia, bradicardia, problemas pulmonares y gastrointestinales, además de ser responsable de estados depresivos. Existen condiciones específicas de acuerdo a la condición del paciente como puede ser inconsciencia, estados somnolientos, estados neurosicosicos, inconsciencia que impiden describir el tipo de dolor que siente el paciente, de ahí a que es necesario un buen examen físico para identificar el dolor (Pardo, C; Muñoz, T; Chamorro, C, 2006).

La terapia farmacológica escogida tiene la misión de que el medicamento siempre debe estar disponible, asegurando la eficacia del medicamento, prevenir el daño causado por los medicamentos, y hacer un uso responsable del medicamento (Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional Farmaceutica, 2012)

2.3. Escalas de valoración del dolor.

En la actualidad existen escalas que nos permiten identificar el dolor, intensidad si lo es leve, moderado, para ello se han identificado escalas para dicha medición. Es importante que el recurso humano que trabaja en salud, específicamente personal médico y de enfermería conozcan estas escalas y sepan cómo manejarlas e interpretarlas. “Las escalas nos deben servir para comparar diferentes tratamientos” (Pardo, C; Muñoz, T; Chamorro, C, 2006).

La existencia de una escala es más importante que el tipo de escala usada. La educación del personal médico y de enfermería en la evaluación del dolor y el uso de algoritmos para su tratamiento pueden reducir la incidencia de dolor moderado-grave de un 37 a un 13%” (Harmer M, Davies K.A. citado por Pardo, C. et al 2006)

(Alonso Aperador & Ardizzone, Escala Visual Analógica., curso 2012-2013) “Teniendo en cuenta las palabras de Melzack: “dado que el dolor es una experiencia personal privada, es imposible para nosotros conocer con precisión el dolor que padece otra persona” no hay ningún instrumento que lo mida de forma objetiva, constituyendo un gran desafío para el clínico y, para ello, se han diseñado diferentes escalas que nos sirven para evaluar el grado de dolor.

(Aperador & Ardizzone, curso 2012-2013), entre las escalas más utilizadas para evaluar el dolor se encuentran:

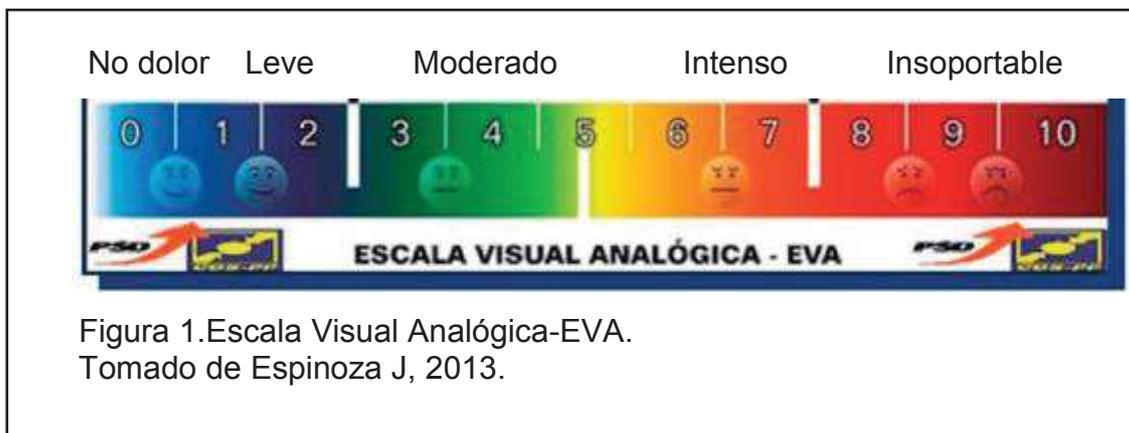
2.3.1 Escalas unidimensionales: solo miden la intensidad del dolor, y su objetivo es trasladar la sensación subjetiva que siente el paciente, a números o palabras, que proporcionan una descripción más objetiva. Dentro de este grupo se encuentran:

- Escala analógica visual (EVA-VAS)

Fue publicada por primera vez en 1921, por Hayer y Patterson, empleados de la empresa Scout Paper. Éstos, la desarrollaron como un método de evaluar a los trabajadores, por parte de los supervisores, pero no fue ampliamente

utilizada en ese momento, la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm , enumerada del 0(o no dolor) al 10(o máximo dolor) ,Scout asigno valores 0:no dolor, dolor leve 1-2 , moderado 3-5, intenso 6-8 ,insoportable 9-

10.



- Escala numérica

Fue introducida por Downie en 1978, va de 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

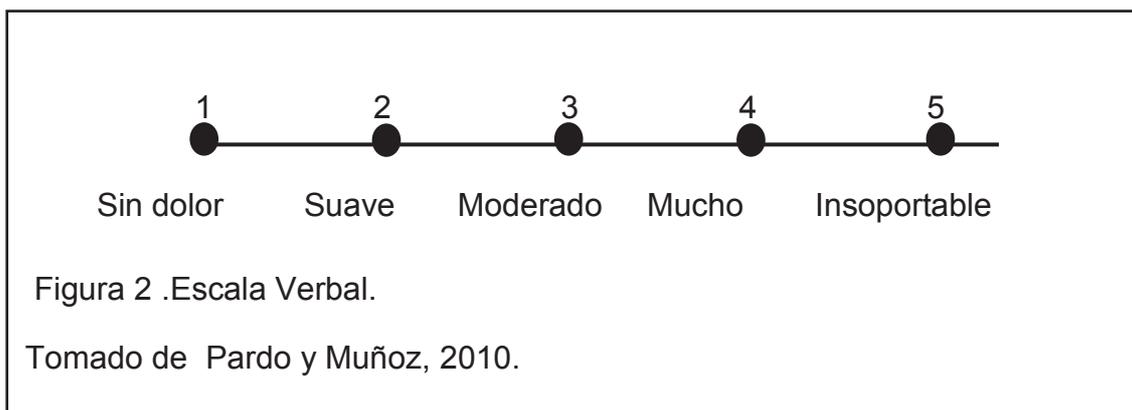
Tabla 1. Monitorización del dolor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

Tomado de SEMICYUC, 2010.

- Escala Verbal

Fue formulada por Keele en 1948, utilizando un orden descriptivo de 4-5 niveles en sentido incremental, se le pregunta al paciente sobre su intensidad del dolor diciéndole que nos dé un adjetivo de sin dolor, suave, moderado, mucho e insoportable. (Aperador & Ardizone, curso 2012-2013).



- La escala categórica (EC):

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.

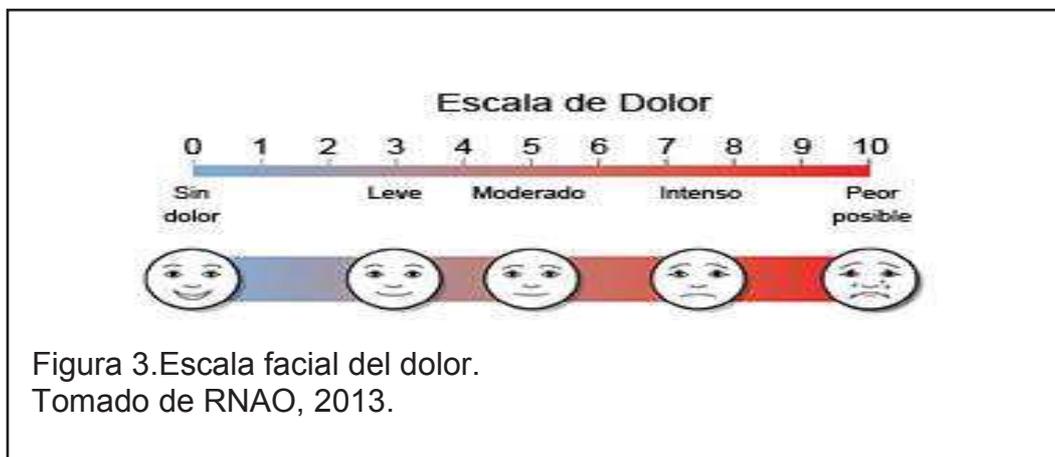
Tabla 2. Escala categórica.

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Tomado de: SEMICYUC, 2010.

- Escala facial del dolor:

Descrita por Wong-Baker, aplicado en niños mayores de 3 años, el paciente tiene que mostrar cuál es la cara que mejor representa su dolor.



2.3.2 Escalas multidimensionales: evalúan también la duración, frecuencia, limitaciones personales, cambios psicológicos. Un ejemplo es el test de Latinnen, (que pregunta acerca de la intensidad del dolor, su frecuencia, el uso de analgésicos, disminución de la actividad física y sueño) y el cuestionario McGill. (Aperador & Ardizzone, curso 2012-2013).

Tabla 3. Test de Latinnen.

Fecha	Día, mes, año	
Intensidad del dolor	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1
TOTAL		VALOR INDICATIVO

Latinnen

Tomado de: SCIELO, 2012.

- Cuestionario de dolor de Mc GUILL versión corta:

Evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad.

A- DESCRIBA SU DOLOR EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (MARQUE SÓLO UNO)				
	Ninguno (0)	Leve (1)	Moderado(2)	Severo (3)
1.Pulsante	0	1	2	3
2.Punzante	0	1	2	3
3.Lancinante	0	1	2	3
4.Lacerante	0	1	2	3
5.Tipo cólico	0	1	2	3
6.Tirante	0	1	2	3
7.Caliente/quemante	0	1	2	3
8.Aguijoneante	0	1	2	3
9.Pesadez	0	1	2	3
10.Sensibilidad	0	1	2	3
11.Sensación de resquebrajamiento	0	1	2	3
12.Extenuante	0	1	2	3
13.Enfermante	0	1	2	3
14.Atemorizante	0	1	2	3
15.Cruel	0	1	2	3

B- MIDA SU DOLOR DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS	
La siguiente línea representa el dolor, con una intensidad que va aumentando desde "ausencia de dolor", hasta el "peor dolor posible". Coloque una marca sobre la línea horizontal en donde mejor describa el dolor sufrido en los últimos 7 días	
	
No dolor	El peor dolor

C- INTENSIDAD ACTUAL DEL DOLOR	
Sin dolor	0
Leve	1
Incómodo	2
Estresante	3
Horrible	4
Insoportable	5

Tabla 4. Cuestionario de Mc GUILL.

Tomado de SCIELO, 2010.

- Escalas de variables conductuales: que evalúan las posiciones o expresiones faciales.
- Escalas de variables fisiológicas: en el dolor agudo aparece un aumento de la frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio y de la tensión arterial. En el dolor crónico, existen con frecuencia modificaciones del sistema nervioso vegetativo, que se detectan con termografía (Aperador & Ardizzone, curso 2012-2013).

- Escalas de variables psicológicas: especialmente, en el dolor crónico, es importante detectar cambios en la personalidad o alteraciones depresivas (Aperador & Ardizzone, curso 2012-2013).

2.4 Valoración clínica del dolor

A la hora de valorar el dolor agudo y el dolor crónico, es necesario contar con una serie de herramientas como la anamnesis, el motivo de consulta, antecedentes quirúrgicos, farmacológicos, familiares, exámen físico para identificar la alteración en el paciente, el motivo que le está causando el dolor e interrumpiendo el bienestar. Es necesario identificar las características del dolor con las variables de tiempo, lugar, intensidad, frecuencia, datos que son necesarios para instaurar el plan terapéutico que incluye el farmacológico o el uso de otras alternativas de terapias.

Es de gran utilidad la valoración física para confrontar los datos reportados por el paciente, teniendo en cuenta los gestos faciales y los movimientos corporales, de gran utilidad cuando se valora el dolor, para instaurar la terapia farmacológica y observar los efectos.

En el dolor crónico es necesario tener en cuenta el origen o la causa del dolor, generalmente asociadas a enfermedades como el cáncer, el VIH-SIDA, siendo el dolor severo el cual no cede ante cualquier terapia farmacológica, debiendo acudir a otras alternativas como el apoyo psicológico y espiritual tanto a la familia como al paciente, dándole un enfoque holístico como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Radbruch & Downin, 2005).

2.5. Terapia farmacológica

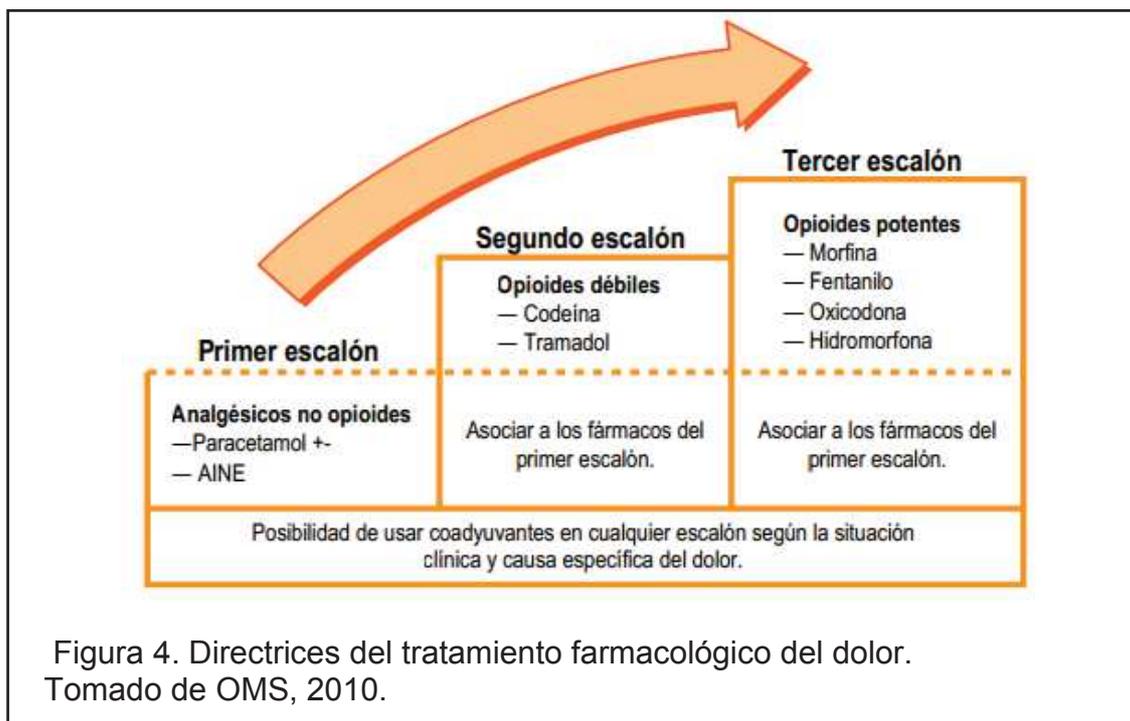
Es necesario tener en cuenta que la terapia farmacológica instaurada en el paciente permite disminuir los efectos de este en el organismo, y por lo tanto se debe vigilar los efectos secundarios que pueden causar en el organismo. Debemos entender que el dolor se manifiesta como un mecanismo fisiológico para identificar en el organismo una alteración en el sistema, así como también

posiblemente un daño tisular que hace que sea un signo de alarma para identificar alteración en el organismo del paciente.

“Hay numerosas drogas y tratamientos disponibles para el manejo del dolor, con variadas rutas de administración. La droga o combinación de drogas utilizadas, así como la vía de administración depende de múltiples factores que incluyen: el tipo de operación, la probable eficacia del tratamiento, los efectos adversos, e interacción de las drogas administradas”. (Poggi & Ibarra, 2007).

Las modalidades de los fármacos a usar dependen del tipo de dolor que aqueja al paciente, intensidad, ubicación, frecuencia, y sobre todo identificar la causa del dolor.

Por medio Tratamientos farmacológicos de la escalera analgésica de la OMS, se puede conseguir un porcentaje de alivio del dolor del 45%- 100%. Se clasifica en tres escalones o fases:



- El primer escalón está dado por los analgésicos no opioides como son (AINES, paracetamol, metamizol).
- El segundo escalón está dado por los opioides débiles como es la (Codeína, Dihidrocodeína, tramadol). Estos pueden asociarse en determinadas situaciones a los fármacos de primera elección.
- El tercer escalón está dado por los Opioides potentes como son (Morfina, Fentanilo, Oxycodona, Metadona, Buprenorfina) pueden asociarse a los fármacos del primer escalón por alguna situación.

2.5.1. El primer escalón analgésicos no opioides como son :

- AINES
- Paracetamol
- Metamizol.

AINES: La primera opción farmacológica para el dolor leve o moderado ,tanto agudo como crónico ,indicado especialmente en el tratamiento del dolor asociado a inflamación leve o moderado. Además de actuar como antiinflamatorios, analgésicos, también funcionan como antipiréticos o antitérmicos (las prostaglandinas pueden desajustar los centros hipotalámicos responsables del control de la temperatura corporal).La información es basada en el libro de (L.Morales Goyanes, 2012)

Indicaciones:

- Como analgesia en dolores musculares, articulares, dentarios, cefaleas, posoperatorios, postraumáticos, cólicos.
- Como antiinflamatorios son más eficaces sobre inflamaciones agudas que crónicas su función es reducen la activación de terminales sensitivas, inhiben la actividad vasodilatadora y quimiotáctica en el foco inflamatorio.

(L.Morales Goyanes, 2012) En su enunciado mencionan que están relacionadas los efectos adversos de los AINES con la inhibición de la síntesis de prostaglandinas sustancias que intervienen en el control de actividades fisiológicas. Las cuales ocasionan.

- Aparato Digestivo: Disminuye los efectos protectores que ejercen sobre la mucosa gastrointestinal, ocasionando: náuseas y vómito, dolor gástrico, dispepsia e incluso úlceras gastrointestinales e incluso hemorragias digestivas. Por lo cual está contraindicado cuando presentan úlceras pépticas activas, y con mayor precaución cuando existen patologías digestivas. (Aisa, 2012)
- Aparato Renal: reduce la capacidad funcional del riñón sus manifestaciones son: disminución de la diuresis que lleva al edema e hipertensión. El uso prolongado de AINES en pacientes con patologías renales puede ocasionar insuficiencia renal aguda, por lo cual está contraindicado en patologías renal o cardiovascular
- Aparato Respiratorio: ocasionando hipersecreción nasal, dificultad respiratoria, broncoespasmo e incluso shock anafiláctico. Se tiene que tomar precaución en pacientes con asma o enfermedades pulmonares obstructivas crónica ya que puede empeorar los síntomas.

Clasificación:

- Salicilatos: AAS, diflunidal, salicilato sódico
- Ácidos propionicos: Ibuprofeno, naproxeno, fenoprofeno, ketoprofeno
- Ácidos acéticos: Indometacina, sulindaco, diclofenaco, ketorolaco, aceclofenaco
- Ácidos antranílicos: Ac. Mefenámico, ac. Meclofenámico
- Oxicams: Piroxicam, tenoxicam, meloxicam
- Inhibidores selectivos COX-2: Rofecoxib, celecoxib

Paracetamol: indicado en el tratamiento del dolor leve o moderado que no se acompaña de inflamación y en los procesos febriles, es sustituto de AAS (ácido acetil salicílico) cuando está contraindicado. Metabolización hepática (90%) por lo que está contraindicado en pacientes con hepatopatías y debe utilizarse con precaución en pacientes alcohólicos. Cuidados de enfermería. Control de T/A la reacción adversa es la hipotensión. Administrar lentamente, nunca en un periodo de tiempo inferior a 15 min. En caso de administrarse más rápido, pueden aparecer reacciones locales, especialmente dolor en el lugar de inyección. (L.Morales Goyanes, 2012)

Metamizol: es un analgésicos y antitérmicos. (L.Morales Goyanes, 2012)

2.5.2 El segundo escalón: opioides débiles como es la (Codeína, tramadol). Estos pueden asociarse en determinadas situaciones a los fármacos de primera elección.

Tramadol: es un opioide analgésico. Potencia, 1/10-1/6 de la de morfina, y menor efecto depresor respiratorio. Presentaciones: Tramadol ampollas de 100 mg en 2 ml. Administrar en 30-60 min perfusión IV continua diluyendo en 500 ml S.S 0.9 y administrar preferentemente en un ritmo de 30 – 60 ml/hora. Acciones de enfermería: Vigilar signos vitales riesgo de depresión respiratoria. Vigilar las reacciones adversas: Mareos, cefaleas, confusión, somnolencia, náuseas, vómitos, estreñimiento, sequedad bucal, sudoración, fatiga. Antídoto naloxona. (vademecum.es, 2010).

Codeína: Tiene una estructura similar al de la morfina y oxicodona, tiene una sexta parte de la acción analgésica de la morfina, tiene un efecto antitusígeno central, moderado efecto analgésico y sedante, antidiarreico. Indicado en dolor leve o moderado. Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad; EPOC, asma, ataques agudos de asma, depresión respiratoria de cualquier grado; embarazo, lactancia. Acciones de enfermería Diferir la administración del medicamento e informar al médico si se presenta decremento notable de la frecuencia respiratoria, y en especial si es de ocho respiraciones/min o menos. Se debe administrar un antiemético al mismo

tiempo que el fármaco si es vomito es un problema .Vigilar el gasto urinario, la presencia de ruidos peristálticos y el patrón de evacuación. No existen beneficios adicionales al utilizar más de 60 mg de dosis. (Adriana, 2011)

2.5.3 El tercer escalón: Opioides potentes como son (Morfina, Fentanilo, Oxycodona, Hodromorfoma) pueden asociarse a los fármacos del primer escalón por alguna situación.

Morfina: Es un analgésico agonista de los receptores opiáceos μ en el SNC. Indicado para el alivio del dolor moderado e intenso en especial el relacionado con neoplasias y el posoperatorio (tratamiento a corto plazo), Analgésico complementario durante la anestesia general, reducción del peristaltismo, alivio de la disnea en el edema pulmonar agudo, alivio de ansiedad, su posología Individualizar dosis según severidad del dolor y respuesta. No masticar formas retardadas, el profesional de enfermería debe recomendar al paciente que camine con ayuda después de recibir el medicamento, tener naloxona disponible para revertir la depresión respiratoria, realizar una valoración a través de la escala de Glasgow y la escala de EVA. Mantener la cavidad oral húmeda y limpia. Vigilar el estado nutricional. Proporcionar confort al paciente. (Vademecum.es, 2010)

Fentanilo: Su acción es analgésico potente que actúa sobre (cerebro, médula espinal, musculo liso), se absorbe con rapidez a través de la mucosa oral. Esta indicado Dolor crónico por cáncer, incluido al intercurrente (que ocurra a pesar del uso de analgésicos), mantenimiento de la anestesia efectos adversos si es IV: bradicardia, Parches: irritación cutánea. Efectos adversos es la depresión respiratoria, bradicardia, apnea, vértigo, visión borrosa, nauseas, vomito, hipotensión en caso de sobredosificación administrar naloxona. (Vademecum.es, 2010)

Oxicodona: Indicado en el dolor intenso, tiene acciones analgésicos opioides semisintético, Actúa en el transcurso de 20 a 25 min con duración de 8 a 10 h. Las reacciones adversas son estreñimiento, dolor abdominal, náuseas que induce al vómito, boca seca, flatulencias, somnolencia, ansiedad. Está contraindicado en el embarazo y en la lactancia y enfermedades hepáticas. (Vademecum, 2010)

Hidromorfona: indicado para el dolor intenso, la posología se debe ajustar según la intensidad del dolor e historia del paciente, está contraindicado en hipersensibilidad, estenosis gastrointestinales, dolor agudo o postoperatorio, en el niño, prevención en las reacciones adversas de los opioides como es la depresión respiratoria. (Vademecum.es, 2010)

2.6 Marco Conceptual

2.6.1 Concepto de Dolor

El dolor es el síntoma más frecuente para cualquier patología. La permanencia o incremento del dolor se origina al no ser tratado con eficiencia por el personal sanitario quienes son encargados de la administración fármaco terapia. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) ha planteado la siguiente definición: “el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal (Poggi & Ibarra, 2007).

2.6.2. Clasificación del dolor

Dolor agudo se origina desde la periferia que va a la medula espinal luego se dirige al tronco del encéfalo y el tálamo, hasta llegar la corteza cerebral aquí es donde se percibe la sensibilidad. El dolor agudo es una sensación fisiológica vital que alerta al ser humano que en su entorno se origina algo que lo perjudique. Se produce por la lesión de sistema nervioso central. Han definido al dolor como la suma a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de cada persona junto a las sensaciones nociceptiva. Cuando una

persona presenta dolor puede explicarse como fracasos del tratamiento como nos indica (Poggi & Ibarra, 2007).

2.6.2.1 El dolor nociceptivo se manifiesta cuando una lesión tisular activa los receptores específico del dolor llamados nociceptores ,los nociceptores son muy sensibles a estímulos nocivos como son el frío ,el calor, estiramiento la vibración , también a sustancias químicas liberadas por los tejidos en respuesta a falta de oxígeno, la inflamación o la destrucción de los tejidos (Poggi & Ibarra, 2007).

2.6.2.2 Dolor somático se origina en las estructuras cutáneas superficiales debido a la activación de los nociceptores por ejemplo en la mucosa de la boca, nariz, ano, uretra, la piel y musculo esqueléticas profundas por ejemplo articulaciones, huesos, tejido conectivo, musculo manifestando sensación punzante bien localizada. Un ejemplo de dolor somático superficial cuando existe alteración tisular de un corte o esguince. (Poggi & Ibarra, 2007).

2.6.2.3 Dolor visceral: disfunciones o lesiones en órganos internos causado por distensión, compresión, infiltración dentro de la cavidad abdominal o torácica. Las manifestaciones clínicas son sudoración, náuseas y vómitos.

2.6.2.4 Dolor neuropático la causa es por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión tumoral directa, las manifestaciones clínicas son sensaciones desagradables, punzantes o quemantes, prurito o presión y hormigueo.

2.6.3 El dolor y la razón de ser de la enfermería

Es importante destacar que la enfermera como una de las integrantes del recurso humano en salud, siendo un recurso humano fundamental en brindar bienestar y comodidad al paciente, la filosofía y el quehacer de enfermería está en el acto de cuidar, brindando un bienestar integral tanto al paciente como a la familia. En el acto filosófico de cuidar está el calmar el dolor, siendo este un acto que por si constituye humano y como tal se basa en la teoría “ Transpersonal del cuidado Humano” intenta satisfacer las necesidades del

individuo, tanto físicas, y espirituales de los pacientes para que apliquen sus creencias mediante prácticas y rituales que contribuyan a su sanación. (Poblete, Valenzuela, & Merino, 2012).

Entre los diez factores que postula Jean Watson se encuentra que la enfermera (o) utiliza métodos científicos sistemáticos y organizados para poder solucionar problemas y tomar decisiones mediante una actitud creativa en el proceso de brindar bienestar a los pacientes. (Poblete, Valenzuela, & Merino, 2012).

De ahí a que es importante plantear con el conocimiento suficiente del paciente y la patología las actividades a trabajar con el paciente para brindar comodidad y bienestar, teniendo en cuenta los diagnósticos de la NANDA, NOC Y NIC.

2.7. Marco Contextual

2.7.1. Historia del Hospital Carlos Andrade Marín

Según la literatura en (Hospital Carlos Andrade Marín, 2014) Los primeros trabajos de construcción del Hospital que hoy lleva el nombre de Carlos Andrade Marín, se iniciaron en 1958, con una superficie de 41.829,24 metros cuadrados. Para el año de 1970, el Hospital contaba con 200 camas distribuidas de la siguiente manera: 16 camas para servicios clínicos, 32 camas para servicios quirúrgicos, 28 camas para Gineco- Obstetricia, 16 camas para psiquiatría, 24 camas para traumatología y 84 camas para otras especialidades. Se contaba entonces con 63 médicos tratantes, 6 médicos residentes y 66 enfermeras. La creciente demanda de atención hospitalaria, así como el gran desarrollo de la medicina operada en los últimos años, fueron razones suficientes para que los Directivos del Departamento Médico planifiquen la construcción y equipamiento del Hospital, de acuerdo con las últimas exigencias, para prestar el mejor servicio a los afiliados ecuatorianos.

El 30 de mayo de 1970 se dio un paso fundamental en la historia de Ecuador y se estableció un hito en la Seguridad Social del país. El Hospital Carlos Andrade Marín abrió sus puertas en el edificio de mayor magnitud construido hasta ese momento, con equipamiento de avanzada tecnología y el recurso humano capacitado, garantizando la atención de salud a los afiliados y jubilados del IESS, ubicándose a nivel de los mejores centros hospitalarios de Latinoamérica. en la presidencia del doctor José María Velasco Ibarra (Hospital Carlos Andrade Marín, 2014).

En la actualidad a nivel nacional se tienen un total de afiliados y beneficiarios de 6.160.418 según el Instituto Nacional de Estadística y Censos – Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo, Octubre 2014; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

El HCAM oferta servicios de atención ambulatoria, hospitalización (en áreas clínica y quirúrgica), servicios de ambulancia, cuidados intensivos (adultos y pediátricos), emergencias (incluyendo pediátricas), radiocomunicación y triage; sintetizando así la variedad de servicios con los que dispone el Hospital. En lo correspondiente a la atención ambulatoria, se cuenta con la disponibilidad de consultas externas en diversas especialidades médicas, las 24 horas. Así también se dispone de servicios de laboratorio clínico, laboratorio de biología molecular (estudios de cromosomales), e imagenología (radiología básica, radiología convencional, TAC simple y contrastada, resonancia magnética simple y contrastada, estudios de intervencionismo, medicina nuclear, entre otros) (Hospital Carlos Andrade Marín, 2014).

2.7.2. Misión, Visión y Valores del Hospital Carlos Andrade Marín

Misión .Como hospital de tercer nivel es brindar atención de salud especializada a través de estándares nacionales e internacionales para los afiliados derecho habientes de la seguridad social y beneficiarios de la Red Pública Integral de Salud contribuyendo al Buen Vivir.

Visión. En el 2017, ser reconocidos a nivel nacional por la excelencia en la atención especializada promoviendo una cultura de mejora continua, fomentando la investigación científica y docencia dentro de las instalaciones modernas, dotadas con equipamiento especializado y tecnología de punta a fin de garantizar mejores condiciones de la población atendida.

Valores Institucionales. El servicio hospitalario debe estar íntimamente relacionado con la comunidad y para ello, debe establecer relaciones de trabajo eficaces y amplias, las mismas que se rigen por los principios de honestidad, vocación de servicio, trabajo, compromiso y solidaridad, con el fin de cubrir la atención de las necesidades individuales y colectivas, en pro del bien común.

2.7.3 Localización

En la Provincia de Pichincha, cantón Quito, parroquia Santa Prisca, en la Av. 18 de Septiembre S/N y Ayacucho. (Hospital Carlos Andrade Marín, 2014).

2.8. Marco Legal

El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, mediante sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada mediante la experiencia, la investigación y la educación continua. Esta responsabilidad tanto para el profesional de enfermería como para el paciente está orientada a reglamentos nacionales como internacionales. El ministro de salud pública a través de la Constitución de la República del Ecuador manda:

Art. 6.- Todas las ecuatorianas y los ecuatorianos son ciudadanos y gozarán de los derechos establecidos en la Constitución. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 32.- (Constitución de la República del Ecuador , 2008) La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que

sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente (Constitución de la República del Ecuador., 2008).

2.9. Marco ético

Teniendo en cuenta las normas de investigación se guardarán bajo la estricta confidencialidad los datos obtenidos en la investigación, se reservará nombres; de igual forma se ha leído el consentimiento informado a cada uno de los participantes en esta investigación y los cuales participaron libremente.

Esta investigación se rige bajo parámetros y estándares internacionales en la cual no hay manipulación a ningún ser humano por lo tanto no causa daño ni físico ni psicológico a ningún participante. (CONAMED, s/f)

CAPITULO III. Marco Metodológico

3.1 Tipo y diseño de estudio

3.1.1 Cuantitativa mediante la identificación de los elementos de investigación que conforman el problema, cuantificando las variables a evaluar en el estudio en un momento particular. Los fenómenos observados se expresan en porcentajes.

3.1.2 Descriptivo se basa en el análisis descriptivo, basado en la observación de cada uno de los participantes, mediante un seguimiento riguroso para la obtención de los datos en esta investigación.

3.1.3 Transversal mediante este diseño de investigación se recolectó datos en un solo momento y en un tiempo único (la recolección de datos se realizó en el mes de noviembre en los turnos de la mañana 7am-13pm; tarde 13pm-19pm: velada 19pm -7 am simultáneamente), el propósito de este método fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.2 Unidad de observación

A través de la observación se recogió la información mediante fuentes directas e indirectas. Directas con la observación de la atención del profesional de enfermería al paciente, e indirectas a través del Sistema AS400 y los (kardex) documentos que el profesional de enfermería utilizó para registrar la medicación administrada o por administrar al paciente.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Corresponde a los todos los 60 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín. Según las estadísticas del censo diario laboran 11 enfermeras por turno.

3.3.2. Muestra

Corresponde a las 50 enfermeras(os) que administraron medicación con prescripción de analgesia inmediata (stat), en los meses de Octubre a Noviembre en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, y los pacientes que ingresaron a este servicio en este momento de la investigación.

3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

- Enfermeras que administran analgesia inmediata servicio de emergencia. en el Hospital Carlos Andrade Marín.
- Enfermeras que libremente desearon participar.
- Lectura del consentimiento informado.
- Pacientes que desearon participar en este estudio

Criterios de Exclusión

- Enfermeras que realizan actividades administrativas.
- Enfermeras que no deseaban participar en el estudio.

3.5 Técnicas e Instrumentos

3.5.1 La Encuesta fue aplicada a los profesionales de enfermería.

- Para identificar el conocimiento, la existencia y aplicación de protocolos de analgesia.
- Identificar las causas del retraso en la administración de analgesia
- Observar sobre los instrumentos que utiliza la enfermera(o) para valorar el dolor a los pacientes.

3.5.2 Observación mediante guías de campo, sobre la administración de medicamentos por parte del profesional de enfermería. Se identificara :

- Si el profesional de enfermería cumple con los 10 correctos en la administración de los medicamentos analgésicos.
- Cuando aplica las escalas para valorar la intensidad del dolor.
- Registro en la historia clínica de la medicación administrada.
- El tiempo que demora para la administración de la medicación analgésica.
- Cuáles son las causas para que no se haya administrado la medicación a la hora programada.

Instrumento que utiliza para el proceso de mantenimiento de medicamentos e insumos en el servicio.

3.5.3 Revisión Documental a través:

Mediante la historia clínica electrónica AS400 donde se chequea el cumplimiento de la prescripción médica de analgesia inmediata y el manual de procedimientos de enfermería que permitirá verificar la existencia de protocolos de valoración y manejo del dolor.

3.6. Variables

3.6.1 Variables de estructura

- Existencia de protocolos de manejo de paciente con dolor.
- Disponibilidad de insumos para la administración de la medicación en el servicio.

3.6.2 Variables de proceso

- Variabilidad en la administración de medicamento.

- Identificación de los diagnósticos de la NANDA con respecto al manejo del dolor.
- Registro de la administración de medicamentos (Kardex – sistema electrónico AS400).

3.6.3 Variables de resultado

- Administración de la dosis de analgesia.
- Efectividad del medicamento mediante la valoración de escalas del dolor
- Puntualidad de la administración de medicamentos analgésicos.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos obtenidos en los instrumentos de investigación se realizara en una base de Excel y se procesara obteniendo resultados preliminares de la investigación, obtenidos mediante porcentajes, se utilizará la estadística descriptiva teniendo en cuenta las variables, obteniendo una desviación estándar y la media de los resultados; con un porcentaje de confiabilidad de los datos del 95%.

Tabla 5 .Operacionalización de variables de administrativa y estructura.

Concepto	Variable	Tipo de variable	Operacionalización	Indicador	Instrumento	Fuente de información
Administración de medicamentos inmediata	Información de protocolos de analgesia inmediata establecido institucionalmente	Estructura Estructura	Existe protocolos de preparación, administración y registro de medicamentos? Existen protocolos de valoración y manejo del dolor en el servicio.	Existencia del manual del servicio en donde consta protocolos de administración enteral y parenteral de medicamentos. Existencia de escalas de valoración de dolor. Hallazgos de protocolos en disminuir el dolor. Se identificó con la opciones de SI-NO donde "si" significó que existía tal documento y "No" que no existía.	Encuesta Lista de chequeo	Documentos institucionales. Manual de procedimientos.
	Observador Disponibilidad de insumos en la administración de analgesia stat(Inmediata)	Estructura	Disponibilidad de insumos para la administración del medicamento analgésico en el servicio.	Se verificó si la enfermera disponía de la dosis del medicamento analgésico prescrito en el momento que iba a ser administrado. Se evaluó con la opciones de SI-NO, donde "SI" correspondió a que estaba disponible la dosis y "NO" a que no estaba disponible la dosis del analgésico formulado.	Lista de chequeo	Observador

Adaptado de: datos de la presente investigación, 2014

Tabla 6. Operacionalización variables de proceso

Concepto	Variable	Tipo de variable	Operacionalización	Indicador	Instrumento	Fuente de información
Oportunidad en la administración de medicamentos	Observación de la variabilidad del proceso de administración de analgésicos inmediata por parte del profesional de enfermería	Proceso	A través de la observación se evaluó las actividades del proceso de administración de medicamentos que no fueron realizadas por el profesional de enfermería, luego se precedió a registrar en la lista de chequeo.	Porcentaje de cumplimiento del proceso de preparación, administración y registro de medicamento mediante la aplicación de protocolos establecidos por la NANDA	Lista de chequeo.	Listas de verificación, del proceso de preparación, administración y registro de medicamentos.
	Puntualidad en la administración de medicamentos	Proceso	El tiempo se evaluó entre la prescripción médica de administración de algesia inmediata registrada en el sistema AS400 hasta el momento de su	Puntualidad en la administración de medicamentos	Lista de chequeo	La fuente fue el observador, quien registro en el formato de observación la hora en la que

			administración por parte del profesional de salud. Se consideró impuntual la administración cuando la diferencia entre la hora programada de administración del medicamento y la hora de administración, fue superior a 30 minutos.			efectivamente se hizo la administración.
	Identificación de los diagnósticos de la NANDA con respecto al manejo del dolor.	Proceso	Mediante la taxonomía NANDA el profesional de salud planifica sus actividades para disminuir el dolor al paciente.	Se verifico la aplicación de protocolos determinados por la NANDA para las intervenciones específicas de enfermería.	Lista de chequeo	Observador

Adaptado de: datos de la presente investigación, 2014.

Tabla 7: Operacionalización variables de resultado.

Concepto	Variable	Tipo de variable	Operacionalización	Indicador	Instrumento	Fuente de información
Administración de la dosis analgésica Efectividad del medicamento.	Valoración inicial del dolor Evaluación de los efectos del medicamento.	Resultado	Número de eventos en que se realiza la valoración del dolor mediante las escalas(EVA, numérica)	Se verificó la ocurrencia de eventos de la valoración inicial del dolor y de la efectividad del medicamento mediante escalas).	Lista de chequeo	Se revisó la historia clínica del paciente en el sistema AS 400, en busca de registros en donde indicara que el paciente había sido prescrito analgesia stat, y se verifico el cumplimiento en el registro del kardex.

Adaptado de: datos de la presente investigación, 2014.

CAPITULO IV. Resultados

4.1 Análisis y representación de datos

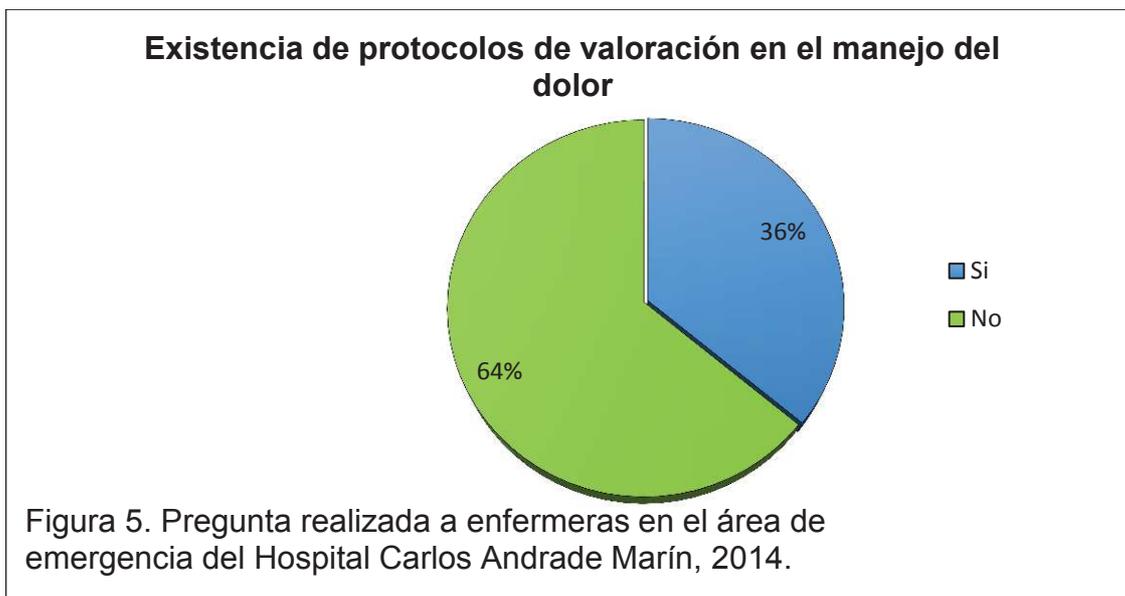
Teniendo en cuenta la investigación, se aplicó instrumentos de medición en el área de emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín, haciendo un seguimiento a los profesionales de Enfermería que libremente decidieron participar en la investigación.

Una vez debidamente tabulados y analizados los datos se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 8. Existencia de protocolos de analgesia.

¿Conoce la existencia de protocolos de valoración y manejo del dolor en este servicio de emergencias?		
Frecuencia	Enfermeras	Porcentaje
Si	18	36 %
No	32	64 %
Total	50	100 %

Representación Gráfica

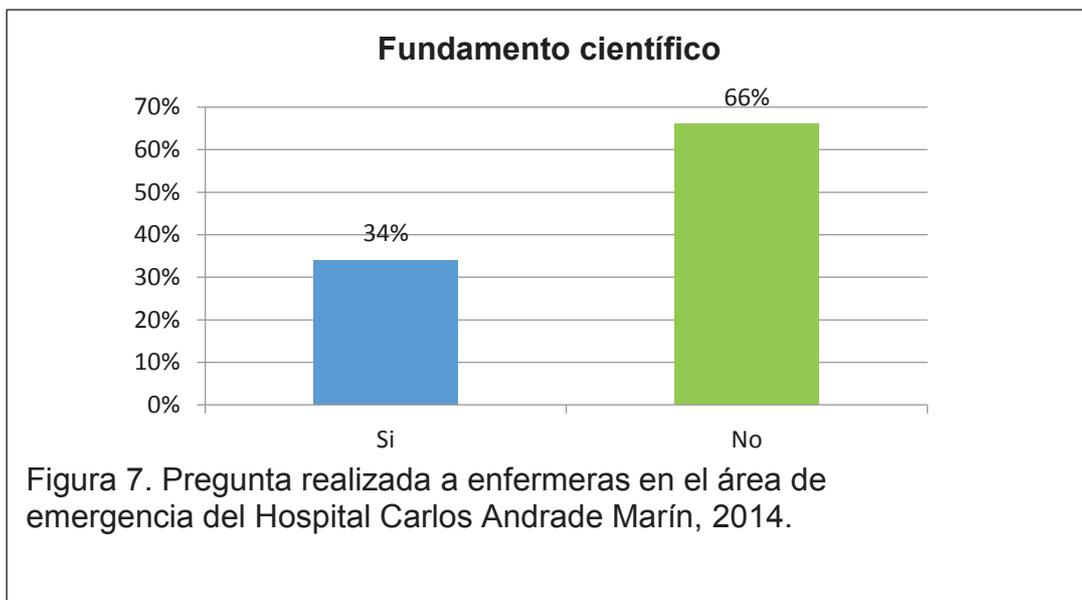
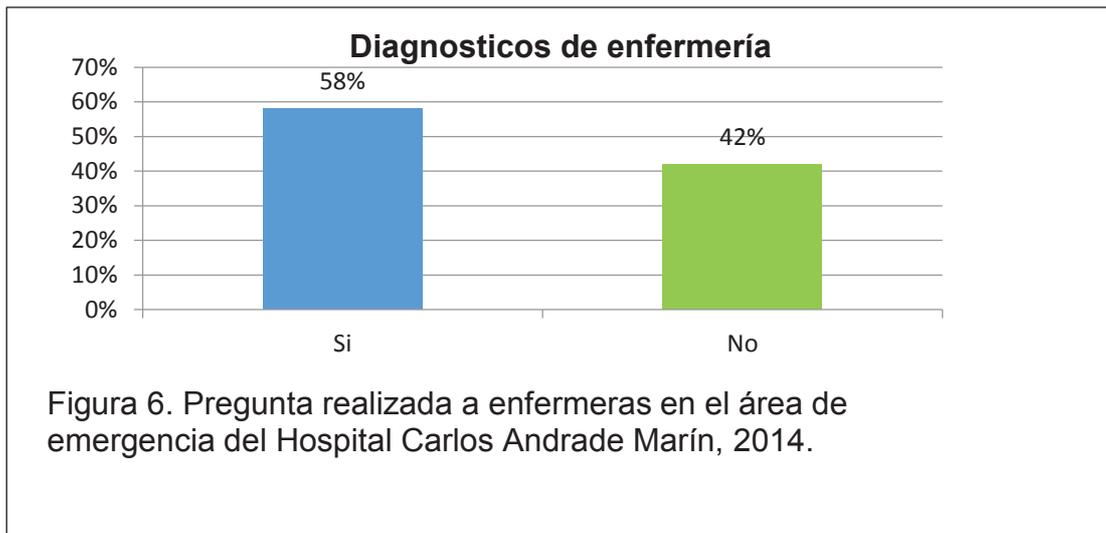


Análisis

Se puede identificar que alrededor del 64% de los profesionales de enfermería no conocen la existencia de valoración en el manejo del dolor; mientras un 36 % conocen la existencia del protocolo.

Tabla 9. Características del protocolo manejo del dolor (NANDA).

Taxonomía NANDA		
Diagnósticos	Enfermeras	Porcentaje
Si	29	58 %
No	21	42 %
Total	50	100 %
Fundamento científico	Enfermeras	Porcentaje
Si	17	34 %
No	33	66 %
Total	50	100 %



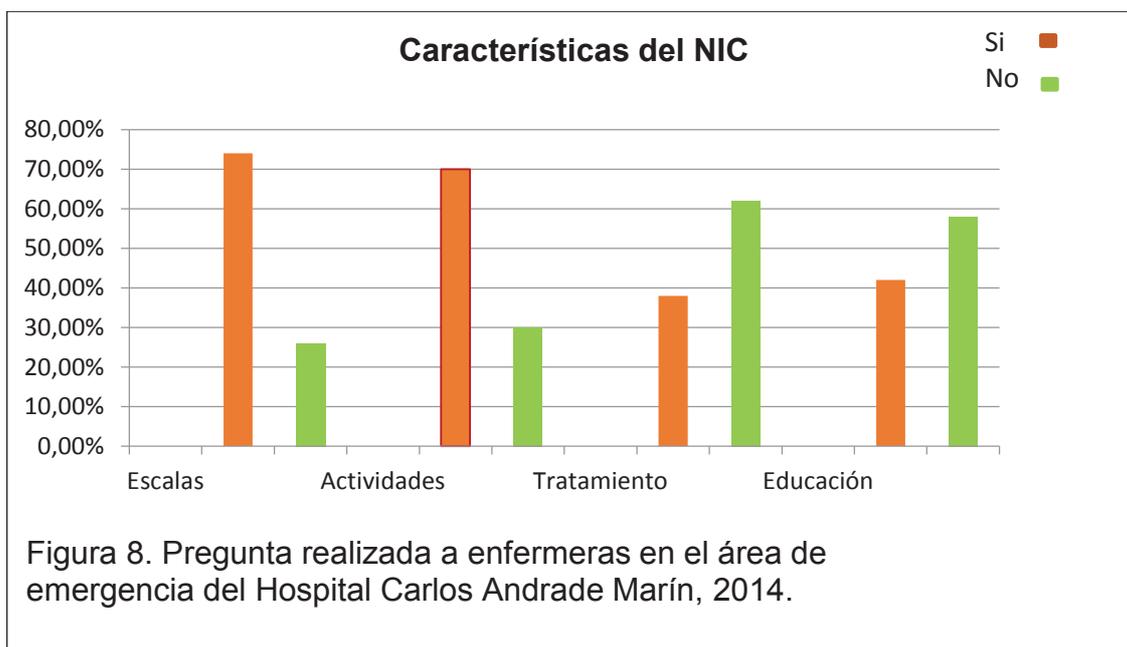
Análisis

En el estudio se obtiene que el 58% consideran que la Taxonomía NANDA corresponde a los diagnósticos de enfermería mientras que el 34% opina que es el fundamento científico.

Tabla 10. Características del Protocolo manejo del dolor (NIC).

(NIC) Intervención de Enfermería	Enfermeras	Porcentaje
Escalas		
Si	37	74
No	13	26
Actividades		
Si	35	70
No	15	30
Tratamiento		
Si	19	38
No	31	62
Educación		
Si	21	42
No	29	58

Representación Gráfica



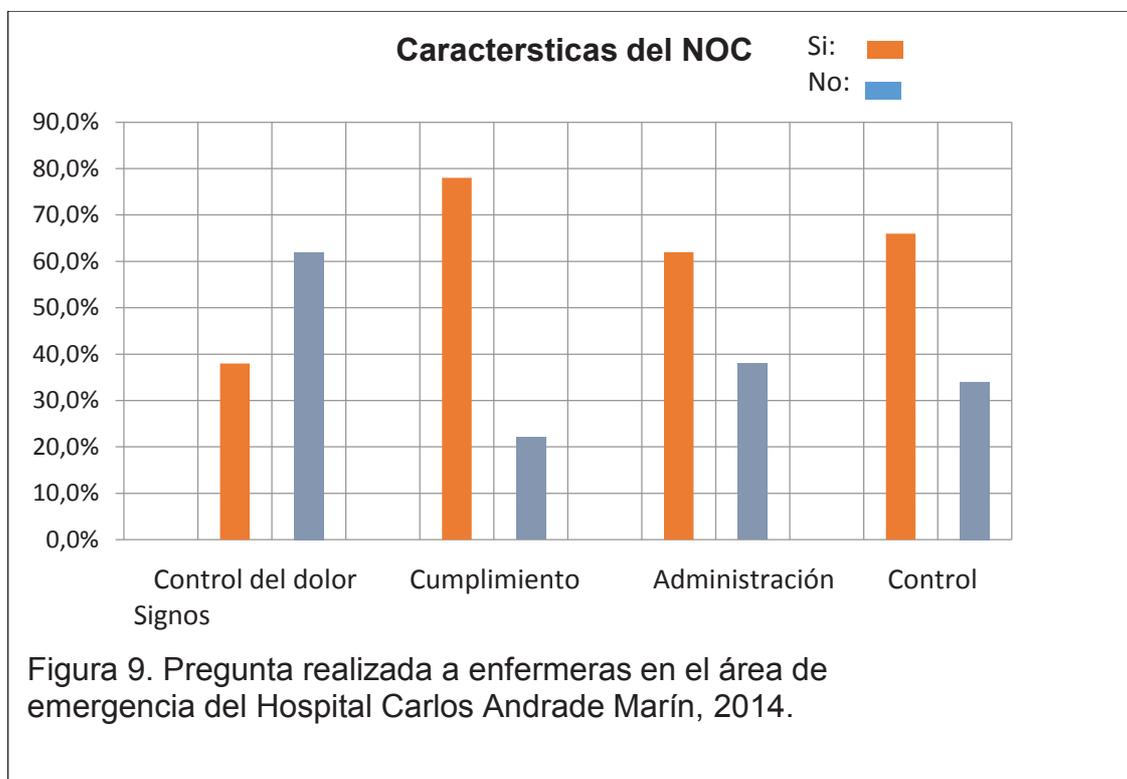
Análisis

Con respecto a las características que debe contener un plan de cuidado sobre el dolor para su correcto manejo, está el (NIC) Intervenciones de Enfermería, el 74% de los profesionales de enfermería opinan que si debe contener el uso de escalas del dolor; al igual que las actividades de los procedimientos con el 70% y también la educación al paciente y familia con un 42% ; mientras en el tratamiento farmacológico el 62% opina que no debe tenerlo porque es competencia de los médicos.

Tabla 11. Características del protocolo manejo del dolor (NOC).

Características NOC	Enfermeras	Porcentaje
Control del dolor		
Si	19	38
No	31	62
Cumplimiento medicación		
Si	39	78
No	11	22
Administración de analgésicos		
Si	31	62
No	19	38
Controlar los signos vitales		
Si	33	66
No	17	34

Representación Gráfica



Análisis

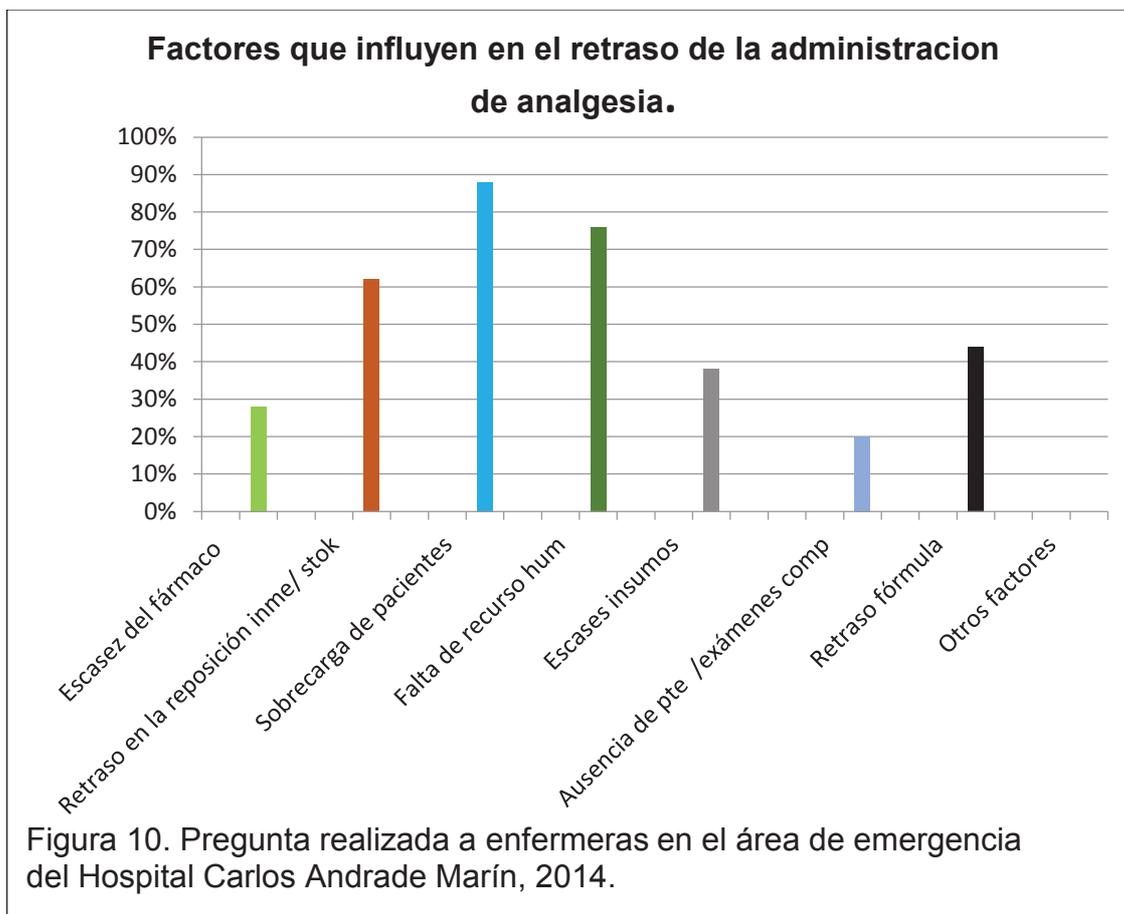
Según la información dada por los profesionales de enfermería, con respecto al NOC en la elaboración de un plan de cuidado del manejo del dolor, consideran un 62% que no es una característica del NOC el control del dolor; en cambio como características del NOC consideran al cumplimiento de la medicación en un 78% y la administración de analgesia en un 62% y el control de los signos vitales en un 66%. Tabla 11.

Tabla 12. Factores que retrasan la analgesia inmediata.

Factores	Enfermeras	Porcentaje
	50	100
Escasez del fármaco		
Si	14	28
No	36	72
Retraso en la reposición inme/ stok		
Si	31	62
No	19	38
Sobrecarga de pacientes		
Si	44	88
No	6	12
Falta de recurso hum		
Si	38	76
No	12	24
Escases insumos		
Si	19	38
No	25	50
No responde	6	12
Ausencia de pte /exámenes comp		
Si	10	20
No	40	80
Retraso fórmula		
Si	22	44
No	27	54
No responde	1	2

Otros factores		
Si	0	0
No	1	2
No responde	49	98

Representación Gráfica



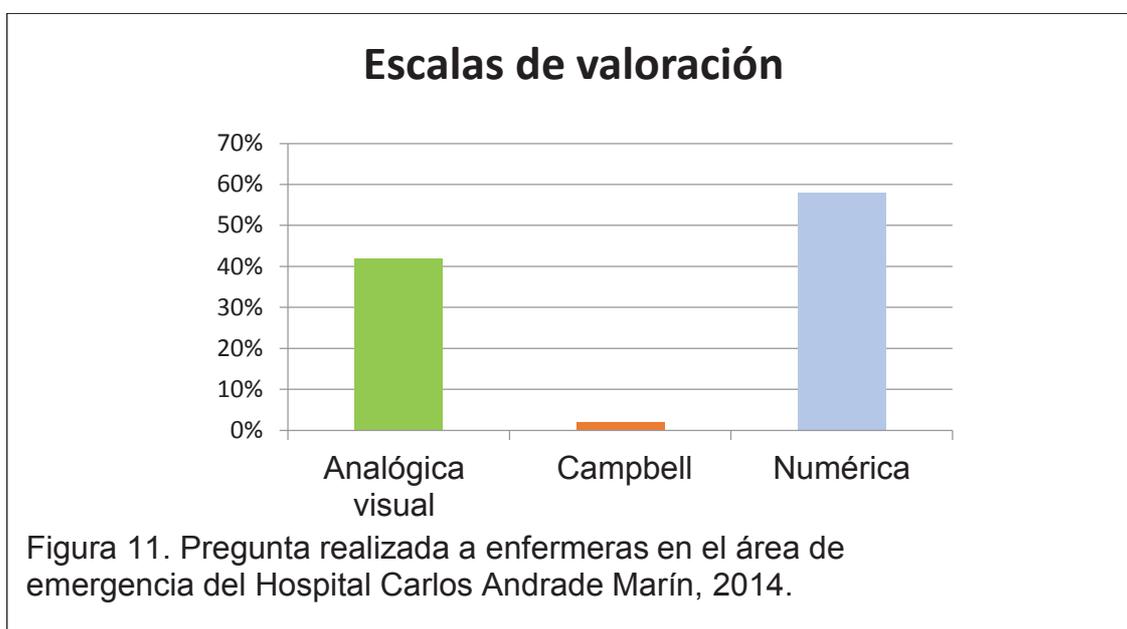
Análisis

En la Tabla 12 se aprecian los factores que retrasan la analgesia, entre ellos se encuentran lo siguiente: el 62% considera que la reposición del fármaco del stock de medicamentos no se lo hace inmediatamente, posiblemente a factores como sobrecarga de trabajo específicamente por la asignación de pacientes 88%. Otro factor que consideran importante es la escasez del recurso humano en un 76%; Otra de las causas por las cuales retrasan la administración de la analgesia en un 44% consideran que hay retraso en el despacho de la fórmula de medicación del paciente y solo un 20% opina que existe un retraso porque el paciente está ausente debido a la toma de exámenes complementarios y un 38% es por la escasez de insumos y el 72% opina que no es por la escasez del fármaco.

Tabla 13. Uso de escalas del dolor.

ESCALAS	ENFERMERAS	PORCENTAJE
	50	100
Analógica visual (EVA)		
Si	21	42
No	27	54
No responde	2	4
Escala Campbell		
Si	1	2
No	48	96
No responde	1	2
Numérica		
Si	29	58
No	20	40
No responde	1	2

Representación Gráfica



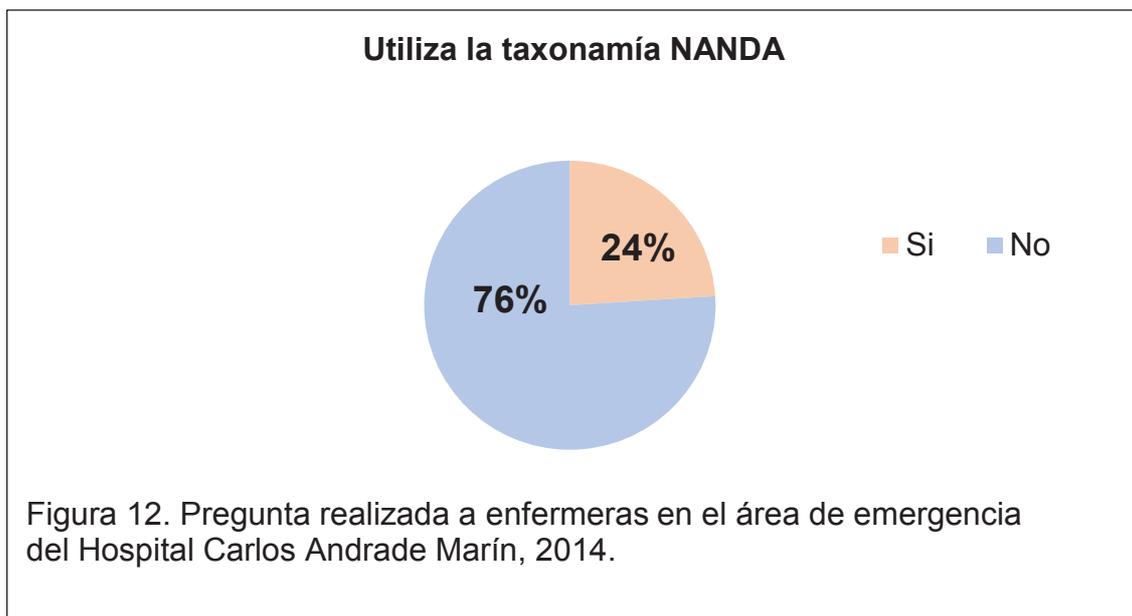
Análisis

En cuanto al uso de las escalas del dolor por parte del personal de enfermería en el servicio, es la escala Numérica y la analógica es la que tienen un uso más alto en relación a las otras escalas evidenciándose que apenas el 50% lo usa, las demás escalas no son de manejo del personal. Tabla 5.

Tabla 14. Utilización de la taxonomía NANDA en las intervenciones de enfermería del servicio de emergencia.

Características	Enfermeras	Porcentaje
Existencia	50	100%
Si	12	24%
No	38	76%

Representación Gráfica



Análisis

En el reporte de la utilización del lenguaje de la taxonomía NANDA en las intervenciones de enfermería se evidencia que solo el 24% lo establece.

Tabla 15. Tiempo promedio entre la valoración del dolor y administración de analgesia.

	10 MINUTOS	30 MINUTOS	MAS DE 30
Media	25	25	25
Error típico	10	9	8
Mediana	25	25	25
Moda	NA	NA	NA
Coefficiente de varianza	0,56568542	0,50911688	0,45254834
Desviación estándar	14,1421356	12,7279221	11,3137085
Varianza de la muestra	200	162	128
Rango	20	18	16
Mínimo	15	16	17
Máximo	35	34	33
Suma	50	50	50
Cuenta	2	2	2
Nivel de confianza(95,0%)	127,062047	114,355843	101,649638

Representación Gráfica



Análisis

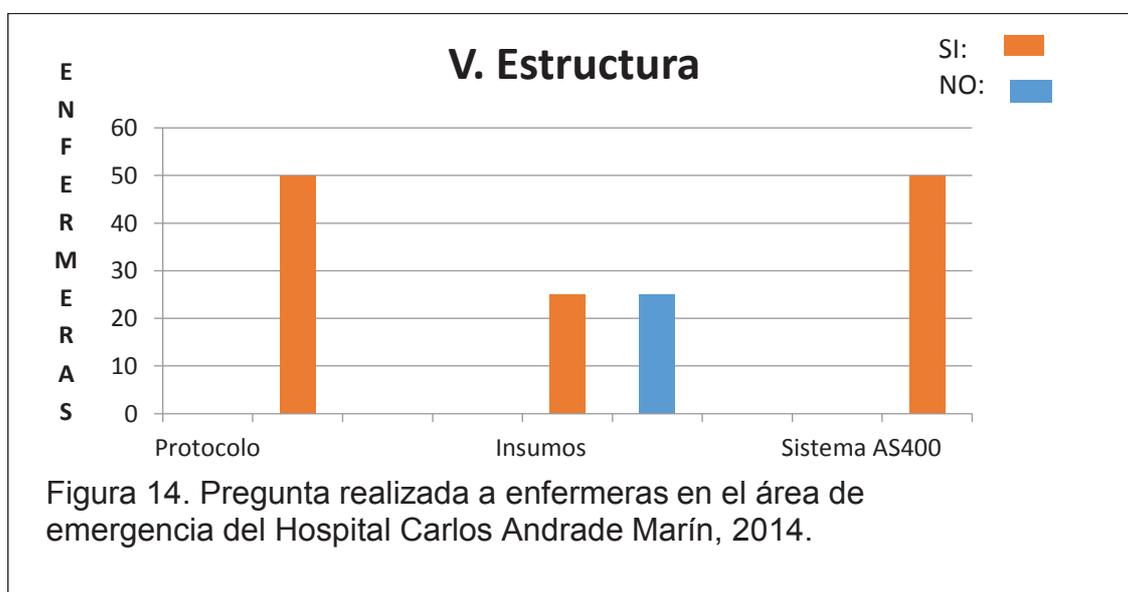
En la Tabla 15; el tiempo promedio en disminuir que transcurre entre la valoración del dolor y la administración de la medicación analgésica en los pacientes ingresados en el servicio de emergencia por parte del profesional de enfermería es de 25 minutos con una Desviación estándar (promedio de 14,1; 12,7 y ;11,3), que se evidencia una desviación hacia la izquierda nivel de confianza del 95%.

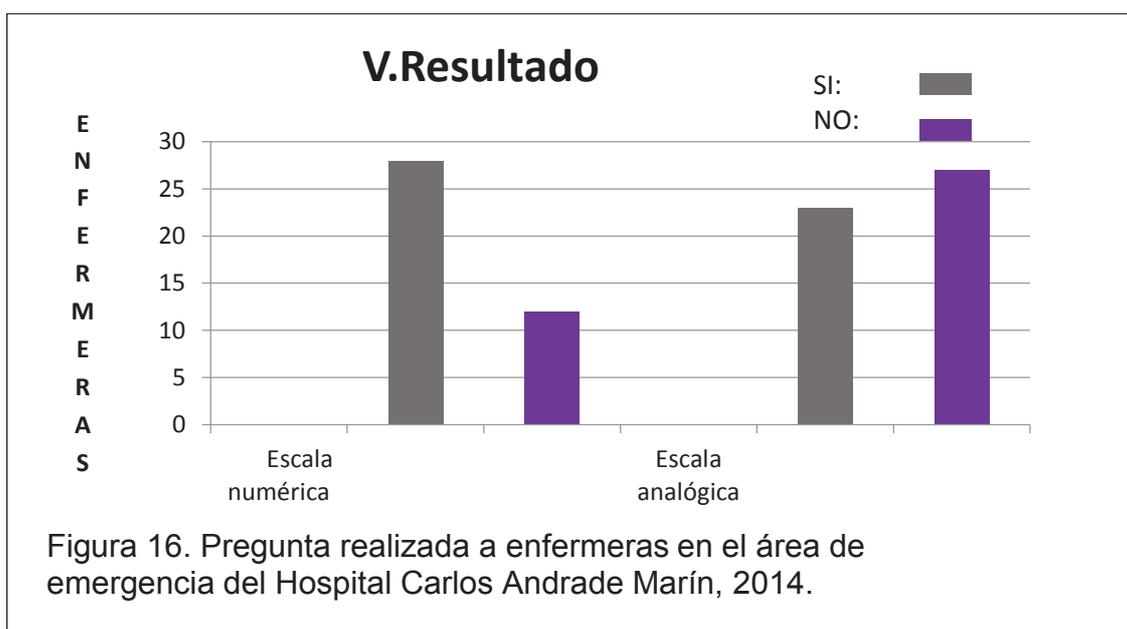
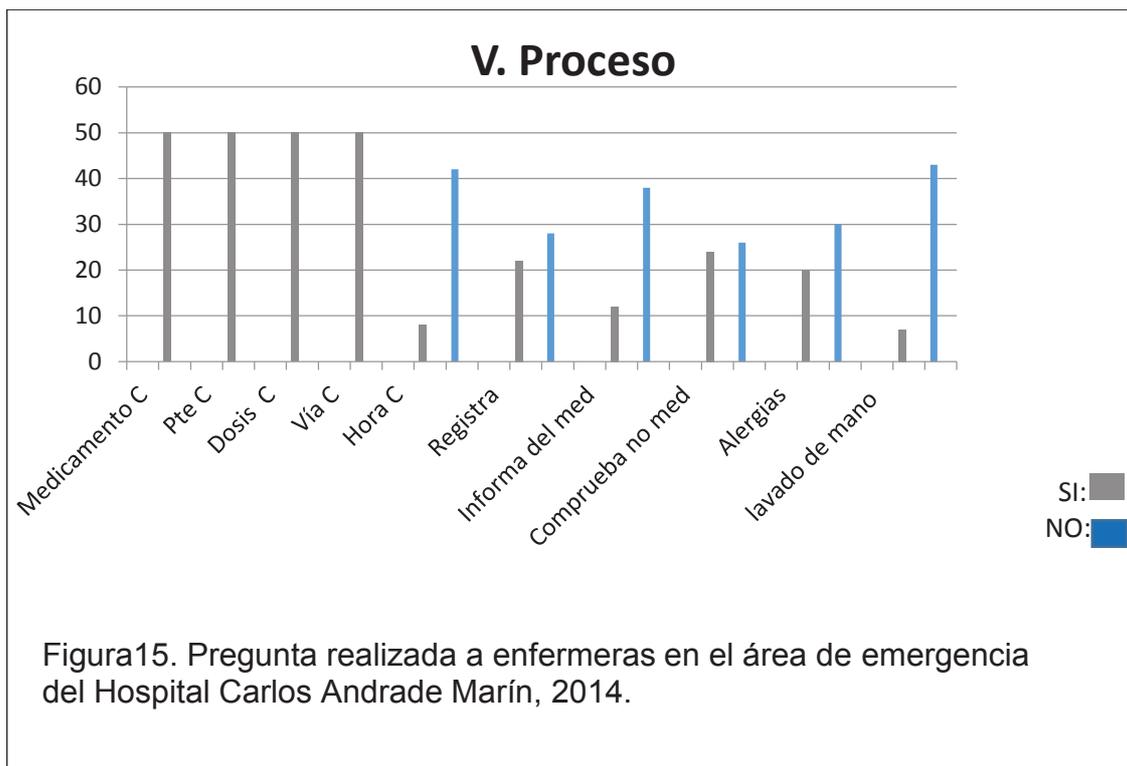
Tabla 16. Actividades de estructura, proceso, resultado con respecto a la analgesia.

Actividades	Total	%
	50	100
Estructura		
Existencia protocolo admin. de medicamentos		
Si	50	100
No	0	0
Existencia disponibilidad de insumos		
Si	25	50
No	25	50
Ingresa al sistema AS400		
si	50	100
Proceso		
Admon el medicamento correcto		
Si	50	100
Admon medicamento a pte indicado		
Si	50	100
Admon dosis correcta		
Si	50	100
Admon medicamento vía correcta		
Si	50	100
Admon medicamento hora correcta		
Si	8	16
No	42	84
Registra medicamentos		
Si	22	44
No	28	56

Informa e instruye sobre el medicamen/		
Si	12	24
No	38	76
Comprueba no toma otra medicación		
Si	24	48
NO	26	52
Investiga alergias o interacción medic/		
Si	20	40
No	30	60
Se lava a mano antes de lavar las manos		
Si	7	14
No	43	86
Resultado		
Escala numérica		
Si	28	56
No	12	24
Escala analógica		
Si	23	46
No	27	54

Representación Gráfica





Análisis

Los resultados sobre actividades de estructura con respecto a la administración de la analgesia se tiene en cuenta si hay existencia de un protocolo para la administración de medicamentos se observa que el 100% de los profesionales de enfermería afirman que si existe como efectivamente lo

afirman en los primeros aportes de este análisis. Consideran que hay existencia de insumos para garantizar la administración de la analgesia el 50%. Ingresa al sistema AS400 y revisa la prescripción médica de la administración de la analgesia previa a su administración el 100%.

En el proceso de la administración de la analgesia se debe conservar los 10 correctos entre los cuales los hallazgos son:

- Administración del medicamento correcto el 100% opina que hay certeza al hacer esta actividad con el paciente. Así como en la administración del medicamento al paciente indicado, dosis correcta vía correcta.
- En cuanto a la hora correcta el 84% opina que no lo hace posiblemente sea por la sobrecarga de trabajo.
- El registro de medicamentos no lo hace el 56%.
- Informa e instruye al paciente sobre la medicación lo hace el 24%.
- Comprueba que toma o no toma otra medicación el 48%.
- Investiga alergias e interacción con medicamentos el 40%.
- No se lava las manos el 86%.

Con respecto a la parte de resultado de la administración de la analgesia se obtiene que si utiliza la escala numérica para evaluar el dolor en el 56%; la escala analógica lo usa el 46%

CAPITULO V. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- La administración de analgesia inmediata brinda comodidad y bienestar en la calidad de atención al paciente, de ahí la necesidad de actualización de protocolos utilizando un lenguaje estandarizado basado en la taxonomía NANDA ,NIC y NOC.
- De acuerdo a los resultados de la investigación se comprobó la existencia de protocolos de administración de medicamentos, documento que no está actualizado ya que solo redacta 5 formas correctas de administrar medicamentos y en la actualidad se está usando 10 formas, basados a estándares de atención de calidad que indican organismos de acreditaciones de hospitales como por ejemplo la Joint Commission.
- En el servicio de emergencia carece de protocolos de valoración y manejo del dolor para el profesional de enfermería.
- El tiempo que transcurre entre la valoración del dolor y la administración de la medicación analgésica en los pacientes ingresados en el servicio de emergencia por parte del profesional de enfermería es de 25 minutos.
- Los profesionales de enfermería conocen y manejan algunas escalas del dolor, la más conocida aunque subjetiva es la numérica de igual forma la analógica.
- Con respecto a los factores que retrasan la analgesia, consideran que el factor principal es la sobrecarga de pacientes, debido a la falta de recursos humanos, de igual forma el retraso en la reposición inmediata del stock de medicamentos, debido a que no es fácil un remplazo.
- En cuanto a procesos de estructura, administrativas, resultado con respecto a la analgesia se encuentra que el 100% se rige al sistema AS400 el cual comprueba la administración del medicamento previamente, siguiendo los 10 correctos para la administración de medicamentos, siendo del cumplimiento del 100% en cuanto

administración de medicamento, dosis, vía, paciente correcto. La hora correcta por sobrecarga de trabajo se ve afectada, así como el registro en la historia correspondiente con un 84% y 56% respectivamente. El 86% no se lava las manos antes de administrar medicamentos, actividad que deberán promover en el equipo de profesionales. Evalúan el resultado con la escala del dolor.

5.2 Recomendaciones

Basados en la bibliografía actual sobre el tema, los resultados obtenidos y también los principios básicos de administración de analgesia, se puede hacer las siguientes recomendaciones.

- Aplicar protocolos de analgesia capaz de unificar conocimientos en el manejo de pacientes con dolor.
- Unificar escalas de valoración del dolor
- Proponer el uso del plan de cuidados como método sistematizado para el análisis, planificación y ejecución en la administración analgésica, basados en la taxonomía NANDA.
- Socializar con los profesionales de enfermería las 10 formas correctas de administración de medicamentos.

Referencias

- Adriana, T. (2011). *Havard :Fármacos en enfermería* (Vol. IV). México: El manual moderno.
- Aisa, Á. P. (2 de Septiembre de 2012). *Agencia Sanitaria Costa del Sol* . (Unidad de Digestivo) Recuperado el 5 de septiembre de 2014, de http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/antiinflamatorios_no_esteroideos_aines.pdf.
- Alonso Aperador, L., & Ardizzone, I. (curso 2012-2013). Escala Visual Analógica. Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (10 de Octubre de 2008). Constitución Política del Ecuador. 2008. Quito, Pichincha, Ecuador: Diario Oficial 449.
- AZACOT. (20 de febrero de 2012). *Asociación Zamorana de Traumatología y Cirugía Ortopédica*. (A. Fernández Prieto, Editor) Recuperado el 12 de Abril de 2015, de <http://www.traumazamora.org/index.html>.
- BIREME. (1967). *Biblioteca Virtual en Salud*. (OPS-OMS) Recuperado el 26 de Abril de 2014, de <http://www.bireme.br/php/index.php>.
- Bond, M. (2009). *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recurso*. Recuperado el 24 de DICIEMBRE de 2014, de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf.
- Boyer, M. J. (2009). *Matemáticas para enfermeras* (Vol. 2). México: El Manual Moderno.
- Briega, R. M. (2010). Escalas de valoración del dolor. *VOL. LXVIII* (1.553 4).
- Brodie, D. (1986). Drug use control: Keystone to pharmaceutical service. *Drug intell clin pharma*, 2, 116-117.
- Bulgarin Gonzalez R, F. O. (2008). *Guía de actuación en urgencias*. Lima: 3 ed.A.Coruña:Ofelmege:2008.
- C. Jaramillo, E. M. (1997). Dolor Postoperatorio. *I*(10).
- Caro, S. (15 de MAYO de 2009). *Enfermería: Integración del cuidado y el amor*. (SCIELO) Recuperado el 21 de NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a14>.

- Cassileth, B., & Gubili, J. (2005). Terapias complementarias para el manejo del dolor. En A. Kopf, & N. Patel, *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos*. ashington. D,C.
- Centro Nacional de excelencia Tecnológica en Salud. (2010). Tratamiento Farmacológico del dolor neurítico en mayores de 18 años. Guía práctica clínica. 57.
- Chiriboga, D. (junio de 4 de 2011). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 1 de agosto de 2014, de http://www.lacamaradequito.com/uploads/tx_documents/prorrogadeplazo parapermisosdefuncionamiento.pdf.
- CONAMED. (s/f). *Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas*.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (3 de noviembre de 2005). *Código Deontológico para la profesión de enfermería*. Obtenido de <http://www.unav.es/cdb/intenfermeras.html>.
- Constitución de la República del Ecuador . (2008). *Capítulo II, Sección 7, Art. 32*. Quito.
- Corea, S. (2008). Asamblea General. *Declaración de Helsinki*.
- Delgado, A. (1999). bbbbbb. *avances de enfermeria*.
- Espinoza J, G. (Agosto de 2013). *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, On-line ISSN 0719-0107. (SCIELO) Recuperado el 25 de agosto de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072013000200006&script=sci_arttext.
- ESRA. (2012). *Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor*. Recuperado el 19 de enero de 2015.
- Fisioterapia, R. P. (2014). Escalas unidimensionales del dolor. 2(3).
- FUINSA. (28 de Abril de 2010). *Plataforma sin dolor*. Recuperado el 2 de Diciembre de 2014, de http://www.plataformasindolor.com/grt-plataforma-sindolor/Plataforma_SinDolor/El_Dolor/97800020.jsp.
- García, U. E. (diciembre de 2011). *ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS*

TRANSPERSONALES. (SCIELO) Recuperado el 21 de noviembre de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002.

General, A. (2008). Declaración de Helsinki.

Girón, N., & Alessio, R. (octubre de 1997). Recuperado el 5 de Septiembre de 2013, de Logística del suministro de medicamentos: http://evirtual.uasp.mx/FCQ/farmaciahospitalaria/Documents/logistica_SM.pdf.

Grünenthal, f. (octubre de 2011). *Evaluacion y diagnostico de dolor*. (Universidad de Salamanca) Recuperado el 5 de abril de 2014, de http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Evaluaci%C3%B3n+y+diagn%C3%B3stico+del+Dolor+.pdf?fileID=58100187&cacheFix=1238142501000&__k=2ab94fe2ebba2f211db6d558c5ab3da1.

Herrera Silva, J., Rodriguez Montallana, J., Contreras de la Fuente, D., De la Torre Liebáños, R., Gómez Armenta, F., Linares del Rio, F., y otros. (2012). Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad autónoma Andalucía. *Revista Española del dolor*, 234-251.

Hospital Carlos Andrade Marín. (2014). *IESS*. Recuperado el 2 de diciembre de 20, de <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321613/PMF+HCAM.pdf>

I. Latorre Marcoa, M. S. (2011). Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor . 22(1).

I., S. (1989). *Enfoque integral del proceso de suministro de medicamentos y otros insumos*. Washington.

IASP. (2010). *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recurso*. Recuperado el 21 de Diciembre de 2014, de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf.

Ibarra, E. (4 de Junio de 2012). Una Nueva Definición de "Dolor". Un Imperativo de Nuestros Días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, vol.13(n.2), 65-72.

- Joint Commission. (1 de enero de 2011). *Estándares para la acreditación de*, 4. (Oakbrook Terrace) Recuperado el 20 de agosto de 2014, de <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>.
- Kopf, Andreas; Patel, Nilesh B. Asociación Internacional del dolor . (2005). *GUIA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN CONDICIONES DE BAJOS RECURSOS*.
- Kozier, B. (2010). *Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y Práctica* (9 na ed., Vol. 2). México, México: Mc Gran Hill.
- L.Morales Goyanes, C. M. (2012). Analgesia. En B. Somoza, M. Cano, & P. Guerra, *Farmacología en enfermería casos clínicos*. España: Médica Panamericana,S.A.
- Latorre, M., & Solís, M. (2011). Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor. 22(1).
- Lazcano, H. (mayo de 2008). *Normativas para una administracion de medicamentos segura*. Recuperado el 28 de octubre de 2013, de <http://www.hospitalsoterodelrio.cl/home/files/calidad/prot04.pdf>.
- Leslie, E., María, N., Tomás, R., & Andresen, M. (2012). Consideraciones farmacocinéticas en el paciente crítico. 140(6).
- Medrano García, R., Varela Hernández, A., De la Torre Roses, M., & Mendoza Cisneros, R. (Julio-Agosto de 2010). Propuesta de Modificación del algoritmo europeo de manejo de la Lumbalgia inespecifica. *Revista Archivo Medico Camaguey*, 14(4).
- Mexfan. (02 de Julio de 2012). *Fundación Mexicana para planeación familiar*. (M. G. Santiago Figueroa, Editor) Recuperado el 12 de Abril de 2015, de <http://www.mexfam.org.mx/attachments/article/409/GSM-ENF002%20Bolet%C3%ADn%207%20Mec%C3%A1nica%20Corporal.pdf>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (Mayo de 2010). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Recuperado el 15 de diciembre de 2014.
- NANDA. (2012 - 2014). *NANDA Internacional DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Definiciones y Clasificación*. Barcelona, España: Elsevier España.

- NIC. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC* (Quinta ed.). (P. R. Gloria M. Bulecheck, Ed.) Barcelona, España: Fareso S.A.
- NOC. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (Cuarta ed.). (M. J. Sue Moorhead, Ed.) Barcelona, España: Elsevier.
- OMS. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 19 de 2015 de Enero, de Directrices del tratamiento farmacológico del dolor.: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_covers_pnish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional Farmacéutica. (2012). Buenas Prácticas de Farmacia. Directrices conjuntas. Estandares para la calidad de los servicios farmacéuticos.
- P. Bader, D. E. (marzo de 2009). *Guía clínica sobre el tratamiento del dolor*. (European Association of Urology) Recuperado el 2 de diciembre de 2014, de <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/16-GUIA%20CLINICA%20TRATAMIENTO%20DOLOR.pdf>.
- Pardo, C., Muñoz, T., & Chamorro, C. (2010). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. 30(8).
- Patel, N. (2010). Fisiopatología del dolor. En A. Kopf, & N. Patel, *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos* (pág. 412). Washington. D.C.
- Poblete, M., Valenzuela, S., & Merino, J. (Abril de 2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Revista Aquichan*, 12(1), 8-21.
- Poggi Machuca, L., & Ibarra Chirinos, O. (Mayo-Agosto de 2007). Manejo del dolor agudo post quirúrgico. *Acta Médica Peruana*, 24(2).
- Radbruch, L., & Downin, J. (2005). Principios del cuidado paliativo. En A. Kopf, & N. Patel, *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos*. Washington D.C.
- Salud, O. P. (1993). *Curso de administración de sistemas de suministro de medicamentos esenciales*. Medellín.

- Saruwatari, Z. G., & Siqueiros García, J. (2012). El alivio del dolor ¿Es un derecho humano? *Revista Sociedad Española del dolor*, 19(3), 147-156.
- SCIELO. (2010). El dolor neuropático. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8.
- SCIELO. (2012). Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 5.
- Siqueiros-García, G. S. (2012). El alivio del dolor ¿es un derecho humano? *Vol. 19(N.º 3)*, 147-153.
- Sociedad Ecuatoriana de Bioética. (2008). Recuperado el 2 de agosto de 2014, de http://www.bioetica.org.ec/proyecto_ley.htm.
- Traue, H. C., Jerg Bretzke, L., Pfingsten, M., & Hrabal, V. (2005). Factores psicológicos del dolor crónico. En A. Kopf, & N. Patel, *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos*. Washigton D.C.
- Vademecum. (3 de diciembre de 2010). *Medicamentos*. Recuperado el 24 de noviembre de 2014, de <http://www.vademecum.es/principios-activos-oxicodona-n02aa05>.

Anexos

Anexo I: Encuesta



Universidad de las Américas
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de enfermería
Encuesta dirigida a profesionales de enfermería

Factores que influyen en el manejo del dolor y en la administración de medicamentos en pacientes con analgesia. Servicio de Emergencia. Hospital Carlos Andrade Marín.

Objetivo de estudio

En este momento se plantea la realización de esta encuesta, en el que estamos interesados en conocer desde la perspectiva del profesional de enfermería. La información proporcionada solo será utilizada con fines científicos, de forma que los hallazgos son confidenciales.

Agradecemos su apoyo en el éxito de esta encuesta y de la investigación.

Indique si las siguientes aseveraciones son afirmativas con un (Si), negativas (NO) y desconocimientos de la respuesta (NR).

1. ¿Conoce la existencia de protocolos de valoración y manejo del dolor en este servicio de emergencias?

2. Identifique los características que corresponden a la taxonomía NANDA, NIC y NOC al elaborar un plan de cuidado sobre el dolor?

NANDA

Diagnósticos _____
 Fundamentos científicos _____

NIC

Materiales (escalas de valoración del dolor). _____
 Actividades de procedimiento para la valoración y alivio del dolor. _____
 Tratamiento farmacológico. _____
 Educación al paciente y familia. _____

NOC

Control del dolor _____
 Cumplimiento medicación prescrita _____
 Administración de analgésicos _____
 Controlar los signos vitales _____

3. Cuáles son los factores que influyen en el retraso de la administración de analgesia inmediata.

Escasez del fármaco. _____
 Retraso en la reposición inmediata del stock de medicamentos. _____
 Sobrecarga de pacientes. _____
 Falta de recursos humanos. _____

Escases de insumos (jeringuillas, alcohol, equipos de bomba, etc). _____
 Retraso al pedir y esperar al familiar a que compre la medicación. _____

Otros: _____

4. Mediante cual escala valora el dolor al paciente?

Escala análoga visual (EVA) _____
 Escala numérica _____
 Escala Campbell _____

5. Utiliza la taxonomía NANDA en sus intervenciones de enfermería?

6. ¿Cuál es el tiempo que transcurre entre la valoración del dolor y la administración de la medicación analgésica en los pacientes ingresados en el servicio de emergencia?

15 min _____

12 horas _____

30 min _____

6 horas _____

Validación de la encuesta

Observación: _____

Nombre: _____

Ocupación: _____

Lugar de trabajo _____



**Universidad de las Américas
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de enfermería
Encuesta dirigida a profesionales de enfermería**

Factores que influyen en el manejo del dolor y en la administración de medicamentos en pacientes con analgesia. Servicio de Emergencia. Hospital Carlos Andrade Marín.

Objetivo de estudio

En este momento se plantea la realización de esta encuesta, en el que estamos interesados en conocer desde la perspectiva del profesional de enfermería. La información proporcionada solo será utilizada con fines científicos, de forma que los hallazgos son confidenciales. Agradecemos su apoyo en el éxito de esta encuesta y de la investigación.

Indique si las siguientes aseveraciones son afirmativas con un (Si), negativas (NO) y desconocimientos de la respuesta (NR).

7. ¿Conoce la existencia de protocolos de valoración y manejo del dolor en este servicio de emergencias?

8. Identifique los características que corresponden a la taxonomía NANDA, NIC y NOC al elaborar un plan de cuidado sobre el dolor?

NANDA

Diagnósticos _____
Fundamentos científicos _____

NIC

Materiales (escalas de valoración del dolor). _____
Actividades de procedimiento para la valoración y alivio del dolor. _____
Tratamiento farmacológico. _____
Educación al paciente y familia. _____

NOC

Control del dolor _____
Cumplimiento medicación prescrita _____
Administración de analgésicos _____
Controlar los signos vitales _____

9. Cuáles son los factores que influyen en el retraso de la administración de analgesia inmediata.

Escasez del fármaco. _____ Escases de insumos (jeringuillas, alcohol, equipos de bomba, etc). _____
 Retraso en la reposición inmediata del stock de medicamentos. _____ Retraso al pedir y esperar al familiar a que compre la medicación. _____
 Sobrecarga de pacientes. _____
 Falta de recursos humanos. _____ Otros: _____

10. Mediante cual escala valora el dolor al paciente?

Escala análoga visual (EVA) _____
 Escala numérica _____
 Escala Campbell _____

11. Utiliza la taxonomía NANDA en sus intervenciones de enfermería?

12. ¿Cuál es el tiempo que transcurre entre la valoración del dolor y la administración de la medicación analgésica en los pacientes ingresados en el servicio de emergencia?

15 min _____
 30 min _____
 6 horas _____
 12 horas _____

Validación de la encuesta

Observación: _____

Nombre: _____

Ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____



Anexo II: Lista de chequeo de observación

Elaborado por: Ximena Barriga

Variable	Actividades	Si	No
Estructura	Existe en el servicio protocolos para la administración de medicamentos.		
	Existe disponibilidad de insumo para la administración de la medicación. Equipos de bomba, jeringuillas, soluciones, catlones, alcohol).		
	Ingresa al sistema AS400 y revisa la prescripción médica de administración de analgesia inmediata.		
Proceso	Aplica los 10 correctos para la administración de la medicación: 1. Administra el medicamento correcto.		
	2. Administra el medicamento al paciente indicado		
	3. Administra la dosis correcta.		
	4. Administra el medicamento por la vía correcta		
	5. Administra el medicamento a la hora correcta		
	6. Registra todos los medicamentos administrados.		
	13. Informa e instruye al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo.		
	8. Comprueba que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.		
	9. Investiga si el paciente padece alergias y descarta interacciones farmacológicas		
	10. Antes de preparar y administrar un medicamento realiza lavado de manos.		
	La colocación de analgesia stat lo hace : A los 10 min de la prescrito		
	A los 30 min de la prescrito		

	Mayor a los 30 min prescrito		
Resultado	Valoración inicial del dolor: Escala numérica		
	Escala análoga visual(EVA)		
	Evalúa los efectos del medicamento aplicando las escalas de valoración del dolor. 15 min después de la administración.		
	Más de 15 minutos después de la administración.		

Anexo III. **Protocolo de valoración y manejo del dolor**

Introducción

El dolor es el síntoma más frecuente en cualquier patología. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) ha planteado la siguiente definición: “el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal”. (Poggi & Ibarra, 2007). Es una de las manifestaciones de mayor atención en el área hospitalaria y de responsabilidad en los profesionales de salud.

En la práctica hospitalaria puede haber una deficiencia en el tratamiento del dolor, debido a múltiples causas entre ellas la falta de recursos hospitalarios o humanos, dificultad para medir el dolor o desconocimiento en la acción de los distintos analgésicos; dando como resultado el dolor en el paciente.

Por consiguiente la elaboración de este protocolo de manejo del dolor como resultados de esta investigación, será de gran utilidad para el recurso profesional de enfermería, el cual permitirá fortalecer las actividades y funciones que ejecuta este profesional dentro del rol asistencial para mitigar, prevenir y tratar el dolor convirtiéndose en una prioridad de atención.

Justificación

El conocimiento actual que se tiene sobre el dolor, le permitirá tomar las decisiones correctas con el paciente que lo presenta, adoptando buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor, tratando de proporcionar bienestar y comodidad al paciente, mitigando el dolor. Además de tener la obligación moral, ética y legal de velar por que se utilicen los mecanismos más efectivos. Por tanto, un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costos, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort.

El presente protocolo permite además unificar criterio con el equipo profesional, sustentado científicamente, utilizando como referente, los diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 2009-2011), los resultados esperados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de enfermería propuestas por la Nursing Interventions Classification (NIC), ajustada a la NANDA, NOC y NIC.

Objetivo

Unificar criterios de valoración y priorizar el manejo del dolor en pacientes ingresados al área de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín dirigidas a profesionales de enfermería.

FECHA DE EDICIÓN ABRIL 2015	TEMA : Manejo del dolor
PERIODE REVISIÓN ANUAL	Protocolo de manejo del dolor

DEFINICIÓN

Realizar actividades de enfermería para disminuir el dolor en el paciente que lo presenta sea de tipo agudo o crónico.

OBJETIVO

Utilizar adecuadamente los elementos y medicamentos que proveen analgesia para aliviar el dolor del paciente en el servicio de emergencias, previa comprobación en el sistema..

ESPECTRO

Aplicar correctamente las actividades de enfermería para lograr la efectividad del tratamiento del dolor, teniendo en cuenta los diagnósticos de enfermería de la NANDA, previendo los posibles riesgos y las necesidades que presenta el paciente.

ELEMENTOS

Los elementos que utiliza Enfermería son:

- Conocimientos básicos de Farmacología, Semiología, Anatomía, Enfermería.
- Conceptos básicos de procedimientos de enfermería.
- Conceptos básicos de procedimientos de administración de medicamentos.
- Revisión del sistema para verificar medicación.
- Verificación del stop de medicamentos.
- Verificación y manejo de historia clínica.
- Registro en la Historia Clínica
- Valoración del efecto de la medicación

PROCESO

El procedimiento requiere:

- Precauciones antes del procedimiento de administración del medicamento.
- Verificar medicación de analgesia.
- Verificar en el sistema la medicación
- Verificación del stops de medicación
- Administrar el medicamento
- Verificar efecto de la medicación
- Verificar evento adverso
- Registro correspondiente

CONSIDERACIONES ESPECIALES

1. Conocimientos sobre los fármacos que se maneja para analgesia del paciente.

2. Aplicar las Normas para administrar el medicamento
 - Paciente correcto
 - Medicamento correcto
 - Hora correcta
 - Dosis correcta
 - Vía correcta
 - Registro del medicamento
 - Vigilancia de evento adverso
 - Vigilancia de efectos farmacológico
 - Revisión y confrontación con la historia clínica y el sistema
 - Tener en cuenta las medidas de bioseguridad en el paciente para la administración de la medicación al paciente en condiciones seguras, siendo efectivo y eficaz.

3. Verificar eventos adversos, efectos de los medicamentos y registro de los medicamentos. Acciones que deben tenerse en cuenta en la planificación de las actividades, ejecución y evaluación del paciente, teniendo en cuenta la valoración y planteando los diagnósticos posibles a trabajar en el paciente teniendo en cuenta los Diagnósticos de la NANDA, NIC y NOC.

ELABORADO POR: Ximena Barriga	FECHA: 6 de Mayo del I 2015
REVISADO POR: Lcda. Carmen Alarcón Directora de Tesis	6 de Mayo del 2015

FECHA DE EDICIÓN Mayo 2015	TEMA : MANEJO DEL DOLOR
PERIODE REVISIÓN ANUAL	PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR

Con todo lo antes mencionado se presentan algunas necesidades en el personal de enfermería para lo cual podemos destacar ciertos **Diagnósticos NANDA** con el fin de corregir o prevenir ciertos problemas en su salud:

(00132) Dolor Agudo

(00133) Dolor crónico

Para desarrollar el trabajo con estos diagnósticos se utilizarán algunas intervenciones según taxonomía del Nursing Intervention **Classification (NIC)**:

(2210) Administración de analgésicos

(2312) Administración de medicamentos intra muscular

(2314) Administración de medicamento intravenoso

(2304) Administración de medicamentos oral

Los criterios de resultado que se utilizarán según la taxonomía de la Nursing Outcomes Classification (**NOC**) son:

(1843) Conocimiento manejo del dolor

(1843) Manejo del dolor

(1605) Control del dolor

(1623) Cumplimiento medicación prescrita

A Anexo IV. PAE (Proceso De Atención de Enfermería)

DOLOR AGUDO

DOLOR CRÓNICO

PATRÓN FUNCIONAL	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	CRITERIOS DE ENFERMERIA
<p>Confort</p> <p>Dominio:</p> <p>12</p> <p>Clase:1</p> <p>Confort</p> <p>Físico</p> <p>Pag.476</p> <p>NANDA</p>	<p>Dolor Agudo</p> <p>Definición.- Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6</p>	<p>Conocimiento y conducta de salud Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respeto a la salud y a la enfermedad.</p> <p>Nivel:2-Q</p> <p>Conducta de Salud</p> <p>Pag:146</p> <p>Control del Dolor</p> <p>Cod:1605</p> <p>Dominio:</p> <p>Conocimiento y Conducta de</p>	<p>Nivel:1</p> <p>Campo2: Fisiológico: Complejo.</p> <p>Cuidados que apoyan la regulación homeostática.</p> <p>Nivel:2</p> <p>Clase: H</p> <p>Control de Fármacos</p> <p>Pag.80</p> <p>Cod.2210</p> <p>Administración de Analgésicos</p> <p>Definición: Utilización de agentes farmacológicas para disminuir o eliminar el dolor.</p> <p>Pag.96</p> <p>Cod.2210</p> <p>INTERVENCIONES- ACTIVIDADES</p> <p>1. Administrar los</p>	<p>La analgesia es la ausencia de</p>	<p>Describirá</p>

	<p>meses. Cód. 00132</p> <p>R/C Agentes lesivos M/P Informe verbal del dolor</p>	<p>Salud(IV) Clase: Conducta de Salud(Q) Escala: S Definición: Acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>NOC.Pag.336 Cod.160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada.</p> <p>Cod.160504 Utiliza medidas de alivio no analgésico.</p> <table border="1" data-bbox="678 916 891 1321"> <thead> <tr> <th colspan="2">PUNTUACION DIANA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente Comprometido</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	PUNTUACION DIANA		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente Comprometido	2	<p>analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluar la eficacia del analgésico e intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales es, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómito, sequedad de la boca y estreñimiento). Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos 	<p>dolor en respuesta a un estímulo que normalmente sería doloroso. Cuando se produce analgesia, intentando abolir la percepción del dolor, no hay intención de producir sedación. En caso de que esta aparezca será un efecto secundario de la analgesia.</p> <p>Cuando se produce analgesia, intentando abolir la percepción del dolor, no hay intención de producir sedación. En caso de que esta aparezca será un efecto secundario de la analgesia. Examinar la necesidad analgésica tanto opiáceos (NARCOTICOS) como no opiáceos.</p> <p>Las intervenciones farmacológicas son administradas en el tratamiento del dolor moderado a grave considerando todas las opciones analgésicas. Siempre cuando no este contraindicado. Todos los pacientes con dolor agudo deben ser administrados un analgésico no opiáceo durante las 24 horas.</p>	<p>métodos farmacológicos y no farmacológicos que se puede usar en el control del dolor.</p> <p>Describirá como controlar el dolor no aliviado.</p>
PUNTUACION DIANA											
1 Gravemente comprometido	1										
2 Sustancialmente Comprometido	2										

		3 Moderadamente Comprometido	3	<p>narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales.</p> <p>5. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p>	<p>El combinar analgésicos puede producir un alivio del dolor aceptable con dosis bajas en cada uno de los ellos, lo cual no sería posible con un solo analgésico. Las dosis bajas pueden ocasionar menores efectos secundarios.</p> <p>Valoración de la intensidad del dolor del paciente usando una escala numérica del 0 al 10 o la escala de dolor de expresiones faciales.</p> <p>Valoración del dolor a intervalos frecuentes como la toma de signos vitales.</p> <p>El dolor está considerado como el quinto signo vital según la (American Pain Society.2014).</p>	
		4 Levemente Comprometido	4			
		5 No comprometido	5			

<p>Confort Dominio: 12 Clase:1 Confort Físico Pag.477 NANDA</p>	<p>Dolor Crónico Definición.- Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses. Cód. 00133 R/C Incapacidad física crónica M/P fascias de dolor</p>	<p>Nivel:2-S Conocimiento sobre salud Pag:147 Conocimiento: Manejo del Dolor Cod:1843 Dominio: Conocimiento y Conducta de Salud(IV) Clase: Conocimiento sobre salud(S) Escala: S Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento del dolor. NOC.Pag.305 Cod.184304 Estrategias para manejar el dolor crónico.</p>	<p>Nivel:1 Campo1: Fisiológico: Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. Nivel:2 Clase: E Fomento de la comodidad física Pag.79 Manejo del dolor Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. .Pag.569 Cod.1400 INTERVENCIONES- ACTIVIDADES 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad del dolor. 2. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no</p>	<p>Valorar y registrar la intensidad del dolor y malestar después de procedimientos realizados. El tratamiento de administración de analgésicos se ajusta a la respuesta del paciente.(JCAHO, 2000) Los tratamientos analgésicos susceptibles de aplicarse en el dolor crónico pueden clasificarse según</p>	<p>Si manifiesta un deterioro cognitivo, mostrara efectos secundarios, tolerables y manejables llevando a cabo una recuperación satisfactoria.</p>
---	--	--	---	---	--

		<p>Cod. 184306 Uso correcto de la medicación prescrita.</p> <p>Cod. 184326 Aplicación efectiva de calor/frío.</p>	<p>pueden comunicarse eficazmente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten las experiencias del dolor(miedo ,fatiga, falta de conocimiento) 4. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, capacidad de imaginación guiada, aplicación de calor/frío y masajes). 5. Fomentar periodos de descanso /sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. 6. Control de los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).Proporcionar un alivio del dolor optimo mediante 	<p>sean tratamientos farmacológicos(basadas en la escala de la OMS) o farmacológicos: Por ejemplo Termoterapia (DOLOPEDIA, 2014)</p> <p>Por calor: Incluye la aplicación de calor superficial aplicando compresas de agua caliente. Su mecanismo de acción incluye relajación muscular e inducción de vasodilatación local. Está contraindicada en lesiones inflamatorias agudas, ya que puede agravar la formación de edema y actividad inflamatoria.</p> <p>Por frío: Incluye la aplicación de frío es una técnica de bloqueo nervioso reversible, de realización generalmente percutánea. Sus mecanismos de acción incluyen: Reducción del espasmo doloroso de los músculos esqueléticos (a diferencia del calor, el frío no ejerce acción sobre la musculatura lisa).Reducción de la excitabilidad de los receptores del dolor. Inducción de vasoconstricción (con</p>	<p>(Akcley.B 2012)</p> <p>Valorara el dolor mediante escalas numéricas.</p> <p>Brindará confort al paciente.</p>
--	--	---	--	--	--

		PUNTUACION DIANA		<p>analgésicos prescritos.</p> <p>7. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de las experiencias dolorosas.</p>	<p>disminución de la inflamación y del edema).</p> <p>El descanso, el sueño y el bienestar son esenciales para la salud. Cada persona necesita descansar y dormir para funcionar a nivel óptimo.</p> <p>Confort es el estado de bienestar, tiene un componente físico y otro emocional. El bienestar físico comprende la liberación del dolor y la armonía con el ambiente, ejemplos, una persona en un ambiente insalubre experimenta un malestar físico.</p> <p>El bienestar emocional es la liberación del estrés mental, como la ansiedad o la depresión. (Belkis, s/f).</p>	<p>Manifestara estrategias para un óptimo descanso y control del sueño.</p>
	1	Gravemente comprometido	1			
	2	Sustancialmente Comprometido	2			
	3	Moderadamente Comprometido	3			
	4	Levemente Comprometido	4			
	5	No comprometido	5			

