



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**Grado en Enfermería**

**ESTUDIO DEL DOLOR EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS  
INTERMEDIOS DE PEDIATRIA  
EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO RIO  
HORTEGA DE VALLADOLID**

**Autor/a:** Elisabeth de la Fuente Álvarez

**Tutor/a:** Raquel Vaquero Melado

## **RESUMEN**

Aunque existen conocimientos y medios para aliviar el dolor, es frecuente que en los niños no se sepa reconocerlo o se infravalore, ya que a diferencia de los adultos, los niños carecen de habilidades no solo para comprender las cuestiones relacionadas con su dolor, sino también para describirlo.

El profesional de enfermería, con la responsabilidad de evaluar el bienestar físico y psicológico del paciente pediátrico y de valorar la respuesta al tratamiento, tiene un papel fundamental en el manejo y control del dolor.

Es por ello que los profesionales de enfermería deben incluir en su programa de trabajo diario, los elementos clave para valorar y tratar el dolor mediante su identificación, evaluación y cuantificación, a través de las escalas del dolor según la edad del paciente. Así, como seguir su evolución para controlarlo en toda la estancia hospitalaria.

Sin embargo, según los datos obtenidos en este estudio revelan que solo 15% del personal de enfermería usa y registra las escalas del dolor, esto nos muestra como actualmente, a pesar de disponer herramientas para cuantificar el dolor, no son utilizadas en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría en el HURH de Valladolid y por lo tanto, el dolor no se valora en los niños, a pesar de que en un 93´4% de los pacientes pediátricos postquirúrgicos necesitan medicación de rescate por presentar dolor postoperatorio.

### **Palabras clave:**

- Dolor
- Enfermería
- Escalas
- Paciente.

# **ÍNDICE**

1.INTRODUCCIÓN.....	Página 4
2.OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	Página 11
3.METODOLOGÍA.....	Página 11
4. RESULTADOS.....	Página 12
5.DISCUSIÓN.....	Página 16
6.CONCLUSIONES.....	Página 18
10.AGRADECIMIENTOS.....	Página 20
11.BIBLIOGRAFÍA.....	Página 21
12. ANEXOS.....	Página 22

## **1.INTRODUCCIÓN**

Los niños pueden percibir el dolor y ante él, elaborar una respuesta similar a la que se observa en los adultos y bajo ciertas circunstancias, incluso puede ser más compleja.

Además, el dolor es algo subjetivo, el paciente adulto nos expresa que lo sufre; pero en el caso del paciente pediátrico es más difícil de evaluar. En los pacientes en el que el llanto, (uno de los parámetros para evaluar la experiencia dolorosa) puede tener otros orígenes distintos (hambre, temor, sed) y diferente resolución. Además en este tipo de pacientes el tándem dolor-ansiedad va muchas veces unido.

Para poder dar unos cuidados de calidad es básico un trabajo conjunto de todos los profesionales, que componen el equipo sanitario, pero en el caso del paciente pediátrico dada su edad y su poca o nula colaboración ante cualquier técnica y/o procedimientos es imprescindible la simbiosis Enfermera-Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, ya que si está no existe resulta imposible realizar cualquier técnica y/o procedimiento..

En la práctica diaria, para medir el dolor disponemos de Escalas, según la edad, escalas fisiológico-conductuales en menores de tres años y subjetivas en mayores de dicha edad como numéricas, analógica visual, escala de color, dibujos faciales de dolor, etc... (17, Anexo1).

Además, no solo su realización es fundamental, sino también registrarlo es imprescindible, ya que de nada sirve cuantificarlo y no registrarlo en una base de datos. Con ello se puede mejorar cada año viendo los resultados de las escalas y la utilidad que tienen, se pueden comparar con otras escalas realizadas y ver cual tiene mejor resultados en la práctica, y por último y más importante se puede realizar las escalas a lo largo de la estancia hospitalaria del paciente pediátrico y ver la evolución del dolor durante toda su permanencia en el Hospital. Pudiendo observarse la efectividad de la analgesia administrada. Pero realmente ¿Las aplica el personal sanitario?, ¿Se registran como una variable más?

En la Unidad de Pediatría del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y más concretamente en la Unidad de Cuidados Intermedios es donde se realizan técnicas más agresivas, se tratan procesos más agudos, además se realizan los cuidados en el

postoperatorio inmediato así como en procedimientos diagnósticos invasivos que requirieran sedación para su realización.

¿Se usa analgesia antes de realizarlos?

¿Influyen otros factores aparte de la medicación?

¿Es eficaz la analgesia intraoperatoria y postoperatoria?

¿Influyen otros factores no farmacológicos en reducir el dolor pediátrico?

¿Usa el personal sanitario analgesia antes de realizar procedimientos/técnicas potencialmente dolorosas?

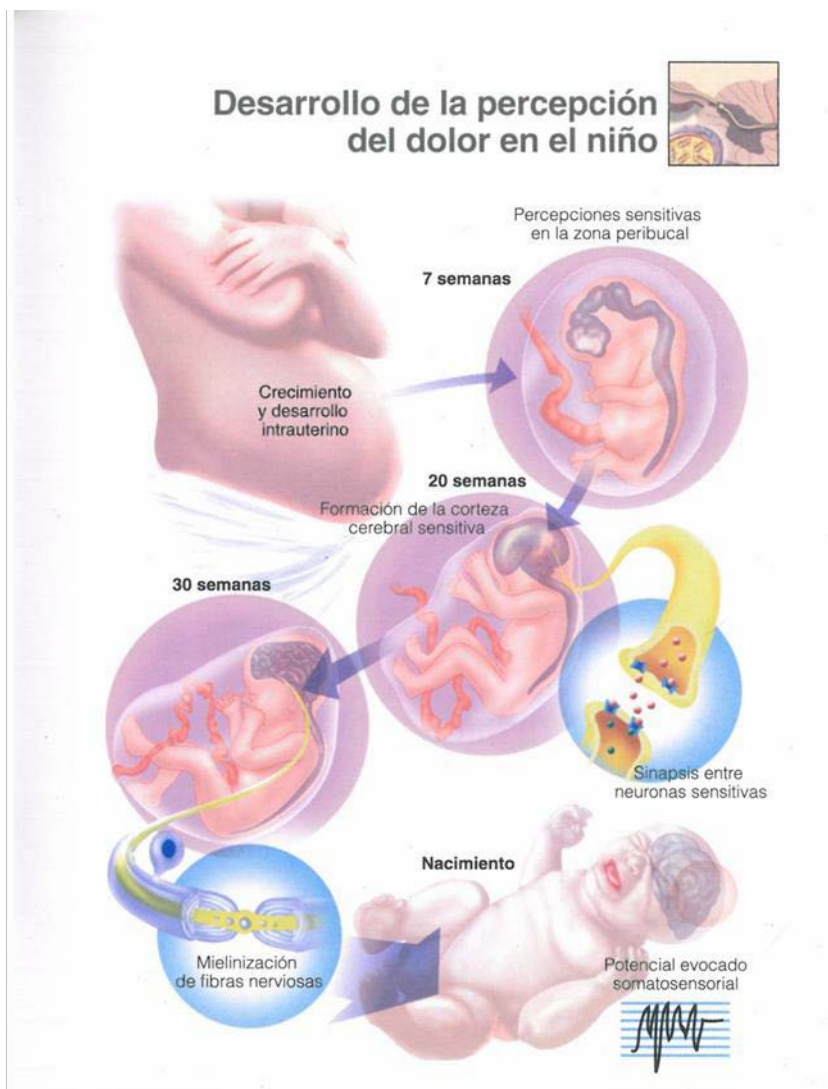
En dicha unidad, el 46'12% de la actividad asistencial es la atención al paciente postquirúrgico, de los cuales el 100% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente habían recibido de analgesia intraoperatoria fentanilo, pero según el personal sanitario el 94'73% necesita medicación de rescate siendo el Metamizol, el fármaco de elección. Muchas veces resulta muy difícil poder distinguir, a diferencia del paciente adulto, si el dolor es el resultado de la intervención en sí o de la separación de los padres.

La complejidad del paciente pediátrico, sumado al abanico de edad que abarca de 0 a 14 años, la diversidad de patología que se observa en una misma unidad, procesos respiratorios, neurológicos, oncológicos, digestivos y el factor emocional que supone un ingreso hospitalario y que influye tanto en los niños como en sus padres, (ambiente desconocido, técnicas agresivas, miedo al diagnóstico, etc.), hace necesario estudiar, si los profesionales sanitarios responsables directos de dar unos cuidados de calidad, saben dar respuesta a todas las preguntas planteadas previamente, así como, plantearse nuevas áreas de mejora para minimizar el dolor del paciente pediátrico hospitalizado.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the study of pain, IASP), define el dolor, como "aquella experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño" (1) (2).

El conocimiento de los aspectos fisiológicos y fisiopatológicos del dolor es fundamental para establecer una adecuada analgesia que permita reducir la respuesta al estrés y aliviar al niño, además de la consideración ética implícita en el tratamiento del dolor en pediatría.

El dolor comienza su desarrollo en el interior del útero materno (15). En la séptima semana aparecen las primeras percepciones sensitivas del feto en la zona peribucal , y se distribuyen a toda la piel en la semana 20, con la formación de la corteza cerebral sensitiva. En la semana número 30, se completa la mielinización de las vías nerviosas nociceptivas desde la piel y las vísceras hasta el tálamo. El desarrollo de la neocorteza comienza en la octava semana y en la semana 20 ya cuenta con algo más de cien células nerviosas. Al nacer, ya existen componentes corticales de potenciales evocados somatosensibles, por lo cual las evidencias indican que el recién nacido es capaz de percibir el dolor. Esto ha sido comprobado clínicamente al observar respuestas de estrés y angustia por parte del neonato ante diversos estímulos dolorosos. Se puede ver un esquema en la figura 1:



▲ Figura 1: Comienzo del dolor desde el interior del útero materno.

Imagen obtenida en: (15).

Existen diferentes tipos de dolor (19), (1):

Según su patogenia:

- *Neuropático o patológico*: Es poco frecuente, se produce por el estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia (es la percepción de dolor frente a estímulos que habitualmente no son dolorosos como por ejemplo el roce de las sabanas). Por ejemplo: la compresión medular, neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post-radioterapia.
- *Nociceptivo*: Es el más frecuente que rodea al individuo. Se divide en somático y visceral, que detallaremos a continuación.
- *Psicógeno*: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

Según su origen o localización:

- *Somático*: Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (afecta a la piel, músculo, ligamentos, articulaciones o huesos). Se caracteriza por ser un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. No suele ir acompañado de reacciones vegetativas. Por ejemplo: el dolor óseo producido por metástasis óseas.
- *Visceral*: Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales (afecta a órganos internos, aunque no todas las vísceras son sensibles al dolor). El trauma directo aplicado sobre una víscera sana no genera dolor, pero la estimulación difusa de los nociceptores viscerales provoca un dolor que puede ser muy intenso. Se caracteriza por ser un dolor mal localizado, continuo y profundo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Puede acompañarse de reacciones neurovegetativas como náuseas, vómitos o diaforesis. Por ejemplo: metástasis hepáticas y cáncer pancreático.

### Según su duración:

- *Agudo*: Condicionado a un tiempo determinado (se toma como duración habitual un tiempo variable entre pocos minutos hasta uno a tres meses), con escaso componente psicológico. Ejemplo: perforación de una víscera hueca, dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- *Crónico*: Indefinido en el tiempo (aquel que persiste más allá de tres meses o que aparece por intervalos a veces con remisiones y recidivas) y se presenta con componentes psicológicos. Son difíciles de soportar. Ejemplo: paciente con cáncer.

### Según su curso:

- *Continuo*: Persistente a lo largo del día y no desaparece.
- *Irruptivo*: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

### Según la intensidad:

- *Leve*: Puede realizar actividades habituales.
- *Moderado*: Interfiere con las actividades habituales, precisando tratamiento con opioides menores.
- *Severo*: Interfiere con el descanso, precisando opioides mayores.

Cuando hablamos de dolor pediátrico, no solo debemos tener en cuenta motivos anátomo-físicos, sino que además la percepción del dolor se ve influenciado por aspectos psicológicos y del entorno, que afecta y modulan la sensación nociceptiva. Por lo cual, una misma patología puede provocar reacciones dolorosas diferentes. Se debe tener en cuenta todas estas circunstancias, porque implican diferentes percepciones del dolor por parte del niño y del pediatra.

### **Antecedentes y estado actual de problema:**

La unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos (CIP), abarca desde la atención en el postoperatorio inmediato (46'12% de la actividad asistencial, siendo las intervenciones más frecuentes en el primer trimestre del año 2015 las de otorrinolaringología en un



61´3%, seguidas por las de oftalmología en un 13´4%, maxilofacial en un 9´24%, traumatología en un 7´56%, urología en un 4´2% , plástica en un 4´2% y ginecología en un 0´87%);

Hasta pruebas radiológicas con sedación en un 14´34%, procesos digestivos en un 7´75%, procesos neurológicos en un 5´42%, endocrinos en un 5´42%, infecciosos en un 2´32%, oncológicos en un 1´55%, cardiológicos en un 0´77%, dermatológicos en un 1´94% y respiratorio en un 14´34%.

Una vez que la patología evoluciona favorablemente y se estabiliza, son trasladados a una habitación de pediatría, donde seguirán controlados por el personal sanitario, hasta su alta domiciliaria.

Los pacientes pediátricos postquirúrgicos que reciben una primera atención en la Unidad de CIP, llegan despiertos (100%) y con un alto grado de ansiedad, los menores de 10 años lo expresan llorando. Uno de los factores que más les influye es el desconocimiento del procedimiento que se les va a realizar, la separación de los padres, la canalización de la vía venosa y el proceso en sí. La analgesia de elección es el Fentanilo y dependiendo del proceso se añade analgesia de rescate (Paracetamol/ Metamizol). Solo en pacientes mayores de 13 años se usa (Deketoprofeno). En la mayoría de procesos que no reciben analgesia de rescate, es preciso administrarla posteriormente, solo hay dos tipos de intervenciones exentas: la desobstrucción del conducto lacrimal debido a una dácriocistitis y en menores de un año que se someten a recambio de yeso por luxación congénita de cadera, procesos que requieren sedación para lograr la colaboración del paciente.

Las intervenciones quirúrgicas frecuentes recibidas en la unidad son: Otorrinolaringología (con Adenoidectomía, Amigdalectomía, Adenoamigdalectomía, y Miringotomía), Traumatología (siendo la Reducción de Fracturas la más frecuente), Oftalmología (Estrabismo y Desobstrucción Conducto Lacrimal), Urología, (Criptórquidea y Fimosis) y Plástica (con Orejas en Asa).

Con todos estos condicionantes, se entiende la gran importancia que tiene la preparación que se le pueda hacer previamente al niño, de manera que los padres, los profesionales sanitarios o las personas que están en su entorno, pueden ser reforzadores del

comportamiento del niño, de un modo positivo o negativo teniendo como consecuencia la disminución o ampliación de la percepción del dolor pediátrico (por parte del niño).

La memoria de los estados dolorosos que ha tenido con anterioridad el niño es un antecedente a tener en cuenta, pudiendo influir en hacer más fácil o difícil el manejo de situaciones futuras en el hospital.

¿Hasta que punto debemos dejar a los paciente pediátricos con sus familiares?

¿Deben permanecer toda su estancia con ellos?

¿Deberíamos dejarlos con el equipo sanitario exclusivamente?

Las principales técnicas que se realizan en la unidad son extracciones sanguíneas venosa o arterial, canalización de vías venosas periféricas, punción capilar, punción intramuscular, ventilación mecánica invasiva o no invasiva, aerosolterapia, medición de presión arterial y temperatura, recogida de una muestra de secreción nasofaríngea, sondaje nasogástrico y vesical.

En la práctica, cualquier técnica realizada provoca en los pacientes pediátricos angustia, ansiedad ,temor o miedo a lo desconocido y otras veces miedo a algo que ya han experimentado.

Por lo que aparte del tratamiento farmacológico, que se administra para minimizar el dolor pediátrico. Se debe ampliar el tratamiento con otros métodos no farmacológicos utilizados también para aliviar el dolor, para controlar el temor y la ansiedad asociado en el niño, como son: Distracciones con juguetes o mediadas por video, refuerzo positivo, administración de sacarosa o glucosa en lactantes.

Por lo cual, el personal sanitario debe tener como objetivo enfatizar tratamientos no farmacológicos o en combinarlos con los analgésicos, para minimizar el dolor en los pacientes pediátricos.

Hay múltiples estudios y artículos que refuerzan estas ideas sobre el dolor en pediatría, siendo los más destacados los que se citan a continuación:

El estudio que hizo la Fundación Antena 3 y la Fundación Grunenthal con el título: "*El dolor en niños hospitalizados*"(18), revelaba que en un 40% de los niños hospitalizados sienten dolores a diario. Y en un 62% de los menores, les produce tranquilidad conocer previamente qué les va a pasar, amortiguando el dolor. Sin embargo, sólo la mitad de

los niños han sido informados sobre la posibilidad de sentir dolor durante su estancia en el hospital. Las inyecciones (pinchazos, punciones, etc.) son las prácticas hospitalarias que despiertan más miedo entre los niños y las reacciones instintivas que originan son “sudor de manos”, “dolor de tripa” y diferentes estados nerviosos. Por otro lado, los niños perciben que, cuando piden ayuda, no siempre reciben medicación inmediata y eficaz, lo que les aumenta la sensación de dolor.

El artículo de la Revista del Hospital General de Agudos con el título "*El dolor postoperatorio (DP)*", (3) definió el DP como "Un tipo especial de dolor agudo de gran repercusión en el área de la salud, que afecta tanto a los pacientes quirúrgicos que lo padecen, a la familia que lo padece junto al paciente, como a los médicos tratantes, al personal de enfermería que debe ejecutar las indicaciones médicas para su tratamiento y a las instituciones involucradas".

Teniendo en cuenta la importancia epidemiológica del DP, con sus implicaciones y consecuencias a corto y largo plazo, debe hacer reflexionar al equipo de salud acerca de la necesidad de implementar adecuados protocolos de analgesia postoperatoria, adaptados a cada paciente, a la cirugía y a los demás factores involucrados. Siendo oportuno citar al eminente Leriche cuando declaró "*El dolor que mejor se soporta es el dolor ajeno*". El objetivo de este artículo es precisamente acordar que no nos sea ajeno el dolor de nuestros pacientes.

En otro artículo de la Rev. Soc. Esp del Dolor con el título "*Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), por los cuidados del paciente quirúrgico*" (13), refiere que las deficiencias mantenidas en el tratamiento del dolor postoperatorio dieron lugar a la aparición de las primeras unidades del dolor agudo hace cerca de veinte años. Hasta la década de los noventa, no aparecen las primeras en España; sin embargo, su implantación está siendo lenta y no se puede decir que en el siglo XXI, el dolor postoperatorio sea un problema resuelto en nuestro país. La preocupación por el DP parece resurgir y el interés por su control se está generalizando a la vista de los resultados del tratamiento organizado y sistemático de las UDAP.

El estudio por el Servicio de Anestesiología y Reanimación con la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), basada en enfermería que trata de forma planificada y protocolizada el dolor postoperatorio, en cuyos resultados, el 67%

consideraban que los pacientes estaban bien o muy bien informados. El aspecto valorado de la UDAP fue la mejora en el control del dolor postoperatorio, lo peor la comunicación entre los profesionales y la sugerencia más referida, la de intentar mejorarla.

En otro artículo de la Rev. Soc. Esp Dolor con el título "*Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes*" (21), considera que el tratamiento del dolor del periodo postoperatorio cumple la necesidad de necesitar un tratamiento rápido e imposibilidad de eliminar la causa que lo provoca. El estudio que llevaron a cabo obtuvo los siguientes resultados: indicaban un elevado porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital sufren dolor de manera intensa durante el periodo postoperatorio. El 67'3% de pacientes solicitaron analgesia suplementaria lo que indica que las pautas basales del hospital resultan insuficientes. Y ciento diez pacientes (28'4%) solicitaron analgesia de rescate lo que indica que la analgesia pautada habitualmente en muchos pacientes resulta insuficiente bien porque los fármacos empleados no son adecuados o porque las dosis son insuficientes.

Y por último, cabe destacar otra Rev. Española de Anestesiología y Reanimación que habla sobre la "*Unidad para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio pediátrico*" (9), donde hicieron un estudio descriptivo de los pacientes tratados con analgesia controlada por el paciente, analgesia controlada por la enfermera, epidural continua, analgesia epidural controlada por el paciente. Sus resultados fueron muy interesantes donde la escala de observación por enfermería, observó la ausencia de dolor o dolor leve en el 82, 90 y 94 % de los pacientes en los tres primeros días de su postoperatorio. Con una satisfacción muy buena en el 98% en los padres y el 94% de los pacientes encuestados. En el hospital la Unidad de Dolor Agudo permitió un control del dolor postoperatorio de manera segura eficaz.

Por todo lo mencionado anteriormente, mi inquietud acerca de este tema:

¿Se estará dando los tratamientos adecuados a los pacientes pediátricos para aliviar el dolor?

¿Se deberían implantar otras alternativas no farmacológicas para tratar de aliviar el dolor en niños?

¿Se podrá en un futuro realizar un protocolo estandarizado del dolor en pediatría, donde puedan valorar tratar y disminuir significativamente el dolor en pediatría?

¿El personal de enfermería debería manejar las escalas del dolor, registrarlas y que se les diese el valor de una variable más?

## **2.OBJETIVOS**

### **A. General:**

- ✓ Conocer la opinión del personal de enfermería sobre "El Dolor "en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría en el Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid.

### **B. Específico:**

- ✓ Saber si se trata de manera adecuada el dolor postquirúrgico en pediatría.
- ✓ Conocer que métodos se utilizan actualmente para valorar el dolor.
- ✓ Conocer la opinión del personal sobre la obligatoriedad de cuantificar el dolor.
- ✓ Conocer la efectividad de la medicación postquirúrgica.
- ✓ Conocer que procedimientos son los más dolorosos en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría
- ✓ Conocer si utilizan alguna técnica para minimizar el dolor y cuales son.
- ✓ Valorar si el acompañamiento de los padres en la unidad mejora la estancia del paciente pediátrico.

### **3.METODOLOGÍA**

**Tipo de estudio:** Observacional, descriptivo, transversal.

**Población:** Personal de Enfermería (Diplomadas/os de Enfermería y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería) en Unidades de Cuidados Intermedios.

**Población accesible:** Personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

**La muestra:** Estuvo compuesta por todo el personal de enfermería (38 individuos) de la población accesible, por lo que la muestra es igual a la población accesible.

**Método para la recogida de datos:** Se informa al personal de la unidad, mediante una nota informativa en papel (Anexo 4), así como verbalmente sobre el estudio que se quiere llevar a cabo. Posteriormente, las dos encuestas de elaboración propia son guardadas en una carpeta en el control de la Unidad de Pediatría, donde de forma voluntaria y anónima, los individuos de la muestra lo rellenan y lo guardan de nuevo en la carpeta. Posteriormente, van siendo recogidas periódicamente.

La dos encuestas de elaboración propia tratan en profundidad sobre el dolor y su manejo en la unidad, con preguntas cerradas dicotómicas tipo Si/No, de opción múltiple, de asignación de puntuaje a diversas cuestiones y preguntas abiertas. Además, en las dos encuestas se repiten preguntas con enunciados diferentes, para verificar la validez de los resultados.

**Lugar donde se realizo el estudio:** Unidad de Pediatría del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

**Periodo de realización del estudio:** Desde Septiembre del 2014 hasta Junio del 2015.

**Medios disponibles:**

Recursos materiales: Copias suficientes de las encuestas, material de escritura, un ordenador así como un programa de ofimática (Word).

Recursos humanos: Un estudiante de grado de enfermería, así como una Diplomada de Enfermería.

**Requisitos éticos:** Antes de la realización del estudio se elaboró dos escritos a la Dirección de Enfermería del HURH, para notificar el deseo de realizar un estudio sobre el dolor en la Unidad de Cuidados Intermedio de Pediatría en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Tras obtener los permisos para realizar el estudio, se notificó a la Supervisora, Doña Ana Pastor y al Jefe de Departamento de Pediatría, Don Fernando Centeno Malfaz, la aprobación por parte de la dirección de enfermería y el deseo de realizar este estudio. (Anexo 2 y 3).

Además se entregó la solicitud al Comité de Ética de la Investigación Humana y a la Comisión de Investigación en la Facultad de Enfermería de Valladolid.

**Metodología estadística:** Las respuestas a las preguntas de la encuesta fueron resumidas con porcentajes. Se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC95%) para algunos porcentajes poblacionales. Se utilizaron diagramas de sectores y de barras para representar la distribución de las respuestas a algunas preguntas.

**Financiación:** Este estudio no ha sido financiado por ninguna entidad pública ni privada.

**Conflicto de intereses:** La autora declara no tener ningún interés lucrativo ni económico.

## **RESULTADOS**

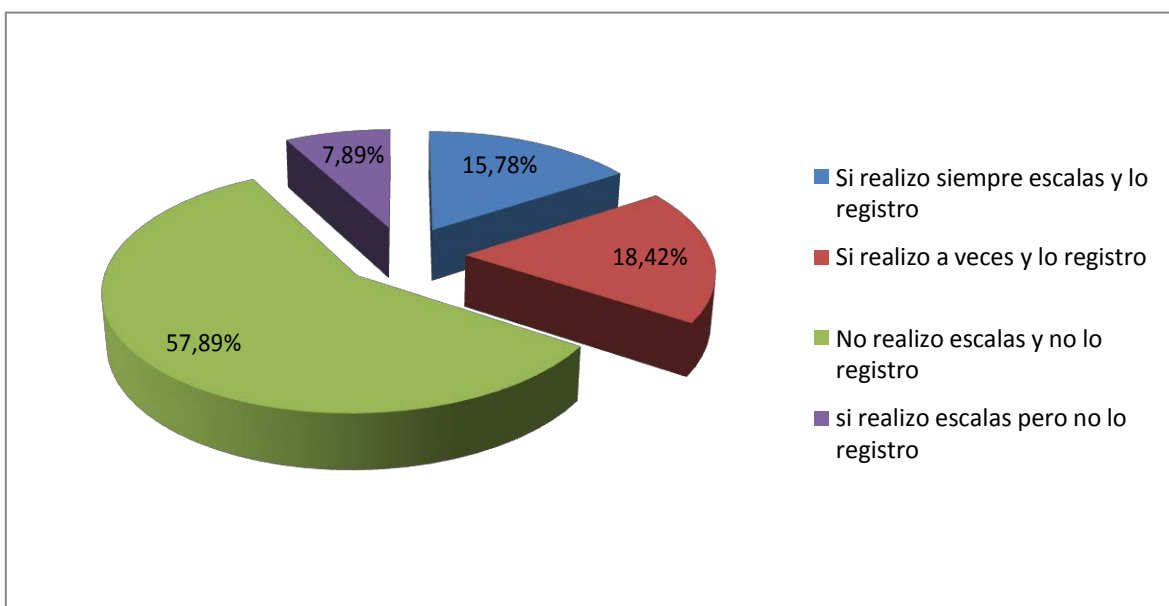
Se obtuvo datos de toda la población a estudio. Sin diferenciar el personal de enfermería (si era Técnico de Cuidados de Enfermería o si era Diplomado/a de Enfermería), ya que se ha centrado el trabajo en la opinión global del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios del HURH de Valladolid.

Los resultados del estudio fueron los siguientes:

El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría considera que la patología y/o procedimiento que produce más dolor en dicha unidad son las intervenciones quirúrgicas en un 63'16%, sobre todo las de traumatología (reducción de fracturas) en un 65'78%.

Ya que la intervención quirúrgica es la patología que produce más dolor , además consideran en un 57'88% que de todos los pacientes pediátricos intervenidos el porcentaje que ha tenido dolor se encuentra entre el 80 - 100%.

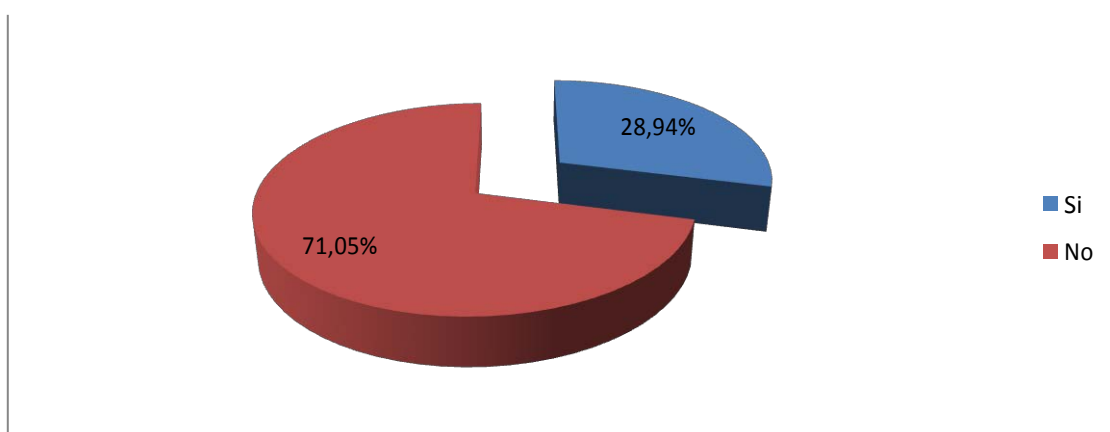
Sin embargo, en un 57,89% [IC95% (41,87% ; 73,91%)] en su práctica profesional, el personal de enfermería admite no medir el dolor con escalas y por tanto no registrarlo, frente al 15'78% que afirman realizar y registrar las escalas. Se ve en el gráfico 1.



▲ Gráfico 1 Medición del dolor con escalas y su registro, por el personal de enfermería.



Como se mencionó en la metodología, se repitieron algunas preguntas para ver la validez de las respuestas; contrarrestando con el resultado anterior, se aprecia que el 71'05% [IC95% (56,34%; 85,76%)] del personal de enfermería afirma no utilizar escalas del dolor para cuantificarlo independientemente de su registro. Siendo evidentemente un porcentaje más elevado que en la respuesta anterior. A diferencia del 28'94% que opina que si utiliza escalas para medir el dolor, independientemente de su registro o no. Como se ve en el gráfico 2.



▲ Gráfico 2: Utilización de escalas del dolor, por el personal de enfermería.

Por lo que cabe pensar, ya sea cualquiera de los dos resultados obtenidos que no se cuantifica en un alto porcentaje el dolor y por lo tanto no queda registrado.

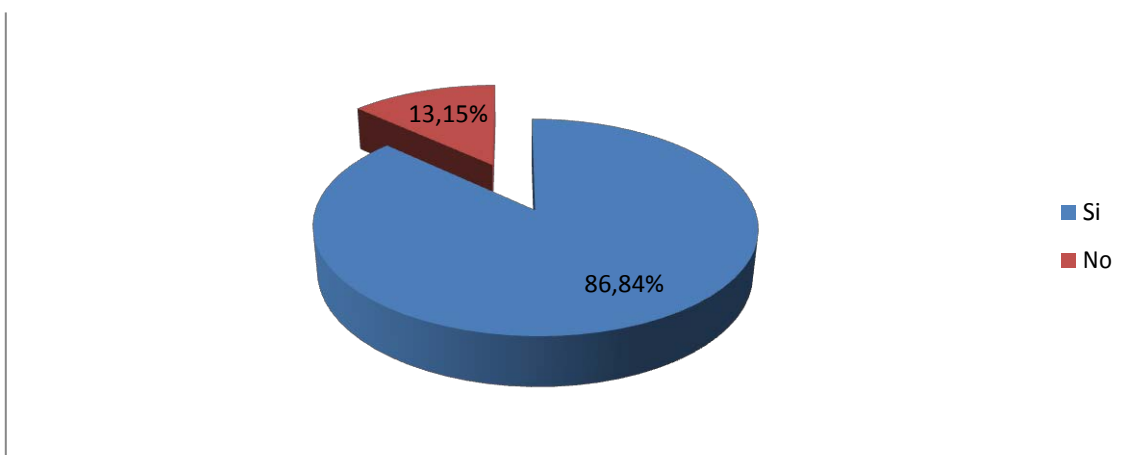
Considerando que un 42'09% del personal de enfermería afirma medir el dolor utilizando las escalas, solo el 15'78% utiliza siempre las escalas y las registra. Siendo las más utilizadas: la escala facial en un 7'89%, la escala analógica visual en un 10'52% y la escala numérica en un 7'89%. Respondiendo un total de 26'03% a esta pregunta, lo cual indica que de ese porcentaje de personal que dice que si mide el dolor, casi la mitad no sabe decir que tipo de escala utiliza para medirlo.

Un 58% del personal de enfermería, considera que si realiza actividades o administra analgésicos previos a la realización de algún procedimiento doloroso, por el contrario un 42% opina que no lo realiza.

En cuanto a si consideran efectiva la medicación en todos los pacientes pediátricos, en un 52'63% el personal de enfermería opina que si es efectiva en todos los casos, a diferencia del 47'36% que dice no ser efectiva. Casi la mitad del personal de enfermería considera que no es efectiva la medicación que reciben los pacientes y por tanto que permanecen con dolor.

En un 71'05%, el personal de enfermería opina que la edad si influye en el dolor postoperatorio, siendo lógico que las escalas del dolor que han sido elaboradas, se han separadas por edades.

En consecuencia a los datos anteriores, el 86'84% del personal de enfermería opina que se debe estandarizar el registro del dolor y ser obligatorio cuantificarlo. Como se ve en el gráfico 3.

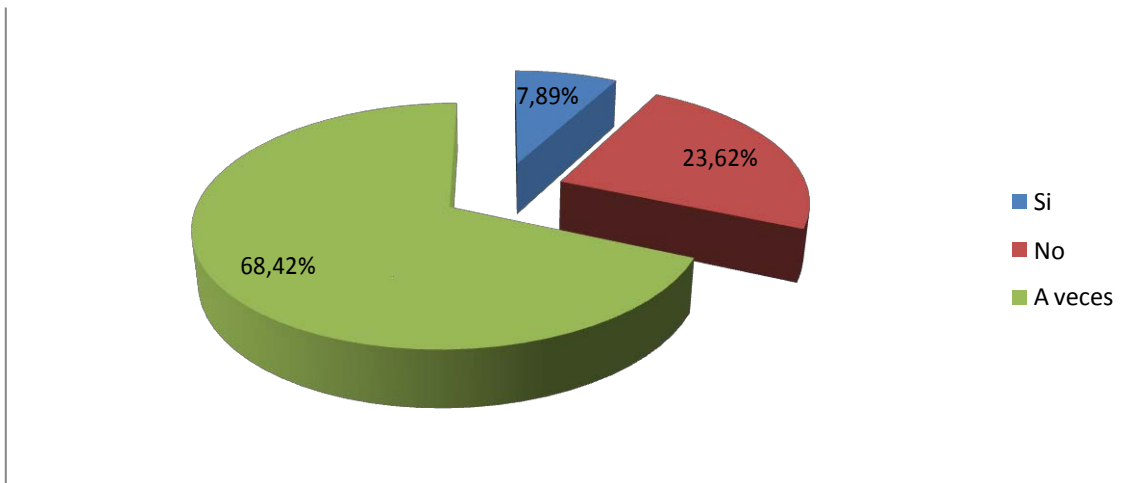


▲ Gráfico 3. Estandarizar el registro del dolor y obligatoriedad de cuantificarlo

Después de una intervención quirúrgica, el personal opina en un 71'05% que la compañía de los familiares ayuda en la recuperación del paciente pediátrico, a diferencia del resto, que opina que no ayuda en su recuperación en un 28'94%.

Reafirmando la opinión anterior, en un 65'78% el personal cree que no estarían más tranquilos solos, en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría.

Sin embargo, solo un 7'89% realiza las técnicas en presencia de los padres, se ve en el gráfico 4.



▲ Gráfico 4: Realización de técnicas en presencia de familiares

En un 34'21%, el personal de enfermería cree que no disminuye el dolor y/o ansiedad al realizar las técnicas en presencia de los padres, seguido de un 25'31% que cree que disminuye la ansiedad, pero no el dolor. Siendo un total de 59'52% del personal de Enfermería, que opina que no disminuye el dolor realizar técnicas en presencia de los padres, pero si en un 25'31% disminuye la ansiedad.

El personal de enfermería en un 44'73% realiza alguna técnica para minimizar el dolor en el paciente pediátrico, no llegando ni a la mitad del personal de enfermería.

De las técnicas que se realizan para minimizar dicho dolor, las más frecuente son la distracción con juegos, canciones o dibujos, seguidos de informar al paciente y a los padres antes de la realización de la técnica. Y lo menos frecuente, son el uso de anestésico locales u otro medicamento y la aplicación de técnicas de relajación previo a la realización de la técnica.

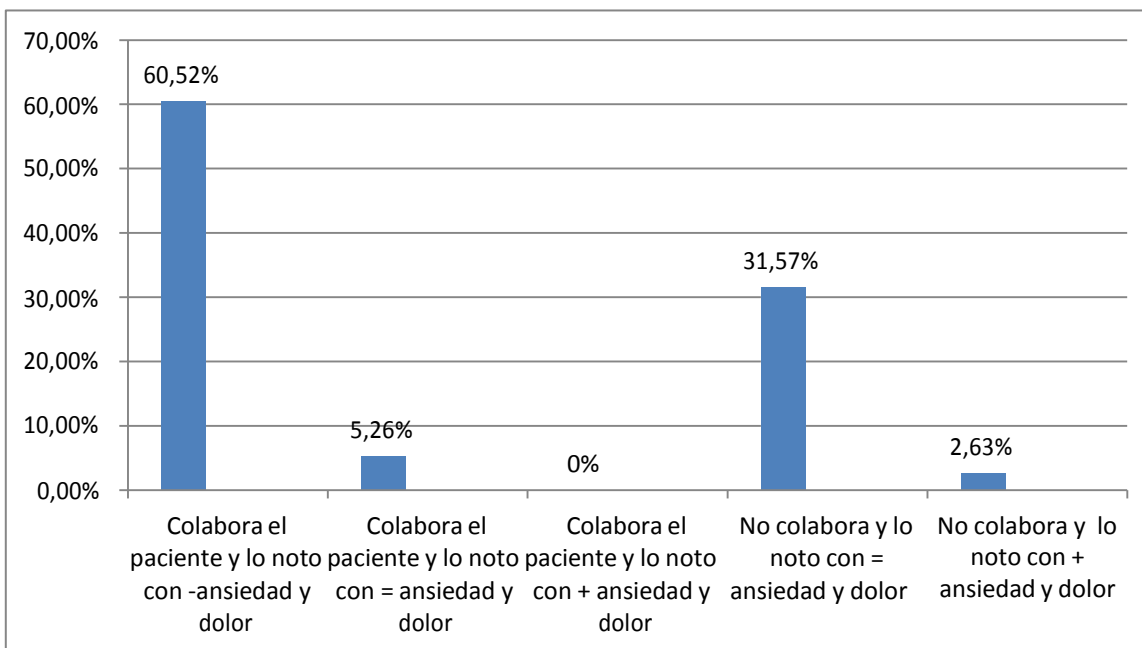
Y en un 7'89% el personal de enfermería opina que la técnica más frecuente para minimizar el dolor es la administración de sacarosa, en vez de las citadas anteriormente.

Siendo la información una de las técnicas no farmacológicas más frecuentes en el personal de enfermería para minimizar el dolor.

El personal de enfermería cree en un 60'52% que el paciente colabora y lo notan con menos ansiedad y dolor. Mientras que un 31'57% del personal opina que el paciente no colabora y lo notan con la misma ansiedad y dolor. Un 5'26% colabora el paciente, pero lo notan con la misma ansiedad y dolor , y finalmente un 2'63% no colabora y lo notan

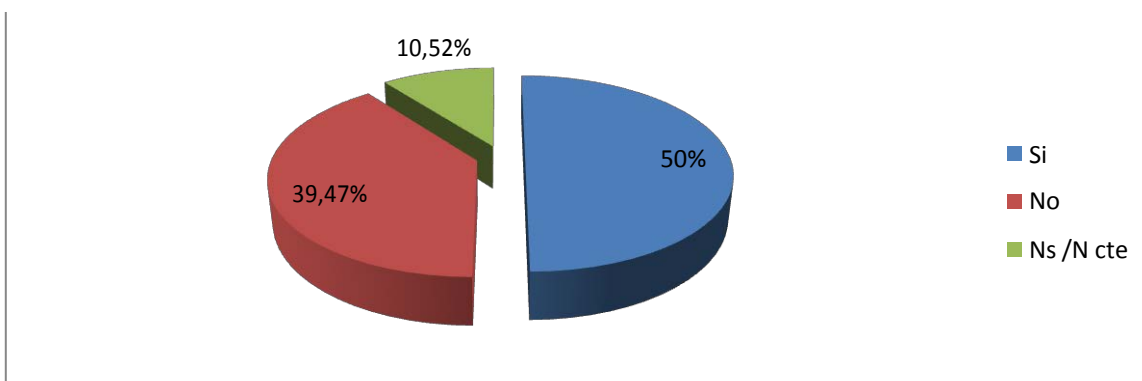
con mas ansiedad y dolor. Por lo que un total del 39'46%, del personal de enfermería opina que lo notan con el mismo dolor y ansiedad o incluso más.

Por lo que cabe pensar que casi el 40% del paciente pediátrico se encuentra con dolor y ansioso, a pesar de informarle de la técnica que se le va a realizar. Como se ve en el gráfico 5.



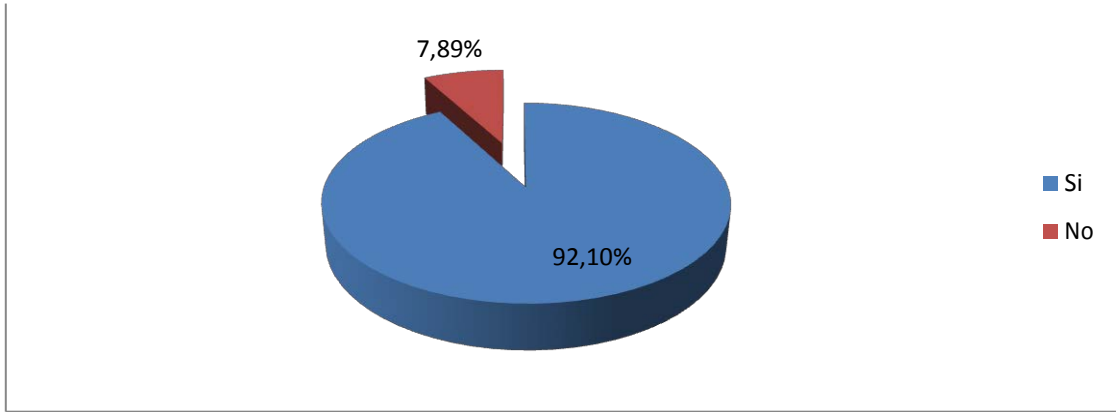
▲ Gráfico 5: Opinión del personal sobre la influencia de informar antes de la realización de cualquier técnica

La mitad del personal (50%) cree que si hay un método efectivo para minimizar el dolor en el niño, siendo esté la distracción (en un 26'31%), frente al 39'47% que opina que no existe un método. Como se ve en el gráfico 6.



▲ Gráfico 6: Opinión del personal sobre la existencia de un método efectivo para minimizar el dolor

A pesar de lo mencionado, el personal afirma en un 92'10% que se deberían utilizar otras técnicas no farmacológicas aparte de las farmacológicas, para minimizar el dolor. Como se ve en el gráfico 7.



▲ Gráfico 7. Utilización de otras técnicas aparte de las farmacológicas, para minimizar el dolor.

En cuanto, a los procedimientos de enfermería que producen más dolor, el personal de enfermería opina que es la punción venosa o arterial (por la dificultad en el proceso en sí del paciente pediátrico) y la menos dolorosa es la administración de medicación intravenosa.

Confirmando la validez de la respuesta anterior, con otra pregunta realizada posteriormente, en la cual también nos indica que la técnica más dolorosa es la punción venosa o arterial en un 68'35% del personal sanitario, independientemente de si la punción se realiza para una extracción sanguínea o para una canalización de la vía venosa o arterial.

## **DISCUSIÓN**

El dolor nos alarma de que nuestro organismo no está bien, pero es un padecimiento innecesario, con alta prevalencia, que puede prevenirse, controlarse y aliviarse en la mayoría de los casos.

Teniendo en cuenta que en la Unidad de Cuidados Intermedios, donde la patología postquirúrgica es la más frecuente. Y que un 94'73% de los pacientes necesitan analgesia de rescate al llegar a dicha unidad, resulta que solo el 15'78% usa y registra escalas del dolor, frente a un 57'89% que no realiza escalas ni las registra, contrastando esta respuesta con otra, se observa claramente una diferencia, donde el 71'05% del personal afirma no utilizar escalas del dolor. Ya sea cualquiera de los dos resultados, el personal sanitario en un alto porcentaje entre el 57-71% no mide el dolor con las escalas.

Siendo las más utilizadas: la escala analógica visual, la escala facial y numérica por un 26'03% del personal, lo cual muestra que del 42'09% que opinaba medir el dolor con escalas; casi la mitad no sabe decir que tipo de escala utiliza, por lo que resulta preocupante y a la vez hace pensar si realmente lo realizan tal como dicen.

A pesar de las dificultades que presenta el paciente pediátrico y de no tener un método objetivo e infalible para medirlo, se dispone de escalas, las cuales deberían sistemáticamente usarse, cuantificando y registrando el dolor, como una constante más (al igual que lo es la temperatura, la tensión arterial, etc...), durante la estancia hospitalaria del paciente pediátrico tratando de valorar y controlar el dolor, siendo muy útil para realizar posteriormente el tratamiento farmacológico e irlo modificando en función de los resultados de las escalas que se realizarían a lo largo de su estancia hasta su alta domiciliaria. E incluso introducirlo en un protocolo.

Actualmente por sistema en las órdenes médicas de manera sistemática, se pautan a todo paciente pediátrico ingresado que se registren constantes horarias (FC, FR, Sat O<sub>2</sub> y mínimo por turno la medición de la tensión) y la mayor parte de la analgesia postoperatoria se pauta si precisa, dejando en manos del profesional de enfermería su conveniencia en la administración.

Además de formar al personal de enfermería, tanto a los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería como a los Diplomados de Enfermería, sobre las distintas

escalas que hay en las diferentes edades, así como de otros tratamientos no farmacológicos como son la técnicas de relajación, educación sanitaria, etc.

Apoyándose en el Código Deontológico del Comité Internacional de Enfermería (20), la competencia de docencia y la investigación resalta facilitar oportunidades de formación y/o aprendizaje que fomenten la preparación y la competencia para el ejercicio de la profesión a lo largo de la vida, convirtiéndose en un pilar básico, así como realizar y difundir investigaciones que muestren vínculos entre el aprendizaje continuo y la competencia para la práctica.

En el dolor pediátrico influyen múltiples factores de las áreas bio-psico-social, tanto en el paciente pediátrico como en sus padres ( muy importantes ya que en muchos casos los padres son los que transmiten los nervios al niño).

La información es la técnica no farmacológica más frecuente utilizada por el personal de enfermería, para minimizar el dolor y la ansiedad que muchas veces va unido.

Sin embargo, a pesar de que el 60'52% del personal de enfermería opine que colabora y lo nota con menos ansiedad y dolor, un 39'46% por el contrario afirma que lo nota con el mismo o incluso con más dolor y ansiedad.

Siendo un elevado porcentaje, llegando casi a la mitad de los pacientes de la unidad que se encuentran con dolor y ansiedad, a pesar de la información previa a la técnica.

Y como ya se mencionó antes, padecer dolor teniendo recursos para poder minimizarlo es más que suficiente, pensar en la combinación de tratamientos farmacológicos junto a los tratamientos no farmacológicos para disminuir el dolor y la ansiedad.

Respecto a si la compañía de los familiares ayuda en la recuperación del paciente pediátrico postquirúrgico, un 71'05% del personal cree que si, a diferencia del 28'94% que opina que no ayuda; sin embargo solo un 7'89% realiza técnicas en presencia de los padres.

Haciendo recapacitar, que a pesar de que ayuda la permanencia de los padres en la Unidad de Cuidados Intermedios tras la intervención quirúrgica, cuando realiza el personal de enfermería técnicas, se sienten inseguros ante el dolor que saben que van a producir al niño y la preocupación de los padres ante dicha situación mandando esperar fuera de la unidad a estos, ya que las técnicas y/procedimientos al paciente pediátrico no

siempre se pueden realizar con éxito de manera rápida e indolora lo que provoca mucha ansiedad al niño y por tanto se transmite a los padres.

Por ello, se propone además de utilizar la combinación de las técnicas que disponemos, como ya se mencionó anteriormente, impartir educación sanitaria tanto en los pacientes pediátricos como en los padres, al igual que ya existen programas de educación sanitaria sobre sexualidad y seguridad vial, etc..., mejorando así la realización del trabajo de enfermería, así como la preocupación de los padres, además de disminuir el dolor y ansiedad en los pacientes.

Haciendo de la hospitalización un proceso menos traumático para ambos, dejando hacer uso del derecho al acompañamiento de los padres en todo momento, haciéndoles participes en el problema de salud de sus hijos.

Relacionado con lo anterior, un 42% del personal indica no realizar actividades ni administrar analgésicos previos a la realización de algún procedimiento doloroso, (según la opinión de personal de enfermería el procedimiento más doloroso es la punción venosa), lo que demostraría que casi a la mitad de dichos pacientes no se les trata de minimizar la experiencia dolorosa de dicho procedimiento.

Por lo que resulta lógico y comprensible que los niños muestren temor ante dicha técnica, colaborando a aumentar la ansiedad tanto en ellos como en sus padres y tengan en su recuerdo una hospitalización traumática.

Además, cabe mencionar que siendo la punción venosa, la técnica más dolorosa por el personal de enfermería, es validada por el estudio citado anteriormente (18), en el cual los niños referían tener más miedo a las punciones, inyecciones. Siendo esta, una de las técnicas más temidas por los pacientes e incluso por el personal de enfermería, los cuales tienen que dedicar excesivo tiempo para calmar y realizar la técnica, ocasionando en el paciente un estado de ansiedad.

Entre las medidas que utiliza el personal de enfermería para disminuir el dolor, se utilizan solo la información mencionado anteriormente junto con la distracción con juegos, canciones o dibujos, pero solo la aplicación de estas medidas no hacen que desaparezca el dolor ante la realización de una técnica.



Solo manejan el uso de la sacarosa, ya que es lo único que está protocolizado en la unidad y ni siquiera utilizan cremas anestésicas como el EMLA al 5% (Lidocaína 25mg y Prilocaína 25 mg).

Por lo que se propone la realización de protocolos con los tratamientos que pueden utilizar ante las diferentes técnicas de enfermería así como realizar protocolos de la analgesia postquirúrgica según la edad y la intervención quirúrgica.

Además se puede utilizar los resultados que se obtengan de la utilización de dichos protocolos en un periodo de tiempo, para realizar un estudio sobre lo que resulta más efectivo en cada paciente según las diferentes patologías, edades y nivel de dolor.

#### Limitaciones del estudio y ampliación:

El Trabajo Fin de Grado que me propuse en un primer momento realizar fue "Estudio del dolor en el postoperatorio pediátrico" para el cual necesitaría recabar una serie de variables: tipo de edad, intervención quirúrgica, analgesia que ha necesitado antes y después de la intervención quirúrgica; con el objeto de valorar a los pacientes pediátricos postquirúrgicos. Estas variables se obtendrían exclusivamente de la hoja de medicación de enfermería.

Pero tras realizar un informe y pedir permiso a la dirección de enfermería del HURH de Valladolid para poder llevar a cabo dicho trabajo, me encontré con la respuesta de no concederme el permiso para realizar el trabajo ya que se accedería a la datos personales de los pacientes, protegidos por la "Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal", y por la condición de estudiante de grado no se pudo llevar a cabo.

Por ello, se enfocó a la participación de los profesionales de enfermería a través de dos encuestas y a entrevistas personales a los anestesiólogos de la UCI de Pediatría.

El estudio realizado se podría ampliar, teniendo una muestra más amplia, abarcando los diferentes hospitales de Valladolid, así como los de Castilla y León en las diferentes Unidades de Cuidados Intermedios de Pediatría, realizando su posterior análisis y comparando las diferencias en las diferentes Comunidades Autónomas.

## **CONCLUSIONES**

Este estudio ha demostrado que, actualmente en el postoperatorio inmediato el paciente tiene dolor, así como en ciertos procedimientos (como la punción venosa o arterial).

Demostrando que el dolor no se valora, ni se registra y además no se conocen según la edad la escala apropiada para cuantificarlo.

### **Implicación en la práctica:**

A consecuencia, de este estudio realizado, y las múltiples conversaciones que han generado en la Unidad de Pediatría, la Supervisora, D<sup>a</sup> Ana Pastor , ha impreso las tres escalas más conocidas (visual analógica, facial y numérica), así como la evaluación del dolor en las diferentes edades pediátricas (Anexo 1) y lo ha cumplimentado en la Unidad de Cuidados Intermedios en la hoja de medicación, así como en la carpeta de medicación de la Unidad de Pediatría. Para que, el personal de enfermería, tome consciencia de la valoración del dolor que se debe realizar en cada paciente.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer, en primer lugar a mi tutora, Raquel Vaquero Melado, enfermera de Cuidados Intermedios del HURH de Valladolid por haberme orientado, guiado, ayudado en la elaboración del trabajo.

En segundo lugar agradecer, al Jefe del Departamento de Pediatría y a la Supervisora de la Unidad de Pediatría, por permitirme exponer mi tema de Fin de Grado y darme la oportunidad de llevar a cabo mi trabajo.

Por último, y no menos importante, deseo agradecer la participación a todos los profesionales que se ofrecieron voluntariamente a formar parte del estudio, que sin ellos no hubiera sido posible la realización de este trabajo.


## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1). Marchán Espinosa S, Gómez- Rico Pareja A. Manejo del dolor en el postoperatorio inmediato en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. Rev Nure Inv [Internet]. 2011 [consulta el 10 Febrero de 2015]. Disponible en: [http://web2014.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE54\\_original\\_manejode\\_dolor1872011171012.pdf](http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE54_original_manejode_dolor1872011171012.pdf)
- (2). Hernández-Saldívar ML. Manejo del dolor postoperatorio: Experiencia terapéutica en Unidad de Terapia Quirúrgica Central del Hospital General de México. Rev Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2008 [consulta el 18 Mayo de 2015]; 31(1): 246-251.
- (3). Ramos Mejía JM. El dolor postoperatorio. Conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. Rev del Hospital General de Agudos [Internet]. 2003 [consulta el 29 de Mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/dolor\\_postop.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/dolor_postop.pdf)
- (4). Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J y Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2001 [consulta el 14 Abril de 2015]; 8: 194-211.
- (5). García roldan JL. Cómo elaborar un proyecto de investigación. Alicante: Universidad de alicante; 1995.
- (6). Burns N, Grove S.K. Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermería basada en la evidencia. 5ªed. España: Elsevier 2012.
- (7). Faus F, Santainés E. Búsquedas bibliográficas en bases de datos. Barcelona: Elsevier. 2013 p.23-66.
- (8). Manas CM, Dolor en pediatría: Protocolo y pautas de actuación. Rev Alborán de Enfermería [Internet]. 2002 [consulta el 10 Marzo de 2015]; (1)12-15.
- (9). Jiménez Moreno F, Notario Tomas R, Van Dalen G, Vaquez Chena P, Lubiano Angulo M. Unidad de dolor agudo postoperatorio pediátrico (U.D.A.P): Experiencias y trabajos de campo. Rev Metas Enfermería [Internet]. 2000 Octubre. [consulta el 14 Abril de 2015]; (29): 211-24.
- (10). Caba F, Núñez García A, Tejedor M, Echevarría M. Valoración de la actividad de una unidad de dolor agudo postoperatorio por los cuidados del paciente quirúrgico. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2004 [consulta el 20 Marzo de 2015]; (11) 479-489. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/original.pdf>
- (10). Villar Arnal, MT. La especialidad de enfermería en anestesia a debate: análisis de su demanda. Valoración de la imagen y el trabajo de enfermería en los bloques quirúrgicos de los hospitales de Aragón. Rev Cuidando la Salud: Rev Científica de Enfermería [Internet]. 2005 [consulta el 14 de Marzo de 2015]; (5):4-22. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3094828>

- (11). Ibarra E, Una nueva definición de dolor. Un imperativo de nuestros días. *Rev. Soc. Esp del dolor* [Internet]. 2006 [consulta el 14 Abril de 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001)
- (12). Rubio pascual P, de la Cruz Bertolo J. Unidad para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio pediátrico una experiencia de 6 años. *Rev. Esp Anesthesiol. Reanim.* [Internet]. 2006 [consulta el 14 Abril de 2015]; (53) 346-353. Disponible en: [http://db.sedar.es/restringido/2006/n6\\_2006/3.pdf](http://db.sedar.es/restringido/2006/n6_2006/3.pdf)
- (13). Caba F.; Nunez García, A.; Tejedor, M. y Echevarría, M.. Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]; 2004 [consulta el 14 Marzo de 2015]; 11(8): 27-37. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000800002&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000800002&script=sci_abstract)
- (14). Thibodeau GA., Patton KT. Anatomía y fisiología. 6ªed. España: Elsevier; 2007.
- (15). Lépori LR. Dolor en pediatría. 1ªed. Argentina: Miniatlas. 2006.
- (16). Muriel Villoría C, García Román A. Máster del dolor: tema 2, Bases de la fisiología y fisiopatología del dolor [Internet]. [consulta el 17 Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%202.pdf>
- (17). Gancedo García C, Malmierca Sánchez F, Hernández Gancedo C, Reinoso Barbero F. Pediatría Integral: Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Rev de Educación Integral del Pediatra Extrahospitalario*, 2ª entrega. [Internet]. 2008 [consulta el 9 Abril de 2015]. Disponible en: [http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR\\_Valoracion.pdf](http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR_Valoracion.pdf)
- (18). Bieger C, León L, González A, Serrano M, Reinoso F, Vidal J, Casado J. El dolor en niños hospitalizados, [Internet]. 2012 [Consulta el 10 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.antena3.com/a3document/2013/08/27/DOCUMENTS/00003/00003.pdf>
- (19). Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2005 [consulta el 14 Enero de 2015]; 28(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)
- (20). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Editado por: Consejo Internacional de enfermeras. [Internet]. 2006 [consulta el 20 Mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/14\\_codigo\\_deontologico.pdf](http://www.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/14_codigo_deontologico.pdf)
- (21). Gallego JI, Rodríguez de la torre MR, Vázquez- Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2004 [consulta el 9 Abril de 2015]; (11): 197-202. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n4/notaclinica1.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1:

1 mes-3 años: escala fisiológico-conductual**			> 3 años: escalas subjetivas	
Parámetro	Valoración	Puntos	Edad	Escalas
<b>TAS basal</b>	↑ < 20%	0	3-7 años	a) Dibujos faciales: 😊 0 😊 = 1-2 😞 5 😞 6-8 😞 = 9-10
	↑ 20-30%	1		
	↑ > 30%	2		
<b>Llanto</b>	Ausente	0	7-12 años	b) Escala de color: No dolor  Máximo dolor
	Consolable con palabras-caricias	1		
	No consolable	2		
<b>Actividad motora espontánea</b>	Dormido - Jugando - Tranquilo	0	7-12 años	a) Numérica: No dolor 0   2   5   8   10   Máximo dolor
	Moderada - Controlable	1		
	Intensa - Incontrolable	2		
<b>Expresión facial</b>	😊 😊	0	7-12 años	b) Analógica visual: No dolor  —————  Máximo dolor
	😊 😞	1		
	😊 😞 😞	2		
<b>2-3 años Evaluación verbal</b>	No expresa dolor	0	> 12 años	c) Verbal: No dolor - Dolor leve - Dolor moderado - Dolor intenso - Dolor insoportable
	Incómodo - Duele sin localizar	1		
	Se queja y localiza dolor	2		
<b>&lt; 2 años Lenguaje corporal</b>	Dormido - Postura normal	0	> 12 años	a) Numérica: 0   2   5   8   10   b) Analógica visual:  —————  c) Verbal: No dolor - Dolor leve - Dolor moderado - Dolor intenso - Dolor insoportable
	Hipertonía-Miembros agarrotados	1		
	Protege o toca zona dolorosa	2		

**Puntuación:** 0 = no dolor; 1-2: leve; 3-5: moderado; 6-8: intenso; 9-10: insoportable

*\*1 mes-3 años: escalas conductuales; 3-7 años: escalas subjetivas cotejando con conductuales; > 7 años: escalas subjetivas. Si en una determinada edad se duda de la valoración, pasar a un grupo de edad inferior. \*\*Puede emplearse en pacientes no relajados, con nivel de consciencia disminuido o déficit neurológico.*

▲ Evaluación del dolor en las diferentes edades pediátricas. Unidad de tratamiento de dolor (UCIP), Hospital del Niño Jesús, Madrid. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/250711391/DOLOR-Valoracion-pdf#scribd>

ANEXO 4: **Papel informativo en la Unidad de pediatría y en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría, en el Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO 2015

**ESTUDIO DEL DOLOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL RIO HORTEGA DE VALLADOLID**

Estudiante de Grado de Enfermería:

ELISABETH DE LA FUENTE ÁLVAREZ

**BREVE EXPLICACIÓN DE LA ENCUESTA:**

Para la obtención del título Grado en Enfermería, debo realizar un Trabajo Fin de Grado.

Para lo cual necesitaría vuestra colaboración rellenando unas encuestas de manera anónima y confidencial. Dichas encuestas fueron aprobadas por la Dirección de Enfermería, el día 27/11/2014 y 06/04/2015.

Las encuestas me servirán como un recurso, para obtener información de todo el personal de enfermería sobre `El Dolor`, sabiendo que opinión tenéis sobre este tema, que procedimientos creéis que causan más dolor , conocer si utilizáis escalas del dolor y las registráis y conocer si necesitan analgesia los pacientes pediátricos en el postoperatorio.

Y con todo ello, realizar un análisis de vuestras opiniones.

**MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA PARTICIPACIÓN**

ANEXO 3: **Primera encuesta**

**ENCUESTA 1:** Indique con una x si es **ENFERMERA/O**  / **TCAE**

1. En el caso de los niños, ¿Qué patología de las que ingresan en la Unidad de Cuidados Intermedios cree que produce más dolor? \_\_\_\_\_
  
2. ¿Realiza actividades o administra analgésicos previos a la realización de algún procedimiento doloroso? Si No
  
3. ¿Utilizan escalas de dolor para cuantificarlo? Si No
  
4. De todos los niños que han tenido una intervención quirúrgica, ¿Qué porcentaje cree que han tenido dolor? Marque con un círculo.  
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
  
5. Según las intervenciones quirúrgicas más frecuentes que se realizan en la unidad de cuidados intermedios ¿Cuál considera más dolorosas? \_\_\_\_\_
  
6. ¿Es efectiva en todos los casos la medicación? Si No
  
7. ¿Cree que la edad influye en el dolor postoperatorio? Si No
  
8. ¿Cree que después de una intervención quirúrgica, la compañía de los familiares ayuda en la recuperación del paciente? Si No
  
9. ¿O sin embargo creen que estarían más tranquilos solos en la Unidad de Cuidados Intermedios con el personal sanitario? Si No
  
10. ¿Cree que se trata de manera adecuada el dolor? Si No



11. ¿Qué procedimientos de enfermería creen que producen más dolor? Enumera del 1 al 12.

- ❖ Canalización de una vía venosa periférica →
- ❖ Administración de la sedación por vía venosa periférica→
- ❖ Administración de analgesia por vía intravenosa→
- ❖ Administración de analgesia por vía intramuscular→
- ❖ Administración de medicación por vía inhalatoria→
- ❖ Extracción sanguínea por punción venosa o arterial→
- ❖ Extracción sanguínea por punción capilar→
- ❖ Retirada de canalización de vía venosa periférica→
- ❖ Realizar la medición de la presión arterial.→
- ❖ Realizar un sondaje vesical→
- ❖ Realizar un sondaje nasogástrico→
- ❖ Recogida de una muestra de secreciones nasofaríngeas→
- ❖ Añade otro que pienses que produce más dolor y no se halla citado. →

12. ¿Cree que se debería cambiar algo para disminuir el dolor?.

---

ANEXO4: **Segunda encuesta complementaria.**

**ENCUESTA2 :** Indique con una x si es **ENFERMERA/O**  / **TCAE**

1. Informar previamente antes de realizar una técnica, ¿Influye en una mejor colaboración por parte del paciente pediátrico , disminuyendo la ansiedad /dolor?

Marque con una x su respuesta.

- a) Si colabora el paciente y lo noto con menos ansiedad y dolor.
- b) Si colabora el paciente y lo noto con la misma ansiedad y dolor.
- c) Si colabora el paciente, y lo noto con más ansiedad y dolor
- d) No colabora y lo noto con la misma ansiedad y dolor
- e) No colabora y lo noto con más ansiedad y dolor.

2. ¿Realiza técnicas en presencia de los padres? Marque con una x u respuesta.

- a) Si
- b) No
- c) A veces

¿Si es afirmativo cree que disminuye el dolor/ansiedad? Marque con una x su respuesta

- a) Si disminuye el dolor y la ansiedad
- b) No disminuye el dolor y la ansiedad
- c) Disminuye la ansiedad y el dolor no
- d) Da igual que se realicen en presencia de los padres.

3. En su práctica profesional, ¿Mide el dolor con alguna escala y lo registra? Marque con una x su respuesta

- a) Si realizo siempre escalas del dolor y lo registro
- b) Si realizo a veces escalas del dolor y lo registro.
- c) No realizo ninguna escala del dolor y por tanto no se registra.
- d) Si realizo escalas del dolor, pero no lo registro.

Si es afirmativo, ¿Indique qué escala utiliza? \_\_\_\_\_

4. ¿Realiza alguna técnica para minimizar el dolor en el niño? Marque con una x su respuesta

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Siempre

5. En caso de realizar alguna técnica para minimizar el dolor en el niño, de las que se citan a continuación, marque con una x su respuesta.

- a) Informa al paciente pediátrico previamente antes de realizar la técnica.
- b) Le distrae con juegos, canciones o dibujos mientras realiza la técnica.
- c) Aplica anestésico local u otro medicamento para disminuir el dolor.
- d) Utiliza técnicas de relajación con el niño para relajarle antes de la técnica.

Si no está en las mencionadas anteriormente, ¿Puede indicar cuál es?

---

6. ¿Cree que hay algún método efectivo para minimizar el dolor en el niño?. Marque con una x su respuesta

- a) Si
- b) No

En caso afirmativo, ¿Indique cuál es? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué técnica de las que realiza en su práctica profesional, cree que es la más dolorosa? \_\_\_\_\_

8. ¿Cree que deberían estandarizar el registro del dolor, y ser obligatorio cuantificarlo?

Marque con una x su respuesta.

- a) Si
- b) No

9. Aparte del tratamiento farmacológico, ¿Cree que se deberían utilizar otras técnicas para minimizar el dolor? Marque con una x su respuesta.

a) Si

b) No