



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

INTERVENCION DE ENFERMERIA FRENTE AL DOLOR EN EL PACIENTE
PEDIATRICO POSTOPERADOS MEDIATO DE APENDICECTOMIA, SERVICIO DE
PEDIATRIA HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2015

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA PEDIÁTRICA

INVESTIGADORES

Berrocal Huallpa Jasmina Judith

Fernández Robles Isabel katherin

Figueroa Monge Dayana Rosario

ASESORA

Mg. Rosa Vaiz Bonifaz

Lima –Peru

2015

RESUMEN

La apendicitis es una de las patologías que se presenta con mayor frecuencia en los niños, especialmente entre los seis y doce años de edad, y tiene como tratamiento definitivo la cirugía, por lo que trae como consecuencia en la etapa de recuperación la presencia del dolor, por ello una de las prioridades en el periodo post-operatorio debe ser el alivio del dolor.

El presente estudio aborda la temática del dolor en pacientes pediátricos post-operados de apendicectomía en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue, por lo tanto el estudio tiene como objetivo determinar las intervenciones de Enfermería frente al dolor del paciente pediátrico de 7 a 14 años post-operado mediato de apendicectomía. Para ello se evaluarán las intervenciones que realizan las enfermeras del área de cirugía del Servicio de Pediatría, mediante la aplicación de una guía de observación que contiene las dimensiones, valoración del dolor, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, cada una con sus indicadores respectivos.

Se considerará un total de 20 enfermeras como el tamaño de muestra aleatoria. Se realizará previamente los trámites administrativos respectivos para la implementación del estudio y recojo de los datos. Una vez realizado la recolección de datos se ingresará la información contenida de las guías de observación a una matriz de archivo Excel para su tabulación, ordenamiento y análisis. Esto implicará la construcción de tablas y gráficos de frecuencia, así también se realizará un análisis de correspondencia múltiple para las dimensiones de la variable, para ello se usará el SPSS versión 20.

Palabras Claves: Dolor postoperatorio, Apendicectomía, Enfermera Pediátrica, Paciente Pediátrico, Valoración del dolor, Intervenciones farmacológicas, Intervenciones no Farmacológicas.

INDICE

Introducción	4
CAPITULO I.	
Planteamiento del Problema	5
Formulación del problema	7
Justificación	7
Viabilidad y factibilidad de estudio	8
CAPITULO II.	
Propósito	9
Objetivo de estudio	9
CAPITULO III:	
Marco Teórico	10
Antecedentes del Estudio	10
Base teórica	12
Apendicectomía en el niño	12
Etapas postoperatorias	13
Dolor postoperatorio en el Niño	14
Evaluación del dolor en Niños	15
Tratamiento del dolor Postoperatorio	19
Intervención de enfermería frente al dolor	22
CAPITULO IV	
Material y Método	24
Diseño del Estudio	24
Descripción del Área de Estudio	24

Población y Muestra	25
Definición Operacional de la Variable	26
Técnica de Recolección de Datos	31
Plan de Recolección de Datos	31
Plan de Tabulación y Análisis de Datos	31

CAPITULO V

Consideraciones Éticas y Administrativas	33
Cronograma: Diagrama de Gantt	34
Presupuesto	35
Referencias Bibliográficas	36
Anexos	40
Instrumento	40
Consentimiento informado	42

INTRODUCCION

El dolor agudo es uno de los síntomas que experimenta más frecuentemente un niño con relación a una enfermedad, injuria traumática, quirúrgica, o como resultado de un procedimiento. Este síntoma se asocia a disconfort, rechazo, y stress. Existe evidencia que un inadecuado tratamiento del dolor tiene consecuencias biológicas y conductuales, pudiendo determinar respuestas inapropiadas ante posteriores eventos dolorosos. Por ello el estudio del dolor ha seguido avanzando en las últimas décadas, su evaluación y su intervención correspondiente al cuidado del paciente, es una preocupación creciente entre los profesionales de la salud.

Siendo la apendicitis una de las patologías que se presenta con mayor frecuencia en los niños, especialmente entre los seis y doce años de edad, y que requiere tratamiento quirúrgico (1). El presente estudio aborda el tema del dolor postoperatorio en el paciente pediátrico postoperado de apendicectomía desde las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

En la práctica hospitalaria el dolor es un síntoma frecuentemente no valorado, el personal de enfermería no utiliza escalas para la medición del dolor postoperatorio y solo se limita a la administración del analgésico prescrito por el médico, como lo demuestra Anabel Guadalupe Cordova y col, en el trabajo “Manejo del dolor por el personal de enfermería en el Paciente Pediátrico postquirúrgico de apendicectomía” (5). Por ello el presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar las intervenciones que realiza el personal de enfermería frente al dolor postoperatorio, así como que intervenciones farmacológicas y no farmacológicas emplea, siendo estas últimas medidas muchas veces son dejadas a un lado, sin embargo se ha demostrado que coadyuva el efecto analgésico, entre ellas se encuentran los métodos físicos (masaje, inmovilización, crioterapia), y también se cuenta con técnicas psicológicas y/o conductuales como la relajación y distracción (música, cuentos, juegos, etc).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú se presentan alrededor de 25 casos de Apendicitis por cada 10 mil niños. Esta patología es predominante en escolares y adolescentes (1). Las estadísticas del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) muestran que durante el primer semestre del 2010 se intervino a 288 menores, cifra cercana a la de adultos atendidos en otros nosocomios (2).

El tratamiento definitivo para la apendicitis aguda es la cirugía, trayendo como consecuencias en la etapa de recuperación la presencia del dolor, el cual es definido por la asociación internacional para estudio del dolor (IASP) como: “Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (3). Por ello uno de los objetivos en el periodo post operatorio debe ser el alivio del dolor.

Para determinar la intensidad del dolor es indispensable la evaluación, el cual es un proceso que involucra una interpretación de los datos fisiológicos, conductuales y subjetivos, no obstante este último se ve dificultada por los problemas de comunicación que pueden surgir, sobre todo, con niños muy pequeños. Por esta razón es fundamental elegir un método que se adapte perfectamente al desarrollo cognitivo y a la edad del niño. Además, se debe utilizar la entrevista, tanto con el niño como con los padres para poder obtener información.

Es importante que el personal de salud preste especial atención al dolor y dentro de ellos la enfermera será la encargada de realizar las intervenciones desde su evaluación hasta la aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para su alivio.

En cuanto a las medidas farmacológicas para el alivio del dolor se ha determinado que desde los seis años hasta el inicio de la etapa adulta (18 años), la terapia analgésica es muy similar a la del paciente adulto, siendo el analgésico más empleado el metamizol, su uso es bajo estrecha vigilancia debido a sus efectos adversos(4). En lo que respecta a las medidas no farmacológicas, muchas veces son dejadas a un lado, sin embargo se ha demostrado que

coadyuva el efecto analgésico, entre ellas se encuentran los métodos físicos (masaje, inmovilización), y también se cuenta con técnicas psicológicas y/o conductuales como la relajación y distracción (música, cuentos, juegos, etc).

En un estudio realizado se determinó que más del 50% de enfermeras de un servicio pediátrico solo utiliza la administración de analgésicos como acción dependiente para manejar el dolor, mientras que el 45% además realiza otras intervenciones independientes como parte del cuidado de enfermería. Entre estas intervenciones tenemos el apoyo emocional (56%), el cambio de posición (22%), y el manejo ambiental (11%) (5).

Dichos resultados son reflejados en el actuar enfermero que se observa en el servicio de pediatría del HNHU; ante la presencia de dolor en los pacientes post operados de apendicitis las enfermeras intervienen de diferentes formas, algunas de ellas consultan las ordenes de tratamiento y administran la medicación pautada, otras acuden en primer lugar a la habitación con el objetivo de observar y hablar con el niño y la familia, otras avisan al médico, siempre dependiendo del criterio de la enfermera y de la complejidad del dolor que ellas consideren.

Se sabe que el estudio del dolor ha seguido avanzando en las últimas décadas, su evaluación y su intervención correspondiente al cuidado del paciente es una preocupación creciente entre los profesionales de la salud, no obstante, se constata durante la practica hospitalaria la no utilización por el personal de enfermería de escalas para la medición del dolor postoperatorio, y la utilización solo de analgésicos para su alivio, por ello nos planteamos la siguiente interrogante ¿Cuáles son las intervenciones que realiza el personal de enfermería ante la presencia del dolor postoperatorio?.

FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, se formula el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la Intervención de Enfermería frente al dolor en pacientes pediátricos postoperado mediato de apendicectomía, servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015?”

JUSTIFICACIÓN

El paciente pediátrico durante la etapa postoperatoria va presentar dolor el cual si no es atendido a tiempo puede repercutir negativamente en su recuperación. El alivio del dolor debe ser uno de los principales objetivos del personal de enfermería, el cual lo abordara realizando intervenciones como su valoración para determinar la intensidad, intervenciones farmacológicas como la administración del analgésico y no farmacológicas como el cambio de posición, distracción, apoyo emocional y manejo ambiental. La intervención de enfermería ante el dolor postoperatorio es diverso durante la practica hospitalaria por ello el presente estudio tiene como objetivo explorar en este campo.

El papel de la enfermera (o) en el abordaje del dolor es crucial, al ser el profesional que mas tiempo dedica a la atención del niño. A nivel de enfermería, los resultados del estudio podrán ser utilizados para introducir cambios que orienten la práctica de los profesionales de enfermería; que permitan la actualización de los conocimientos en cuanto a los cuidados para el control del dolor en niños.

Metodológicamente, el presente estudio servirá de utilidad como antecedente para futuras investigaciones que pretendan profundizar en el tema tratado.

VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

El presente estudio es factible de realizarse, se cuenta con los recursos y el equipo necesario. Es viable porque puede ser ejecutado y operado de tal manera que cumplirá con sus objetivos y propósito; es viable técnicamente por que sus objetivos responden al problema de investigación planteado; es viable socioeconómicamente porque se cuenta con los recursos materiales y humanos, y el tema es de interés porque permitirá plantear mejoras en la atención a los pacientes; y es viable institucionalmente ya que se contara con la autorización del HNHU para su ejecución.

CAPITULO II

PROPÓSITO

El estudio de investigación tiene como propósito proporcionar una información sobre las intervenciones que realiza el personal de enfermería frente al dolor en el paciente pediátrico postoperado mediato de apendicectomía, el cual abarca la valoración del dolor, la aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas, en el servicio de Pediatría del HNHU.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General:

Determinar las intervenciones de Enfermería frente al dolor del paciente pediátrico de 7 a 14 años postoperado mediato de apendicectomía.

Objetivos Específicos

- Identificar la valoración del dolor que realiza el personal de enfermería.
- Identificar las intervenciones farmacológicas frente al dolor del paciente pediátrico de 7 a 14 años post operado mediato de apendicectomía.
- Identificar las intervenciones no farmacológicas frente al dolor del paciente pediátrico de 7 a 14 años post operado mediato de apendicectomía.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Anabel Guadalupe Córdova Jaquez y col, publicaron en el 2010, el trabajo "Manejo del dolor por el personal de enfermería en el paciente pediátrico postquirúrgico de apendicetomía". El objetivo fue describir el manejo del dolor que ofrece el personal de enfermería al paciente pediátrico postquirúrgico de apendicetomía. Estudio descriptivo-transversal, exploratorio, con metodología cuantitativa. Dentro de los resultados se encontró que el 55% de la muestra solo utiliza la administración de analgésicos como acción dependiente para manejar el dolor, mientras que el (45%) además realiza otras intervenciones independientes como parte del cuidado de enfermería, entre ellas apoyo emocional (56%), cambio de posición (22%), manejo ambiental (11%) y escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (11%) (5).

Nacimiento L. y col, publicaron en el 2010, el trabajo "Manejo del dolor en niños, en el postoperatorio tardío de cirugía cardíaca, por los profesionales de enfermería, bajo la perspectiva de las madres". El objetivo fue comprender como las madres evalúan el manejo del dolor de sus hijos, realizado por el equipo de enfermería, en el postoperatorio tardío de cirugía cardíaca. Se trata de un estudio exploratorio, de naturaleza cualitativa, La edad de los niños varió de un mes a cinco años. Las madres fueron entrevistadas, generalmente, entre el 2° y el 10° día del posoperatorio del niño. Dentro de los resultados se encontró que para las madres, cuidar bien es resultante de la confianza que ellas depositan en el equipo de enfermería y de la observación de las intervenciones medicamentosas que ese equipo realiza en el niño. La evaluación de las madres sobre el equipo de enfermería de no cuidar bien a sus hijos es consecuencia de falta de información o comunicación inadecuada entre equipo y madres (6).

Aguilar M. y col, publicaron en el 2012, el trabajo "Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua". El objetivo fue determinar la actitud del personal de enfermería, ante el dolor en la infancia. El método de estudio fue observacional y

descriptivo en los servicios de atención pediátrica. Dentro de los resultados se encontró que el 71.1% de los participantes tiene una actitud desfavorable hacia el dolor, lo que se relaciona significativamente con la capacitación (7).

Hernandez C y col, publico el trabajo titulado. “Manejo del dolor agudo en el paciente pediátrico post cirugía electiva, Hospital Nacional de Occidente 2009-2011” cuyo objetivo fue describir el manejo del dolor agudo en paciente pediátrico post cirugía electiva. El estudio es descriptivo- prospectivo. Dentro de los resultados se encontró que de los 300 pacientes menores de un año y no mayores de doce, el sexo femenino fue el predominante, la edad más frecuente fue la 4-6 años, la mayoría fue clasificación ASA 1, con una escala de carita de dolor leve a moderado el analgésico más utilizado fue el ketorolaco mas el tramadol y siendo cirugía el departamento que más niños programa a sala de operaciones (8).

Brea P, y col, publicaron en el 2013, el trabajo “Evaluación y mejoría del dolor en niños atendidos por enfermeras acreditadas”. El objetivo fue analizar la reducción del dolor logrado por enfermeras acreditadas, en función de la edad de los niños atendidos. Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo. Se utilizaron 161 evaluaciones del dolor percibido en niños de entre 0 y 15 años, realizadas por 93 enfermeras acreditadas entre septiembre de 2006 y julio de 2011. Los resultados evidenciaron que las enfermeras utilizaron distintos tipos de escalas de medición del dolor, en función del desarrollo cognitivo de los niños atendidos, y presentan un mayor nivel de competencias en la reducción del dolor en niños de edades comprendidas entre 2 y 3 años, observándose hasta los 10 años una leve tendencia negativa en la capacidad de reducir el dolor a cero por parte de las enfermeras, a medida que aumenta la edad del niño (9).

Soto Mercedes, publico en el 2013, el trabajo “Manejo del dolor realizado a niños atendidos en la unidad de quemados del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert”, El objetivo fue evaluar el conocimiento frente al dolor y conocer la percepción del personal de enfermería en la atención a los niños con quemaduras. Estudio descriptivo-transversal, exploratorio, con metodología cuantitativa. Dentro de los resultados se encontró que de las 30 enfermeras encuestadas el 60% está totalmente de acuerdo que no siempre es de todo fidedigna la referencia del dolor del niño, 57% está de acuerdo en que hay que usar estrategias cognitivas

para calmar el dolor de los Niños, 53% está de acuerdo en que el contacto frecuente con el dolor de los niños (a) quemados hace verlo como algo rutinario, 40% está totalmente de acuerdo en que la primera reacción ante dolor del niño(a) es el tratamiento farmacológico antes que el psicológico y el 17% está en desacuerdo con esta aseveración, entre otros resultados(10).

2. BASE TEÓRICA

2.1.- Apendicectomía en Niños

La apendicitis es una de las patologías que se presenta con mayor frecuencia en los niños, especialmente en aquellos entre los seis y doce años de edad, y que requiere de tratamiento quirúrgico.

La apendicitis se produce por la obstrucción de la parte interna del apéndice como consecuencia de restos de contenido cecal de heces que puede ser por crecimiento del tejido, parásitos y cuerpos extraños como restos de alimentos. Debido a dicha obstrucción hay necrosis, perforación, hinchazón y ulceración, razón por la cual estos pacientes necesariamente requieren de tratamiento quirúrgico.

La perforación puede llevar a una peritonitis (inflamación de una membrana que cubre los tejidos abdominales internos que se llama peritoneo) complicando el estado general del paciente.

El cuadro clínico de apendicitis implica mayor riesgo de complicación por acumulación de pus dentro de la cavidad abdominal o por infección de heridas.

En la edad escolar (de 6 a 12 años) la ubicación de la sintomatología es más específica y explícita, el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho del abdomen, aunque se ha demostrado que en un tercio de los casos puede no manifestarse en ese sitio, siendo para ellos

difuso. El dolor se incrementa con los movimientos en un 41 a 75%, es constante en un 52 a 57% y también se ha informado como cólico en un 11 a 35%.

El resultado de la apendicectomía suele ser muy bueno, especialmente si no ha existido peritonitis, ya que así el tiempo de recuperación es muy rápido. Los niños con apendicitis aguda simple, pueden volver a casa a las 48-72 horas.

Al término de la fase aguda, comienza un periodo de recuperación que será más o menos rápido dependiendo de cada niño.

El paciente deberá mantener un reposo moderado y la actividad física será limitada en los primeros días, pero se irá normalizando a lo largo de las dos primeras semanas. La herida que deja la intervención no requiere cuidados especiales, pero siempre se seguirá las indicaciones médicas.

La apendicitis aguda puede provocar algunas complicaciones leves, como el retraso en tolerar la alimentación por parálisis intestinal, la fiebre o la infección de la herida operatoria (10).

2.2.- Etapa postoperatoria

Durante esta etapa se tiene como objetivo proporcionar los conocimientos necesarios para ayudar al paciente en su recuperación física y psíquica tras la intervención quirúrgica y evitar complicaciones.

El postoperatorio se divide en dos etapas:

- Postoperatorio inmediato: periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad de hospitalización o domicilio. Habitualmente tiene lugar en la Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA).
- Postoperatorio mediato o tardío: se inicia a la llegada del paciente a la Unidad de hospitalización. El objetivo será fomentar la autonomía del paciente y la readaptación a su medio (11).

2.3.- Dolor postoperatorio en el Niño

El dolor agudo postoperatorio tiene consecuencias fisiológicas en el niño. La intensidad de la respuesta a la agresión quirúrgica es, en general, proporcional al grado de trauma tisular, aunque en él influyen numerosos factores.

El dolor es un fenómeno complejo, que está relacionado con procesos físicos, químicos y emocionales, es individual y subjetivo.

El estímulo físico se transforma en estímulo eléctrico (potencial de acción) a nivel de los receptores de presión y de temperatura, éstos transmiten los impulsos nociceptivos a través de las fibras A δ y C hasta el asta dorsal de la medula espinal, luego ascienden por el tracto espinotalámico lateral alcanzando el tálamo y la corteza cerebral. En su trayecto se producen estímulos excitatorios e inhibitorios ascendentes y descendentes que regulan el estímulo final que alcanza el encéfalo.

Frente a una injuria existen dos áreas distintas de sensibilidad: 1) Adyacente a la zona quirúrgica se encuentra la zona de hiperalgesia primaria en la que los estímulos mecánicos y de temperatura son transmitidos como estímulos dolorosos. 2) Circundando esta área se encuentra una zona de mayor tamaño denominada zona de hiperalgesia secundaria en la que la sensación térmica es normal pero la estimulación mecánica (tacto) es transmitida como estímulo doloroso. En otras palabras, ha cambiado la apreciación de la sensación normal, esto significa que las neuronas del asta dorsal interpretan cualquier estímulo por pequeño que éste sea como dolor. Esta hiperalgesia es la que caracteriza la experiencia dolorosa después de una intervención quirúrgica y los cambios fisiológicos que se producen. Progresivamente se va recuperando la sensibilidad normal, a medida que se produce la curación.

Si estudiamos un receptor de dolor veremos que es activado por estímulos mecánicos y de temperatura, pero también es activado por varios agentes químicos (leucotrienos, quininas, prostaglandinas), los que participan en complejos procesos celulares mediados por la proteína G, éstos cambian el umbral de los nociceptores facilitando la generación de un potencial de acción.

Si realizamos un bloqueo regional antes de la incisión, en un modelo experimental, veremos que no se desarrolla esta zona de hiperalgesia secundaria, lo que significa que el asta dorsal de la médula requiere de información aferente para desarrollar los potenciales de acción.

Durante la actividad neuronal se liberan glutamatos y taquiquininas, las que se unen a los receptores de NMDA (Nor Metil Di Aspartato) y a los receptores de neuroquininas; el estímulo repetido de las fibras C produce una repetida despolarización neuronal en el asta dorsal de la médula, lo que produce un aumento de calcio intracelular en las neuronas del asta dorsal y las neuronas intercalares, activando 2 vías:

- La vía del óxido nítrico, en que aumenta rápidamente la producción de éste, se disemina rápido, pero a corta distancia del asta dorsal produciendo el fenómeno de facilitación presináptica.
- La vía de la ciclooxygenasa, que produce liberación de prostaglandinas, de carácter más lento y persistente. Las prostaglandinas se unen al tejido nervioso produciendo la liberación de proteína G y cambiando el umbral de activación de las neuronas.

Los signos fisiológicos del dolor en niños son el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, respiración superficial y disminución de la saturación consecuente, llanto ronco, rubor, diaforesis, sudoración palmar, y alteraciones ECG.

Cambios en el comportamiento asociados al dolor. Vocalizaciones, cambios en el ciclo de agitación, pataleo, rigidez, flaccidez, alteraciones en la expresión facial o resignación (12).

2.4.- Evaluación del Dolor en Niños

La evaluación del dolor es un proceso que involucra una interpretación de los datos fisiológicos, conductuales y subjetivos proporcionados por el niño. La decodificación de esta información resulta difícil en el paciente menor de cinco años ya que carece de un vocabulario adecuado para expresar las sensaciones dolorosas y en algunas ocasiones no puede relacionarlas con experiencias anteriores.

Deben tomarse también en cuenta la actitud al estímulo en función de la edad y del desarrollo psicomotor del niño. La evaluación del dolor se realiza por medio de métodos de

autoevaluación y métodos de evaluación conductual; estos últimos se emplean en niños en etapa preverbal. No todos los métodos son adecuados para todos los niños ni existe una escala que pueda ser utilizada como un método estandarizado absolutamente fiable: puede resultar conveniente la comparación de valoraciones subjetivas, conductuales y fisiológicas, aunque en ocasiones pueden proporcionar resultados discrepantes. Se propone sólo recomendar la utilización de escalas fisiológicas y conductuales en niños menores de cuatro años, y los métodos subjetivos de autorreporte en mayores de esa (13).

2.4.1.- Evaluación del dolor por medio de escalas

Las escalas, particularmente las que se aplican a niños en etapa pre verbal, no son fáciles de utilizar y requieren entrenamiento.

Escala	Tipo	Grupo etario
PIPP	Heteroevaluación	Prematuros
CRIS	Heteroevaluación	< 1 año
CHEOPS	Heteroevaluación	Postoperatorio 1 - 7 años
FLACC	Heteroevaluación	< 3 años, o que no pueden autoevaluarse
Caras	Autoevaluación	3 - 12 años
VAS (Numérica o visual)	Autoevaluación	> 7 años

Al seleccionar una de estas escalas se debe tener en cuenta que los niños de 5 a 7 años no tienen capacidad de diferenciar entre ellos mismos y su entorno, su definición de dolor es "algo" o "alguna" cosa. A partir de los 7 a los 10 años empiezan a diferenciar entre ellos y los otros y definen el dolor como sensación y a partir de los 11 años ya existe una clara diferencia

entre ellos y los otros, de manera que la palabra que usan hace referencia a sufrimiento de tipo físico y psíquico (McGrath PA, 1990)(15).

Dentro de las escalas de intervalo se incluyen las escalas numéricas y verbales y las analógico-visuales.

1. Escalas numéricas y verbales

En estas la intensidad del dolor se gradúa en intervalos con etiquetas numéricas o verbales (de 0 a 5 o de 0 a 10; nada de dolor/dolor ligero/moderado/intenso...). Un ejemplo de este tipo de escalas es *The numeric pain scale*/"Escala numérica del dolor" en la que los niños evalúan su dolor en un continuo de 0 a 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SIN DOLOR			DOLOR SUAVE			DOLOR MODERADO			DOLOR FUERTE	

Se han elaborado variaciones de esta escala, por ejemplo utilizando un rango de puntuación de 0 (nada de dolor) a 7 (dolor extremo). Estas escalas son ampliamente utilizadas en el medio hospitalario, tanto por los investigadores como por el personal sanitario de forma rutinaria para el manejo del control del dolor post-quirúrgico. Se ha mostrado su fiabilidad y validez como medida de la intensidad del dolor para los niños en edad escolar.

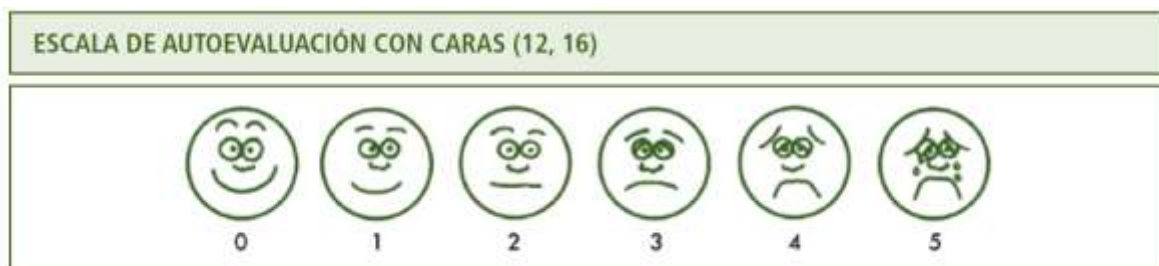
También son muy utilizadas las escalas tipo Likert con cinco puntos o niveles que suelen ir asociados a palabras que sirven para designar el incremento de malestar en cada nivel: nada, poco, medio, bastante y mucho. Existe una variedad de estas escalas que es el termómetro de dolor, normalmente numerada de 0 a 10 donde 0 representa "ausencia de dolor" y 10 "el peor dolor posible". El niño señala la intensidad de su dolor coloreando la barra de mercurio del

termómetro (Molsberry D, 1979). Otro ejemplo es la escala de valoración del dolor de los vasos (The Glasses Rating Scale), o la escalera del dolor (Hay H, 1984; Jeans ME, Johnston CC, 1985; Johnston CC, Strada ME, 1986)(14).

2.- Escalas analógicas visuales (VAS).

Son instrumentos de tipo gráfico que utilizan representaciones visuales concretas del continuum de dolor (por ejemplo, rostros felices o tristes, termómetros de dolor y gamas de colores). Su principal ventaja para su uso con los niños es que no requiere que estos entiendan los números o las palabras asociadas al dolor. Estas escalas son instrumentos válidos y fiables para la evaluación del dolor y la ansiedad en niños mayores de cuatro años (Huskisson EC, 1983).

Existen varios tipos de escalas gráficas que difieren tanto en el formato como en el grado de evaluación de sus propiedades psicométricas. Las escalas de color se consideran más adecuadas para niños de 3-4 años; a partir de esta edad se puede emplear la numérica y la analógica. Con los mayores de 13 años se emplean las escalas numéricas, analógicas y verbales.



Se le solicita al paciente que indique cual cara refleja su nivel de dolor. Se le asigna el puntaje de acuerdo a la selección.

2.4.2.- Valoración del dolor por signos fisiológicos

Los métodos fisiológicos estudian la respuesta del organismo ante la situación dolorosa.

El problema es que la respuesta fisiológica al dolor puede ser muy similar a la presente en otras situaciones de estrés. Por eso no se deben aplicar de forma aislada, aunque son muy útiles combinados con métodos cognitivos o comportamentales.

Los principales parámetros estudiados son: frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia y patrón respiratorio, O₂ transcutáneo y saturación periférica de O₂, conductancia de la piel (sudoración palmar y corporal), cambios hormonales y metabólicos, niveles de endorfinas.

El dolor afecta múltiples sistemas orgánicos con alteraciones en las funciones neuroendocrinas, respiratorias, de la función renal, la actividad gastrointestinal, la circulación y la actividad del sistema nervioso autónomo.

Es importante enfatizar que ninguna de las evaluaciones del dolor es completa si no incluye una medida del dolor y de las reacciones ante éste. Las diferentes modalidades de evaluación del dolor son complementarias, no competitivas (14).

2.5.- Tratamiento del dolor Postoperatorio

2.5.1.- Tratamiento farmacológico

Pese a que no se cuenta con la evidencia suficiente, de acuerdo con la opinión de los expertos participantes en el consenso, la terapia farmacológica debe ser individualizada de acuerdo con la intensidad del dolor. Tomando en cuenta la escala visual análoga y la escala verbal análoga, se proponen las siguientes alternativas:

- Dolor leve (EVA 1 a 3): El dolor con características de baja intensidad puede ser tratado satisfactoriamente únicamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos.
- Dolor moderado (EVA 4 a 7): El dolor con características de intensidad media puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol, buprenorfina,

nalbufina) en bolo o en infusión continua, generalmente en combinación con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

- Dolor severo (EVA 8 a 10): El dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes (morfina y citrato de fentanilo) en infusión continua o PCA y técnicas de anestesia regional (15).

En el tratamiento farmacológico se siguen las directrices de la escala analgésica de la OMS.

Analgésicos no opioides: -AINE. -Paracetamol. -Metamizol.	Opioides débiles: -Codeína. -Dihidrocodeína. -Tramadol.	Opioides potentes: -Morfina. -Fentanilo. -Oxicodona. -Metadona. -Buprenorfina.
	Pueden asociarse a los fármacos del primer escalon en determinadas ocasiones.	Pueden asociarse a los fármacos del primer escalon en determinadas ocasiones.

Figura 1: adaptado de: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

Los neonatos y lactantes hasta los dos años tienen una función renal diferente a la de los adultos, por lo que el uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos está contraindicado.

Las alternativas analgésicas incluyen el uso de paracetamol, analgésicos opioides y la analgesia con técnicas de anestesia regional.

A partir de los dos años y hasta los seis puede comenzarse a utilizar los AINES, aunque el proceso de maduración de la función renal precisa su uso con precaución; el paracetamol, los

analgésicos opioides y la analgesia con técnicas de anestesia regional siguen siendo las primeras opciones de tratamiento.

Desde los seis años y hasta el inicio de la etapa adulta (18 años), el perfil de la terapia analgésica se comporta de forma muy similar a la del paciente adulto, siempre que se tomen en consideración las diferencias ponderales.

Algunos estudios reportan los efectos adversos asociados con el empleo del metamizol (agranulocitosis en población adulta) con una mortalidad asociada en 24 a 32 %. Se sugiere que este fármaco sea empleado bajo estrecha vigilancia hematológica. De igual forma, Food and Drugs Administración no recomienda el ketorolaco para su empleo en el paciente pediátrico (16).

2.5.2.- Tratamiento No farmacológico

Se debe tener en consideración que el manejo no farmacológico no debe ser empleado como único recurso, ya que la evidencia que se tiene como técnica única no supera en algunos casos al efecto placebo. Sin embargo, en algunas series se ha propuesto que coadyuva el efecto analgésico, por lo que en algunos casos seleccionados puede ser de utilidad.

Medidas ambientales

- Crear un entorno tranquilo.
- Reducir la intensidad de la luz.
- Mantener una temperatura agradable.
- Reducir el volumen sonoro.
- Utilización de musicoterapia.

Medidas conductuales

- Enseñar al paciente a manifestar el dolor antes de que éste se vuelva más intenso.
- Facilitar la comunicación con el paciente demostrando una actitud empática y una escucha activa. La atención a nuestros pacientes, requiere toda nuestra dedicación, nuestro interés y la demostración de que van a ser atendidos, permitiendo que tanto él como su familia manifiesten sus dudas y preocupaciones.

- Realizar técnicas de relajación, efectuando respiraciones rítmicas, profundas y lentas: inspirando el aire con la sensación de que se expande todo el cuerpo y expirando con un suspiro. Mantener una postura tranquila con las extremidades bien relajadas y las palmas de las manos apoyadas sobre la cama o en la zona abdominal, de esta forma reforzamos la sensación de bienestar al notar el ritmo de la respiración.

Medidas físicas

- Aplicación de medidas antiálgicas, realizando movilizaciones corporales que ayuden a aumentar el bienestar del paciente mediante cambios posturales y uso adecuado de almohadas o dispositivos.
- Aplicación de masajes siempre que no exista contraindicación.
- Aplicación de crioterapia. Fundamentalmente se utiliza en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía de articulaciones.
- Movilización precoz. La inactividad física provoca rigidez articular y disminución de la fuerza muscular.

La aplicación de estas medidas no farmacológicas en el tratamiento del dolor, no sustituye al tratamiento farmacológico, sino que actúan de forma complementaria para optimizar el control del dolor. Estas medidas se realizan siempre que no exista contraindicación para ello. (17).

2.6.- Intervención de Enfermería ante el dolor postoperatorio

Las Intervenciones de Enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos planteados en la etapa previa del diagnóstico enfermero que fue dolor. Se basan en el conocimiento y juicio clínico. Por tanto las Intervenciones de Enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la aparición del dolor.

Parte del proceso de atención de enfermería se encuentran las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras) que son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera

debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

Como intervenciones que el personal de enfermería realiza tenemos las interdependientes que son las que se realizan en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria para llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico y las independientes que son las actividades que pueden llevar a cabo sin una indicación del médico.

Las intervenciones de enfermería según los grados de dolor son:

Grado 1-2

Distracción: Enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables. Código 5900.

Manejo ambiental: Confort: manipulación del entorno del paciente para facilitar su comodidad optima código 6482.

Grados 2-3

Manejo ambiental: Confort: manipulación del entorno del paciente para facilitar su comodidad optima código 6482.

Estimulación Cutánea: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con el objetivo de disminuir signos y síntomas indeseables como el dolor espasmo muscular o inflamación. Código 1340.

Grado 4-5

Manejo ambiental: Confort: manipulación del entorno del paciente para facilitar su comodidad optima código 6482.

Administración de analgésicos. Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor. Código 2210.

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene un enfoque de tipo cuantitativo porque mide la variable de estudio, vincula conceptos abstractos junto con indicadores numéricos; es de nivel aplicativo debido a que los resultados contribuirán a la motivación y concientización de las autoridades para así planificar estrategias que permitan contribuir con el propósito de estudio. Según el análisis y alcance de los resultados que se obtendrán, es de método descriptivo simple porque describe la variable de estudio y las características que presenta mas no la explicara; según el periodo y secuencia del estudio, es de corte transversal porque estudia la variable en un determinado periodo de tiempo y espacio.

DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizara en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el cual presta atención a la demanda de la población asignada por la Dirección de Salud Lima – Este como Hospital de Nivel III, cabeza de red de Lima - Este. Recibe en forma permanente pacientes referidos por los Hospitales, Centros y Postas de Salud de la jurisdicción que presentan problemas de alta complejidad en las diversas especialidades con que cuenta.

El Hospital Nacional Hipolito Unanue queda ubicado en la Av. César Vallejo 1390, El Agustino.

El Servicio de Pediatría cuenta con 47 camas y/o cunas distribuidas en sus 3 unidades de atención UCI (6 camas), Intermedios (3 camas), y Hospitalización. EL servicio de cirugía pediátrica cuenta con 10 camas para hospitalización ubicadas en el Servicio de Pediatría.

En cuanto a los datos estadísticos de las atenciones realizadas por el Servicio de Cirugía Pediátrica en el año 2013 tenemos que el 52%(523) de las cirugías de emergencia fueron por

apendicitis aguda y 48% por otras patologías. El 51% de casos fueron apendicitis no complicada y el 49% complicada. Sólo el 11% de las apendicetomías durante el tiempo de estudio fueron por vía laparoscópica, el resto se operó por cirugía abierta

El tiempo de permanencia del paciente pos operado de apendicectomía no complicada es de 4 días en el área de hospitalización.

POBLACION Y MUESTRA

La población es de 32 enfermeras que laboran en el Servicio de Pediatría del HNHU, la muestra está conformada por 20 enfermeras que rotan en área de cirugía del Servicio de Pediatría del HNHU.

Criterios de inclusión

- Enfermeras que laboran en el servicio de Pediatría, en el área de cirugía.
- Enfermeras que atienden pacientes Postoperado mediatos de apendicectomía no complicada.
- Enfermeras que laboran más de 6 meses en el servicio
- Enfermeras que acepten participar en la investigación

Criterios de exclusión

- Enfermeras que laboran en el servicio de cirugía y están de vacaciones o licencias
- Enfermeras que atienden a pacientes postoperado de apendicitis complicada, y otras patologías quirúrgicas.
- Enfermeras que no pertenecen al servicio de cirugía pero están asignadas a cubrir ausencias de enfermeras del servicio de cirugía
- Enfermeras que no acepten participar en la investigación.

DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

1.- Variable

Intervención de Enfermería frente al dolor en pacientes pediátricos postoperado mediato de apendicectomía

2.- Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional de cada dimensión	Indicadores	Valor final
Intervención de Enfermería frente al dolor en pacientes pediátricos postoperado mediato de apendicectomía	Son estrategias concretas que emplea la enfermera en base a su conocimiento y juicio clínico frente al problema del dolor postoperatorio, con	valoración del dolor	proceso que involucra una interpretación de los datos fisiológicos, conductuales y subjetivos proporcionados por el niño	1.- Reconoce informes subjetivos de dolor en el paciente: Llanto, grito y manifestación verbal de la presencia del dolor.	Si(1) No(0)
				2.- Determina la localización del dolor, el estado de la Herida	Si(1) No(0)

	<p>el fin de aliviarlo o disminuir los factores que influyen en su aparición.</p>			<p>Operatoria, y el entorno del paciente: posición adoptada por el paciente.</p> <p>3.- Emplea una escala de valoración para determinar la presencia y la intensidad del dolor: Escala análoga visual (EVA) o escala numérica.</p> <p>4.- Realiza el control de los signos vitales (FC, FR, T°, SATO2) e identifica manifestaciones Fisiológicas: taquicardia, incremento de la frecuencia respiratoria,</p>	<p>Si(1) No(0)</p> <p>Si(1) No(0)</p>
--	---	--	--	--	---------------------------------------

		Intervenciones farmacológicas	Son estrategias y/o actividades que consisten en el empleo de analgésicos, según el nivel del dolor y su prescripción para su alivio.	hipertensión, sudoración o palidez. 1.- Le explica al paciente las acciones que va a realizar para calmar el dolor, como la administración del analgésico 2.-Realiza la administración del analgésico prescrito por el medico (tto. E.V, por ejemplo metamizol) empleado los correctos. 3.- Evalúa el dolor del paciente post	Si(1) No(0) Si(1) No(0) Si(1) No(0)
--	--	-------------------------------	---	--	---

				administración del analgésico	
				4.- Notifica al médico para evaluar el dolor del paciente pediátrico post operado de apendectomía, si persiste el dolor luego de la administración del analgésico (≥ 30 minutos) o incrementa de intensidad.	Si(1) No(0)
		Intervenciones no farmacológicas	Son estrategias que se emplean con el fin de coadyuvar el efecto analgésico, y están relacionadas con las técnicas de apoyo físicas y	1.- Le brinda compañía, lo acaricia le manifiesta que el dolor pasara	Si(1) No(0)
				2.- Realiza la adopción de la posición antalgica	Si(1) No(0)

			<p>cognitivas frente al dolor en el niño.</p>	<p>en el paciente</p> <p>3.- Aplica medidas de distracción visual y auditiva en el niño, mediante juguetes, música, etc.</p> <p>4.- Aplica medidas ambientales confortables: temperatura de la habitación, luz, evitación de ruidos, ropa de cama sin arrugas, seca y limpia</p>	<p>Si(1) No(0)</p> <p>Si(1) No(0)</p>
--	--	--	---	--	---------------------------------------

TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizara es la observación estructurada y el instrumento a emplear es una guía de observación, la variable a evaluar es la Intervención de Enfermería frente al dolor en pacientes pediátricos postoperado mediano de apendicectomía divididos en sus tres dimensiones con sus indicadores respectivos considerados para esta investigación. Cada indicador tendrá la posibilidad de tener un Si o un No de respuesta, los mismos que tendrán asignados una codificación de 1 y 0 respectivamente, lo cual permitirá hacer el análisis estadístico pertinente.

Las guías de observación serán aplicadas a cada intervención que realice una enfermera frente al dolor del paciente pediátrico postoperado de apendicectomía, se considerara un total de 20 enfermeras como el tamaño de muestra aleatoria (no se distingue entre enfermeras por afinidad u otro criterio)

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizaran los trámites administrativos con el Hospital Nacional Hipólito Unanue a fin de obtener la autorización para la implementación del estudio y recojo de los datos. Seguidamente se realizaran las coordinaciones con la Enfermera Jefe del Servicio de Pediatría de dicha Institución, para programar las fechas y horarios de recojo de datos.

Se propone la recolección de datos durante cuatro meses, dentro de los cual se realizaran evaluaciones con intervalo de 6 días (esto asegura evaluar a distintas enfermeras en su intervención a distintos pacientes). Los horarios que se proponen son de 8 am a 12 am y de 2 pm a 6 pm, tomando aproximadamente 1 hora para la aplicación del instrumento (Guía de Observación).

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Una vez realizado la recolección de datos se ingresara la información contenida en las guías de observación a una matriz de archivo Excel para su tabulación y ordenamiento. Esta matriz contendrá a la variable “: intervención de enfermería ante el dolor del paciente pediátrico post

operado de apendicetomía”, en sus dimensiones valoración del dolor, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, con sus respectivos indicadores y valor final (1 ó 0).

Una vez tabulado y ordenado los datos se determinaran los indicadores más frecuentes para cada dimensión, haciendo uso de tablas y graficas de frecuencia.

Se aplicara un análisis estadístico multivariado que permitirá resumir la gran cantidad de información a un número reducido de factores. Se realizara un análisis de correspondencia múltiple, esto permitirá reducir los datos analizados a indicadores que reflejen el comportamiento de la variable de estudio. Esto se realizara mediante el uso SPSS versión 20.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

Se presentara el Proyecto de Investigación a la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UPCH, y al Comité Institucional de Ética para Humanos de la UPCH ,luego de ello se solicitara la autorización para su ejecución al director del Hospital Nacional Hipolito Unanue.

La confidencialidad de la información se garantizara con el anonimato, ya que la información obtenida no identificara al participante y es reservada por la investigadora y solo se utilizara para fines de la investigación, no perjudicando en lo absoluto a las participantes.

Cumpliendo también el principio de beneficencia porque sus resultados permitirán mejorar la situación encontrada.

El principio de justicia se refleja en la inclusión de todas aquellas enfermeras que deseen participar en el estudio, sin discriminación de raza, cultura o creencia religiosa.

CRONOGRAMA: DIAGRAMA DE GANTT

Actividades	2014								2015							
	Enero - junio				julio - diciembre				enero - marzo				abril - agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión de bibliografía.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Diseño del proyecto					x	x	x	x	x	x	x	x				
Elaboración del proyecto					x	x	x	x	x	x	x	x				
Presentación del proyecto							x	x	x	x						
Elaboración de los instrumentos										x	x	x				
Recolección de datos													x	x	x	x
Análisis de datos															x	x
Interpretación y conclusión															x	x
Diseño del informe															x	x
Elaboración del informe																x
Presentación del informe																x

PRESUPUESTO

RUBRO	1 semestre	2 semestre	3 semestre	TOTAL
Transporte local	100	100	100	300
Salario del investigador asociado	500	500	500	1500
Impresión de los documentos	100	100	100	300
Uso del internet	300	300	300	900
Gastos de teléfono	50	50	50	150
Gastos de fotocopia	250	250	250	750
Reproducción del informe	100	100	100	300

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hospital de Emergencias Pediátricas. Compendio de Guías de Intervención de Enfermería en el Servicio de Emergencias y Urgencias. 2014 marzo; [citado 2014 julio 10] 44. disponible en:

<http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/1394119411rd%20095%202014%20compendio%20guias%20enfermeria%20emer%20urg.pdf>
2. Instituto Nacional de Salud del Niño. Análisis situacional de Servicios del INSN 2013, [citado 2014 julio 10] 47-99. disponible en:

<http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/asis%20ejecutivo%202013%20insn.pdf>
3. Mesas Idáñez Ángela. Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Área de Traumatología Clínica del Dolor, Servicio de Anestesiología, Noviembre del 2012
4. López S, López A, Zaballos M, y Co. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. 2ª ED. España. © Copyright .ASECMA. 2012
5. Córdova A, Ortiz R, Salazar H, García D. Manejo del dolor por el personal de enfermería en el paciente pediátrico postquirúrgico de apendicectomía. Rev Investigación UDES. 2012 Noviembre. 287-292.
6. Nascimento LC, Strabelli BS, Almeida FCQG, Rossato LM, Leite AM, Lima RAG. El manejo del dolor en niños, en el posoperatorio tardío de cirugía cardíaca, por los profesionales de enfermería, bajo la perspectiva de las madres. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2010 [acceso en: 20 marzo 2014];18(4):[08 pantallas]. Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_08.pdf

7. Aguilar M, Padilla C, García Y, García R. Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua. Rev. Nutr Hosp. Agosto 2012; 27: 2066-2071.
8. Hernández Cutzal C. M. Manejo del dolor agudo, paciente pediátrico post cirugía electiva, Hospital Nacional de Occidente. Tesis [Maestría en Anestesiología Para obtener el grado de Maestro en ciencias en Anestesiología] Universidad de San Carlos Guatemala; 2009-2011.
9. Brea P, Reyes V, Herrera M, Morales I. Evaluación y mejoría del dolor en niños atendidos por enfermeras acreditadas. Rev. Medwave. Diciembre 2013; 13(11): 5860-5867.
10. Soto Rodríguez, Mercedes Jacqueline. Manejo del dolor realizado a niños atendidos en la unidad de quemados del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde desde marzo a junio del 2013. Tesis [previa a la obtención de título lic. en enfermería]. Guayaquil, Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil facultad de ciencias médicas. 2013.
11. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Cuidados Postoperatorios en la Unidad de hospitalización [Monografía en Internet] Madrid: Salud Madrid, 2012 [2013 octubre 5]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/a3_cuidados_postoperatorios.pdf.

12. Singh G, Sajan G. Manejo Postoperatorio del Dolor. En: Editora. Rebecca Jacob, MD, DA. Entendiendo la Anestesia Pediátrica. India. B.I. Publications Pvt Ltd. 2010.p.pagina 143-148.
13. Cifuentes Alonso A. Manejo del dolor Pediátrico. [Grado en Enfermería] Universidad de Valladolid 2013.
14. Lic. Clarett M. Escalas de Evaluación de Dolor y Protocolo de Analgesia en Terapia Intensiva. [Monografía en Internet] Argentina: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento; 2012, [2014 agosto 21]. Disponible en:

<http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/monografia%20dolor%20-%20clarett.pdf>
15. Aznar Millán O. Evaluación de la eficacia analgésica de protocolos de dolor agudo postoperatorio. Departament de Cirurgia / Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, 10 de junio de 2010.
16. López S, López A, Zaballos M, y Co. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. 2ª ED. España. © Copyright .ASECMA. 2012
17. Ruiz García, M y col. valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. [Monografía en Internet]. España. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2013. [2014 agosto 21]. Disponible en:

<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf>

BIBLIOGRAFIA

1. Elia B. Pineda y Eva L. Metodología de la investigación.3°ed.Washinton. OPS, 2008
2. Marion johnson, PD, Sue Moorrhead PhD,RN. Vínculos de NOC y NIC a Nanda- I y Diagnósticos médicos. 3 ed. Madrid. ELSEVIER.2013
3. Sellán C, Díaz L, Vázquez A. Valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, en contextos asistenciales hospitalarios. Rev Cubana Enfermer . Abr.-jun. 2012; vol.28 no.2.

ANEXO I



HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE



INSTRUMENTO

GUIA DE OBSERVACION

El presente instrumento de evaluación es una Guía de Observación que tiene como objetivo identificar la Intervención del Personal de Enfermería frente al dolor del paciente pediátrico de 7 a 14 años post operado mediato de apendicectomía , en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015

Lea detenidamente los siguientes enunciados y observe al personal de enfermería que se encuentra en el área de cirugía del Servicio de Pediatría, marque con un aspa según sea Si o No, la intervención que realiza frente al dolor postoperatorio mediato del paciente pediátrico. El tiempo de aplicación del instrumento es de 1 hora.

Nombre del evaluador:

Fecha:

N cama paciente:

Dx Postoperado de apendicitis día:

Hora de inicio de la evaluación:

Hora de término de la evaluación:

1.- VALORACION DEL DOLOR

PREMISAS	SI	NO
Reconoce informes subjetivos de dolor en el paciente: Llanto, grito, y manifestación verbal de la presencia del dolor.	1	0
Determina la localización del dolor, el estado de la Herida Operatoria, y el entorno del paciente: posición adoptada por el paciente	1	0

Emplea una escala de valoración para determinar la presencia y la intensidad del dolor: Escala análoga visual (EVA) o escala numérica.	1	0
Realiza el control de los signos vitales (FC, FR, T°, SATO2) e identifica manifestaciones Fisiológicas: taquicardia, incremento de la frecuencia respiratoria, hipertensión, sudoración o palidez.	1	0

2.- INTERVENCIONES FARMACOLOGICAS

PREMISAS	SI	NO
Le explica al paciente las acciones que va a realizar para calmar el dolor, como la administración del analgésico	1	0
Realiza la administración del analgésico prescrito por el medico (tto. E.V, por ejemplo metamizol) empleado los correctos.	1	0
Evalúa el dolor del paciente post administración del analgésico	1	0
Notifica al médico para evaluar el dolor del paciente pediátrico post operado de apendectomía, si persiste el dolor luego de la administración del analgésico (>= 30 minutos) o incrementa de intensidad.	1	0

3.- INTERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS

PREMISAS	SI	NO
Le brinda compañía , lo acaricia le manifiesta que el dolor pasara	1	0
Realiza la adopción de la posición antalgica en el paciente	1	0
Aplica medidas de distracción visual y auditiva en el niño, mediante juguetes, música, etc.	1	0
Aplica medidas ambientales confortables: temperatura de la habitación, luz, evitación de ruidos, ropa de cama sin arrugas, seca y limpia	1	0