



Proyecto: técnicas de enfermería sin dolor ni ansiedad en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Guadalajara

G.A.I GUADALAJARA

AUTORAS:

- Almudena Hernandez (Enfermera del servicio de Urgencias)
- Ainhoa Jiménez (Enfermera del servicio de Urgencias)
- Maria Muñoz (Alumna enfermería 4º curso de la Universidad Alcalá)



DATOS DE INTERES

ORGANIZACIÓN: SESCAM. Hospital Universitario de Guadalajara G.A.I Guadalajara

DIRECCION: Calle Donantes de Sangre s/n 19002 Guadalajara

PERSONA DE CONTACTO: Ainhoa Jimenez Trapero ainhoa.jimenez@uah.es

AREA TEMATICA DEL PROYECTO: Área temática 5. Investigación e innovación humanizada.

AUTORAS: Almudena Hernández (enfermera servicio de Urgencias Guadalajara)

Ainhoa Jimenez (enfermera servicio de Urgencias Guadalajara)

María Muñoz (estudiante de enfermería 4º curso Universidad Alcalá)



1.- RESUMEN

Para poder comenzar nuestro proyecto de trabajo, lo primero que vamos a realizar es describir que se entiende por *dolor*, la Real Academia de la Lengua Española lo define como: “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa exterior o interior”. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definió el dolor en 1973 como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de dicho daño». Esta definición, aunque se ha mantenido como uso generalizado hasta nuestros días, ha experimentado revisiones. La más reciente, aceptada por la IASP, es la propuesta por Amanda Williams y Denneth Craig en 2016: «El dolor es una experiencia angustiosa, asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales»⁽¹⁵⁾ Todos sabemos que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, presente en cualquier edad.

En la actualidad a pesar de existir un aumento en la sensibilización del personal sanitario, sigue existiendo el mito que los niños padecen dolor en menor intensidad, o que dependiendo de la edad en la que se produzca se tiene recuerdo o no. Encontramos numerosas publicaciones que nos hacen referencia a la infravaloración del dolor por parte del personal sanitario en especial en la pediatría^{(13) (17)}.

Casi siempre el primer contacto que tenemos con el servicio de urgencias es la edad infantil, marcando esta experiencia la respuesta a posteriores exposiciones. El dolor y el miedo son la primera causa de sufrimiento de los niños que acuden a los servicios de urgencia.

El casi 100% de las técnicas que realizamos las enfermeras producen en los pacientes algún tipo de dolor o ansiedad a cómo serán. A esto le tenemos que sumar que las urgencias hospitalarias no presentan un entorno agradable, ya que hay mucha gente, mucho ruido y el niño no se encuentra en condiciones óptimas de afrontar este entorno

Hasta hace relativamente poco no se tenía en cuenta dentro del ámbito sanitario. Tras hacer una valoración del servicio creemos que es una deficiencia que debemos abordar para poder proporcionar unos cuidados de calidad a la población infantil.

Desde este proyecto pretendemos dar a conocer las técnicas farmacológicas (anestésicos locales y óxido nítrico) y no farmacológicas (sacarosa, succión no nutritiva, lactancia materna, distracción, modificación del entorno,...) que han demostrado su efectividad en la realización de procedimientos de duración corta en nuestro ámbito.



Es importante conocer su modo de empleo, así como la importancia de iniciarlos en el tiempo que marcan para tener unos resultados óptimos.

2.- JUSTIFICACION

El fin de la realización de este proyecto en nuestro hospital, es mejorar y garantizar unos cuidados de calidad a la población pediátrica.

Hemos observado que en pocas ocasiones se tiene en cuenta el dolor que proporcionamos o la ansiedad que pueda generar nuestra actuación.

Queremos impulsar esta iniciativa explicando y aportando conocimientos al personal que trabaja en la Urgencia pediátrica de nuestro hospital, con el fin de poder conseguir una unidad donde el dolor y la ansiedad sean tratados como un aspecto más, y las próximas visitas a nuestro servicio no sean tan traumáticas.

Además, con el desarrollo de este trabajo hemos conocido que algunas medidas farmacológicas como el óxido nítrico, pueden beneficiarse otros perfiles de pacientes pudiendo mejorar también su ansiedad y dolor.

3.- PLANIFICACION O CRONOGRAMA



4.- DESARROLLO Y EJECUCION

Según el Manual Analgesia y Sedación en Urgencias de Pediatría avalado por la SEUP, “por razones fisiológicas morales y éticas, el dolor debe ser controlado de manera segura y efectiva independientemente de la edad, madurez o severidad de la enfermedad”.

Además, debemos ser conscientes que la mayor parte de las técnicas que realizamos el personal de enfermería, provocan en el niño algún tipo de dolor, molestia o miedo a lo desconocido, añadido al malestar provocado por la propia patología.

Si echamos la vista hacia atrás la ansiedad y el dolor en los niños, no se ha tenido en mucha consideración, ha sido en los últimos años cuando se ha empezado a entender el manejo de la ansiedad y el dolor como un instrumento imprescindible para la calidad en la atención a los menores.

Partimos de una situación en la mayoría de las ocasiones, en la que no podemos hacer entender a un niño qué le vamos a hacer, que no debe tener miedo y que lo que le vamos a hacer será para aliviar su malestar, por tanto, no podemos contar siempre con su colaboración.

La realización correcta de cualquier proceso de enfermería necesita de la colaboración del paciente que tenemos delante, algo que es posible en niños de mayor edad si les explicamos correctamente lo que les vamos a hacer, nos entiende, confía en nosotros y contamos con la ayuda de los padres.

Desde enfermería debemos tomar conciencia de darle el tratamiento adecuado a la ansiedad y al dolor de los niños tal y como ya recoge la literatura científica. Debemos ser conscientes de que abordar ambas sensaciones tanto en los padres como en los niños, ambos son un tándem.

Existen diversas alternativas que podemos utilizar los sanitarios para disminuir la ansiedad, el miedo y el dolor. Estas técnicas si queremos que cumplan su objetivo, deben empezar un tiempo antes de la preparación de la técnica que vamos a realizar, para así evitar la asociación y la permanencia del dolor y la ansiedad.

Podemos imaginar cómo se sienten los niños que acuden a un ruidoso servicio de urgencias, lleno de gente, con dolor previo o fiebre, pensando que allí les van a hacer daño. Por ello es necesario crear un ambiente seguro, adecuado y elegir las medidas farmacológicas y no farmacológicas para garantizar el éxito de la intervención tanto para el niño y los padres como para los profesionales.

La prevención del dolor durante diferentes técnicas de enfermería debe ser un pilar esencial en nuestro trabajo, consiguiendo una atención de calidad y humanizando los cuidados. Siempre que podamos debemos disminuir el dolor y la ansiedad.

4.1.- MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:

A continuación vamos a desarrollar aquellas medidas farmacológicas que podemos hacer uso enfermería de manera autónoma, las cuales disponemos en nuestro servicio.

4.1.1.- ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS ⁽¹⁰⁾

Dicha anestesia consiste en la aplicación directa del anestésico en la zona afectada. Un buen anestésico tópico es aquel que del 100% en un periodo corto de tiempo y que no provoca efectos adversos sistémicos o locales.

La mayor parte de los niños anticipan el dolor a la técnica, por lo que está indicado el uso de los anestésicos locales así como de medidas de distracción entre otros.

Contamos en nuestra unidad con los siguientes anestésicos tópicos:

- **EMLA** indicado utilizarlo antes de la venopunción, pero requiere de ser aplicado 1 hora antes de la técnica si queremos conseguir el objetivo, ya que de lo contrario el niño seguirá sintiendo dolor. Viene en formato de crema y dada su capacidad de penetración a través de la piel integra es el mejor anestésico tópico en pediatría.
- **LIDOCAINA EN GEL 4%**: Eficacia anestésica en cara, cuero cabelludo, y con menor eficacia en las extremidades.

4.1.2.- GASES MEDICINALES: ÓXIDO NITROSO ⁽⁸⁾

Se trata de un gas incoloro, inodoro, dulzón y no irritante. Se trata de un gas inerte que se elimina por vía pulmonar a través de la respiración, no metabolizándose.

Tarda aproximadamente unos 20 segundos de la circulación pulmonar al SNC e iniciar sus efectos a los 2-3 minutos, alcanzando su efecto máximo a los 5 minutos.

A dosis del 50% (50%N₂O y 50% O₂) tiene propiedades ⁶:

- Ansiolíticas: como depresor del SNC.
- Analgésicas: actúa aumentando el umbral del dolor, produciendo su pico máximo en 3 minutos. Su efecto desaparece tras la supresión de la administración de los gases.
- Amnésicas: produce una débil relajación muscular.

- Ausencia de efecto anestésico: no hay riesgo de depresión respiratoria ni disminución del nivel de consciencia. Mantiene reflejo de deglución y tusígeno haciendo su uso seguro. Los pacientes permanecen relajados y con baja percepción del entorno.

Con el Kalinox® conseguimos que la frecuencia cardiaca disminuya junto con el gasto cardiaco, manteniendo los niveles de ansiedad y nerviosismo controlados.

Durante la administración de este gas, el niño sigue obedeciendo a ordenes e incluso mantiene conversaciones.

Su administración debe realizarse por personal de enfermería o facultativo que conozca su manejo.

El niño requiere de vigilancia en todo momento, no siendo necesaria su monitorización continua, salvo el control de pulsioximetría. Se recomienda que su uso no supere los 60 min, por lo que es ideal para técnicas de enfermería como venopunción o sondajes, así como para realizar suturas de pequeñas heridas donde el niño ayudado de este gas permanece tranquilo y colaborador.

El flujo de gas es continuo por lo que el volumen inhalado depende de la ventilación del niño, en nuestro Hospital, disponemos de un sistema de inhalación continuado no coordinado con al inspiración del niño y en el caso de niños más mayores usamos el que va coordinado con su respiración.

La única vía de administración es la inhalada.

Para evitar la aparición de hipoxemia tras la suspensión de la administración de óxido nitroso por dilución del oxígeno alveolar (hipoxemia por difusión), debemos administrar como máximo durante 2-3 minutos oxígeno en reservorio, para su correcta recuperación y evitar una depresión respiratoria posterior.

4.2.- MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS ⁽⁹⁾⁽¹⁾

De un tiempo a esta parte se ha empezado a trabajar sobre el dolor en los neonatos y lactantes, ya que hasta hace poco se creía que no sufrían dolor por la inmadurez de su sistema nervioso.

La evidencia científica en la actualidad nos indica que tanto los neonatos a término como los preterminos, tienen capacidad para sufrir y sentir dolor. Diversos estudios han concluido que la exposición repetida a estímulos dolorosos y estresantes, pueden alterar en el futuro la percepción de estímulos.

A día de hoy son numerosas las herramientas con las que contamos en el servicio de urgencias, como para dejar pasar dolor o ansiedad a nuestros paciente sean de la edad que sea y sea cual sea su nivel de madurez.

Sin embargo son escasos los estudios realizados en servicios de urgencias relacionados con la prevención del dolor en el recién nacido y lactante.

Casi todas las técnicas que se realiza a un recién nacido en un servicio de urgencias son de duración corta y pueden ser enfrentadas con medidas no farmacológicas.

Cada una de las medidas más arriba enumerada por sí sola es eficaz así como la combinación de varias. Las más efectivas según diversos estudios es el uso de sacarosa y la lactancia materna.

4.2.1.-MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS: ORALES/GUSTATIVAS

4.2.1.1.- SACAROSA 24%

En nuestra unidad, disponemos de jeringas precargadas por el servicio de farmacia de 2ml. Se recomiendan dosis de 0,05-0,5ml de sacarosa al 24% hasta el doble (1-2 ml). Si no disponemos de sacarosa, podemos prepararlo nosotros mismos con los siguientes elementos: 30 ml de agua + sobre azúcar de 4g.

Algunos autores indican que es más efectiva si le sumamos la succión no nutritiva, que explicaremos más adelante.

4.2.1.2.- LACTANCIA MATERNA

La colocación en el pecho de la madre antes de la realización de la técnica ha demostrado ser eficaz en la reducción del dolor. Esta medida queda sujeta a la capacidad que tenga el servicio y la técnica mientras se realiza el procedimiento. Es necesario iniciar la lactancia 5 minutos antes de realizar el procedimiento.

4.2.1.3.- SUCCIÓN NO NUTRITIVA

Se trata de ofrecer un chupete y en caso de no haber, la propia mano del recién nacido surte efecto placebo. Es más eficaz si se complementa con el uso de sacarosa. Esto se debe llevar a cabo, antes, durante y después del procedimiento doloroso. Con la aplicación de esta técnica se logra una disminución del tiempo del llanto, así como las puntuaciones de score de dolor.

4.2.2.-MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS: DISTRACCIÓN

Estas medidas no tienen un efecto analgésico sobre el niño, pero ayudan a relajar disminuyendo así ansiedad y estrés. De esta forma la sensación dolorosa mejora, tolerándolo mejor.

Se trata de mantener su atención previamente a la técnica en algo que le atraiga. Es importante que sea previa y no lo hagamos de forma inmediata al procedimiento. Contar cuentos, canciones, deportes, ... todo aquello que consiga atraer y centrar la atención del niño.

En los niños la sola entrada a un centro sanitario hace que se aumente el miedo, la ansiedad y la incertidumbre a lo desconocido o a lo conocido previo pero desagradable. Un manejo adecuado en la primera toma de contacto del niño con los servicios de urgencias, hará que las veces posteriores el miedo y la ansiedad disminuyan.

Es importante hacer uso de las numerosas medidas no farmacológicas adaptadas a la edad del niño para paliar estos efectos negativos.

El niño **necesita saber lo que le va a ocurrir**, sobre todo aquellos a partir de 7 años, aunque en edades inferiores sin experiencia previa también se pueden beneficiar. Es necesario que expliquemos con lenguaje adecuado a la edad del niño aquello que vamos a hacer, así como presentarnos. Debemos proporcionarle información del tipo: duración del procedimiento, donde lo vamos a llevar a cabo, si necesitamos de su ayuda y colaboración, ... No debemos minimizar los riesgos como simular una venopunción a un picotazo de un mosquito, ya que sabemos que el dolor no es equiparable. Hay que animar a que pregunte, que no se quede con dudas o que pregunte aquello que tanto le preocupa o asusta.

El niño tiene que confiar en que lo que le decimos es cierto ya que de lo contrario las próximas veces no creará nada de lo que le digamos. El niño debe confiar en que le avisaremos antes de que se produzca el dolor desviando su atención: haciéndole soplar como si fuera un globo, contar hasta 3 en alto, ... cualquier técnica de distracción para minimizar el momento clave de dolor.

RECURSOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

1. **DISTRACCIÓN:** mantener su atención previamente a la técnica en algo que le atraiga. Es importante que sea previa y no lo hagamos de forma inmediata. Contar cuentos, canciones, deportes, ... todo aquello que consiga atraer y centrar la atención del niño.
2. **JUEGO:** empleando distintas estrategias como soplar, apretar la mano, hinchar guantes, contar números, jeringas, uso de pomperos... con el objetivo de desdramatizar la situación.
3. **RELAJACIÓN:** en niño mayores en edad escolar podemos centrarnos en trabajar la respiración. Les podemos decir que pongan sus manos sobre la tripa y vean como sube y baja, por ejemplo.
4. **IMAGINACIÓN GUIADA:** podemos guiar al niño a través de indicaciones a algún lugar que le guste, un lugar especial para él, ...

5. **REFUERZO POSITIVO:** es muy importante la trasmisión de mensajes positivos después del esfuerzo que ha realizado el niño. Otorgando pequeños premios.
6. **PEQUEÑAS DECISIONES:** les refuerza de manera positiva que puedan tomar pequeñas decisiones como en que brazo prefieres, o si ponemos tiritita o no.
7. **GAFAS DE REALIDAD VIRTUAL :** Dicho dispositivo ayuda a evadirse del momento disminuyendo la ansiedad frente al procedimiento, proyectando imágenes agradables para los niños. Siempre debe iniciarse su uso antes de comenzar con el procedimiento.

Los objetivos son: reducir la percepción de dolor aproximadamente en un 65% de los casos y disminuir el miedo y la ansiedad en un 60%. Según el Dr. Gonzalo Pin Arboledas, jefe de pediatría del Hospital Quironsalud Valencia, “los niños no sufren sin necesidad, de manera que su recuerdo de la estancia en el hospital deja de ser doloroso; mejoramos su estado de ansiedad y, con ello, el de padres y familiares”.

En 2017 Gold, J en colaboración con Mahrer, N.E realizó un ensayo aleatorizado que pretendía estudiar que procedimientos reducían más la ansiedad, el dolor y aumentaban la satisfacción en la técnica de la venopunción. El estudio concluyó que las gafas de realidad virtual redujeron de forma significativa el dolor agudo y la ansiedad en comparación con la atención estándar. Finalmente podemos decir que se trata de un método factible, tolerando y bien aceptado tanto por los niños como por los padres.

Las gafas de realidad virtual reúnen unas determinadas cualidades como:

- Distracción para el dolor.
- Promueve la imaginación y el movimiento.
- Fomenta la autonomía y el grado de control.

Se debe evitar su uso en menores de 3 años.

Se ha comprobado eficacia en otros hospitales para los siguientes procedimientos: extracción sanguínea, reducción de fracturas y luxaciones, curación de quemaduras,... en conjunto con otras medidas.

Se han observado los siguientes beneficios en los niños:

- Mayor rapidez en el procedimiento.
- Menos anestésicos como por ejemplo en la reducción de la luxación.
- Efecto de amnesia retrograda, el niño no lo recuerda como un acontecimiento traumático.

8. SATURACION SENSORIAL: Se trata de aplicar diversos y multiples estímulos verbales, táctiles, de

iluminacion o incluso olfatorios para saturar la sensibilidad. Un ejemplo es el uso de una abeja Buzzy que aplica frio a la vez que vibra, disminuyendo la sensacion dolorosa y distrayendo su atencion.



4.2.3.- MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS: AMBIENTALES

4.2.3.1 - NIVEL DE PLANIFICACION

Dejar el material que vamos a utilizar preparado antes de iniciar cualquier distraccion, ya que de lo contrario no servira de nada, porque su atencion estara puesta en nuestro material.

El profesional responsable deberá organizar y planificar que medidas farmacologicas y no farmacologicas va a utilizar con el paciente que tiene delante, anticipandose al procedimietno para evitar el estres que este le puede provocar.

4.2.3.2- AMBIENTACION

Un ambiente calmado, relajado y sin muchas personas alrededor suyo evitan que entren en una escala de nerviosismo y miedo.

Es necesario realizar un ajuste de la iluminacion , en funcion de la técnica que se va a realizar. Debemos evitar el ruido excesivo y mantener una temperatura agradable.

El servicio de pediatria deberia estar decorado creando un entorno divertido y colorido en lo posible; estas medidas potenciarán el efecto analgesico del resto de medidas empleadas.

Debemos evitar realizar procedimientos dolorosos en la propia habitacion del niño para evitar la asociacion de su espacio con experiencias negativas. Es necesario que manipulemos al niño de forma suave y lenta sin sobresaltarle.

4.2.3.3.- PRESENCIA DE PADRES.

Los padres la mayoría de las veces juegan un papel fundamental en el control de las emociones del niño. Deberán acompañar en todo momento a su hijo, por lo que les debemos hacer partícipes a ellos de lo que va a ocurrir. Cuando los padres son informados e instruidos en como ayudarnos se reduce también la propia ansiedad de estos. Ni los padres ni los profesionales debemos evitar expresiones negativas como “te portas como un bebé”, “no se llora”, “estate tranquilo que no va a doler”,...

4.2.3.4.- RECOMENDACIONES POR GRUPOS DE EDAD ⁽⁹⁾⁽²⁾.

MENORES DE 2 AÑOS

Ambiente tranquilo, no separado de los padres. Usar el chupete o el pecho de la madre siempre que se pueda. Permanecer en los brazos de alguno de los progenitores siempre que la técnica lo permita.

PREESCOLARES

Explicar el procedimiento a los padres previamente y seguido al niño. El lenguaje debe ser sencillo. Podemos dejar que explore el material que vamos a utilizar y no suponga un peligro para el niño o la pérdida del material: les podemos dejar explorar el compresor, un trozo de algodón, tubos de analíticas, jeringas,...

ESCOLARES

Explicar el procedimiento seleccionando las palabras con cuidado. Podemos contar con su ayuda, podemos mantener conversaciones con ellos... Funciona bien la distracción y la relajación.

ADOLESCENTES

Ya son capaces de comunicarnos sus sentimientos y emociones, por lo que fomentaremos esa escucha activa y trataremos de resolver sus dudas antes del procedimiento. Fomentaremos su participación y ofrecer privacidad.

4.2.3.5.- ESTRATEGIAS GENERALES PARA CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA²

1. No mentir ni crearles falsas expectativas. Usar un lenguaje adecuado al niño.
2. No minimizar su reacción ni ridiculizarle.
3. Cumplir los pactos a los que lleguemos con ellos.
4. Preparar el material antes de la intervención y fuera del alcance de la vista de los niños

5. Controlar el medio en el que realizamos la técnica: tranquilo, solo el personal necesario.
6. Explicar el procedimiento a medida que lo vayamos haciendo.
7. Agradecer y premiar en el niño su colaboración.
8. Siempre acompañado de los padres.

4.4.- PAUTAS PARA NO PASAR MIEDO EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS ⁽¹²⁾

1. Trato empático por parte de los profesionales de la unidad, tanto a los niños como a sus padres.
2. Comunicación e información del procedimiento a realizar.
3. Hacer partícipes a padres y al niño.
4. Utilización de escalas de dolor y registro.
5. Proporcionar mensajes positivos mientras realizamos el procedimiento.

5.- RESULTADOS

Durante este tiempo hemos ido observando que efectos producen estas medidas sobre los niños para ver si eran viables en nuestro hospital. ´

Hemos probado con niños con barrera idiomática el uso de óxido nítrico para la realización de sutura, siendo un éxito el resultado.

Así como punciones o sondajes en recién nacidos con la administración de sacarosa, observando mayor tranquilidad en los niños y en los padres. ´

No obstante, seguimos trabajando los resultados.

6.- CONCLUSIONES

El dolor es una experiencia desagradable, presente en los procedimientos sanitarios, en la población infantil. Al dolor que sufren debemos añadir el miedo del entorno y del personal desconocido para ellos. Es reciente esta concienciación por parte del personal sanitario.

Creemos necesario que las salas o espacios donde realicemos nuestro trabajo, deben ser un ambiente de confort y seguridad para el niño.

Es importante formar a los profesionales sanitarios en las técnicas desarrolladas anteriormente. Ya que su conocimiento repercutirá en la experiencia positiva de padres y niños. De lo contrario tendremos

profesionales con falta de manejo de estas situaciones que tanto el niño como los padres vivieran de manera negativa.

Se ha comprobado que si somos capaces de controlar el dolor y la ansiedad en los niños, el éxito de las técnicas a realizar se ve aumentado, así como la percepción de todas las partes del proceso.

7.- INNOVACIÓN

Creemos que es una apuesta innovadora crear unidades de urgencias de pediatría donde se controle el dolor y la ansiedad, ya que existen pocos estudios.

La enfermería debemos seguir trabajando por cuidados de calidad y humanización de los cuidados.

8.- DIVULGACION

La divulgación a priori será dentro del servicio a través de jornadas de formación, infografías y poster con las indicaciones de los procedimientos.

Se divulgarán los conocimientos y resultados a través de una sesión en el hospital denominada “jueves enfermeros”.

9.- NIVEL DE APLICABILIDAD

La población a la que iría dirigida serían los menores de edad, pacientes de urgencia pediátrica (0-14 años). Algunas medidas pueden ser extrapolables a otros servicios como la geriatría en pacientes demenciados, discapacitados,... en los que a veces también es difícil realizar las técnicas.

