

# PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

# VALORACIÓN Y MANEJO

# DEL DOLOR



Osakidetza

*Euskadi, bien común*

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz (Álava)  
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Osakidetza 2019  
Internet: [www.osakidetza.euskadi.eus](http://www.osakidetza.euskadi.eus)  
e-mail: [coordinacion@osakidetza.eus](mailto:coordinacion@osakidetza.eus)  
ISBN: 978-84-948920-0-4



PROCOLO DE ENFERMERÍA

# VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR



## Organización/Autores:

Alava Urrejola, Juana<sup>6</sup>  
Aldasoro Ruiz, Ane<sup>9</sup>  
Aparicio Campino, Elena<sup>7</sup>  
Bereziartua Unzueta, Ana<sup>8</sup>  
Cidoncha Moreno, M<sup>a</sup> Ángeles<sup>1</sup>  
Couso López, Naomi<sup>4</sup>  
Cristóbal Domínguez, Estíbaliz<sup>4</sup>  
Dilla Velarde, Amara<sup>3</sup>  
Gárate Echenique, Lucía<sup>1</sup>  
García Barayazarra, Arrate<sup>8</sup>  
Laburu Montalbán, Inmaculada<sup>4</sup>  
Landaluze Okerantza, Garrastatxu<sup>1</sup>  
Lanes Uribe, Eguzkiñe<sup>7</sup>  
López Martínez, Héctor<sup>2</sup>  
Martínez Aramberri, Itsaso<sup>1</sup>  
Moreno Calvete, Concepción<sup>11</sup>  
Moreno Herrero, M<sup>a</sup> Pilar<sup>9</sup>  
Orrantia Montes, Gixane<sup>5</sup>  
Pérez Díez, M<sup>a</sup> Elena<sup>9</sup>  
Regúlez Campo, Vanesa<sup>10</sup>  
Sainz Nieto, Rosa<sup>5</sup>  
Sarduy Azcoaga, Iraide<sup>3</sup>  
Tíscar González, Verónica<sup>4</sup>  
Uriarte Díaz, Ana<sup>7</sup>  
Valero Usategui, M<sup>a</sup> Ángeles<sup>10</sup>  
Zabala Mendiola, Miren Gotzone<sup>10</sup>

- 1 Dirección General
- 2 H. Górliz
- 3 H. Santa Marina
- 4 OSI Araba
- 5 OSI Barrualde-Galdakao
- 6 OSI Bidasoa
- 7 OSI Bilbao Basurto
- 8 OSI Debarrena
- 9 OSI Donostialdea
- 10 OSI Ezkerraldea Encarterri Cruces
- 11 RSM Bizkaia

# Presentación

Estimadas/os compañeras/os compañeros:

Dentro del compromiso que desde la subdirección-asesoría de enfermería de Osakidetza venimos desarrollando desde hace años con el desarrollo del conocimiento científico, y el impulso de los cuidados, presentamos el **“Protocolo de Enfermería para la valoración y manejo del dolor”**, esta guía viene a sumarse a las ya publicadas en Osakidetza sobre cuidados basados en la evidencia.

El dolor es un importante problema de salud pública, tanto por su alta prevalencia entre la población, como por su impacto en la calidad de vida, aumentando la morbilidad de las enfermedades, y afectando a todas las esferas de la vida de las personas que lo sufren. Dada su magnitud y la necesidad de impulsar desde el Sistema Sanitario estrategias que disminuyan la infra detección y el infratratamiento que todavía se produce, hemos elaborado esta guía, con el objetivo de ayudar a profesionales, pacientes y cuidadores a prevenir y paliar el dolor.

Para las y los profesionales de la enfermería, el abordaje del dolor en sus diferentes tipologías es una prioridad y nuestra intervención es imprescindible ante los pacientes más vulnerables, aquellos que por sus condiciones tienen mayor dificultad o imposibilidad para comunicarse, por todo ello es muy importante sistematizar su valoración, abordaje y evaluación en la práctica clínica diaria y promover la participación del resto del equipo asistencial.

Esta guía es nuestra aportación a la estrategia corporativa del abordaje del dolor. Ha sido realizada por profesionales de la enfermería y de la fisioterapia de Osakidetza, de diferentes organizaciones y áreas asistenciales lo que nos ha permitido abordar el dolor desde una perspectiva holística e integral del cuidado.

En ella encontraréis herramientas que os ayudarán en vuestro día a día profesional, tanto para la atención directa a los pacientes como para la educación sanitaria y formación de familiares y cuidadores, y que os permitirá identificar los cuidados de calidad, aquellos cuya evidencia científica está probada y que en muchas ocasiones podrán complementarse con otros abordajes como el farmacoterapéutico.

Por último y no menos importante, quiero dar la gracias por el esfuerzo realizado en la elaboración de esta guía a todas y todos los autores, por su dedicación y

excelente trabajo así como a las Organizaciones de Osakidetza que han apoyado su participación.

Esperamos que sea de utilidad y dado su estilo colaborativo y multidisciplinar os animamos a su difusión entre todas las personas relacionadas, tanto profesionales como ciudadanía en general.

Muchas gracias por vuestra colaboración, recibid un cordial saludo

**Inmaculada Moro Casuso**

Subdirectora - Asesoría de enfermería

Dirección de Asistencia Sanitaria

Dirección General. Osakidetza

# Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO</b>	<b>14</b>
<b>3. POBLACIONES VULNERABLES</b>	<b>15</b>
<b>4. TIPOS DE DOLOR</b>	<b>17</b>
A. SEGÚN SU DURACIÓN	17
B. SEGÚN SU ORIGEN CAUSAL	17
C. SEGÚN SU PATOGENIA	18
D. SEGÚN LA LOCALIZACIÓN	18
E. SEGÚN EL CURSO	18
F. SEGÚN LA INTENSIDAD	18
G. SEGÚN FACTORES PRONÓSTICOS DE CONTROL DEL DOLOR	19
H. SEGÚN LA FARMACOLOGÍA	19
<b>5. VALORACIÓN INTEGRAL</b>	<b>21</b>
5.1 DOMINIO 12. CONFORT	23
5.2 OTROS DOMINIOS A FOCALIZAR ANTE LA SOSPECHA DE DOLOR	26
<i>Dominio 4. Actividad/Reposo</i>	26
<i>Dominio 1. Promoción de la Salud</i>	26
<i>Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés</i>	26
<i>Dominio 6. Auto percepción</i>	27
<i>Dominio 7. Rol-Relaciones</i>	27
<i>Dominio 10. Principios vitales</i>	27
<i>Dominio 2. Nutrición</i>	28
<i>Dominio 3. Eliminación</i>	28
<b>6. DE LA VALORACIÓN AL DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>	<b>29</b>

<b>7. PLANES DE CUIDADOS ANTE LOS DIAGNÓSTICOS DE DOLOR: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA), RESULTADOS (NOC), INTERVENCIONES (NIC)</b> .....	<b>31</b>
7.1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA).....	31
7.1.1 <i>Dolor Agudo (DE 00132)</i> .....	32
7.1.2 <i>Dolor de Parto (DE 00256)</i> .....	32
7.1.3 <i>Dolor Crónico (DE 00133)</i> .....	33
7.1.4 <i>Síndrome de Dolor Crónico (DE 00255)</i> .....	33
7.2. RESULTADOS/ OBJETIVOS (NOC).....	35
7.2.1 <i>Dolor agudo</i> .....	36
7.2.1.1. Control del dolor.....	36
7.2.1.2. Nivel de dolor.....	36
7.2.1.3. Nivel de malestar.....	36
7.2.1.4. Sueño.....	36
7.2.1.5. Dolor: respuesta psicológica adversa.....	37
7.2.1.6. Conocimiento manejo del dolor.....	37
7.2.2 <i>Dolor de parto</i> .....	38
7.2.2.1. Conocimiento: parto y alumbramiento.....	38
7.2.2.2. Estado materno: durante el parto.....	39
7.2.3 <i>Dolor crónico</i> .....	39
7.2.3.1. Nivel de estrés.....	40
7.2.3.2. Dolor: efectos nocivos.....	40
7.2.3.3. Ejecución del rol.....	40
7.2.3.4. Eliminación intestinal.....	41
7.2.3.5. Estado nutricional.....	41
7.2.4 <i>Síndrome de dolor crónico</i> .....	41
7.2.4.1. Adaptación a la discapacidad física.....	41
7.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).....	43
7.3.1 <i>Intervenciones de enfermería comunes en dolor agudo, dolor de parto, dolor crónico y síndrome de dolor crónico</i> .....	43
7.3.2 <i>Otras intervenciones específicas para dolor crónico y síndrome de dolor crónico</i> .....	44
7.3.3 <i>Descripción de las intervenciones y recomendaciones basadas en la evidencia</i> .....	44
A. Manejo del dolor (1400).....	44
B. Manejo de la medicación (2380).....	51

C. Manejo ambiental: confort (6482).....	57
D. Mejorar el sueño (1850).....	58
E. Fomento del ejercicio (0200).....	60
F. Apoyo emocional (5270).....	62
G. Apoyo en la toma de decisiones (5250).....	63
H. Mejorar el afrontamiento (5230).....	66
I. Terapia de relajación (6040), distracción (5900) y musicoterapia (4400).....	68
J. Otras.....	72
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
ANEXO 1: OSANAIA.....	75
ANEXO 2: DETECCIÓN DEL DOLOR.....	81
ANEXO 3: VALORACIÓN INTEGRAL DOLOR.....	97
ANEXO 4: EFECTOS SECUNDARIOS.....	99
ANEXO 5: BARRERAS Y FALSOS MITOS AL USO DE ANALGÉSICOS.....	105
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>109</b>



# 1. Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), define el dolor como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal lesión”* (1).

El dolor se genera cuando las fibras sensoriales son activadas por un estímulo nocivo, a partir del cual se inicia un complejo proceso que finaliza con la percepción dolorosa. Sin embargo, en dicha experiencia además de las estructuras anatómicas están implicados sistemas que lo modulan y otros componentes del plano afectivo, cognitivo y del comportamiento que son los que hacen de la experiencia dolorosa algo complejo, subjetivo y personal (2).

En la literatura científica existe consenso en que el dolor es un fenómeno complejo y multifactorial que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales (3).

En consecuencia, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse por declaración de quien lo sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona (4).

En España algunos estudios han encontrado altas prevalencias del dolor postoperatorio, así el 97,2% de los pacientes sometidos a diversos procedimientos quirúrgicos manifestaron haber tenido dolor en algún momento durante su hospitalización, de los cuales el 56,5% presentaron dolor moderado o severo en el momento de las entrevista (5).

La prevalencia del dolor agudo postoperatorio varía bastante, algunos autores lo sitúan entre un 30% y un 86% para hospitales con actividad quirúrgica (6). No sólo el dolor asociado a procedimientos quirúrgicos presenta altas prevalencias, si no que el 75% de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias de un hospital universitario en Barcelona también presentó algún tipo de dolor (7).

El dolor crónico se ha identificado como un problema sanitario importante, estimándose que más de la mitad de las personas que viven en la comunidad experimentan dolor (8).

La prevalencia de dolor crónico se estima en España en torno al 23,4 % (9) y otros autores mencionan que el dolor crónico tiene una prevalencia media ponderada en adultos del 20% (10,11).

El estudio ITACA sobre dolor crónico no oncológico no neuropático, realizado en España sobre 907 pacientes, encuentra que la antigüedad del proceso doloroso fue de  $5,32 \pm 6,31$  años, siendo la etiología principal la lumbalgia (52,92%),

seguida de osteoartritis (33,96%) y artrosis (30,65%) (12).

La alta prevalencia de dolor es un grave problema de salud pública, a pesar de los amplios esfuerzos de tratamiento del sistema de salud, con profundos efectos en la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

Más de la mitad de las personas con dolor intenso (53%) reconocen que se han visto obligados a reducir o limitar sus actividades sociales habituales (13).

El dolor se ha asociado con muchos problemas secundarios, como el sueño perturbado, la depresión, el deterioro del funcionamiento físico y la discapacidad, la disminución de la participación en actividades sociales y el aumento de los costos de la atención médica (14).

Esta importante repercusión se ve reflejada en la encuesta “Pain in Europe” (15), sobre más de 46.000 pacientes, realizada entre octubre de 2002 y junio de 2003. Según este estudio el dolor crónico es un problema extenso que afecta a 1 de cada 5 individuos, y en uno de cada tres hogares existe algún miembro que experimenta dolor. Además, la mitad de los individuos con dolor crónico sufre de dolor severo.

La presencia de dolor en múltiples enfermedades se considera un sufrimiento innecesario, inútil, y, en múltiples ocasiones, responsable del aumento de morbilidad y fuente de trastornos psicológicos que precisan atención y tratamiento especializado por lo que este problema se ha de abordar y controlar eficazmente (16,17).

La estandarización de programas para el manejo del dolor resulta efectiva (18,19), ya que además de disminuir los costes, mejorar la calidad asistencial, y disminuir las complicaciones secundarias, proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general.

Los sistemas sanitarios han de adoptar modelos de cuidados que respalden la comunicación y colaboración del equipo interprofesional en relación con la valoración y manejo del dolor eficaz (20) (nivel de evidencia IIb). Este modelo favorecerá la utilización de procedimientos formalizados, los procesos de cuidados integrados a través de la utilización de vías clínicas y la educación entre los miembros del equipo (20). Además se recomienda utilizar un enfoque sistemático para toda la institución proporcionando los recursos y los apoyos administrativos e institucionales para facilitar su adopción (20) (nivel de evidencia IV).

La institución, además, debe incorporar los contenidos sobre las estrategias de transferencias del conocimiento en el programa de formación para los profesionales de la salud (20) (nivel de evidencia IIb), favoreciendo la formación continua para mejorar los conocimientos específicos y las habilidades relacionadas con la valoración y manejo del dolor de forma efectiva (20) (nivel de evidencia IV).

En este sentido, Osakidetza, va a trabajar en la formación e implantación de recomendaciones basadas en la evidencia que ayuden a prevenir, mitigar y tratar el dolor en los pacientes, convirtiendo el alivio del dolor en una prioridad.

Las y los profesionales sanitarios deben adoptar un enfoque centrado en la persona, tener una base sólida de conocimientos para la resolución de problemas, además de garantizar que su trabajo esté basado en la evidencia y sea acorde con las políticas y procedimientos de su institución.

## 2. Objetivos del protocolo

### ■ OBJETIVO GENERAL

Establecer una guía de actuación que, proporcionando recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y unificando criterios, ayude a profesionales y pacientes y/o cuidadores a prevenir, manejar y paliar el dolor desde una perspectiva holista e integral de cuidado.

### ■ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir el dolor
- Disminuir el porcentaje de pacientes con dolor
- Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de valorar, prevenir y paliar el dolor
- Favorecer el diagnóstico y tratamiento del dolor
- Conocer intervenciones no farmacológicas para el abordaje del dolor

## 3. Poblaciones vulnerables

No todas las personas son capaces de hablar sobre su dolor. Se ha de tener en cuenta además que la incapacidad para describir el dolor no significa que la persona no lo esté experimentando.

Algunas poblaciones que presentan mayor deficiencia al hablar o expresar su dolor pueden ser, entre otras:

- Recién nacidos, lactantes y niños preverbales
- Personas mayores con deterioro cognitivo (como la demencia avanzada)
- Personas con discapacidad intelectual
- Enfermos críticos o personas inconscientes
- Personas con enfermedades terminales con sedación

La infradetección e infratratamiento del dolor se da frecuentemente en personas mayores, al ser considerado como un síntoma asociado al propio proceso de envejecimiento (22). Se conoce que los pacientes neoplásicos mayores de 75 años reciben menos analgesia que los jóvenes, y en ellos, además, la presencia de deterioro cognitivo supone un predictor independiente de infradetección (23). La incidencia del dolor aumenta en el último año de vida y es más frecuente en los pacientes geriátricos.

Esta discriminación se intensifica en los pacientes con demencia. Así, pacientes en convalecencia de fractura de cadera que presentan demencia reciben un tercio de dosis de morfina que las personas sin demencia ante la misma lesión (24). Los pacientes con demencia reciben analgesia adecuada en un 33%, frente a un 64% de los pacientes sin demencia. En otras patologías neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson, aproximadamente un 40% de los diagnosticados presenta dolor crónico secundario a trastornos del movimiento (25).

### ■ EL DOLOR Y LA SALUD MENTAL

Las alteraciones a nivel emocional, como la ansiedad o el estrés emocional están relacionadas con el dolor. Pueden suponer un factor de riesgo o un resultado del dolor y la discapacidad funcional (26).

Un dolor agudo que no se alivia puede provocar un aumento de la ansiedad, incapacidad para dormir, desmoralización, sensación de impotencia, pérdida de control, incapacidad para pensar e interactuar con los demás, etc. (27, 28).

Los niños con dolor crónico pueden presentar problemas emocionales con

afectación del humor y ansiedad (29-32).

El dolor, el deterioro funcional y la discapacidad asociados a problemas crónicos de salud física pueden aumentar el riesgo de depresión en personas con enfermedades físicas. Así mismo, la depresión también puede exacerbar el dolor y la angustia asociados con enfermedades físicas (33).

Teniendo en cuenta que el dolor tiene efectos nocivos sobre la salud y la calidad de vida de un individuo y que puede empeorar los síntomas psiquiátricos, se recomienda que la evaluación del dolor y el tratamiento formen parte de la atención rutinaria en salud mental (34-36).

## 4. Tipos de dolor

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, su origen causal, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología (21).

### ■ A. SEGÚN SU DURACIÓN

- A-1) Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- A-2) Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

### ■ B. SEGÚN SU ORIGEN CAUSAL

- B-1) Asociado a procedimientos:** Limitado en el tiempo y asociado al dolor que produce someterse a un procedimiento sanitario como son curas, biopsias, procedimientos de tipo diagnóstico o terapéutico.
- B-2) Perioperatorio:** es el dolor asociado a un procedimiento quirúrgico.
- B-3) Traumatismo:** es el dolor causado por golpe, contusión, caídas, accidentes o daños.
- B-4) Osteoarticular:** es el dolor causado por patologías que involucran el deterioro y disfunción del sistema óseo y articular con afectación de sus estructuras internas y adyacentes como cartílago o tejidos blandos periarticulares.
- B-5) Parto:** relacionado con el proceso del nacimiento y alumbramiento.
- B-6) Proceso oncológico.**
- B-7) Vascular o isquémico.**
- B-8) Procesos infecciosos.**
- B-9) Por alteración piel y/o tejidos.**
- B-10) Neuropático:** Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas.
- B-11) Ginecológico.**
- B-12) Otros.**

## ■ C. SEGÚN SU PATOGENIA

- C-1) Neuropático:** Está producido por 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. Son ejemplos de dolor neuropático la plexopatía braquial o lumbo-sacra post-irradiación, la neuropatía periférica y la compresión medular.
- C-2) Nociceptivo:** Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral que detallaremos a continuación.
- C-3) 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.

## ■ D. SEGÚN LA LOCALIZACIÓN

- D-1) Somático:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculo esquelético, vasos, etc.). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos.
- D-2) Visceral:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Son ejemplos de dolor visceral los dolores de tipo cólico, afectaciones hepáticas y/o pancreáticas.

## ■ E. SEGÚN EL CURSO

- E-1) Continuo:** Persistente a lo largo del día y no desaparece.
- E-2) Irruptivo:** Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

## ■ F. SEGÚN LA INTENSIDAD

- E-1) Leve:** Puede realizar actividades habituales.
- E-2) Moderado:** Interfiere con las actividades habituales.
- E-3) Severo:** Interfiere con el descanso.

## ■ G. SEGÚN FACTORES PRONÓSTICOS DE CONTROL DEL DOLOR

El dolor difícil (o complejo) es el que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS). El Edmonton Staging System pronostica el dolor de difícil control (Tabla I) (37).

**TABLA I**  
Edmonton Staging System

Estadio I (Buen pronóstico)	Estadio II (Mal pronóstico)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor visceral, óseo o de partes blandas</li> <li>• Dolor no irruptivo</li> <li>• No existencia de distrés emocional</li> <li>• Escala lenta de opioides</li> <li>• No antecedentes de enolismo y/o adicción a drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor neuropático, mixto (dolor tenesmoide recta, dolor versical) o de causa desconocida</li> <li>• Dolor irruptivo</li> <li>• Existencia de distrés emocional</li> <li>• Incremento rápido de la dosis de opioides</li> <li>• Antecedentes de enolismo y/o adicción a drogas</li> </ul>

## ■ H. SEGÚN LA FARMACOLOGÍA

**H-1)** Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos.

**H-2)** Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).

**H-3)** Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsionantes).

El dolor puede ser agudo o persistente (crónico) o los dos a la vez (20).

En la experiencia del dolor interactúan una serie de factores no solo biológicos, sino también emocionales y sociales por lo que es importante promover un abordaje del dolor biopsicosocial y centrado en la persona. Es preciso realizar una adecuada valoración y un abordaje integral, multidimensional e interdisciplinar, ya que para conseguir un mejor control del dolor y aumentar la calidad de vida de las personas que lo padecen es necesario contemplar junto al tratamiento analgésico, las medidas no farmacológicas y de promoción de estilos de vida saludables (13).



## 5. Valoración integral

Se debe realizar una valoración bajo el modelo biopsicosocial para asegurar un abordaje integral del dolor teniendo en cuenta a la persona en toda su complejidad, incluyendo los factores físicos y biológicos, el estado psicológico y las creencias, así como el ambiente familiar, social y laboral (20).

Una perspectiva de valoración integral exige que las enfermeras valoremos a las personas que presentan dolor u están en riesgo de padecerlo abordando los dominios en los que impacta o puede impactar. En este sentido es conveniente explorar:

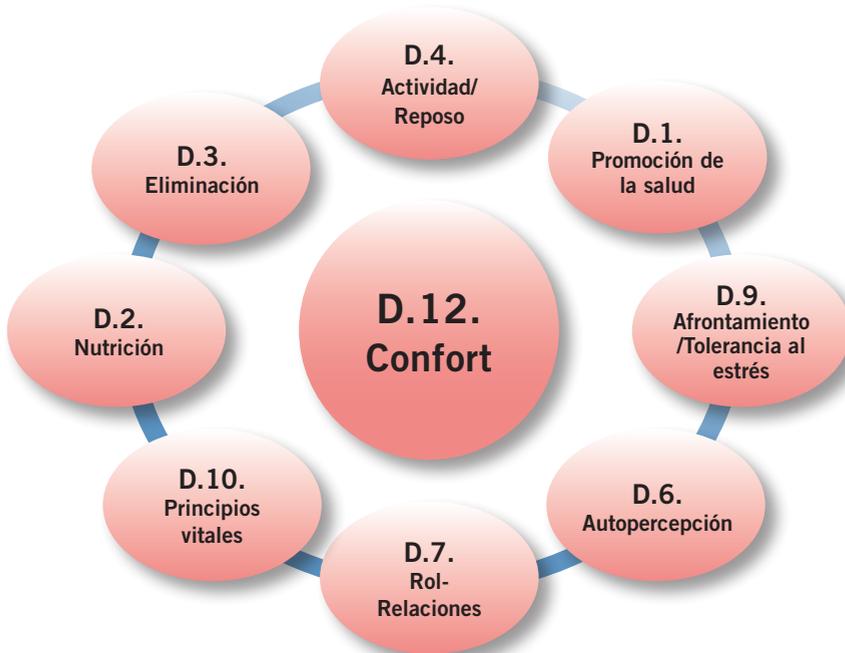
- El proceso doloroso y sus características
- Impacto del dolor en las actividades básicas de la vida diaria (la capacidad del paciente para vestirse, ir al WC sin ayuda, etc.) y en las actividades instrumentales (se deberían realizar preguntas acerca de las AVD de forma independiente incluyendo la capacidad para ir a comprar, utilizar transporte, hacer comidas, medicación etc.) (38)
- El manejo, capacidad de autocuidado y autogestión del paciente ante el problema del dolor
- Impacto del dolor o su carga de enfermedad y tratamiento en la vida emocional, social y cultural del paciente

Hay que tener en cuenta la sintomatología que presenta el paciente, el mecanismo que lo provoca, contando con la posible coexistencia de distintos tipos de dolor en un mismo paciente, y su intensidad (39).

Para explorar el dolor junto con la persona o su familia es de utilidad una valoración que explore el dolor por dominios, sus características, su impacto físico, emocional y social. Dependiendo del motivo de demanda, las circunstancias personales y familiares de la persona con dolor, la relación profesional-paciente o el contexto en que se produzca esta valoración, es conveniente adecuar el orden en que se exploran los dominios o la profundidad de la indagación, dejando que sea la persona afectada quien marque el ritmo y profundidad del análisis (Patient Centred Interviewing) (40).

El siguiente esquema se propone a modo de ayuda para los profesionales, y propone un orden de abordaje de temas ante una persona que puede padecer o sentir dolor. Este guión sigue las recomendaciones establecidas para la entrevista clínica centrada en el paciente (41) que subraya la importancia de abordar en primer lugar el tema de mayor preocupación para la persona entrevistada, en el caso que nos ocupa podría ser el dolor, por ejemplo, para seguidamente

explorar su impacto comenzando por las áreas más sencillas de abordar por la persona entrevistada por resultar más frecuentes o de menor carga emocional, para finalmente abordar áreas más difíciles por ser más sensibles o infrecuentes. Es frecuente que en el desarrollo del encuentro de valoración o entrevista se encuentren otros dominios afectados por el problema principal o por otro motivo, estos hallazgos deben conducirnos a nuevas valoraciones o revaloraciones.



Los registros de esta valoración se realizarán en las aplicaciones corporativas para el registro de cuidados (Osanaia y/o aplicaciones específicas de los servicios especiales) (ver Anexo 1).

**Lo fundamental es realizar la valoración de los dominios independientemente de la herramienta de registro que se utilice.**

## ■ 5.1. DOMINIO 12. CONFORT

La guía de Valoración y Manejo del Dolor de RNAO 2015 (20) establece como recomendaciones para la valoración del dolor: detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor (20) (nivel de evidencia Ib).

La detección debe hacerse:

- Al ingreso o consulta con un profesional
- Ante el cambio de situación clínica (procedimientos quirúrgicos, diagnósticos, brotes, remisiones...)
- De modo activo y programado en pacientes susceptibles de padecer dolor. Esta detección sistemática o programada puede realizarse dependiendo de las características clínicas del paciente que estamos atendiendo (20) (nivel de evidencia Ib):
  - Pacientes hospitalizados susceptibles de padecer dolor: como 5ª Constante Vital
  - Pacientes con un procedimiento diagnóstico o terapéutico potencialmente doloroso/ alivio del dolor: antes, durante y después del procedimiento (por ejemplo: curas dolorosas, retirada de un tubo de drenaje etc.)
  - Pacientes en consulta según antecedentes, causas y proceso doloroso

**Para la detección del dolor se recomienda el uso de escalas validadas**

Las herramientas de valoración del dolor deben ser capaces de detectar los cambios de dolor, ser rápidas de utilizar y de fácil comprensión por las personas evaluadas.

Según las características de las personas en las que vayamos a detectar el dolor emplearemos escalas distintas. A continuación se muestran algunas de las más usadas. Para poblaciones de pacientes con dificultad de comunicación, pacientes críticos y población pediátrica también existen escalas. Pueden encontrarse en el *Anexo 2*.

## Herramientas de autoinforme para personas con capacidad de comunicación y cálculo

### a) Escala Numérica Verbal

Pida a las personas que clasifiquen su dolor de 0-10. La clasificación de 0 a 10 donde 0 es “sin dolor” y 10 “el dolor es insoportable”.

### b) Escala Analógica Visual (con reglas de dolor)

Igual al anterior pero apoyada por reglas de dolor.

**Puesto que son herramientas de autoinforme, es vital que se registre el número que ha referido la persona evaluada. Cuando un paciente dice tener dolor, lo tiene.**

Estas dos herramientas pueden emplearse para detección del dolor en un momento puntual o para recoger de modo autoinformado la intensidad del dolor en un periodo de tiempo. También pueden utilizarse para recoger cuál es el máximo dolor, el mínimo y el medio sentido.

**Ejemplo 1:** Dígame, por favor, del 0-10 cuánto dolor ha sentido al levantarse.

**Ejemplo 2:** Dígame, por favor, de 0-10 cuánto dolor ha sentido durante la tarde/semana.

**Ejemplo 3:** Dígame, por favor, de 0-10, cuánto dolor ha sentido cuando más le dolía. ¿Y cuando menos le dolía? ¿Y de término medio?

El registro de estas dos escalas se realiza como 5ª Constante en el apartado de Osabide Global de Constantes del paciente a través de PC o a pie de cama como desde la tablet.

### ¿Si pasamos las escalas anteriores ya hemos valorado el dolor?

No, el uso de escalas de modo rutinario ayuda a aumentar la detección del dolor y a mejorar su seguimiento y manejo. Además, si las herramientas utilizadas para la detección son ENV, EVA, o PAINAD, estas escalas sirven para medir la intensidad del dolor. Pero éstas **son escalas unidimensionales que no dan respuesta a otras dimensiones de las que se compone una valoración integral del dolor** (20) (nivel de evidencia Ib).

En las personas en las que hemos detectado la presencia de dolor se debe profundizar sobre el fenómeno del dolor. Respecto al dolor conviene identificar:

- ¿Dónde duele?
- ¿Cómo duele?
- ¿Cuándo duele?
- ¿Qué factores lo agravan?
- ¿Qué factores lo alivian?

Para hacer esta valoración integral del problema del dolor podemos valernos del guión anterior o ayudarnos y objetivarlo mediante escalas multidimensionales específicas como el cuestionario breve del dolor (Brief Pain Inventory Short Form (42)) o utilizando el acrónimo O-P-Q-R-S-T-U-V (20) por sus siglas en inglés (*Anexo 2*).

### Acrónimo O-P-Q-R-S-T-U-V para valoración del dolor (20)

LETRA	DIMENSIÓN	
<b>O (Onset)</b>	Aparición	¿Cuándo comenzó? ¿Cuánto tiempo dura? ¿Con qué frecuencia se presenta?
<b>P (Provoke/ Paliative)</b>	Provocar/Paliar	¿Qué lo provoca? ¿Qué lo hace mejorar/empeorar?
<b>R (Region)</b>	Localización	¿Dónde se localiza? ¿Se extiende por alguna zona?
<b>S (Seriousness)</b>	Gravedad	¿Cuánto duele? ¿Qué le molesta de este síntoma? ¿El dolor se acompaña de otros síntomas?
<b>T (Treatment)</b>	Tratamiento	¿Qué medicación toma actualmente? ¿Cómo es de efectiva? ¿Siente algún efecto secundario?
<b>U (Understanding)</b>	Comprensión /Impacto en la persona	¿Qué cree que le está causando este síntoma? ¿Cómo le afecta el dolor a usted o los que le rodean?
<b>V (Values)</b>	Valores	¿Cuál es su objetivo para este síntoma? ¿Cuál es su objetivo respecto a la comodidad o nivel aceptable en una escala de 0 a 10?

Además del Dominio 12 Confort, en el que sobre todo nos hemos centrado en el proceso doloroso y sus características, debe valorarse el impacto que el dolor tiene o puede tener en la vida de las personas y su entorno familiar y su manera de gestionarlo y cuidarse. El abordaje del dolor está afectado por características personales, emocionales, contextuales, culturales y sociosanitarias: el abordaje y la respuesta al dolor están condicionados por muchos factores que dependen del entorno social y cultural, las condiciones de vida de los pacientes y sus cuidadores y de las expectativas creadas.

## ■ 5.2. OTROS DOMINIOS A FOCALIZAR ANTE LA SOSPECHA DE DOLOR

### Dominio 4. Actividad/Reposo

Se recomienda explorar el impacto del dolor a nivel de funcionamiento físico, grado de actividad física, mecánica corporal, autonomía para el autocuidado y cantidad y calidad del sueño y el descanso.

### Dominio 1. Promoción de la Salud

En este dominio se valoran las estrategias usadas por las personas, incluidas el tratamiento farmacológico y o las medidas no farmacológicas para mantener el control del dolor así como mejorar su bienestar o la normalidad de la función. Así es probable que sea necesario valorar ante una persona con sospecha diagnóstica de dolor:

- cumplimiento y la adherencia del plan terapéutico
- conocimientos sobre su enfermedad y el síntoma del dolor
- actitud ante el dolor

### Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

La valoración focalizada de este dominio en cuanto al proceso del dolor indaga sobre la capacidad de la persona para resistir o afrontar el desafío a la integridad personal que supone el padecimiento del dolor, la habilidad para controlar la situación estresante que es padecer dolor o estar en riesgo de padecerlo, y los sistemas de apoyo familiares o sociales con los que cuenta para poder hacerle frente.

La valoración focalizada de los dominios que están en el círculo exterior del modelo de valoración presentado es especialmente importante ante la sospecha de diagnósticos de enfermería dolor crónico o síndrome de dolor crónico.

## Dominio 6. Autopercepción

La valoración de este dominio permite indagar sobre el autoconcepto, la autoestima y la imagen corporal.

Luchar contra un dolor que no desaparece produce irritabilidad, cambios de humor, tristeza, abatimiento y sentimientos de inutilidad que influye en la propia persona y quienes les rodean. Cualquier pequeña tarea puede parecer una montaña para alguien con un dolor intenso, aunque el dolor no esté asociado a la actividad en sí. El dolor produce sentimientos de decepción y desesperación en la persona, pudiendo conducir a un trastorno de ansiedad o depresión.

La persona que padece algún tipo de dolor crónico a menudo siente que no puede hacer las mismas cosas que antes hacía, y la lucha por evitar el dolor crónico se convierte muchas veces en un esfuerzo sin recompensa, generando sentimientos de impotencia, apatía y anhedonia (43).

Esta experiencia también puede generar sentimientos de culpabilidad.

## Dominio 7. Rol-Relaciones

La valoración del dominio rol-relaciones nos lleva a explorar las conexiones o asociaciones positivas y negativas entre la persona afectada por dolor y las personas o grupos de personas de su entorno familiar y social. Conviene indagar sobre el impacto del dolor en las relaciones familiares, el desempeño del rol, y la situación laboral y social.

Las personas afectadas por un dolor crónico pueden experimentar que el dolor domina la propia vida, y que éste les impide cuidar de hijos/as u otros familiares, estar trabajando, manteniendo la escolarización o tener la energía para disfrutar de ciertas actividades de ocio o juego. Así pues los sueños y planes se reducen evitando muchas actividades. Las personas con dolor crónico o síndrome de dolor crónico pueden estar en riesgo de pérdida de contacto social y problemas laborales a los que se suma la circunstancia de incertidumbre económica (43).

## Dominio 10. Principios vitales

Este dominio hace referencia a los principios que subyacen en la conducta, los pensamientos y los comportamientos.

Un dolor crónico hace que las personas se planteen el “para qué” y el “por qué” de la vida. Normalmente tenemos la experiencia de que el dolor es pasajero y controlable, pero cuando aparece un dolor resistente, la propia concepción del mundo cambia. Surge entonces la necesidad de construir una nueva experiencia o interpretación en la que tenga sentido la existencia de un dolor que no se puede

evitar del todo. En relación a esto pueden aparecer diagnósticos de enfermería como la disposición para mejorar la esperanza, la disposición para mejorar el bienestar espiritual o el sufrimiento espiritual (43).

## **Dominio 2. Nutrición**

El dolor crónico genera pérdida de apetito, y dificultad para hacer las actividades de la vida diaria asociadas a la alimentación como pueden ser cocinar o ir a comprar alimentos. Además los fármacos utilizados para el control del dolor, frecuentemente producen molestias gastrointestinales que contribuyen al riesgo de una nutrición insuficiente. Esto hace que el dominio nutrición también sea uno de los que requieren valoración focalizada ante la sospecha de un diagnóstico de dolor crónico o síndrome de dolor crónico.

## **Dominio 3. Eliminación**

La utilización regular de opioides, frecuentemente empleados en el dolor crónico, puede provocar la aparición de efectos adversos, entre los que se encuentran el estreñimiento. La prevención, la valoración y el manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides es una recomendación Ib que establece la guía de RNAO de 2015 (20).

En el anexo 3 se encuentra recogido un resumen grafico del proceso de valoración a realizar.

## 6. De la valoración al diagnóstico (NANDA)

Durante las etapas de valoración y diagnóstico del proceso enfermero, las enfermeras y enfermeros recogen datos del paciente (o familia, grupo, comunidad), los procesan y organizan la información para emitir diagnósticos de enfermería (44). Los diagnósticos deben ser priorizados y constituirán la base del tratamiento enfermero.

La relación entre las fases de valoración y diagnóstico puede observarse de manera simple a través del siguiente ejemplo: si observa a un paciente sujetándose la parte inferior del abdomen y haciendo muecas, probablemente pueden interpretar de inmediato que el paciente experimenta dolor agudo. El proceso desde la recogida de datos hasta la determinación del diagnóstico puede ser rápido, sin embargo, este diagnóstico identificado puede no ser el adecuado o puede no ser el de más alta prioridad para el paciente.

También se debe tener en cuenta que haber identificado únicamente un factor relacionado probablemente no sea adecuado para identificar el diagnóstico concreto, sobre todo cuando solamente se cuenta con un diagnóstico médico como dato. Esto puede conducir a la práctica en la que toda persona sometida a un procedimiento quirúrgico sea etiquetada con “dolor agudo”. Esta práctica hace que emitamos diagnósticos basándonos en la asunción de que la respuesta de una persona será exactamente idéntica a la de otra, cosa que además de incierta puede llevar a un error diagnóstico y a realizar intervenciones innecesarias (44).

Entonces, ¿Cómo diagnosticar de forma precisa? Tras la valoración realizada en el primer momento en la que se han recogido, analizado y agrupado los datos para identificar los diagnósticos posibles, se debe realizar una valoración en profundidad en la que se debe focalizar en la recogida de datos y de este modo refutar o confirmar los diagnósticos hasta identificar el adecuado.

Para confirmar la adecuación del diagnóstico, puede ser útil plantearse las siguientes cuestiones:

- ¿Es consistente la información de la valoración con la definición del diagnóstico potencial?
- ¿Los datos identificados en la valoración son características definitorias del diagnóstico?

- Puede ocurrir que sea necesario diferenciar entre diagnósticos similares; en estos casos puede ser de gran utilidad preguntarse:
  - ¿Hay algún diagnóstico más focalizado/específico que otro?
  - ¿Un diagnóstico puede ser el factor causal de otro?

Las respuestas a estas cuestiones nos ayudarán a confirmar la precisión del diagnóstico.

## 7. Planes de cuidados ante los diagnósticos de dolor:

### Diagnósticos de enfermería (NANDA), Resultados (NOC), Intervenciones (NIC)

#### ■ 7.1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

La edición 2015-2017 de la taxonomía de Diagnósticos de Enfermería NANDA (44) incorpora 4 diagnósticos relativos al dolor: Dolor agudo, Dolor crónico, Síndrome de dolor crónico y Dolor de parto. Estos cuatro diagnósticos son apropiados para poder ser utilizados por las y los profesionales de enfermería de Osakidetza, teniendo en cuenta el enfoque de la práctica asistencial y las regulaciones legales de nuestro sistema de salud.

Los cuatro diagnósticos de dolor están clasificados en el dominio 12 “Confort”, el área de respuesta humana referida a la sensación de bienestar o alivio mental, físico o social, en la clase “Confort físico: sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor”.

Las definiciones de los diagnósticos Dolor agudo y Dolor crónico están basados en la definición del dolor realizada por la IASP (1). Los diagnósticos Dolor de parto y Síndrome de dolor crónico describen situaciones especiales del dolor agudo y crónico respectivamente.

Los diagnósticos Dolor agudo, Dolor de parto y Dolor crónico son juicios clínicos focalizados en el problema; es decir se refieren a una respuesta humana no deseada o afección de la salud/proceso vital.

Los diagnósticos proporcionan las bases para la selección de las intervenciones enfermeras para la consecución de los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad. Esto significa que los diagnósticos enfermeros se utilizan para determinar el plan de cuidados apropiado para la persona, guiando los resultados e intervenciones del mismo (44).

### ■ 7.1.1. Dolor Agudo (DE 00132)

**Dominio 12. Confort. Clase 1. Confort físico.**

**Definición** *Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.*

### ■ 7.1.2 Dolor de Parto (DE 00256)

**Dominio 12. Confort. Clase 1. Confort físico.**

**Definición** *Experiencia sensitiva y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al parto y el alumbramiento.*

La primera etapa del parto causa dolor visceral, que surge de la distensión e isquemia de los tejidos uterino y cervical. El dolor somático ocurre durante la segunda etapa o el trabajo de parto, ya que la vagina, el perineo, el suelo pélvico y los ligamentos se estiran (45).

Se deben contemplar diversos factores para la elección de la analgesia: las **expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor**. Para muchas mujeres el dolor del parto es severo, y es necesario el alivio del dolor (46,47).

El dolor extremo puede incluso producir traumas psicológicos para algunas mujeres, mientras que para otras, los efectos secundarios de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento (46).

El dolor después del parto requiere un tratamiento apropiado ya que coincide con nuevas demandas emocionales, físicas y de aprendizaje y puede desencadenar la depresión postnatal (27, 39).

Las y los profesionales de la salud deben reflexionar sobre sus propios valores y creencias frente al dolor en el trabajo de parto, para ofrecer un cuidado que respete la elección de la mujer (27, 39).

Se ha de tener en cuenta que el dolor de parto, en algunos casos es un problema y habrá que mitigarlo... pero no en todos los casos, ya que hay partos en los que las mujeres desean pasar por su proceso de parto con

dolor. Están preparadas para sentir el dolor, concibiendo al dolor no como un problema, que hay que aplacar, sino como un dolor fisiológico que tiene sus características diferentes que el dolor agudo: se inicia, aumenta su intensidad y desciende hasta desaparecer un tiempo hasta la siguiente contracción...

### ■ 7.1.3 Dolor Crónico (DE 00133)

**Dominio 12. Confort. Clase 1. Confort físico.**

**Definición** *Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses.*

### ■ 7.1.4 Síndrome de Dolor Crónico (DE 00255)

**Dominio 12. Confort. Clase 1. Confort físico.**

**Definición** *Dolor recurrente o persistente que ha durado un mínimo de 3 meses, y que ha afectado de manera significativa el funcionamiento diario o el bienestar.*

**Características definatorias**

- aislamiento social (00053)
- ansiedad (00146)
- conocimientos deficientes (00126)
- deterioro de la movilidad física (00085)
- deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241)
- estreñimiento (00011)
- estrés por sobrecarga (00177)
- fatiga (00093)
- insomnio (00095)
- obesidad (00232)
- temor (00148)
- trastorno del patrón de sueño (00198)

El diagnóstico Síndrome de dolor crónico implica la existencia de un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares (44). La concurrencia de estos diferentes diagnósticos se debe a la existencia de determinados factores relacionados, de modo que la formulación en forma de síndrome permite diseñar una estrategia de intervención dirigida a resolver el conjunto de los problemas.

La toma de decisiones tiene que ser compartida y necesita una comprensión del origen étnico y cultural del paciente, edad, género y espiritualidad con el fin de trabajar con la sintomatología del dolor del paciente (20).

Se ha de colaborar con la persona a identificar sus metas para el manejo del dolor y las estrategias adecuadas para garantizar un enfoque integral para el plan de cuidados (20) (Nivel de evidencia Ib), ya que se ha de establecer un plan integral de cuidados que incorpore los objetivos del paciente y del equipo interprofesional y que contemple: evaluación de resultados; las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona; y las características personales y las características del dolor (20) (nivel de evidencia III).

Aunque cada persona y circunstancia con dolor requiere que individualmente se adecúe el plan de cuidados, acordando los objetivos a alcanzar (NOC) (48), las formas de hacerlo y las intervenciones (NIC) (49) se proponen basándose en criterios de evidencia científica, estableciendo los consiguientes planes de cuidados para cada uno de los diagnósticos de enfermería.

## ■ 7.2. RESULTADOS/ OBJETIVOS (NOC)

A continuación pasan a describirse los NOC o resultados deseables ante el paciente con dolor:



## ■ 7.2.1. Dolor agudo

### 7.2.1.1 Control del dolor

**Definición:** Acciones personales para controlar el dolor

**Explicación:** La persona es capaz de demostrar acciones necesarias para el control del dolor, tales como reconocer el inicio del dolor, reconocer los factores causales, utilizar medidas preventivas, utilizar medidas de alivio no analgésicas, utilizar los analgésicos de forma apropiada, reconocer los síntomas asociados del dolor, referir cambios en los síntomas o síntomas incontrolables al profesional sanitarios, etc.

### 7.2.1.2 Nivel de dolor

**Definición:** Intensidad del dolor referido o manifestado

**Explicación:** Grado de dolor que puede ser medido en escala tipo Likert de grave a ninguno a través de diversos indicadores, como por ejemplo: dolor referido, duración de los episodios de dolor, expresiones faciales de dolor, inquietud, agitación, irritabilidad, muecas de dolor, lágrimas, diaforesis, tensión muscular, pérdida de apetito, náuseas, intolerancia alimentaria, etc. También puede expresarse en forma de desviación de las constantes clínicas sobre el rango normal.

### 7.2.1.3 Nivel de malestar

**Definición:** Gravedad del malestar físico o mental observado o descrito

**Explicación:** La gravedad del malestar puede ser medido en escala tipo Likert de grave a ninguno a través de diversos indicadores, como por ejemplo: dolor, ansiedad, sufrimiento, miedo, depresión, alucinaciones, delirios, pensamientos paranoides, conductas obsesivo-compulsivas, hiperactividad, respiración dificultosa, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarrea, incontinencia intestinal o urinaria, estreñimiento, ideas suicidas, pérdida de fe, sensación de abandono espiritual, etc.

### 7.2.1.4 Sueño

**Definición:** Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

**Explicación:** Descripción de aspectos relativos al sueño, en escala tipo Likert de grave a ninguno, tales como las interrupciones del sueño, la dificultad para conciliar el sueño, la dependencia de ayudas para dormir, la calidad del sueño, dormir toda la noche y las horas de sueño cumplidas, entre otros.

### *7.2.1.5 Dolor: respuesta psicológica adversa*

**Definición:** Gravedad de las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico

**Explicación:** Las respuestas cognitivas y emocionales pueden ser entre otras: enlentecimiento de los procesos de pensamiento, interferencia con la concentración, trastorno de la memoria, indecisión, angustia por el dolor, preocupación sobre la tolerancia al dolor, preocupación sobre la carga para los demás, desesperanza, aislamiento, temor a los procedimientos y equipamiento, temor al dolor insoportable, enojo con los efectos nocivos del dolor, ira sobre los efectos incapacitantes del dolor, rencor hacia los demás, etc.

### *7.2.1.6 Conocimiento manejo del dolor*

**Definición:** Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento del dolor.

**Explicación:** La persona tiene conocimiento entre extenso y ninguno sobre aspectos como las causas y factores que contribuyen al dolor, signos y síntomas del dolor, estrategias para controlar el dolor, régimen de medicación prescrita, uso correcto de la medicación prescrita, efectos secundarios de la medicación, importancia de seguir el régimen de medicación, técnicas de posicionamiento efectivo, técnicas de relajación efectivas, distracción efectiva, aplicación de calor/frío, electroestimulación efectiva, beneficios de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), beneficios del masaje, estrategias para el control preventivo del dolor, etc.

## ■ 7.2.2. Dolor de parto



### 7.2.2.1 Conocimiento: parto y alumbramiento

**Definición:** Grado de la comprensión transmitida sobre el parto y el alumbramiento vaginal

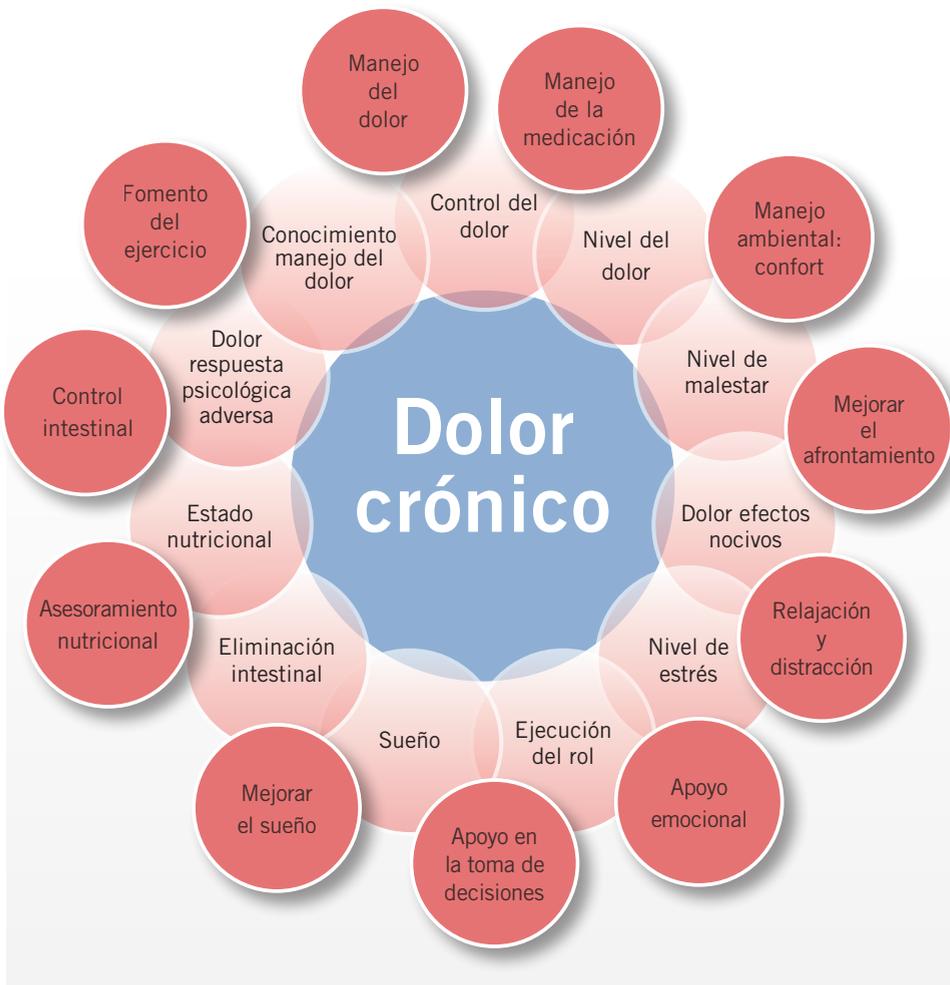
**Explicación:** Evaluar la comprensión de la mujer a la hora de aplicar la información para favorecer el parto y alumbramiento, en aspectos como los signos y síntomas del parto, métodos de control del dolor o técnicas de relajación y respiración efectivas, entre otras.

### 7.2.2.2 Estado materno: durante el parto

**Definición:** Grado en el que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde el comienzo del parto hasta el alumbramiento

**Explicación:** Grado de afectación del bienestar de la mujer en aspectos como el dolor con contracciones, dolor de espalda, dolor epigástrico, cefalea, intensidad y duración de las contracciones uterinas o progresión de la dilatación cervical, entre otros.

### ■ 7.2.3 Dolor crónico



El dolor crónico y el síndrome de dolor crónico son diagnósticos de enfermería que afectan con mayor complejidad a la persona y su entorno familiar y social. Esto hace que los planes de cuidados para estos diagnósticos sean más extensos.

Además de los anteriores NOC o resultados, al dolor crónico también se ha considerado pertinente abordar:

### *7.2.3.1 Nivel de estrés*

**Definición:** Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

**Explicación:** La tensión física o mental puede expresarse en forma de diarrea, trastornos estomacales, boca y garganta secas, palmas de las manos sudorosas, cefalea, aumento de la tensión muscular, aumento de la presión sanguínea, aumento de la FC, irritabilidad, explosiones de ira, aumento del consumo de tóxicos, disminución de la productividad, etc. que se pueden medir en una escala de grave hasta ninguno.

### *7.2.3.2 Dolor: efectos nocivos*

**Definición:** Gravedad de los efectos nocivos observados o referidos del dolor crónico en el funcionamiento diario.

**Explicación:** La gravedad de los efectos (medidos en escala tipo Likert de grave a ninguno) que el dolor crónico genera en aspectos de la vida, tales como la actividad física, el estado de ánimo, el rendimiento laboral o escolar, la capacidad para concentrarse, el apetito, la movilidad, el sueño, el mantenimiento de rutinas, el placer de vivir, etc.

### *7.2.3.3 Ejecución del rol*

**Definición:** Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.

**Explicación:** La conducta de la persona en relación a la ejecución de los roles laboral, familiar, de intimidad, de amistad, social, etc. puede evaluarse en una escala tipo Likert de inadecuada a completamente adecuada. La ejecución del rol también debe tener en cuenta la expresión de comodidad por parte de la persona con los cambios de rol, entre otros aspectos.

#### 7.2.3.4 Eliminación intestinal

**Definición:** Formación y evacuación de heces

**Explicación:** Descripción de aspectos relativos a la eliminación intestinal, como el grado de afectación del patrón fecal, consistencia de las heces, facilidad en la eliminación de las heces, tono del esfínter, etc. o la gravedad de la existencia de sangre en heces, diarrea, estreñimiento o dolor en la defecación.

#### 7.2.3.5 Estado nutricional

**Definición:** Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.

**Explicación:** Evaluación de aspectos tales como la ingestión de nutrientes y líquidos, la relación peso/talla o la hidratación, mediante escala de desviación sobre el rango normal.

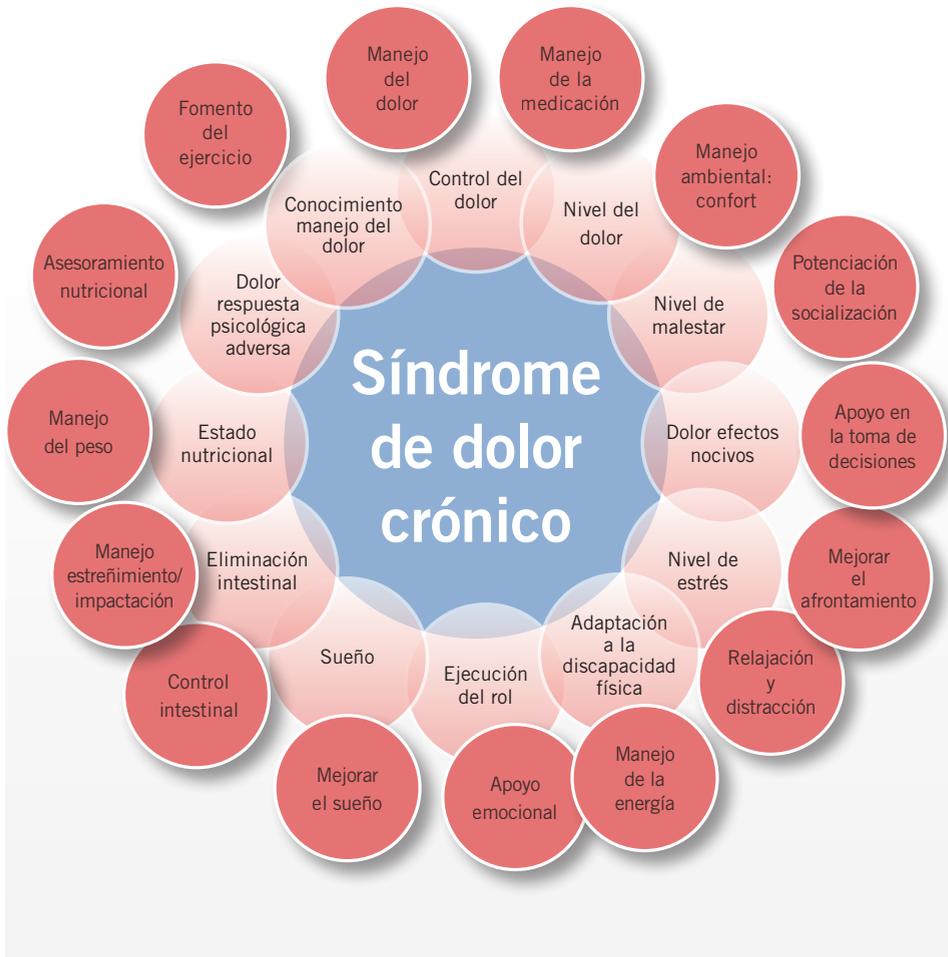
### ■ 7.2.4 Síndrome de dolor crónico

En el síndrome de dolor crónico, como se ha visto anteriormente, es un conjunto de diagnósticos de enfermería en el que además se añaden los siguientes resultados y se propone el siguiente plan de cuidados estandarizado:

#### 7.2.4.1 Adaptación a la discapacidad física

**Definición:** Acciones personales para adaptarse a un problema funcional importante debido a una discapacidad física.

**Explicación:** La persona demuestra adaptarse a la situación de discapacidad en una escala de nunca a siempre a través de acciones tales como modificar el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad, identificar maneras para afrontar los cambios en su vida, identificar un plan para cumplir las actividades de la vida diaria y las instrumentales o verbalizar capacidad para adaptarse a la discapacidad.



### ■ 7.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

En este documento se sustentarán los diagnósticos relativos al dolor mediante intervenciones que incorporen actividades basadas en un gran nivel de evidencia.

#### ■ 7.3.1. Intervenciones de enfermería comunes en dolor agudo, dolor de parto, dolor crónico y síndrome de dolor crónico

1. **Manejo del dolor (1400):** Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
2. **Manejo de la medicación (2380):** Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
3. **Manejo ambiental: confort (6482):** Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
4. **Mejorar el sueño (1850):** Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia.
5. **Fomento del ejercicio (0200):** Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.
6. **Apoyo emocional (5270):** Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
7. **Apoyo en la toma de decisiones (5250):** Proporcionar información y apoyo al paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.
8. **Mejorar el afrontamiento (5230):** Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y roles en la sociedad.
9. **Otras intervenciones: terapia de relajación (6040), distracción (5900) y Musicoterapia (4400)**
  - a. **Terapia de relajación (6040):** Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.
  - b. **Distracción (5900):** Desvío intencionado de la atención o supresión temporal de emociones y pensamientos para alejarlos de sensaciones indeseables.
  - c. **Musicoterapia (4400):** Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.

### ■ 7.3.2. Otras intervenciones específicas para dolor crónico y síndrome de dolor crónico

1. **Manejo del estreñimiento/impactación (0450):** Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.
2. **Manejo del peso (1260):** Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.
3. **Manejo de la energía (0180):** Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.
4. **Potenciación de la socialización (5100):** Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.
5. **Control intestinal (0430):** Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.
6. **Asesoramiento nutricional (5246):** Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

### ■ 7.3.3. Descripción de las intervenciones y recomendaciones basadas en la evidencia

#### A. Manejo del dolor (1400)

**Definición** *Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.*

**Esta intervención engloba actividades como:**

1. Ayudar a la persona a utilizar técnicas o herramientas de valoración que permitan el seguimiento de los cambios de dolor.
2. Ayudar a la persona con dolor a identificar los factores desencadenantes, los factores que lo alivian o que lo empeoran.
3. Facilitar e identificar con el paciente aquellas medidas que ayudan a prevenir que aparezca o que ceda el dolor como pueden ser la movilización precoz, y el ejercicio, las terapias físicas, el frío o calor, la relajación, el juego o la distracción... antes, después y si fuera posible durante el padecimiento del dolor.
4. Evaluar la efectividad de las intervenciones educativas, farmacológicas y no farmacológicas.
5. Comunicar a otros profesionales sanitarios y a otras personas que participan del cuidado de la persona las medidas identificadas y su efectividad.

### *Resumen de evidencias para manejo del dolor en el dolor agudo*

Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con las actividades de la vida diaria y mantener la actividad, incluyendo la incorporación al trabajo, siempre que el dolor lo permita (50) (Grado de recomendación A).

En el dolor agudo existen evidencias que demuestran que la educación preoperatoria para pacientes y cuidadores favorece una actitud más positiva hacia la cirugía y el problema del dolor. El hecho de que el paciente participe seleccionando el tratamiento escogido mejora el cumplimiento terapéutico y hace que las dosis requeridas sean más bajas (39).

Asimismo, existe evidencia la cual avala que la educación sanitaria del paciente en el manejo del dolor agudo no quirúrgico ayuda a mejorar su control (39). Algunos ejemplos son la preparación maternal que mejora la intensidad del dolor percibido, o los programas y educación sobre actividad física y ejercicio, los cuales reducen los días de baja de las personas con dolor lumbar (39, 51). Entre los métodos educativos e información ofrecer la información por escrito como método de apoyo a la verbal, mejora los resultados de ansiedad y la percepción del estado general (39, 52).

Para el manejo del dolor agudo no sólo es importante tratar el dolor sino prevenirlo y para ello se recomienda: por un lado, individualizar la información que recibe el paciente, explicando las características generales de su dolor y cómo se espera que evolucione, y por otro, discutir cuáles son las bases del manejo terapéutico para conseguir una rápida recuperación y evitar complicaciones, adaptando las pautas posológicas y las medidas no farmacológicas a las características de cada paciente (53).

Las llamadas fast track o vías clínicas rápidas para procedimientos quirúrgicos se apoyan en intervenciones farmacológicas, pero también y con un mismo nivel de importancia en medidas físicas, ejercicio y movilización precoz e intervenciones psicológicas para conseguir recuperaciones del postoperatorio más rápidas, efectivas y satisfactorias, reduciendo las estancias hospitalarias y la morbilidad asociada (39).

La importancia de alcanzar niveles muy efectivos de alivio del dolor quirúrgico, y los métodos multimodales que se utilizan para su alivio, constituyen un pilar fundamental del éxito en los resultados de estas vías clínicas (39).

En relación a las medidas adyuvantes no farmacológicas para el manejo del dolor agudo, la **guía de Fisterra** (51) aporta las siguientes evidencias:

- *Medidas físicas*: existe una evidencia muy limitada sobre el beneficio del frío, el calor y los masajes en el manejo del dolor agudo (39, 54). Con respecto al TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea) la calidad de los estudios realizados y las diferencias metodológicas hace que no se pueda establecer conclusiones definitivas acerca de su efectividad como tratamiento aislado en el dolor agudo (55).
- *Acupuntura*: no existen evidencias del uso de esta técnica con metodología adecuada (56-59).
- La *terapia con masaje* en adultos produce relax y mejora el sueño (60).

Las intervenciones psicológicas (psicosociales), como la terapia cognitivo-conductual, la música, la distracción, técnicas de relajación y la educación deben considerarse en el manejo del dolor ya que estas intervenciones afectan a la forma en que una persona piensa, siente y responde ante el dolor (20, 61-65).

### Resumen de evidencias para manejo del dolor en los bebés

#### ***Lactancia materna***

No sólo ofrece a las niñas y niños alimento sino también alivio y consuelo ante el dolor. Existe evidencia de que la lactancia disminuye el dolor asociado con procedimientos dolorosos (por ejemplo: venopunción, vacunas, punción del talón etc.) (66).

Su efectividad como analgésico es mayor que el uso de otras medidas no farmacológicas (como la administración de soluciones dulces, uso de chupete con el niño en brazos etc.). La lactancia materna presenta un efecto sinérgico con la analgesia farmacológica tópica (2).

La lactancia materna distrae a la niña y al niño por la succión, libera opioides endógenos por el sabor dulce, tiene contacto piel con piel, y efecto antiestrés por la liberación de oxitocina.

Es necesario cerciorarse de que el agarre al pecho es efectivo antes de realizar el procedimiento doloroso, se debe mantener durante la técnica y prolongar después de su finalización. No se han notificado efectos adversos relacionados con la lactancia materna durante la realización de procedimientos.

#### ***Contacto piel con piel en neonatos en procedimientos y posición***

El contacto piel con piel, también denominado método canguro, consiste en colocar al neonato solo con el pañal sobre el pecho descubierto de la

madres. Una revisión de la Cochrane concluía que parece reducir la respuesta dolorosa (67).

Se debe evitar la posición supina para la administración de vacunas, ya que resulta más dolorosa que cuando el niño es sostenido por sus cuidadores o en contacto piel con piel (periodo neonatal) (68).

### ***Succión de nutrientes (glucosa o sacarosa)***

Se trata de una técnica analgésica útil y segura en la realización de procedimientos dolorosos en neonatos.

Su efecto se debe a que suma la distracción con la liberación de opioides endógenos. Según diversos estudios parece más efectivo en neonatos menores de 12 meses.

Puede combinarse con la succión del chupete (“la sucrosa es más efectiva si se administra en conjunción con la succión no nutritiva usando un chupete”) (69).

Se recomienda aplicarlo entre 1-2 minutos antes de la punción. La pauta más habitual suele ser 12-25g de sacarosa en 10ml de agua, en función de la edad.

La succión de soluciones dulces estaría indicada en aquellos procedimientos potencialmente dolorosos en los que no es posible la lactancia materna.

Se debe considerar la contención, la lactancia o el chupete y la sacarosa en recién nacidos a veces para la vacunación (70) (Grado A).

## ***Evidencias para la intervención Manejo del dolor para el dolor de parto***

### ***Estimulación eléctrica transcutánea: TENS***

Puede reducir el dolor severo en el trabajo de parto pero no reducen de forma fiable las puntuaciones del dolor ni los requisitos analgésicos (27).

No ofrecer TENS a las mujeres en el trabajo de parto establecido (47, 71).

Las intervenciones de recursos moderados con algunos datos de apoyo incluyen la acupuntura, la inmersión en agua, las inyecciones de agua estéril para el dolor de espalda (72), la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) y el yoga.

### ***Técnicas respiratorias***

Aunque falta evidencia científica sobre las técnicas de respiración y relajación en la reducción de dolor, las mujeres que elijan utilizar técnicas como estas deben ser apoyadas en su elección (46, 47, 71).

### ***Termoterapia***

Existe evidencia de moderada calidad que sugiere que el uso de compresas calientes durante el parto y el masaje podrían reducir los desgarros de tercer y cuarto grado (73).

Diversos ensayos clínicos concluyen que la aplicación de calor local disminuye el dolor durante el parto (74) y los dos días posteriores (75).

La intervención consistiría en la aplicación de compresas calientes entre 38° y 44°C durante las contracciones, hasta un tiempo máximo de 30 minutos. Es necesario sustituir las compresas manteniendo las condiciones de higiene, la temperatura óptima y vigilando la coloración de la piel para evitar quemaduras.

Sólo hay pruebas limitadas para apoyar la efectividad de los tratamientos locales de frío en el tratamiento del dolor perineal después del parto (27,39).

### ***Inmersión en el agua***

Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto. La inmersión temprana aunque reduce el dolor aumenta la necesidad del uso de analgesia epidural y oxitocina (46).

Las mujeres no deben entrar en el agua (una piscina o baño de parto) dentro de las 2 horas de la administración de opiáceos o si se sienten somnolientos (47, 71).

Se ha de ofrecer a la mujer la oportunidad de trabajar en agua para aliviar el dolor (47, 71).

### ***Masaje***

Se recomienda el masaje o contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto (45).

### ***Pelotas de parto***

Las mujeres que elijan usar las pelotas de parto deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables (46).

### ***Aromaterapia, yoga, acupresión***

No se debe ofrecer por rutina aromaterapia, yoga o acupresión para aliviar el dolor durante la primera etapa de trabajo de parto. Sin embargo, si una mujer quiere usar alguna de estas técnicas, se debe respetar sus deseos (47, 71).

No existe evidencia para la aromaterapia, la hipnosis y la biorretroalimentación. Aunque los riesgos para la madre y el feto son probablemente bajos, existen riesgos de hipertermia (terapia de agua) y toxicidad (aromaterapia).

Aconseje a la mujer y a su familiar los ejercicios de respiración, la inmersión en el agua y el masaje ya que pueden reducir el dolor durante la primera etapa del parto (47, 71).

La capacidad de controlar el dolor con autoayuda y técnicas asistidas por el compañero o compañera en lugar de medicamentos para el dolor durante todo o parte del trabajo puede ser más satisfactoria y aumentar la percepción de seguridad en algunas mujeres (76).

### Evidencias para la intervención Manejo del dolor para el dolor crónico

Se ha de informar y formar al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las estrategias de manejo del mismo (20).

En el manejo del dolor crónico es tan importante dirigir los esfuerzos a estrategias no farmacológicas como al uso de la medicación (77). Las intervenciones para su manejo deben estar basadas en la experiencia multidimensional que supone tener dolor a nivel psicológico, social y biológico (78).

Existen una serie de métodos de estimulación física que pueden utilizarse como medidas complementarias para el manejo del dolor crónico (79).

#### ***Terapia manual***

El masaje, manipulación y movilización (77), puede ser útil en el caso de alivio a corto plazo en lumbalgia o cervicalgia.

La fisioterapia mantiene la gama de movimiento de las articulaciones y ralentiza el desacondicionamiento, mientras que el masaje puede desencadenar una respuesta de relajación que conduce a un mejor sueño (27,80).

#### ***Frío***

Se aplica sobre la zona dolorosa durante un período que no debe exceder de 15 minutos. Puede contribuir al alivio del dolor en zonas dolorosas en las que exista componente inflamatorio. No debe aplicarse en zonas irradiadas o isquémicas.

**Calor**

Puede ser útil en aquellas situaciones en las que existe contractura muscular. Su uso está contraindicado sobre tejido irradiado recientemente.

**Estimulación eléctrica transcutánea: TENS**

Puede resultar útil para el alivio del dolor crónico. Puede emplearse tanto frecuencias bajas como altas (77). Parece ser útil en el tratamiento del dolor existente en los síndromes del miembro fantasma y postoracotomía. No se dispone de pruebas concluyentes sobre su beneficio en dolor oncológico (81).

**Presión y vibración**

La fisioterapia puede mejorar los efectos de los analgésicos así como disminuir la inflamación y el edema. Las masas tumorales no deben manipularse con intensidad.

**Otras**

No se ha probado efectos de las hierbas medicinales, la homeopatía, la aromaterapia, reflexología, reiki para el alivio del dolor crónico (77).

La aplicación de corsés y férulas es eficaz en el dolor agudo y en las reagudizaciones de dolor crónico, pero no existe evidencia suficiente para recomendar su aplicación en el tratamiento de mantenimiento del dolor crónico (82) (IV D).

Existe una fuerte evidencia de que la tracción no es efectiva en el tratamiento de pacientes con dolor de espalda agudo, subagudo y crónico, con y sin dolor de ciática (77).

No se recomiendan las fajas lumbares para la lumbalgia crónica inespecífica ni para evitar el dolor y sus recaídas (50) (Grado A).

## B. Manejo de la medicación (2380)

### Definición

*Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación*

### Esta intervención engloba actividades como:

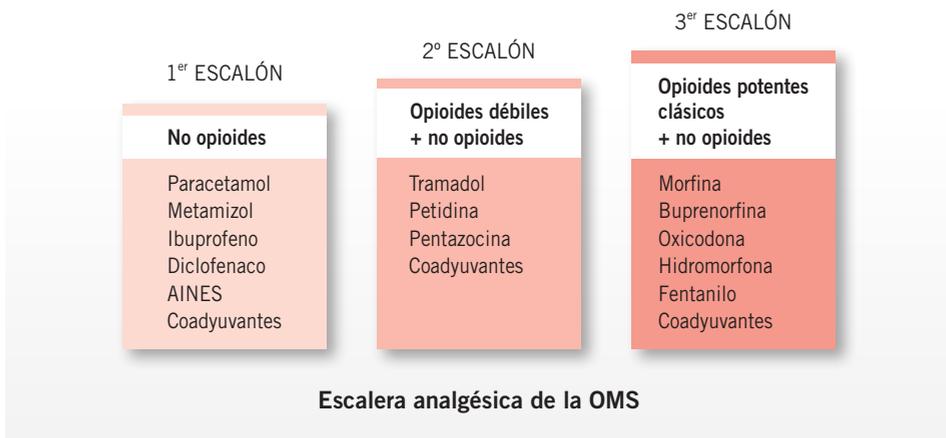
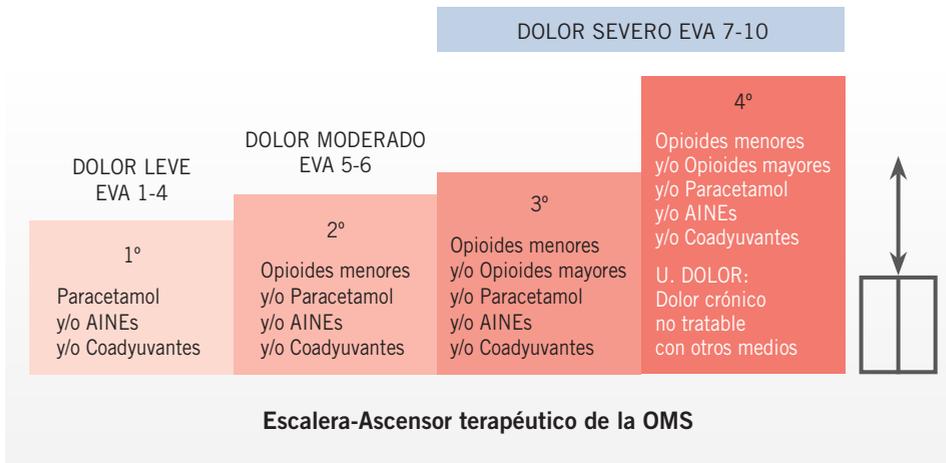
1. Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
2. Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse y enseñar al paciente y/o a la familia el método de administración de los fármacos y explicar los efectos secundarios esperados, si procede.
3. Observar los efectos terapéuticos, signos y síntomas de toxicidad, efectos adversos e interacciones no terapéuticas de la medicación en el paciente.
4. Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
5. Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, si procede.
6. Determinar el conocimiento del paciente sobre medicación
7. Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.

### Evidencia/recomendaciones que respaldan las actividades

La valoración metódica y el diagnóstico son claves para iniciar una farmacoterapia adecuada.

Aunque fue desarrollada y validada únicamente para el tratamiento del dolor oncológico, la escalera de la OMS ha expandido su uso. Proporciona una estrategia para el tratamiento farmacológico del dolor para clínicos no especialistas (77). Una de las últimas actualizaciones de la escalera analgésica es el ascensor (83).

Un enfoque analgésico multimodal o intervención farmacológica incluye analgésicos no opioides como los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), opioides (por ejemplo morfina) y medicamentos adyuvantes (por ejemplo, antidepresivos, anticonvulsivos, agentes anestésicos) que actúan a través de diferentes mecanismos para modular el dolor de una persona (20) (Ib).



Se ha de tener en cuenta que si el dolor es de tipo neuropático, los fármacos de primera elección son amitriptilina o gabapentina.

El manejo farmacológico del dolor será prescrito por el médico responsable, individualizando la pauta a las necesidades del paciente (tipo de dolor, intensidad, estado general de salud y problemas concomitantes etc.) (20) (Grado de recomendación A). La terapia analgésica en el paciente pediátrico dependerá de la edad, el peso, la comorbilidad y se elegirá aquel analgésico con menos contraindicaciones dentro de un enfoque multimodal (84).

Las enfermeras y los enfermeros trabajan con el equipo interprofesional para ajustar el tipo, la dosis, la vía y la programación de medicamentos basados en la respuesta individual del paciente.

Es necesario que la enfermería esté familiarizada y tenga conocimientos actualizados acerca del tratamiento farmacológico del dolor, sus efectos secundarios y la prevención de los mismos, así como el correcto manejo de las diferentes vías de administración(20) (Anexo 4).

Cuando no pueda administrarse vía oral, deben utilizarse otras vías adecuadas a la situación del niño y fármaco lo menos invasivas posibles (85) (NE 4. Grado de recomendación=C).

Se debe administrar la mínima dosis efectiva que alivien los síntomas (82) (IIb). Todos los pacientes con opiáceos fuertes deben ser evaluados regularmente para detectar cambios en el alivio del dolor, efectos secundarios y la calidad de vida teniendo en cuenta una reducción gradual a la dosis efectiva más baja.

Independientemente del tipo de analgesia que se emplee, es necesario revisar el tratamiento medicamentoso al menos anualmente o más frecuentemente si ha habido cambios en el tratamiento, el proceso doloroso o han variado las condiciones de comorbilidad (77).

Hay una variación importante en cuanto a la respuesta de los pacientes a los analgésicos, tanto en términos de efectividad como de efectos secundarios, por lo tanto si un paciente no tolera determinado fármaco o no consigue el nivel de analgesia esperado entonces conviene probar con otro medicamento de la misma clase. En general si no ha habido un alivio en 2-4 semanas tras la dosificación adecuada o titulación, los pacientes probablemente no responderán positivamente habiendo transcurrido ese periodo. Es de vital importancia no continuar con la medicación que no está funcionando de modo efectivo.

Es necesaria la revaloración programada regular del alivio del dolor y, así como de los posibles efectos secundarios (77).

Las intervenciones analgésicas tempranas reducen el riesgo de cronificación de un dolor postoperatorio agudo (39) (nivel II, recomendación).

### Evidencias para el dolor de parto:

En el dolor de parto se ha de tener en cuenta:

El paracetamol y los AINES no selectivos (diclofenaco) son efectivos para el tratamiento del dolor perineal después del parto, por lo que se deben

ofrecer después de un parto vaginal salvo contraindicaciones. (U) (nivel I). Se ha demostrado también sus beneficios tras una cesárea (27, 39).

La analgesia epidural y raquídea combinada proporcionan alivio del dolor para el parto en comparación con analgésicos sistémicos (27, 39).

Se debe mantener la analgesia epidural durante el periodo expulsivo, el alumbramiento y la reparación del periné si se necesita alivia el dolor (46), aunque la analgesia epidural se asocia con una mayor duración del trabajo de parto y una mayor tasa de partos vaginales instrumentales. No aumenta la incidencia de cesárea o dolor de espalda a largo plazo y la analgesia epidural controlada por el paciente proporciona analgesia eficaz (27,39, 47, 71) pero los ajustes óptimos no son claros (27,39).

Una vez establecida la analgesia regional se debe continuar hasta después de la terminación de la tercera etapa del trabajo de parto y la reparación perineal si es necesaria (47, 71).

Cuando se confirme que la dilatación cervical está completa, a menos que la mujer sienta la necesidad de empujar o la cabeza del bebé sea visible, se recomienda esperar alrededor de una hora, tras la cual se le animará activamente a empujar durante las contracciones.

No se recomienda la oxitocina de manera rutinaria en la segunda etapa del trabajo de parto para las mujeres con analgesia regional (47, 71).

No hay diferencias significativas en los resultados entre el uso de bupivacaína y la ropivacaína para la analgesia epidural del trabajo de parto (27,39).

La analgesia epidural produce un incremento significativo de hipotensión, fiebre materna y retención urinaria (46).

Las técnicas analgésicas neuroaxiales (es decir, epidural, espinal y espinal-epidural combinada [CSE]) son los medios más efectivos para aliviar el dolor del trabajo de parto y el parto. Se recomienda el uso de analgesia neuroaxial para controlar el dolor del trabajo de parto y el parto en parturientas que desean analgesia farmacológica, en ausencia de una contraindicación (45) (Grado 2C).

Se recomienda el uso de analgesia epidural o espinal combinada-epidural para el establecimiento de la analgesia regional en el trabajo de parto. Si se requiere analgesia rápida, utilice analgesia espinal-epidural combinada. Establecer analgesia espinal-epidural combinada con bupivacaína y fentanilo (47, 71).

La epidural combinada en comparación con la analgesia epidural reduce el tiempo de efectividad de la analgesia, aumenta la incidencia de prurito, no

aumenta la satisfacción materna, y aumenta el riesgo de retención urinaria (27,39).

La infiltración de heridas con anestesia local y los bloqueos de nervio abdominal reducen el consumo de opiáceos después de la cesárea (27,39).

El óxido nitroso tiene cierta eficacia analgésica y es seguro durante el trabajo de parto. Los opioides sistémicos en el trabajo de parto aumentan la necesidad de resucitación neonatal y empeoran el estado ácido-base en comparación con la analgesia regional. La morfina y el fentanilo se consideran seguros en el paciente lactante y se prefieren sobre petidina (27,39).

Los preparados anestésicos locales tópicos no son efectivos para el dolor perineal después del alumbramiento (37,39).

Se ha de asegurar que el Entonox (una mezcla de 50:50 de oxígeno y óxido nitroso) esté disponible en todos los paritorios, ya que puede reducir el dolor en el trabajo de parto, pero es necesario que informe a la mujer de que puede sentir náuseas (47, 71).

Petidina, diamorfina u otros opioides deberán estar disponibles en todos los paritorios. Se informará a la mujer de que éstos proporcionarán un alivio del dolor limitado durante el trabajo de parto y pueden tener efectos secundarios significativos tanto para ella (somnolencia, náuseas y vómitos) como para su bebé (depresión respiratoria a corto plazo y somnolencia que puede durar varios días).

Si la mujer no está libre de dolor 30 minutos después de cada administración de anestesia local/solución de opiáceos, se deberá informar al anestesista (47, 71).

Si se utiliza un opiáceo intravenoso o intramuscular, también se administra un antiemético (47,71).

Los opiáceos pueden administrarse mediante dosis en bolo intermitente por vía intravenosa (IV), intramuscular (IM) o subcutánea (SC), o por analgesia controlada por el paciente IV (PCA). La PCA proporciona un inicio rápido de la analgesia, un mejor control del dolor y una mayor sensación de control para el paciente, en comparación con la administración en bolo (76).

**Proporcione información sobre la analgesia epidural, incluyendo lo siguiente (45):**

- Asegure un acceso venoso antes de comenzar la analgesia regional
- La analgesia epidural es más efectiva en el alivio del dolor que los opioides
- No está asociado con dolor de espalda a largo plazo

- No se asocia con una primera etapa más larga del parto o con una mayor probabilidad de un parto por cesárea
- Durante el establecimiento de analgesia regional o después de bolos adicionales (10 ml o más de soluciones de dosis bajas), mida la presión arterial cada 5 minutos durante 15 minutos
- Evaluar el nivel de bloqueo sensorial cada hora
- Anime a las mujeres con analgesia regional a que se muevan y adopten las posiciones que encuentren cómodas durante el trabajo de parto
- Las pacientes deben recibir información sobre las opciones de alivio del dolor antes del inicio del trabajo de parto, para que puedan tomar decisiones informadas sobre las opciones de analgesia del parto.

Si una mujer en el trabajo pide analgesia regional, cumpla con su petición. Esto incluye a las mujeres con dolor severo en la primera etapa latente del parto (47, 71).

El dolor experimentado durante el parto incluye las contracciones uterinas, el dolor de espalda y la presión perineal. La mayoría de las mujeres usan algunos enfoques no farmacológicos para controlar el dolor del parto, con o sin enfoques farmacológicos (76).

### ***Medicación (durante la lactancia)***

Antes de prescribir medicamentos en la lactancia, es necesario evaluar la posible transferencia a la leche materna y los potenciales efectos adversos para el bebé.

Los anestésicos locales, el paracetamol y algunos AINES no selectivos, concretamente el ibuprofeno, se consideran seguros en el paciente lactante (27,39).

Los agentes tópicos pueden mejorar el dolor de pezón (27,39) (nivel I).

Informe a la mujer que petidina, diamorfina u otros opiáceos pueden interferir con la lactancia materna (47, 71).

Se conocerán las barreras y falsos mitos en relación con el uso de analgésicos (Anexo 5).

### C. Manejo ambiental: confort (6482)

**Definición** *Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.*

**Esta  
intervención  
engloba  
actividades  
como:**

1. Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
2. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo
3. Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas
4. Colocar al paciente de forma que se facilite su comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo si es necesario etc.) y evitar aquellos factores que puedan causarle incomodidad como vendajes mojados, arrugas en la ropa de la cama y otros factores ambientales irritantes.

---

#### Recomendaciones basadas en la evidencia

Se recomienda que profesionales y cuidadores traten los síntomas de forma efectiva, manteniendo el máximo confort del paciente y minimizando los efectos adversos y los inconvenientes del tratamiento o las pautas muy complejas. En pacientes terminales, la relación riesgo/beneficio del tratamiento deja de ser importante, ya que el principal objetivo es el confort del paciente (86, 87).

Se ha de prestar una atención integral, individualizada y continuada de pacientes y sus familias con una enfermedad terminal. Las necesidades detectadas deben ser atendidas de manera competente, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar el confort y calidad de vida, de las y los pacientes y sus familias y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias (88).

Aspectos relacionados con el entorno en el que el paciente es atendido:

- Intimidad
- Higiene y facilidades para ir al baño, adecuadas a las necesidades de personas frágiles

- Ambiente tranquilo y silencioso, libre de ruidos molestos
- Facilitar que los familiares puedan pernoctar cerca del paciente y dispongan de estancias confortables que permitan permanecer junto al paciente en los momentos difíciles (86)

La utilización de medidas de apoyo y del contacto físico, como caricias, puede proporcionar confort y disminución de la angustia y ansiedad (85) (NE: 3,4. GR: B).

#### **D. Mejorar el sueño (1850)**

**Definición** *Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.*

**Esta intervención engloba actividades como:**

1. Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente
2. Incluir el ciclo regular de sueño /vigilia del paciente en la planificación de cuidados
3. Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente
4. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, y cama) para favorecer el sueño
5. Ajustar las actividades de cuidados así como el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente
6. Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.

#### **Evidencias que respaldan las recomendaciones:**

Se ha de evaluar la cantidad y calidad del sueño para identificar a las y los pacientes con trastornos del sueño o que estén en riesgo de desarrollar problemas (89,90).

Las intervenciones para manejar el dolor deben tratar de controlar los síntomas y reducir la intensidad del dolor y mejorar la función, el sueño y

la calidad de vida en general ya que si no, se perpetúa el dolor y la función reducida (20, 27, 91, 92).

Los adultos mayores con dolor requieren planes completos e individualizados que incorporen metas personales, especifiquen tratamientos y aborden estrategias para minimizar el dolor y sus consecuencias en el funcionamiento, el sueño, el estado de ánimo y el comportamiento (93 [Nivel I]; 94 [Nivel I]; 95 [Nivel I]; 96 [Nivel I]; 97).

Programas de manejo del dolor multidisciplinarios tienen efectos positivos en el dolor, estado de ánimo, calidad de vida y calidad del sueño y otros dominios. (77) (1 ++ ; Recomendación C)

Mantener una rutina diurna-nocturna (iluminación y actividad) ayuda a la calidad del sueño (27, 98, 99, 100).

Los estímulos que pueden alterar los patrones normales de sueño deben minimizarse cuando sea posible (p. Ej., Ruido, iluminación artificial, temperatura ambiente desagradable, etc.) intentando mantener un ambiente sin ruido nocturno ya que la privación del sueño y la ansiedad disminuye el umbral del dolor y aumenta la respuesta al estrés (101-103).

Proporcionar información correcta y un trato cercano tiene un efecto calmante sobre los pacientes para dormir (90; 105, 106).

El dolor persistente interviene con las actividades diarias, el estado de ánimo y sueño de las niñas y los niños (63, 105, 106).

### **E. Fomento del ejercicio (0200)**

**Definición** *Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud*

**Esta intervención engloba actividades como:**

1. Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
2. Incluir a la familia /cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
3. Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
4. Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio, frecuencia, duración, intensidad adecuada para su nivel de salud, en colaboración con la o el médico y/o la o el fisioterapeuta y acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios.

#### ***Evidencia/recomendaciones que respaldan las actividades***

Las terapias de ejercicio, se recomiendan en pacientes con dolor crónico (77) (Grado de recomendación B). Se debe dar una recomendación para mantenerse activo además del tratamiento a pacientes con dolor de espalda crónico para mejorar la discapacidad a largo plazo. El consejo para mantenerse activo debe administrarse además del tratamiento con ejercicios para pacientes con dolor lumbar crónico, ya que el consejo solo es insuficiente (77) (Grado de recomendación A).

El ejercicio activo debe ser parte de un programa de rehabilitación (82) (II B).

En pacientes con lumbalgia crónica la rehabilitación multidisciplinar intensiva enfocada a la restauración funcional reduce el dolor y mejora la situación funcional (82) (IA).

El ejercicio aeróbico pautado según nivel de tolerancia, los estiramientos y la progresiva musculación reducen el nivel de dolor y mejoran la autovaloración de los pacientes con fibromialgia (82) (IA).

La actividad física que se recomienda debe tener en cuenta las preferencias y habilidades de cada persona (50) (Grado A).

En pacientes con déficit funcional y/o discapacidad secundaria a enfermedades del aparato locomotor, que afecten a sus actividades ocupacionales o de la vida diaria debe valorarse la remisión a un servicio de rehabilitación (82) (IV D).

El ejercicio es un elemento clave de las llamadas fast track o vías clínicas rápidas para procedimientos quirúrgicos para conseguir recuperaciones del postoperatorio más rápidas, efectivas y satisfactorias, reduciendo las estancias hospitalarias y la morbilidad asociada (39).

### *F. Apoyo emocional (5270)*

**Definición** *Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.*

**Esta intervención engloba actividades como:**

1. Comentar la experiencia emocional con el paciente.
2. Animar al paciente a que reconozca y exprese los sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza
3. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
4. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

#### *Resumen de evidencias para esta intervención*

En el dolor crónico no oncológico se recomienda explorar el área psicoemocional (109) (recomendación 2B).

La comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes, actuando sobre aspectos como el estado emocional, la resolución de los síntomas, la funcionalidad y el dolor (86; 110 [2+]).

“El apoyo emocional” se considera una intervención de enfermería relacionada con el dolor, siendo recomendable un apoyo psicoemocional individualizado (3, 111).

El tratamiento psicoemocional del dolor está especialmente indicado en el dolor crónico (4, 112-115).

#### *Resumen de evidencias para el dolor de parto*

El apoyo continuo por parte de una matrona durante el trabajo de parto reduce el uso de analgésicos y la insatisfacción (27, 39) (nivel I).

Las mujeres que tienen apoyo continuo tienen más probabilidades de llegar a trabajo de parto activo, tener partos vaginales, usar menos medicamentos y muestran alta satisfacción con su experiencia (76).

El dolor después del parto requiere un tratamiento apropiado ya que coincide con nuevas demandas emocionales, físicas y de aprendizaje y puede desencadenar la depresión postnatal (27, 39).

### G. Apoyo en la toma de decisiones (5250)

**Definición** *Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria*

**Esta intervención engloba actividades como:**

1. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales
2. Ayudar a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa
3. Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados
4. Facilitar la toma de decisiones en colaboración
5. Servir de enlace entre el paciente y la familia
6. Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios

---

#### Resumen de evidencias para esta intervención

Se recomienda acordar con la persona que padece dolor un plan de cuidados para el manejo del dolor. Pactar resultados en salud y determinar un plan dirigido a conseguirlos basado en el fomento de la autonomía y empoderamiento del paciente (77).

Diversos estudios sugieren que la aproximación desde una mirada de atención centrada en la persona, participación en la toma de decisiones, y acuerdo con los profesionales generalmente mejora la experiencia y el entrenamiento y formación de los profesionales en adoptar estos modos de relación puede mejorar los resultados de satisfacción, reducir la ansiedad y los niveles de dolor (77).

En este sentido programas que posibilitan el aprendizaje entre pares, grupos de pacientes expertos, paciente activo, así como otros programas de empoderamiento de pacientes u otras formas basadas en nuevas tecnologías, son seguros, basados en la comunidad y económicamente sostenibles para ayudar a las y los pacientes a manejar mejor su condición (77). Programas de autocuidado de este tipo han probado que reducen el dolor, y la discapacidad

para pacientes con artritis por ejemplo, incrementando la adopción del hábito de ejercicio, y aumentando su bienestar (77, 82).

Hay que asegurarse que los pacientes entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos.

Se ha de proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios.

Es necesario formar a la persona, su familia y los cuidadores sobre las estrategias de manejo del dolor en su plan de cuidados y abordar las preocupaciones y creencias erróneas (20) (nivel de evidencia=Ib).

La ansiedad es un factor muy importante a tener en cuenta ya que, la ansiedad provocada por la incertidumbre, el miedo a lo desconocido, puede provocar un manejo del dolor menos efectivo y puede ser aliviada proporcionando información. El paciente, familiar y/o cuidador debe ser informado de todo su proceso de manera objetiva: intervención a la que va a ser sometido, situaciones a las que se va a enfrentar, alternativas. Aprovecharemos el momento de la entrega del consentimiento informado para la autorización de realizar la intervención quirúrgica para proporcionar, tanto el profesional de la medicina como de la enfermería (dentro de sus competencias), toda la información que requiera el paciente.

No sólo es importante tratar de forma correcta el episodio de dolor agudo sino también prevenirlo. Para ello es necesario individualizar la información que recibe el paciente adaptando la información sobre el manejo terapéutico a sus necesidades (20).

### *Resumen de evidencias para pediatría*

Se debe desarrollar un abordaje sistemático para el manejo del dolor en el cáncer, enseñar a niñas, niños y cuidadores, dentro del plan de tratamiento, cómo utilizar estrategias efectivas para alcanzar un óptimo control del dolor y alentar su participación activa (85) (NE: 2, 3. GR: B).

Proporcionar a las niñas, los niños y cuidadores información precisa y comprensible sobre el manejo efectivo del dolor en el cáncer, el uso de analgésicos, otros métodos para controlar el dolor y cómo comunicarse con los clínicos ante cualquier dolor que no se alivia (85) (NE: 1, 2. GR: A).

### Resumen de evidencias para dolor de parto

#### **Educación dolor parto y maternal**

La Educación Maternal (EM) surgió orientada al manejo del dolor durante el parto, aunque posteriormente ha ido incorporando otros contenidos relacionados con la salud y la maternidad (116).

Una adecuada preparación prenatal sobre lo que ocurrirá durante el parto puede influir favorablemente en la satisfacción de las mujeres al evitar expectativas no realistas sobre su desarrollo, así como disponer de información veraz sobre los diferentes métodos de alivio del dolor posible (46).

Se debe informar a las y los pacientes y sus cuidadores sobre cómo evaluar el dolor, así como los riesgos y efectos secundarios del tratamiento, y la importancia de comunicar la efectividad del mismo y la aparición de cualquier efecto secundario. También se debe facilitar información sobre las opciones de tratamiento, metas y potenciales beneficios (117, 118).

El manejo del dolor será más eficaz si se ofrece la educación sanitaria apropiada y se dispone de las estructuras organizativas (27,39).

Se deba dar a todas las mujeres nulíparas información prenatal sobre:

- Qué esperar en la primera etapa latente del trabajo de parto (47, 71):
- Cómo trabajar con cualquier dolor que experimenten
- Cómo ponerse en contacto con la matrona y qué hacer en caso de emergencia.
- Dar información sobre lo que la mujer puede esperar en la primera etapa del trabajo de parto y cómo trabajar con cualquier dolor que experimente.
- Si una mujer busca asesoramiento o acude a una unidad de obstetricia o unidad obstétrica con contracciones dolorosas, pero el trabajo de parto no está establecido:
  - reconocer que una mujer puede sufrir contracciones dolorosas sin cambios cervicales, y aunque se describe que no está en el trabajo de parto, bien puede pensar en sí misma como “en el trabajo” por su propia definición.
  - ofrecer apoyo individualizado, y analgesia si es necesario.
  - animarla a volver a casa, a menos que hacerlo conlleve un riesgo significativo de que pudiera dar a luz sin una matrona presente o crearle una gran angustia.

## H. Mejorar el afrontamiento (5230)

### Definición

*Allanar los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.*

### Esta intervención engloba actividades como:

1. Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
2. Ayudar al paciente, a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades, los sistemas de apoyo disponibles y las estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
3. Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.
4. Ayudar al paciente a que se queje y trabaje por las pérdidas de la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso.
5. Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
6. Fomentar un dominio gradual de la situación.
7. Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

### Resumen de evidencias para la intervención

Es importante favorecer la autoeficacia y el automanejo en estos pacientes y adoptar estrategias de afrontamiento del dolor adecuadas (112, 119-121).

El adiestramiento en habilidades de afrontamiento puede ayudar a las personas a controlar el dolor intenso y sus consecuencias incapacitantes (122).

“Las intervenciones psicológicas relacionadas con la educación sanitaria han demostrado ser de ayuda en el afrontamiento y mejora de la capacidad de la persona para automanejar la disminución del dolor (en el dolor postquirúrgico)” (20, 61, 63).

“La capacitación en métodos de afrontamiento o instrucción conductual antes de la cirugía reduce el dolor, los efectos negativos y el uso de analgésicos (39) (Nivel I)”.

Las terapias cognitivo-conductuales se han mostrado eficaces en la disminución de la angustia y discapacidad asociada al dolor oncológico, así como en la mejoría de la adherencia a los regímenes analgésicos (65). Una intervención conductual enfocada en síntomas específicos, como el dolor y la astenia, puede reducir de forma significativa la carga que representan los síntomas en sí y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos (79).

### Resumen de evidencias para niñas, niños y adolescentes

Utilizar intervenciones psicológicas adaptadas al desarrollo del niño puede disminuir los niveles de ansiedad, angustia y dolor (85) (NE: 2,3. GR: B).

Las intervenciones cognitivo-conductuales disminuyen el dolor y la angustia asociados a las punciones realizadas a niños y adolescentes (85) (NE: 1,2. GR: B).

En los niños y adolescentes hay pruebas convincentes de que tanto la relajación como la terapia cognitivo-conductual (tratamiento que ayuda a las personas a probar y revisar sus pensamientos y acciones) son efectivos para reducir la gravedad y frecuencia de la cefalea crónica (122).

La terapia cognitivo-conductual deben ser considerada como parte de la estrategia de tratamiento para los niños con dolor abdominal recurrente (123).

En el manejo del dolor en niños con cáncer, las intervenciones cognitivo-conductuales utilizadas de manera combinada pueden aliviar el dolor, pero no de forma más efectiva que otras intervenciones (85) (NE: 2. GR: B). Al ofrecer intervenciones cognitivo-conductuales, tanto activas como pasivas, deben tenerse en cuenta la intensidad del dolor y la duración esperada, el grado de madurez psicofísica del niño, las experiencias previas del niño con estas intervenciones y su deseo de utilizarlas (85) (NE: 3. GR: B).

## I. Terapia de relajación (6040), distracción (5900) y musicoterapia (4400)

### Definición

**Terapia de relajación:** *Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.*

**Distracción:** *Desvío intencionado de la atención o supresión temporal de emociones y pensamientos para alejarlos de sensaciones indeseables.*

**Musicoterapia:** *utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.*

### Esta intervención engloba actividades como:

1. Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles, (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
2. Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia determinada.
3. Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas si procede.
4. Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, centrarse en una fotografía o un objeto neutro, imaginación dirigida, el humor o ejercicios de respiración profunda.
5. Utilizar las técnicas (por ejemplo juegos, terapia de actividad, leer cuentos, cantar o actividades rítmicas) para su aplicación en los niños que impliquen más de un sentido y no precisen capacidad lectora o de pensamiento.
6. Determinar el interés del individuo por la música e identificar sus preferencias musicales.

### *Resumen de evidencias para la intervención*

El nivel de evidencia encontrado para el uso de técnicas de relajación, distracción e hipnosis en adultos, es débil o contradictorio (27,39).

En relación a las técnicas de relajación utilizadas solas en el manejo del dolor postquirúrgico y durante los procedimientos, una Revisión Sistemática (64) concluye que la evidencia disponible que los sustenta es débil ya que sólo tres de los siete estudios incluidos en la Revisión Sistemática reportaron reducción significativa en el dolor y el estrés.

Por el contrario, en pacientes con cáncer y con dolor agudo, el uso de dichas técnicas presenta evidencia moderada-fuerte en cuanto a su efectividad para el control de las náuseas, el dolor, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, así como aspectos emocionales (depresión y ansiedad) (124 [nivel I]).

Existe poca evidencia para recomendar el uso de técnicas psicoeducativas, relajación, hipnosis y desensibilización (39, 53).

El yoga fue más efectivo que ningún tratamiento para mejorar la calidad de vida y reducir la fatiga y los trastornos del sueño. También se halló que el yoga fue mejor para reducir la depresión, la ansiedad y la fatiga en las pacientes en comparación con las intervenciones psicosociales o educativas, como el asesoramiento psicológico. El yoga, como terapia de apoyo, puede ser usado para mejorar la calidad de vida y la salud mental, además de los tratamientos habituales, en personas con diagnóstico de cáncer de mama (125).

La evidencia del beneficio de la hipnosis en el manejo del dolor agudo es inconsistente (47, 71) (Nivel I).

En relación a la distracción en adultos el grado de recomendación es bajo, por falta de estudios (126). Las imágenes guiadas son intervenciones que pueden aliviar la cefalea crónica (126), en cambio para la intervención musicoterapia encontramos recomendaciones con un grado de evidencia fuerte para el postoperatorio de personas adultas con dolor agudo.

Las intervenciones basadas en programas de psicoeducación y musicoterapia reducen el dolor osteoarticular (127). Así mismo se ha encontrado evidencia de la musicoterapia como medida adyuvante no farmacológica en el manejo del dolor postoperatorio (128) (Nivel I).

Las intervenciones con música pueden tener efectos beneficiosos sobre la ansiedad, el dolor, la fatiga y la calidad de vida (CdV) en los pacientes con cáncer. Además, la música puede tener un efecto positivo pequeño sobre la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.

La reducción de la ansiedad, la fatiga y el dolor son resultados importantes en los pacientes con cáncer, ya que tienen una repercusión en la salud y la calidad de vida general. Por lo tanto, se recomienda considerar la inclusión de las intervenciones con musicoterapia y las intervenciones con música en la atención psicosocial del cáncer (129).

### *Resumen de evidencias para pediatría*

En relación al uso de técnicas psicológicas como relajación e hipnosis, encontramos una evidencia débil, poco consistente y en algunos casos contradictoria. Por el contrario, sí es fuertemente recomendada el uso de técnicas de relajación, distracción y musicoterapia para realizar procedimientos y en momentos de dolor agudo.

La hipnosis es más efectiva que el placebo en el alivio del dolor y más efectiva que las intervenciones cognitivo-conductuales (85) (NE: 1. GR: A).

La hipnosis es efectiva en el alivio del dolor, tanto si utiliza su gestión directa como indirecta (85) (NE: 2. GR: B).

En la población infantil puede ser útil el uso de técnicas psicológicas: relajación, musicoterapia, utilización de juegos o medios audiovisuales (53, 85).

La utilización de técnicas de relajación tiene evidencia discutida en su efectividad en la disminución del dolor (53) (NE: 2. GR: B).

Las técnicas de distracción son efectivas en el dolor relacionado con los procedimientos en niños (47,71) (Nivel I).

La distracción y la hipnosis disminuyen el dolor y la angustia asociados al dolor en procedimientos realizados a niños y adolescentes (85) [NE: 1,2. GR: B]; 130).

El uso de terapias no farmacológicas como la distracción y la relajación, deberían ser consideradas como parte del manejo del dolor en el cambio de apósitos (curas) en niños quemados (131).

La distracción utilizada aisladamente tiene escasa influencia en la disminución del dolor (85) (NE: 2. GR: B).

La utilización de realidad virtual tiene escasa influencia en la disminución del dolor (85) (NE: 2. GR: B).

### Resumen de evidencias para el parto

#### **Hipnosis**

La hipnosis utilizada en el trabajo de parto reduce las necesidades analgésicas y mejora la satisfacción (27, 39, 132) sin embargo; no reduce el uso de la epidural (132).

#### **Acupuntura**

La acupuntura reduce los requerimientos analgésicos en el trabajo de parto (27, 39).

#### **Musicoterapia**

Apoyar la musicoterapia de la elección de la mujer en el trabajo de parto (47, 71).

El marco de intervenciones ante la persona con dolor es muy amplio, especialmente cuando están presentes los diagnósticos NANDA de dolor crónico o síndrome de dolor crónico.

### **J. Otras**

Además de las intervenciones descritas, hasta ahora centrales para el problema del dolor, la literatura recoge también las siguientes como muy importantes:

- **Potenciación de la socialización (5100)**

Definición: *Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.*

El documento de consenso para “La atención al paciente con dolor crónico en atención primaria” (112) establece que debe garantizarse el máximo de funcionalidad durante el mayor tiempo posible de las personas con dolor crónico en su entorno social, familiar y laboral. Preservar la actividad laboral, social y familiar es un elemento básico en el manejo del dolor y se deben diseñar y promover estrategias e intervenciones que favorezcan la capacitación, participación activa e implicación del paciente con dolor, en el autocuidado y así como la de sus cuidadores y entorno psicosocial más próximo, para dar un soporte eficaz a las necesidades del paciente.

- **Manejo del estreñimiento/impactación (0450)**

Definición: *Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.*

- **Manejo del peso (1260)**

Definición: *Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.*

- **Manejo de la energía (0180)**

Definición: *Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.*

- **Control intestinal (0430)**

Definición: *Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.*

- **Asesoramiento nutricional (5246)**

Definición: *Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.*

Sin embargo, dado que el modo de aplicar estas intervenciones requiere de un conocimiento y refrendo bibliográfico que excede el ámbito de conocimiento de este protocolo sobre dolor, no van a ser desarrolladas en este documento.

# ANEXOS





# 8. Anexos

## ■ ANEXO 1. OSANAIA

Registro de la valoración focalizada del dolor en el dominio 12 (adultos):

<b>Dolor/ Disconfort</b>		
Proceso doloroso <input type="text"/>	Sensación de disconfort <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Distrés	
Incapacidad para manifestar dolor verbalmente <input type="checkbox"/>	Descripción de la sensación de disconfort <input type="text"/>	
■ <b>Control del dolor</b>		
Control del dolor <input type="text"/>		
Factores causante/agravantes <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Ejercicio/Movilidad activa	Factores que lo alivian <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Descanso/sueño	
¿Qué medidas toma para paliarlo? <input type="checkbox"/> Farmacológicas <input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Posturales	Efectividad de las medidas paliativas <input type="text"/>	
■ <b>Impacto del dolor</b>		
El dolor interfiere en <input type="text"/>		
Expectativas <input type="text"/>		
■ <b>El proceso doloroso y sus características</b>		
<b>Dolor 1</b>	Tipo de dolor según duración <input type="text"/>	¿ Donde se localiza? <input type="text"/>
	Origen del dolor <input type="text"/>	¿ Se extiende por alguna zona? <input type="text"/>
	¿ Cuando comenzó? <input type="text"/>	¿Cómo se irradia? <input type="text"/>
	¿ Cómo cursa? <input type="text"/>	¿Con que frecuencia aparece? <input type="text"/>
	¿ Cuanto tiempo dura? <input type="text"/> horas/día	¿ Cómo duele? <input type="text"/>
<b>Dolor 2</b>	Tipo de dolor según duración <input type="text"/>	¿ Donde se localiza? <input type="text"/>
	Origen del dolor <input type="text"/>	¿ Se extiende por alguna zona? <input type="text"/>
	¿ Cuando comenzó? <input type="text"/>	¿Cómo se irradia? <input type="text"/>
	¿ Cómo cursa? <input type="text"/>	¿Con que frecuencia aparece? <input type="text"/>
	¿ Cuanto tiempo dura? <input type="text"/> horas/día	¿ Cómo duele? <input type="text"/>
<b>Dolor 3</b>	Tipo de dolor según duración <input type="text"/>	¿ Donde se localiza? <input type="text"/>
	Origen del dolor <input type="text"/>	¿ Se extiende por alguna zona? <input type="text"/>
	¿ Cuando comenzó? <input type="text"/>	¿Cómo se irradia? <input type="text"/>
	¿ Cómo cursa? <input type="text"/>	¿Con que frecuencia aparece? <input type="text"/>
	¿ Cuanto tiempo dura? <input type="text"/> horas/día	¿ Cómo duele? <input type="text"/>

### Registro de la valoración focalizada del dolor en el dominio 12 (neonatos y lactantes):

Dolor/ Disconfort	
Proceso doloroso <input type="text"/>	Sensación de disconfort <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Distrés <input type="checkbox"/>
Origen del dolor <input type="checkbox"/> Alteración tejidos <input type="checkbox"/> Cirugía	Dolor cólico del lactante <input type="checkbox"/>
<b>Control del dolor</b> Control del dolor <input type="text"/>	Descripción sensación dolorosa/disconfort <input type="text"/>
Factores que lo alivian <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Descanso/sueño	Factores causantes/ agravantes <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Ejercicio/Movilidad activa
Medidas para paliar el dolor <input type="checkbox"/> Farmacológicas <input type="checkbox"/> Físicas	Efectividad de las medidas paliativas <input type="text"/>
<b>Impacto del dolor</b> Expectativas de los cuidadores <input type="text"/>	

Registro de la valoración focalizada del dolor en el dominio 12 (escolares):

Dolor/ Disconfort				
Proceso doloroso	<input type="text"/>			
Sensación de disconfort	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Distrés			
Descripción sensación dolorosa/disconfort	<input type="text"/>			
<b>■ Control del dolor</b>				
Control del dolor	<input type="text"/>			
Factores que lo alivian	<input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Descanso/sueño			
Factores causantes/ agravantes	<input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Ejercicio/Movilidad activa			
Medidas para paliar el dolor	<input type="checkbox"/> Farmacológicas <input type="checkbox"/> Físicas			
Control postoperatorio (escala parental PPM-ES)	<input type="checkbox"/> 1. Lloriquea o se queja más de lo normal <input type="checkbox"/> 2. Llora más fácilmente de lo normal <input type="checkbox"/> 3. Juega menos de lo normal <input type="checkbox"/> 4. No hace las cosas que habitualmente hace <input type="checkbox"/> 5. Está más preocupada/o de lo normal <input type="checkbox"/> 6. Está más callado/a de lo normal			
Efectividad de las medidas paliativas	<input type="text"/>			
<b>■ Impacto del dolor</b>				
El dolor interfiere en	<input type="text"/>			
Expectativas	<input type="text"/>			
<b>■ El proceso doloroso y sus características</b>				
Dolor 1	Tipo de dolor según duración	<input type="text"/>	¿ Donde se localiza?	<input type="text"/>
	Origen del dolor	<input type="text"/>	¿ Se extiende por alguna zona?	<input type="text"/>
	¿ Cuando comenzó?	<input type="text"/>	¿Cómo se irradia?	<input type="text"/>
	¿ Cómo cursa?	<input type="text"/>	¿Con que frecuencia aparece?	<input type="text"/>
	¿ Cuanto tiempo dura?	<input type="text"/> horas/día	¿ Cómo duele?	<input type="text"/>
Dolor 2	Tipo de dolor según duración	<input type="text"/>	¿ Donde se localiza?	<input type="text"/>
	Origen del dolor	<input type="text"/>	¿ Se extiende por alguna zona?	<input type="text"/>
	¿ Cuando comenzó?	<input type="text"/>	¿Cómo se irradia?	<input type="text"/>
	¿ Cómo cursa?	<input type="text"/>	¿Con que frecuencia aparece?	<input type="text"/>
	¿ Cuanto tiempo dura?	<input type="text"/> horas/día	¿ Cómo duele?	<input type="text"/>

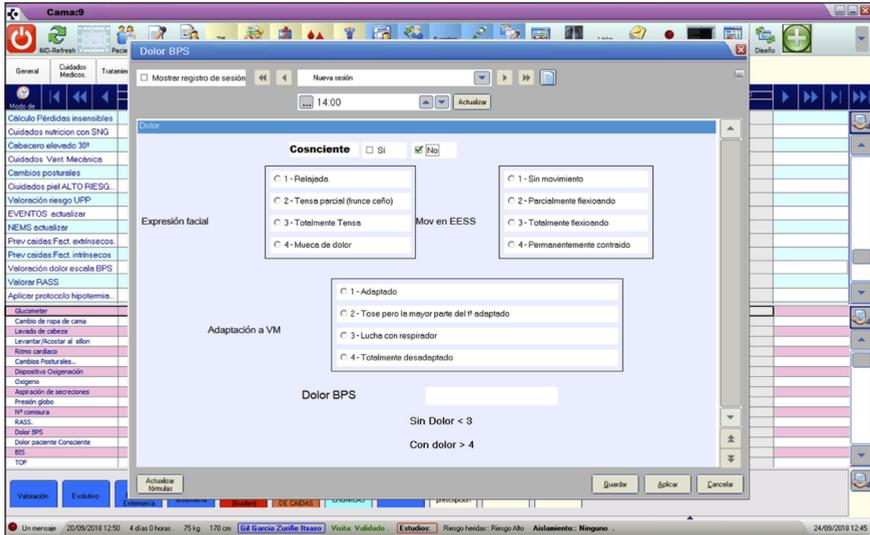
## Registros de valoración del dolor de: ICIP

ENFERMERÍA	NOTAS CLÍNICAS	TRATAMIENTO	REVISAR TRATAMIENTO	DOCUMENTOS AL ALTA	ESCALAS	AYUDA	PROTOCOLOS
<b>VALORACIÓN (Ped)</b>							21/09/2018 10:23
Clase 1: Respuesta postraumática							
Clase 2: Respuestas de afrontamie...							
Clase 3: Estrés neurocomportamental							
<b>DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES</b>							
Clase 3: Congruencia de las acciones							
<b>DOMINIO 11: SEGURIDAD - PROTECCIÓN</b>							
Clase 2: Lesión física							
NOC: Caídas; Caídas en la cama; Caídas sentado; Movilidad; Mantenimiento del equilibrio,...							
Clase 5: Procesos defensivos							
Clase 6: Termorregulación							
<b>DOMINIO 12: CONFORT</b>							
Clase 1: Confort físico							
NOC: Nivel del dolor; Dolor referido; Duración de los episodios de dolor, NIC: 1400 Manejo...							
Val: Dolor percibido							
SI							
Val: Localización							
torax							
Val: Tipo							
AGUDO							
Val: Características del dolor							
NO PROCEDE							
Val: Intensidad							
ESCALA EVA							
Val: Sensación nauseosa							
NO							
DIAGNÓSTICO NANDA							
00132 Dolor agudo							
RESULTADOS NOC							
Nivel del dolor; Dolor referido; Duración ep. de dolor							
INTERVENCIONES NIC							
1400 Manejo del dolor							

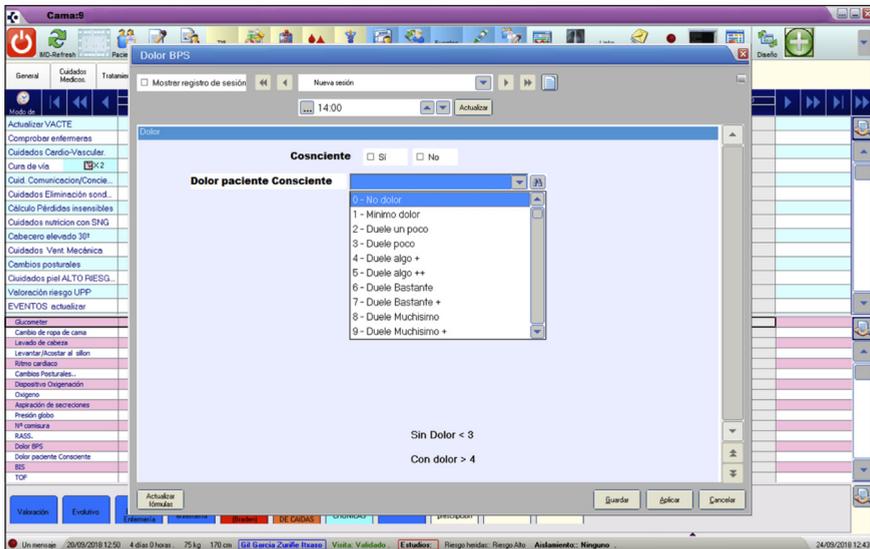
CENSO	GRÁFICAS	ANALÍTICA	ENFERMERÍA	NOTAS CLÍNICAS	TRATAMIENTO	REVISAR TRATAMIENTO	DOCUMENTOS AL ALTA	ESCALAS	AYUDA	PROTOCOLOS	
<b>PLAN DE CUIDADOS (Ped)</b>											
[Introd. autom. cada 1 h]											
21/09/2018					16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00
VALORACIÓN (Ped) 10					Nivel del dolor						
20/09/2018					Nivel del dolor						
VALORACIÓN (Ped) 23					Nivel del dolor						
VALORACIÓN (Ped) 16					Nivel del dolor						
Promoción de la salud					Valoración						
Nutrición					<Borrar entrada>						
Eliminación-Intercam...					1						
Actividad-Reposo					2						
Percepción-Cognición					3						
Autopercepción					4						
Rol-Relaciones					5						
Sexualidad											
Afrontamiento-Tolera...											
Principios vitales											
Seguridad-Protección											
Confort											

METAVISION

Paciente no consciente



Paciente consciente





■ ANEXO 2. DETECCIÓN DEL DOLOR

ESQUEMA ESCALAS DETECCIÓN DEL DOLOR



## DESCRIPCIÓN DE ESCALAS PARA LA DETECCIÓN DEL DOLOR

### Personas y niños con capacidad de comunicación y cálculo (herramientas de autoinforme)

#### a) Escala Numérica Verbal

Pida a las personas que clasifiquen su dolor de 0-10. La clasificación de 0 a 10 donde 0 es “sin dolor” y 10 “el dolor es insoportable”.

En las niñas y niños es necesario ofrecerles una explicación adecuada para su correcto uso.

The screenshot shows a web-based patient management system. The main window is titled 'Constantes del Paciente' and displays various patient data fields. A dropdown menu is open for the 'Escala de dolor' field, showing the following options:

- No dolor - 0
- Dolor leve - 1
- Dolor leve - 2
- Dolor moderado - 3
- Dolor moderado - 4
- Dolor moderado - 5
- Dolor severo - 6
- Dolor severo - 7
- Dolor severo - 8
- Dolor insoportable - 9
- Dolor insoportable - 10
- No valorable

The interface also includes tabs for 'Constantes Generales', 'Datos Antropométricos', 'Eliminación', 'Entradas', and 'Test Rápidos'. The top right corner shows 'Cama: Sin cama' and 'Unidad Enfermería: Sin Unidad'. The bottom of the screen shows a Windows taskbar with various application icons.

b) Escala Analógica Visual (con reglas de dolor)

Igual al anterior pero apoyada por reglas de dolor.

En niños utilizar **Escala de Caras del dolor**: Utilizada en niños/as de 3-4 hasta los 7 años (valorar y adecuar al desarrollo cognitivo del niño/a).



Puesto que son herramientas de autoinforme es vital que se anote el número que ha referido la persona evaluada.

El registro de estas dos escalas se realiza como 5ª Constante en el gadget de Osabide Global de Constantes del paciente a través de PC o Tablet.

## Personas con dificultades en la comunicación

### Adultos con dificultades de comunicación (PAINAD)

- **Uso:** herramienta de comportamiento observacional de 5 ítems: respiración, expresión facial, lenguaje corporal, vocalizaciones negativas y consuelo. Cada ítem se puntúa de 0-2 y se suman para obtener la puntuación total, que va de 0 (sin dolor) a 10 (dolor intenso).
- **Población:** Personas adultas con deterioro cognitivo y dificultad de comunicación verbal.
- **Registro:** a través de la escala PAINAD en el Gadget de formularios.

Escuela de evaluación de dolor en pacientes no comunicadores de Paina

Paciente: Edad: Fecha Datos: 15

Respiración (Independiente de la vocalización verbalización del dolor): Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación

Vocalización, verbalización negativa: Ninguna

Expresión facial: Triste. Atemorizado. Ceño fruncido

Lenguaje corporal: Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física

Consolabilidad: Se le tranquiliza o distrae hablándole o tocándole

Interpretación resultados de Painad:

No dolor: 0  
Bajo nivel de dolor: 1-3  
Nivel intermedio de dolor: 4-6  
Alto nivel de dolor: 7-10

Puntuación total: 5

Nivel intermedio de dolor

**Bibliografía:**  
Research Education Clinical Center del Edith Nourse Rogers Memorial Veterans Hospital de Bedford Massachusetts, Estados Unidos.

**Adultos en estado crítico sin comunicación oral. BPS (Behavioural Pain Scale)**

- **Uso:** con esta herramienta se valoran 3 ítems: la expresión facial, las extremidades superiores, y el cumplimiento con el respirador. Cada ítem puntúa del 1 al 4 y la puntuación total va de 3 a 12. Una puntuación de 5 o más, indica la presencia del dolor.
- **Población:** personas adultas en estado crítico con ventilación mecánica. Útil para la detección del dolor con los procedimientos o evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico. Puede no ser útil para personas con lesión cerebral.
- **Limitación:** no mide la intensidad del dolor, solo su presencia o ausencia. No obstante su uso ha mostrado evidencia para la mejora de las prácticas de dolor como son el aumento de la frecuencia de las valoraciones de dolor, los analgésicos y la menor duración de la ventilación mecánica.
- **Registro:** a través del formulario BPS en el Gadget de formularios.

OsabideGlobal - 2.39.4 - Ptl. 5800000094004

Pruebas Informativas

**Escala BPS del Dolor (Escala del dolor comportamental)**

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha Datos: [ ]

Guardar

Se recomienda utilizar esta escala validada, basada en indicadores conductuales asociados al dolor, en los pacientes que no puedan comunicarse

**Expresión facial** Relajada [H]

**Movimientos de los miembros superiores** Relajado [H]

**Ventilación mecánica** Tosiendo, pero tolerando la mayor parte del tiempo [H]

**Total: 4**

**\*Se considera dolor significativo un BPS mayor de 5\***

**Bibliografía**

Aissaoui Y, Zeggagwah A A, Zekroui A, et al: Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg* 2006; 101(3):1470-1478

Ahlers SJ, van der Veen AM, van Dijn M, et al: The use of the behavioral pain scale to assess pain in conscious sedated patient. *Anesth Analg* 2010; 110(1): 127-133

Prerodactados

MI Servicio MI Episodio Ver por Procesos

### CPOT (Critical Care Pain Observation Tool)

- **Uso:** con esta herramienta se valoran 4 ítems: la expresión facial, los movimientos del cuerpo, el cumplimiento con el respirador (en personas intubadas) o vocalización (en personas no intubadas) y la tensión muscular. La puntuación es de 0 a 8. Una puntuación de 2 o más indica la presencia de dolor.
- **Población:** personas adultas en estado crítico. Útil para la detección del dolor con los procedimientos o evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico. Puede no ser útil para personas con lesión cerebral.
- **Limitación:** no mide la intensidad del dolor, sólo su presencia o ausencia. No obstante su uso ha mostrado evidencia para la mejora de las prácticas de dolor, como son el aumento de la frecuencia de las valoraciones de dolor, los analgésicos y la menor duración de la ventilación mecánica.
- **Registro:** en este momento no está disponible en formulario de Osabide Global.

Accesible en: <https://www.mdcalc.com/critical-care-pain-observation-tool-cpot>

## Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) ☆

Rates critically ill patients' pain based on clinical observation.

When to Use ▾
Pearls/Pitfalls ▾
Why Use ▾

Intubated?	No	Yes
Facial expression	Relaxed, neutral	0
	Tense	+1
	Grimacing	+2
Body movements	Absence of movements	0
	Protection	+1
	Restlessness	+2
Muscle tension	Relaxed	0
	Tense, rigid	+1
	Very Tense or rigid	+2

**Result:**

Please fill out required fields.

**About the Creator**

**Related Calcs**

- [ABG Analysis](#)
- [Behavioral Observational Pain Scale](#)
- [Burch-Wartofsky Point Scale](#)

**Content Contributors**

- [Benjamin Slovis, MD](#)

**Escala ESCID**

Con esta herramienta se valoran 5 ítems: la musculatura facial, la tranquilidad, el tono muscular, la adaptación a la ventilación mecánica y la confortabilidad. La puntuación es de 0 a 10. Permite graduar la intensidad del dolor siendo de 0 no dolor, de 1-3 dolor leve-moderado, de 4 a 6 dolor moderado-grave y mayor de 6 dolor muy intenso.

Ha sido validada en español.

**ESCID: Escala de Conductas Indicadoras de Dolor**

	0	1	2	Puntuación parcial
<b>Musculatura facial</b>	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/dientes apretados	
<b>Tranquilidad</b>	Tranquilo, relajado. Movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud, cambio de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza y/o extremidades	
<b>Tono muscular</b>	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
<b>Adaptación a V.M.</b>	Tolerando V.M.	Tose, pero tolera V.M.	Lucha con el respirador	
<b>Confortabilidad</b>	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto y/o hablándole	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>				<b>.../10</b>
<b>0: No dolor</b>	<b>1-3: Dolor leve-moderado.</b> Considerar posibilidad de otras causas	<b>4-6: Dolor moderado-grave</b>	<b>&gt;6: Dolor muy intenso</b>	

**Musculatura facial**

**0 puntos** Relajada  
Gesto relajado, expresión tranquila. No ceño fruncido, ni dientes/ojos apretados

**1 punto** En tensión, ceño fruncido y/o gesto de dolor  
Ceño fruncido, tensión ojos/dientes de forma intermitente

**2 puntos** Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados  
Mayoría del tiempo frunciendo ceño y/o apretando ojos/dientes

**Tranquilidad**

**0 puntos** Tranquilo, relajado, movimientos normales  
Relajado, ausencia de movimiento o movimientos normales

**1 punto** Movimientos ocasionales de inquietud y/o cambio de posición  
Cambio de postura, movimientos de "cabeceo", movimientos dirigidos a puntos probablemente dolorosos, de manera ocasional →1m/10-15 seg.

**2 puntos** Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza y/o extremidades  
Inquieto, movimientos descritos con episodios cada menos de 10-15 seg.

**Tono muscular**

**0 puntos** Normal  
Relajado, no tensión ni resistencia a movimientos pasivos

**1 punto** Aumentado. Flexión de manos y/o pies  
Tensión muscular y/o contracción de extremidades, flexión de dedos de manos y/o pies. Resistencia a movimientos pasivos: 2-3 sobre 5

**2 puntos** Rígido  
Contracción fuerte y permanente de extremidades y dedos. Resistencia a movimientos pasivos:4-5 sobre 5

**Adaptación a ventilación mecánica**

**0 puntos** Tolera la ventilación mecánica  
Adaptado a VM. No dispara alarmas

**1 punto** Tose, pero tolera la ventilación mecánica  
Episodios autolimitados de tos u otras alarmas No precisan intervención para su resolución

**2 puntos** Lucha con el respirador  
Intolerancia a VM. Alarmas que no cesan, precisa intervención al respecto

**Confortabilidad**

**0 puntos** Confortable y/o tranquilo  
Paciente tranquilo y relajado

**1 punto** Se tranquiliza a la voz y/o al tacto. Fácil de distraer  
Poco confortable. Movimientos y/o agitación, pero se tranquiliza al hablarle y/o tocarle

**2 puntos** Difícil de confortar al tacto o hablándole  
Agitado, poco confortable. No se tranquiliza al interactuar con él/ella

**Brief Pain Inventory Short Form**

- **Uso:** Proporciona información sobre la intensidad del dolor y el grado en el que el dolor interfiere con las actividades de las personas adultas con cáncer. Responde a intervenciones farmacológicas y de comportamiento. Puede ser autoadministrada (42).

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-espanola-del-cuestionario-brief-13042265>

Todas ellas son herramientas validadas para la detección y seguimiento del dolor, y salvo las de críticos, también para la medición de la intensidad del dolor.

**Para población pediátrica se podrá utilizar****Escala de observación del comportamiento PIPP.**

Útil hasta el mes de vida. (133, 134)

PIPP (Premature Infant Pain profile, Stevens 1996)				
Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
	≥36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
<b>Gestación</b>	Despierto y activo	Despierto e inactivo	Dormido y activo	Dormido e inactivo
<b>Comportamiento</b> * (15 seg)	Ojos abiertos con movimientos faciales	Ojos abiertos sin movimientos faciales	Ojos cerrados con movimientos faciales	Ojos cerrados sin movimientos faciales
<b>Aumento de FC</b> *(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
<b>Disminución Sat O<sub>2</sub></b> *(30 seg)	0 – 2,4 %	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
<b>Entrecejo Fruncido</b> *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	>12 – 21 seg	> 21 seg
<b>Ojos apretados</b> *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	>12 – 21 seg	> 21 seg
<b>Surco nasolabial</b> *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	>12 – 21 seg	> 21 seg

\*Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso

\*Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

	6	12	
<b>Interpretación:</b>	<b>Dolor leve o no dolor</b>	<b>Dolor moderado</b>	<b>Dolor intenso</b>

**Escala CRIES (Escala Llanto).**

Útil en niños/as neonatos (133, 135)

Puntuación CRIES del dolor postoperatorio en el Recién Nacido (Krechel SW 1995)			
Parámetro	0	1	2
Llanto*	No llora, tranquilo	Lloriqueo consolable	Llanto intenso no consolable
Fi O <sub>2</sub> para Sat O <sub>2</sub> >95%	0,21	≤ 0,3	>0,3
FC y TA sistólica	≤ basal	Aumento ≤ 20% basal	Aumento > 20% basal
Expresión	Cara descansada, expresión neutra	Ceño y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)	Mueca de dolor y gemido
Períodos de sueño	Normales	Se despierta muy frecuentemente	Constantemente despierto

\* El llanto de un RN intubado puede puntuarse por sus movimientos faciales y bucales

**La escala CRIES valora 5 parámetros fisiológicos y de comportamiento siendo igualmente válida para medir el dolor postoperatorio en el recién nacido.**

**Escala FLACC Revisada** (Revised-Face Legs Activity Cry Consolability)

Útil en niños/as > 1 mes hasta los 3-4 años (valorar en función del desarrollo cognitivo del niño/a)

## Escala Face, Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC) (136)

Categoría	0	1	2
<b>Cara</b>	Ninguna expresión en particular o sonrisa	Muecas ocasionales, ceño fruncido, inexpresivo o desinteresado	Temblor de barbilla o mandíbula apretada
<b>Piernas</b>	Posición normal o relajadas	Intranquilas, inquietas o tensas	Da patadas o piernas rígidas
<b>Actividad</b>	Acostado tranquilo, posición normal, se mueve con facilidad	Se retuerce, se mueve hacia delante y atrás, o tenso	Arqueado, rígido, sacudidas
<b>Llanto</b>	No llora (ni dormido ni despierto)	Solloza o gime, queja ocasional	Llanto persistente, gritos o sollozos, quejas frecuentes
<b>Capacidad de consuelo</b>	Contento, relajado	Reafirmado con contacto físico ocasional, abrazos o hablándole, se le puede distraer	Dificultad para consolarlo o reconfortarlo

Cada una de las cinco categorías (F) Cara; (L) Piernas; (A) Actividad; (C) Llanto; (C) Capacidad de consuelo, se puntúa entre 0-2, que dan una puntuación total entre 0-10.

© 2002, The Regents of the University of Michigan. Reproducido con permiso (137).

Puntos de corte de la escala FLACC:

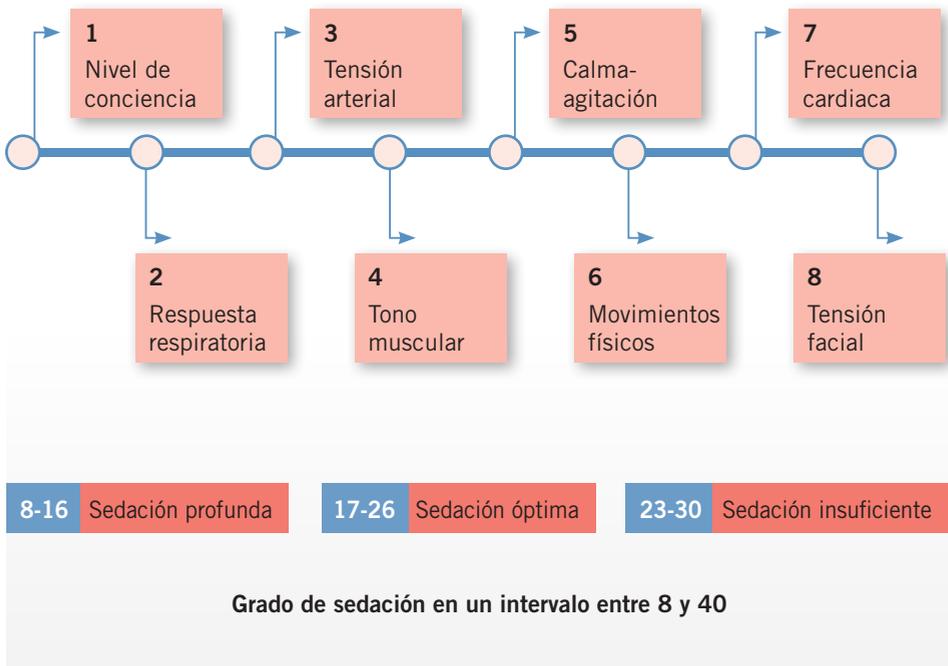
relajado y confortable (puntuación=0), malestar leve (puntuación=1-3), dolor moderado (puntuación=4-6), dolor/malestar intenso (puntuación=7-10).

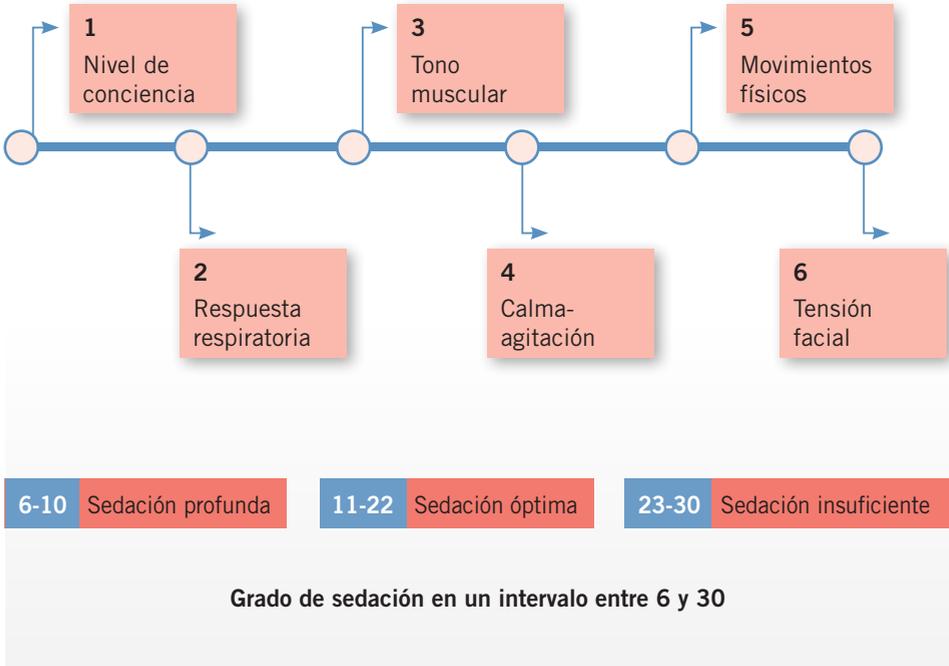
### Escala confort modificada paciente sin Ventilación Mecánica (138)

Cuando el paciente no está intubado, el apartado de respuesta respiratoria se cambia por el siguiente:

Respuesta respiratoria en pacientes sin VM	
Respiración tranquila, sin ruidos respiratorios	1
Sollozo o gemido ocasional	2
Gimoteo (monótono)	3
Llanto	4
Chillando o gritando	5

### *Puntuación de la escala COMFORT de 8 items*



***Puntuación de la escala COMFORT –B entre 8 y 40***

### Escala confort modificada paciente con Ventilación Mecánica (138)

Es más utilizada internacionalmente en pediatría y es la única validada para el niño sometido a ventilación mecánica.

Nivel de conciencia		Respuesta respiratoria		Tensión arterial		Tono muscular
Profundamente dormido	1	No respiración espontánea ni tos	1	Por debajo de la media	1	Musculatura totalmente relajada
Ligeramente dormido	2	Mínimo esfuerzo respiratorio	2	En la media	2	Reducción del tono muscular
Somnoliento	3	Tos ocasional o resistencia contra el respirador	3	Infrecuentes elevaciones >15% sobre la media	3	Tono muscular normal
Despierto	4	Lucha contra el respirador y tos frecuente	4	Frecuentes elevaciones > 15% sobre la media	4	Aumento del tono muscular (flexión dedos/pies)
Hiperalerta	5	Lucha contra el respirador y tos constante	5	Constantes elevaciones > 15% sobre la media	5	Rigidez muscular

Calma-Agitación		Movimientos físicos		Frecuencia cardíaca		Tensión facial
Calma	1	No movimiento	1	Por debajo de la media	1	Músculos faciales totalmente relajados
Ligera ansiedad	2	Movimientos ocasionales	2	En la media	2	Tono muscular facial normal
Ansiedad	3	Movimientos frecuentes	3	Infrecuentes elevaciones >15% sobre la media	3	Tensión en algunos músculos faciales
Mucha ansiedad	4	Movimientos vigorosos de extremidades	4	Frecuentes elevaciones > 15% sobre la media	4	Tensión en todos los músculos faciales
Pánico	5	Movimientos vigorosos de cabeza y tronco	5	Constantes elevaciones > 15% sobre la media	5	Tensión extrema en la musculatura facial

### Escala Multidimensional del dolor (etapa preverbal) (138) (Recién nacido-3 años\*)

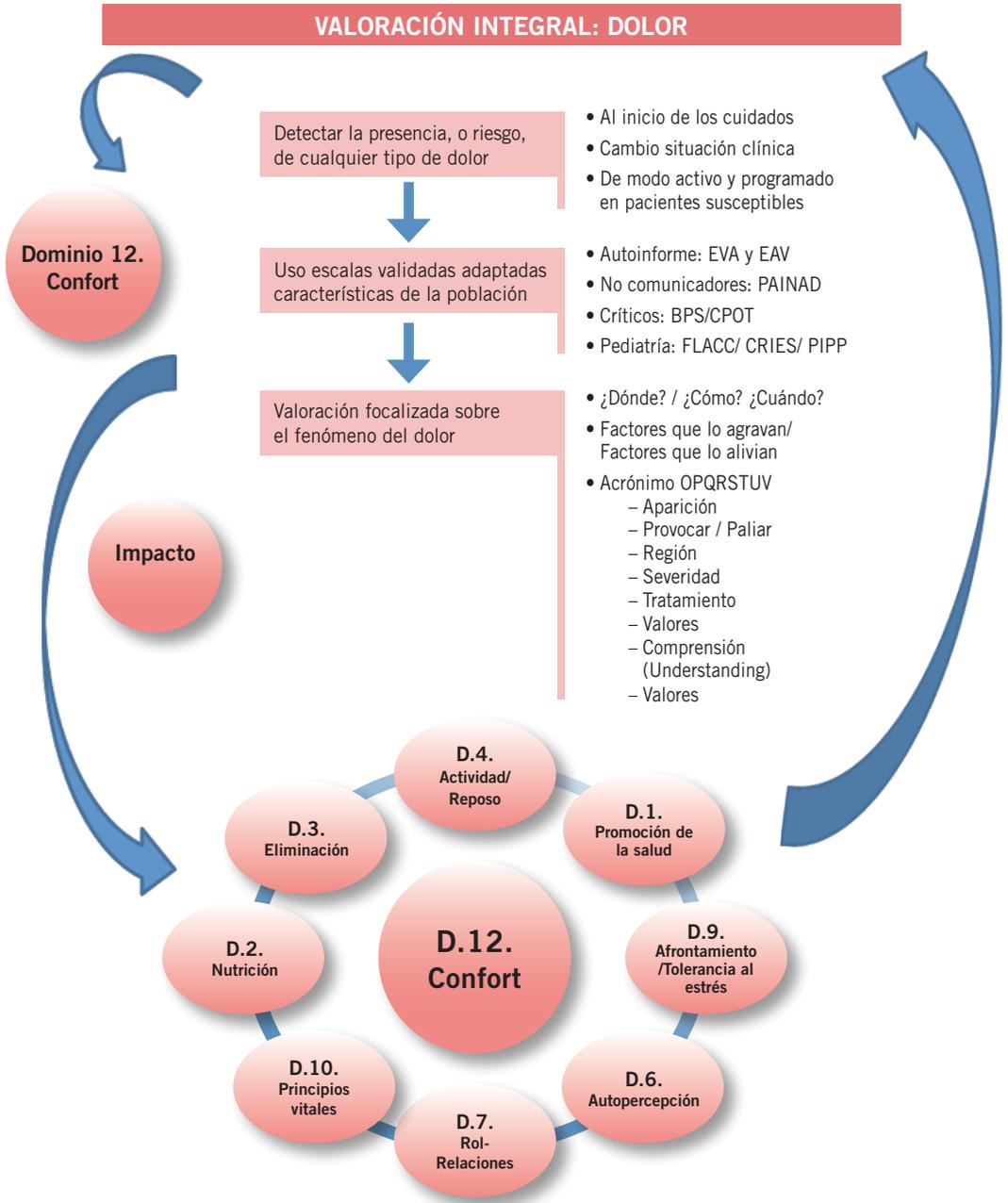
SIGNOS VITALES	
FC y PA coinciden con el registro basal	0
Aumento de FC o PA mayor de 10 puntos respecto al registro basal	1
Disminución de FC o PA mayor de 10 puntos respecto al registro basal	2
PATRÓN RESPIRATORIO	
No se observan cambios respecto al registro basal	0
Incremento de la FR y trabajo respiratorio y/o respiración paradójica En el niño intubado se debe incluir si lucha contra el respirador	1
Dificultad respiratoria severa y oxigenación comprometida	2
TENSIÓN FACIAL	
	0
	1
	2
MOVIMIENTOS CORPORALES	
Realiza movimientos con un propósito claro, o no se observan movimientos de la cabeza, torso ni extremidades	0
Intranquilo, realiza movimientos incontrolados de golpeo de piernas, movimientos temblorosos, sacudiendo manos y pies retorciendo el cuerpo	1
Rigidez de tronco con movimientos forzados, posturas extremas, hipertónicas, con extremidades en extensión, puños cerrados o movimientos sin propósito claro y/o enlentecidos	2
ESTADO DE ALERTA	
Calmado o dormido (no precisa estímulos externos para que realice movimientos coordinados) y se despierta con facilidad	0
Hiperactivo: respuestas excesivas o exageradas ante estímulos externos no dolorosos (luz, sonido, tacto, etc.)	1
Decaído, con nivel de alerta y actividad disminuidas, no se comunica, no mantiene contacto visual	2

\*Paciente con sedación profunda o pacientes > de 3 años con déficit neurológico: la escala valora principalmente la expresión facial, la respuesta motora y la respuesta fisiológica como el llanto.



■ ANEXO 3. VALORACIÓN INTEGRAL DOLOR

RESUMEN GRÁFICO DEL PROCESO DE VALORACIÓN A REALIZAR





## ■ ANEXO 4. EFECTOS SECUNDARIOS

### ■ EFECTOS ADVERSOS DEL PARACETAMOL (39)

El paracetamol tiene menos efectos secundarios que los AINE y se puede utilizar cuando estos últimos están contraindicados (Por ejemplo: Pacientes con antecedentes de asma o úlceras pépticas).

Se recomienda que el paracetamol se use con precaución o en dosis reducidas en pacientes con enfermedad hepática activa, en antecedentes de consumo excesivo de alcohol y deficiencia de glucosa 6 fosfato-deshidrogenasa.

Sin embargo, otros autores consideran que puede usarse con seguridad en pacientes con enfermedad hepática, prefiriéndolos a los AINE, y que las dosis terapéuticas de paracetamol, al menos a corto plazo, son una causa poco probable de hepatotoxicidad en pacientes que ingieren cantidades moderadas a grandes de alcohol (139-141).

### ■ EFECTOS ADVERSOS AINES (39)

Los efectos secundarios de los AINE no selectivos son más comunes durante el uso a largo plazo, y existen preocupaciones relacionadas con los efectos protrombóticos. En el período perioperatorio, las principales preocupaciones son la insuficiencia renal, la interferencia con la función plaquetaria, la curación de heridas y huesos y la ulceración péptica o broncoespasmo en individuos con riesgo.

En general, el riesgo y la gravedad de los efectos secundarios asociados con los AINE aumentan en las personas de edad avanzada (142, 143).

#### ***Función renal*** (39)

Los efectos renales adversos del uso de AINE de forma crónica son comunes.

En pacientes con función renal preoperatoria normal, los AINE no selectivos causaron una disminución transitoria y clínicamente insignificante del aclaramiento de creatinina el primer día después de la cirugía, y no hubo diferencias entre los pacientes que recibieron diclofenaco, ketorolaco, indometacina (ketaprofeno) (144) (Nivel I).

El riesgo de efectos renales adversos de los AINE no selectivos y coxibs

aumenta en presencia de factores como insuficiencia renal preexistente, hipovolemia, hipotensión, uso de otros agentes nefrotóxicos e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) (145) (Nivel IV).

Con una adecuada selección y monitorización, la incidencia de insuficiencia renal perioperatoria inducida por AINE es baja y no es necesario suspender los AINE en pacientes con función renal preoperatoria normal (144) (Nivel I).

### ***Función plaquetaria*** (39)

Los AINE no selectivos inhiben la función plaquetaria. En un metaanálisis de la amigdalectomía en pacientes adultos y pediátricos, se descubrió que los AINE no selectivos aumentaban el riesgo de reintervención por hemorragia (NNH 29 a 60) (146, 147) (Nivel I), pero la pérdida de sangre quirúrgica no aumentó significativamente (147) (Nivel I).

### ***Úlcera péptica*** (39)

En un estudio de control de casos controlados que incluía 10.892 pacientes mayores de 4 años con un “primer diagnóstico” de úlcera gastrointestinal alta o sangrado y los comparó con controles emparejados (148) (Nivel III 3). El riesgo aumentó significativamente para los pacientes que usaron naproxeno, diclofenaco, ibuprofeno, aspirina y rofecoxib, pero no aquellos que tomaron celecoxib.

El daño gastroduodenal agudo y la hemorragia también pueden ocurrir con el uso de AINE no selectivos a corto plazo: el riesgo aumenta con dosis más altas, un historial de ulceración péptica, uso durante más de 5 días y en personas mayores (149) (Nivel IV).

Después de 5 días de uso de naproxeno y ketorolaco en sujetos sanos de edad avanzada, se encontraron úlceras en gastroscopia en el 20% y el 31% de los casos, respectivamente (150 [Nivel II]; 151 [Nivel II]; 152 [Nivel II]).

Los epitelios gástrico y duodenal tienen diversos mecanismos de protección contra el ataque de ácidos y enzimas, y muchos de estos implican la producción de prostaglandinas. El uso crónico de AINE no selectivos se asocia con ulceración y hemorragia péptica y este último puede verse exacerbado por el efecto antiplaquetario. Se ha estimado que el riesgo relativo de perforaciones, úlceras y hemorragias asociadas con los AINE no selectivos es de 2.7 en comparación con las personas que no consumen AINE no selectivos (153) (Nivel III2).

El uso de ketorolaco y piroxicam conllevó el mayor riesgo (154) (Nivel III3).

El uso concomitante de un inhibidor de la bomba de protones redujo significativamente la incidencia de la enfermedad ulcerosa péptica relacionada con el tratamiento con AINE no selectivos (155) (Nivel III2).

En pediatría: El manejo del dolor en cualquier escalón de la OMS incluye acetaminofeno y/o AINES, excepto si está contraindicado (85) (NE: 3, 4. GR: C).

### ***AAS agrava la enfermedad respiratoria (39)***

La precipitación del broncoespasmo por la aspirina es un fenómeno reconocido en individuos con asma, rinitis crónica y pólipos nasales. La enfermedad respiratoria agudizada por aspirina afecta del 10% al 15% de las personas con asma, puede ser grave y existe una sensibilidad cruzada con los AINEs pero no con los coxibs (156 [Nivel IV]; 157 [Nivel IV]; 158 [Nivel I]). Un historial de enfermedad respiratoria agudizada por aspirina es una contraindicación para el uso de AINE no selectivos aunque no hay ninguna razón para evitarlos en otras personas con asma.

## ■ EFECTOS ADVERSOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA CICLOOXIGENASA-2

### ***Función renal (39)***

Los inhibidores selectivos de la Ciclooxigenasa-2 y los AINE no selectivos tienen efectos adversos similares sobre la función renal (159 [Nivel I]).

### ***En pediatría:***

No se recomiendan el uso en menores de 18 años con cáncer de tramadol, metadona, meperidina y ácido acetil salicílico (85) (NE: 3. GR: B). La meperidina está asociada a convulsiones y AAS puede desarrollar Síndrome de Reye's.

### ***Opioides débiles (codeína)***

En pediatría. No se recomienda el uso de codeína en menores de 12 años por mayor riesgo de efectos adversos graves (85) (NE: 2, 3. GR: B).

### ***Opioides potentes***

Los opioides potentes pueden considerarse una opción para aliviar el dolor de espalda u osteoarticular pero solo deben continuarse si continúan ofreciendo

alivio progresivo. Si ha habido un escalamiento rápido o un alivio inaceptable, es criterio de derivación al siguiente nivel asistencial (77).

La utilización regular de opioides puede provocar la aparición de efectos adversos, generalmente leves o moderados. La prevención, la valoración y el manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides (20) (recomendación Ib).

La adición de una infusión de dosis extra a la morfina intravenosa de PCA aumenta la incidencia de depresión respiratoria y no mejora el alivio del dolor o el sueño, o reduce el número de demandas de PCA (27,39).

### ***Efectos secundarios más frecuentes (77)***

- Estreñimiento
- Letargia, somnolencia
- Náusea
- Otros: gastrointestinales, dolor de cabeza, cansancio, síntomas urinarios (retención urinaria)
- Sedación, confusión y delirio en población pediátrica
- Hipersensibilidad
- Tolerancia, dependencia física y adicción. Se deben valorar regularmente si existen signos de abuso o adicción en los pacientes que usan opioides potentes.

### ***En pediatría:***

Se deben ajustar las dosis de opioides para conseguir alivio del dolor con un nivel aceptable de efectos adversos (85) (NE: 1, 2. GR: A).

Debe iniciarse un tratamiento profiláctico del estreñimiento desde el inicio del tratamiento con opioides (85) (NE: 2, 3. GR: B).

Depresión respiratoria; es un efecto secundario de los opioides en pediatría.

La administración de Naloxona está indicada para revertir la depresión respiratoria inducida por opioides y debe ajustarse su dosis para mejorar la función respiratoria sin revertir la analgesia (85) (NE: 2, 3. GR: B).

Cuando los niños reciben tratamiento opioide, es muy importante valorar su estado de alerta (20).

***Uso de coadyuvantes en pediatría:***

Para el dolor neuropático se utilizan antidepresivos tricíclicos o antiepilépticos, como adyuvantes al tratamiento (NE: 3, 4. GR: C). Para el dolor por compresión medular o presión intracraneal se asocian corticosteroides, como adyuvantes al tratamiento (85) (NE: 4. GR: C).

Otras técnicas utilizadas para aliviar el dolor tras una cirugía ambulatoria para evitar el uso de opioides en adultos:

- Los bloqueos periféricos con agentes anestésicos locales de larga duración proporcionan una analgesia de larga duración tras la cirugía ambulatoria (47, 71) (Nivel II).
- El bloqueo nervioso periférico continuo proporciona analgesia prolongada tras la cirugía ambulatoria (Nivel II), permite reducir la necesidad de opioides, la disrupción del sueño, un mejor cumplimiento de los criterios de alta y mejora la rehabilitación (47, 71).
- Infiltración con glucocorticoides (160-166).



## ■ ANEXO 5. BARRERAS Y FALSOS MITOS AL USO DE ANALGÉSICOS

### ■ BARRERAS DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS AL USO DE ANALGÉSICOS (20)

- Reticencia a manifestar el dolor y a tomar la medicación según está prescrita
- Influencias religiosas y culturales que ensalzan el valor del sufrimiento
- Miedo a que el dolor signifique un empeoramiento de la enfermedad o que está al final de la vida
- Miedo a enmascarar nuevos síntomas
- Preocupación por desviar la atención de las y los profesionales del tratamiento de la enfermedad
- Falta de concienciación sobre el dolor como algo tratable y del mejor modo de acceder a una terapia efectiva
- Preocupación por desarrollar una posible adicción o tolerancia
- Preocupación por no poder manejar los efectos adversos o desconocimiento de su manejo efectivo
- Preocupación por no ser un “buen” paciente (aquel que no se queja)
- Miedo a las inyecciones
- La creencia de que los efectos adversos de los analgésicos son aún más molestos que el dolor
- El fatalismo (es decir, una actitud de resignación) sobre la posibilidad de lograr el control del dolor
- La creencia de que el dolor significa progresión de la enfermedad
- Asegurarse que los pacientes entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, los tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos (20) (Grado de recomendación C)
- Es imprescindible informar a la niña y el niño (en función de la edad y desarrollo cognitivo) y/o familia acerca de la valoración, manejo y control del dolor

**Existen una serie de falsos mitos y creencias acerca del dolor que es necesario tener en cuenta:**

## ■ FALSOS MITOS SOBRE EL DOLOR EN NIÑOS Y LACTANTES (20)

Falsa creencia	Hecho
Los bebés no perciben dolor por inmadurez de su Sistema Inmune.	Desde la última fase de la gestación los bebés tienen el desarrollo anatómico necesario para el procesamiento del dolor.
Los bebés son menos sensibles al dolor que los niños más mayores o los adultos.	Los recién nacidos tienen la misma sensibilidad al dolor que los bebés más mayores o los niños.
Los bebés no son capaces de recordar el dolor.	La exposición reiterada al dolor puede presentar efectos acumulativos. Así mismo, la exposición temprana a un dolor significativo puede afectar posteriormente a las percepciones de los niños al dolor.
Los bebés y los niños pequeños son incapaces de expresar el dolor, por lo que no se puede valorar.	A pesar de que los bebés no pueden comunicar el dolor verbalmente, presentan señales de comportamiento e indicadores fisiológicos que sí se pueden valorar.
El uso de opioides es más peligroso en bebés y niños que en adultos.	Los lactantes mayores de un mes de edad metabolizan los fármacos de la misma manera que lactantes y niños. Es imprescindible seleccionar la dosis adecuada y realizar monitorización frecuente con el fin de disminuir los potenciales efectos adversos. No es frecuente la aparición de adicción en niños.

## ■ FALSOS MITOS SOBRE EL DOLOR EN ADULTOS (20)

Falsa creencia	Hecho
Las personas han de esperar tener un dolor considerable que no se alivia con la cirugía	El dolor agudo severo que no se alivia tiene consecuencias fisiopatológicas que afecta a todos los sistemas.
Si se sufre dolor siempre se tienen signos observables que son más fiables que la expresión del mismo	Las adaptaciones fisiológicas ocurren rápidamente y, si es posible, no deben utilizarse en lugar de la verbalización del dolor.
Las personas nos dirán cuando sufren dolor	No siempre las personas dicen cuando tienen dolor y puede que no utilicen esa palabra.
Las personas que utilizan opioides son adictos	Los opiáceos son una intervención estándar del manejo del dolor moderado a grave.
El dolor es proporcional a la lesión en los tejidos	El dolor es multidimensional y la respuesta al mismo es individual y variable.
El dolor es parte normal del envejecimiento y en mayores nunca puede ser intenso pues la sensación del dolor disminuye con la edad	El dolor persistente no es parte normal del envejecimiento. La intensidad y el dolor no disminuyen en los mayores. El manejo inadecuado del dolor en mayores tiene numerosas consecuencias.
El dolor en los mayores con problemas cognitivos no se puede valorar	Las personas mayores con deterioro cognitivo leve a moderado son capaces de utilizar escalas adaptadas a sus necesidades.



## 9. Bibliografía

- (1) IASP Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249 -252.
- (2) Muriel Villoria, C., García Román, A. Tema 2. Bases de la fisiología y fisiopatología del dolor (neuroanatomía, neurofisiología). 2013. Consultado 16 Octubre, 2017, en: [www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%202.pdf](http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%202.pdf)
- (3) Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- (4) Miró J (Ed.). Dolor crónico: Procedimiento de evaluación e intervención psicológica. Barcelona: Desclée de Brouwer; 2004.
- (5) Gallego JL., 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*. 2004; 11(4): 197-202.
- (6) Aguilar JL, March Y, Segarra M, Moyá MM, Peláez R, Fernández S., et al. Prevalencia de dolor en un hospital con unidad de dolor agudo y unidad de dolor crónico: El paso siguiente... analgesia traslacional. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2009; 16(4): 209-214.
- (7) Mínguez Masó S, Herms Puig R, Arbonés Aran E, Roquera Gullén C, Farriols Danés C, Riu Camps M., et al. Prevalencia y enfoque terapéutico del dolor en el servicio de urgencias de un hospital universitario. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2014; 21(4): 205-211.
- (8) Cornally N, McCarthy G. Chronic pain: The help-seeking behavior, attitudes, and beliefs of older adults living in the community. *Pain Manag Nurs*. 2011; 12(4):206-217.
- (9) Catalá E. 2002. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002; 6(2):133-40.
- (10) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006; 10(4):287-333. [PUBMED: 16095934]

- (11) Moore RA, Derry S, Taylor RS, Straube S, Phillips CJ. The costs and consequences of adequately managed chronic non-cancer pain and chronic neuropathic pain. *Pain Practice* 2014;14(1):79-94. [PUBMED: 23464879]
- (12) Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2004; 11(5): 260-269.
- (13) Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el SNS (Plan de implementación. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad. 2014. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS\\_DocumentoMarcoDolor.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_DocumentoMarcoDolor.pdf)
- (14) Fouladbakhsh JM, Szczesny S, Jenuwine ES, Vallerand AH. Nondrug therapies for pain management among rural older adults. *Pain Manag Nurs.* 2011; 12(2): 70-81. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.08.005>
- (15) Pain in Europa: A 2003 report. Disponible en: <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Pain-in-Europe-survey-report.pdf>
- (16) De León-Casasola O. Intrathecal therapy for cancer pain management. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010; 17(3): 162-168.
- (17) Rodríguez MJ, García AJ. Costes del dolor neuropático según etiología en las unidades del dolor en España. *Rev Soc Esp Dolor.* 2007; 6:404-415.
- (18) Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T. Quality management in postoperative pain therapy Anaesthetist. 2001; 50 (9): 661 – 670.
- (19) Balibrea JL, López-Timoneda F, Acín F, Cabero L, Moreno-González A, Ayala LE. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo periquirúrgico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2008; 15(4): 209-218.
- (20) Versión en castellano de: Registered Nurses Association of Ontario (2013). Valoración y manejo del dolor (3ª ed). Toronto, ON: Registered Nurses Association of Ontario. Disponible en: [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015\\_-\\_BPG\\_Pain\\_16\\_01\\_2015\\_-\\_3rd\\_Edition.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf)
- (21) Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* [Internet]. 2005 Mar [citado 2017 Nov 06]; 28(3): 33-37. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es)
- (22) Alaba J., Arriola E., Navarro A., González M. F., Buiza C., Hernández C. et al . Demencia y dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2011 Jun [citado

- 2017 Nov 06]; 18( 3 ): 176-186. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462011000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000300005&lng=es)
- (23) Bennett MI, Bouhassira D. Epidemiology of neuropathic pain: can we use the screening tools? *Pain* 2007; 132:12-3
- (24) Engle VF, Graney MJ, Chan A. Accuracy and bias of licensed practical nurse and nursing assistant ratings of nursing home residents' pain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56 (7):M405-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.7.M405>
- (25) Zyczkowska J, Szczerbinska K, Jantzi MR, Hirdes JP. Pain among the oldest old in community and institutional settings. *Pain* 2009;129: 167-76.
- (26) Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. 2012. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77943/9789243548128\\_spa.pdf?sequence=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77943/9789243548128_spa.pdf?sequence=1&ua=1)
- (27) Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute pain management: scientific evidence. Fourth edition, 2015. Disponible en: [http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4\\_2015\\_final](http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4_2015_final)
- (28) Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. *Pain* 2004; 112 (1-2): 1-4.
- (29) Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Informes, estudios e investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- (30) Ernst AR, Routh DK, Harper DC. Abdominal pain in children and symptoms of somatization disorder. *J Pediatr Psychol* 1984; 9:77-86.245.
- (31) Egger HL, Angold A, Costello EJ. Headaches and psychopathology in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:951-958.246.
- (32) Holden EW, Bachanas P, Kullgren K, Gladstein J. Chronic daily headache in children and adolescents. In: McGrath PA, Hillier LM (Eds). *The Child with Headache: Diagnosis and Treatment, Progress in Pain Research and Management*, Vol. 19. Seattle: IASP Press, 2001, pp 221–241.
- (33) NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management Clinical guideline (CG91). Published: 28 October 2009 Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>

- (34) Stubbs B., L. Eggermont L., Mitchell AJ, De Hert M., Correll CU, Soundy A., Rosenbaum S., Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 131: 75–88
- (35) Stubbs B, Thompson T, Acaster S, Vancampfort D, Gaughran F, Correll CU. Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies *Pain* 2015; 156(11): 2121-31.
- (36) Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: A systematic review and large scale meta-analysis *Schizophr Res.* 2014. 160 (1-3): 1–8 doi: 10.1016/j.schres.2014.10.017. Epub 2014 Nov 11.
- (37) Bruera et al. A prospective multicenter assessment of the Edmonton Staging System for cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 1995; 10: 348-355
- (38) Uptodate (Rosenquist EWK). Evaluation of chronic pain in adults. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-chronic-pain-in-adults>
- (39) Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. *Acute Pain Management: Scientific Evidence* (3rd edition). 2010. ANZCA & FPM, Melbourne. Disponible en: <http://www.anzca.edu.au/documents/acute-pain-final-version>
- (40) Uptodate (Smith R.C). Patient centered interviewing. Disponible en: <https://somepomed.org/articulos/contents/mobipreview.htm?24/50/25376/abstract/11>
- (41) Smith R.C. *Patient-centered interviewing: an evidence-based method.* 2002. Lippincott Williams & Wilkins.
- (42) De Andrés Ares J et al. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *PAIN Practice.* 2015 ; 15(7) : 643-653. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papr.12219>
- (43) Fernández I. *Cómo afecta el dolor crónico y no gestionado en el día a día.* Mallorca. Disponible en: <https://www.mallorca.eu/dolor-cronico/>
- (44) NANDA International *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación* 2015-2017. Ed. 10ª. 2015. Barcelona. Elsevier
- (45) Uptodate (Grant G.J). *Pharmacologic management of pain during labor and*

- delivery. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacologic-management-of-pain-during-labor-and-delivery>
- (46) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías de Galicia (Avalia-t). 2010. Guía de Práctica Clínica del SNS: OSTEBA. Nº: 2009/01. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf)
- (47) National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 Dec. (NICE Clinical Guidelines, No. 190.) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK290736/>
- (48) Moorhead, S. et al. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 2014. Ed. 5ª. Barcelona. Elsevier
- (49) Bulechek, G.M. et al. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 2014. Ed. 6ª. Barcelona. Elsevier
- (50) Pérez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martínez J, Esquisabel Martínez R, Lopez de Goicoechea Fuentes AJ, Martínez Eguía B, Perez Rico M, Pinedo Otaloa S, Sainz de Rozas Aparicio R. Guía de práctica clínica sobre lumbalgia. Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba\\_publicaciones/eu\\_osteba/adjuntos/gpc\\_07-1%20lumbalgia.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/eu_osteba/adjuntos/gpc_07-1%20lumbalgia.pdf)
- (51) Godges JJ, Anger MA, Zimmerman G, Delitto A. Effects of education on return-to-work status for people with fear-avoidance beliefs and acute low back pain. *Phys Ther*. 2008 Feb; 88(2): 231–239
- (52) Arnold J, Goodacre S, Bath P, Price J. Information sheets for patients with acute chest pain: randomised controlled trial. *The BMJ*. 2009;338:b541. doi:10.1136/bmj.b541.
- (53) Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C. Fistera. Dolor agudo. Guía clínica. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/dolor-agudo/>
- (54) Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J. Acute pain management: scientific evidence, fourth edition, 2015. *Med J Aust*. 2016;204(8):315-7. PubMed PMID: 27125806

- (55) Johnson MI, Paley CA, Howe TE, Sluka KA. Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD006142. PubMed PMID: 26075732. Texto completo
- (56) Sun Y, Gan TJ, Dubose JW, Habib AS. Acupuncture and related techniques for postoperative pain: a systematic review of randomized controlled trials. *Br J Anaesth.* 2008; 101(2):151-60. PubMed PMID: 18522936
- (57) Wu MS, Chen KH, Chen IF, Huang SK, Tzeng PC, Yeh ML, et al. The Efficacy of Acupuncture in Post-Operative Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150367. PubMed PMID: 26959661
- (58) Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J. Acute pain management: scientific evidence, fourth edition, 2015. *Med J Aust.* 2016;204(8):315-7. PubMed PMID: 27125806
- (59) Li X, Wang R, Shi X, Chen Z, Pan Y, Li X, et al. Reporting characteristics and risk of bias in randomised controlled trials of acupuncture analgesia published in PubMed-listed journals. *Acupunct Med.* 2017; 35(4):259-67. PubMed PMID: 28082266
- (60) Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson L, Schofield P; British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing.* 2013 Mar; 42 Suppl 1:i1-57. doi: 10.1093/ageing/afs200.
- (61) Crowe L, Chang A, Fraser JA, Gaskill D, Nash R, Wallace K. Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. *Int J Evid Based Healthc.* 2008 Dec;6(4):396-430. doi: 10.1111/j.1744-1609.2008.00113.x.
- (62) Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). Cancer Care Ontario's Symptoms Management Guides-to-Practice: Pain. Cancer Care Ontario (CCO). 2010. Disponible en: <https://archive.cancercare.on.ca/toolbox/symptoms/>
- (61) Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and management of pain. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). 2007;
- (64) Carroll D, Seers K. Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. *J Adv Nurs.* 1998 Mar; 27(3):476-87.
- (65) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline. No.106. 2008. Edinburg (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

- (66) Harrison D, Reszel J, Bueno M, Sampson M, Shah V, Taddio A, Larocque C, Turner L. Lactancia materna para el dolor durante los procedimientos en lactantes más allá del período neonatal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 Issue 10. Art. No.: CD011248. DOI: 10.1002/14651858.CD011248
- (67) Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, Inglis D, Zee R. Contacto piel a piel para el dolor procedimental en neonatos. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017 Issue 2. Art. No.: CD008435. DOI: 10.1002/14651858.CD008435
- (68) Taddio A, McMurtry CM, Shah V, et al. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 2015;187(13):975-982. doi:10.1503/cmaj.150391.
- (69) Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004; 3: CD001069. DOI: 10.1002/14651858.CD001069.pub2.
- (70) Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Good Practice in Postoperative and Procedural Pain 2nd Edition, 2012. *Paediatr Anaesth.* 2012 Jul;22 Suppl 1:1-79. doi: 10.1111/j.1460-9592.2012.03838.x.
- (71) NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190). Diciembre 2014 Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
- (72) Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD000111/inmersion-en-agua-para-el-trabajo-de-parto-y-parto>
- (73) Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
- (74) Terré, C., Beneit, J. V., Gol, R., Garriga, N., Salgado, I., & Ferrer, A. (2014). Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas prof*, 15(4), 122-9.
- (75) Dahlen, H. G., Homer, C. S., Cooke, M., Upton, A. M., Nunn, R., & Brodrick, B. (2007). Perineal outcomes and maternal comfort related to

- the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 34(4), 282-290.
- (76) Uptodate (Simkin P, Klein MC). Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-approaches-to-management-of-labor-pain>
- (77) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. A national clinical guideline. No.136. 2013. Edinburg (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>
- (78) American Pain Society. Assessment and Management of Children with Chronic Pain. 2012. Disponible en: <http://americanpainsociety.org/uploads/get-involved/pediatric-chronic-pain-statement.pdf>
- (79) NIH. National Cancer Institute (NCI). Pain Control: Support for People with Cancer. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/pain-control>
- (80) Cooke M, Chaboyer W, Schluter P et al. The effect of music on discomfort experienced by intensive care unit patients during turning: a randomized cross-over study. *Int J Nurs Pract*. 2010; 16(2): 125-131
- (81) Robb K, Oxberry SG, Bennett MI, Johnson MI, Simpson KH, Searle RD. A Cochrane systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation for cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Apr; 37(4):746-53. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2008.03.022
- (82) Dirección General de Organización de las Prestaciones sanitarias. Consejería de salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Guía de Recomendaciones Clínicas: Dolor Crónico Musculoesquelético. 2006. Disponible en: <http://www.cedepap.tv/GPC18.pdf>
- (83) Torres LM, Calderon E, Pernia A, Martinez-Vazquez J, Micó JA. "De la escalera al ascensor". *Rev Soc Esp Dolor*. 2002; 5: 289-290. Disponible en: [http://revista.sedolor.es/pdf/2002\\_05\\_04.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_05_04.pdf)
- (84) American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*. 2012 Feb; 116(2):248-73. doi: 10.1097/ALN.0b013e31823c1030.
- (85) Gonzalez-María E, Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gil-Rubio P, Herreros-Lopez P, en nombre del grupo de trabajo de la GPC para el manejo del dolor en niños con cáncer. Guía de Práctica Clínica para el manejo del

- dolor en niños con cáncer. 2013. Disponible en: <https://criscancer.org/es/>
- (86) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica del SNS: OSTEBA. Nº: 2006/08. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_428\\_Paliativos\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf)
- (87) Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca. Manejo del paciente con Dolor. XI Reunión de Expertos. 2011. Disponible en: [http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Docencia\\_Expertos/2011%20Manejo%20del%20paciente%20con%20dolor.pdf](http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Docencia_Expertos/2011%20Manejo%20del%20paciente%20con%20dolor.pdf)
- (88) Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras. Guía Medicina Paliativa y el tratamiento del dolor en la Atención Primaria. 2012. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/6/MEDICINA%20PALIATIVA.pdf>
- (89) Hacker, Kapella, Park, Ferrans, Larson. Sleep Patterns During Hospitalization Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *ONF* 2015, 42(4), 371–379. doi: 10.1188/15.ONF.371-379
- (90) Salzmänn-Erikson M, Lagerqvist L, Pousette S. Keep calm and have a good night: nurses' strategies to promote inpatients' sleep in the hospital environment. *Scand J Caring Sci.* 2015 Aug 6. doi: 10.1111/scs.12255)
- (91) Strassels SA, Chen C, Carr DB. Postoperative analgesia: economics resource use, and patient satisfaction in a urban teaching hospital. *Anesth Analg.*2002; 94(1): 130-137
- (92) Daniel Bárcenas Villegas. Papel de enfermería en la mejora del sueño en una unidad cuidados intensivos: revisión bibliográfica. *Revista Científica Hygia.* Colegio de Enfermería de Sevilla. 2013)
- (93) American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Aug;57(8):1331-46.
- (94) Hadjistavropoulos T, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain.* 2007 Jan;23(1 Suppl):S1-43.
- (95) Herr K, Bjoro K, Steffensmeier J, Rakel B. Acute pain management in older adults. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2006 Jul. 113 p.

- (96) Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J, Wild L, American Society for Pain Management Nursing. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2006 Jun;7(2):44-52
- (97) Wells N, Pasero C, McCaffery M. Improving the quality of care through pain assessment and management. In: Hughes RG, editor(s). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Vol.1. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008.
- (98) Horsburgh Cr, Jr. Healing by design. *N Engl J Med*. 1995; 333(11): 735-740
- (99) Bernhofer EI, Higgins PA, Daly BJ, Burant CJ, Hornick TR. Hospital lighting and its association with sleep, mood and pain in medical inpatients. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(5), 1164–1173.
- (100) Camargo-Sanchez A, Niño CL, Sánchez L, Echeverri S, Gutiérrez DP, Duque AF, et al. Theory of Inpatient Circadian Care (TICC): A Proposal for a Middle-Range Theory. *Open Nurs J*. 2015 Feb 27; 9:1-9)
- (101) Gómez Sanz C. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2013;24 (1):3-11.
- (102) Simpson T, Lee ER, Cameron C. Patients' perceptions of environmental factors that disturb sleep after cardiac surgery. *Am. J. Crit. Care*. 1996;5(3):173-181.
- (103) Herman Miller. Inc. Sound practices: noise control in the healthcare environment—research summary. Herman Miller, Inc., Zeeland, Michigan. 2006. Available from: <http://www.hermanmiller.com/>.
- (104) Uptodate (Pandharipande P, McGrane S). Pain control in the critically ill adult patient. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient>
- (105) Gellerstedt, L., Medin, J., Rydell Karlsson, M. (2014) Patient's experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study. *Journal of Research in Nursing*, 19(3): 176-188. <http://dx.doi.org/10.1177/1744987113490415>
- (106) Ehlers VJ, Watson H, Moleki MM. Factors contributing to sleep deprivation in a multidisciplinary intensive care unit in South Africa. *Curatiosis*. 2013;36(1):E1-8).
- (107) American Medical Directors Association (AMDA). *Pain management in the long term care setting*. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA). 2012.

- (108) Von Baeyer C. Interpreting the high prevalence of pediatric chronic pain revealed in community surveys. *Pain*. 2011; 2683-2684
- (109) Dolor crónico no oncológico [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado / autores, Guerra de Hoyos, Juan Antonio (coordinador) ... [et al.]. -- 2ª ed.. -- [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1618/1/PAI\\_Dolor\\_CronicoNoOncologico\\_2ed\\_2014.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1618/1/PAI_Dolor_CronicoNoOncologico_2ed_2014.pdf)
- (110) Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995; 152(9):1423-33.
- (111) Plan andaluz de atención a las personas con dolor: 2010 - 2013 / [coordinación, Juan Antonio Guerra de Hoyos ... et al.; autoría, Jorge Álvarez González ... et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, [2010]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan\\_atencion\\_dolor-1\\_0.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_atencion_dolor-1_0.pdf)
- (112) SEMFYC. Documento de consenso. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP) documento de consenso. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
- (113) Moix, Jenny y Kovacs, F, (eds). Manual del dolor. Tratamiento cognitivo del dolor crónico. 1ª Ed. Barcelona: Paidós; 2009.
- (114) The British Pain Society. Recomendad Guideline for Pain Management Programme for Adults, [internet]. London: 2007. The British Pain Society. Disponible en: [http://www.folsompainmanagement.com/reference/guidelines\\_for\\_pain\\_management\\_programmes\\_from\\_BPS.pdf](http://www.folsompainmanagement.com/reference/guidelines_for_pain_management_programmes_from_BPS.pdf)
- (115) Rodríguez-Franco L, Cano-García FJ. Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en dolor*. 2001; 2(4): 279-288.
- (116) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative vaginal delivery. Green-top Guideline. No. 26. 2011. Disponible en: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_26.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_26.pdf)
- (117) MacIntyre PE, Schug SA. Acute pain management: a practical guide. 2007. London: Elsevier.
- (118) Counsell D, MacIntyre PE, Breivik H. Organisation and role of acute pain services. In *Clinical Pain Management: practice and procedures* edn. Breivik H, Campbell WI and Nicholas MK (eds). 2008. London, Hodder Arnold.
- (119) Alford DP, Liebschutz J, Chen IA, Nicolaidis C, Panda M, Berg KM, Gibson J, Picchioni M, Bair MJ. Update in pain medicine. *J Gen Intern Med*. 2008;23(6):841-5.

- (120) Alford DP, Krebs EE, Chen IA, Nicolaidis C, Bair MJ, Liebschutz J. Update in pain medicine. *J Gen Intern Med.* 2010;25(11):1222-6.
- (121) Benyon, K., Hill, S., Zadurian, N. and Mallen, C. Coping strategies and self-efficacy as predictors of outcome in osteoarthritis: a systematic review. *Musculoskelet. Care*; 8: 224–236
- (122) Eccleston C, Palermo TM, Williams AC de C, Lewandowski Holley A, Morley S, Fisher E, Law E. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 5. Art. No.: CD003968. DOI: 10.1002/14651858.CD003968.pub4
- (123) Abbott RA, Martin AE, Newlove-Delgado TV, Bethel A, Thompson-Coon J, Whear R, Logan S. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 1. Art. No.: CD010971. DOI: 10.1002/14651858.CD010971.pub2.
- (124) Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology.* 2001; 10(6): 490-502
- (125) Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos GJ. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 1. Art. No.: CD010802. DOI: 10.1002/14651858.CD010802.pub2.
- (126) Crawford-Walker Ch.J, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25 ;(1):CD004717.
- (127) Castillo-Bueno, M D; Moreno-Pina, J P; Martínez-Puente, M V; Artiles-Suárez, M M; Company-Sancho, M C; García-Andrés, M C; Sánchez-Villar, I; Hernández-Pérez, R. Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports: 2010 - Volume 8 - Issue 28 - p 1112–1168.* doi: 10.11124/jbisrir-2010-157
- (128) The Joanna Briggs Institute (JBI) Evidence Summary (Long Khanh Dao Le, B.Pharm). Postoperative pain management: nursing interventions. 2017.
- (129) Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD006911. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub3.

- (130) Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely SR. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD005179. DOI: 10.1002/14651858.CD005179.pub3.
- (131) Grade B. Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management 2nd Edition, 2012.
- (132) Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD009356. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.pub3.
- (133) Dirección General de Farmacia y Productos sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Efectividad de medicamentos en Neonatología. Sedoanalgesia en el Recién Nacido. 2007 (4). Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158633247532&ssbinary=true>
- (134) Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clin J Pain*. 1996 Mar;12(1):13-22.
- (135) Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Pediatric Anesthesia*. 2005; 5(1): 53-61
- (136) Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*. 1997; 23(3): 293-297
- (137) Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas (GIDEP.) Osakidetza. Dolor y analgesia. 2017. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/gidep\\_epdt/es\\_def/adjuntos/GIDEP\\_Dolor\\_Analgesia\\_V2\\_2017\\_11\\_22.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/gidep_epdt/es_def/adjuntos/GIDEP_Dolor_Analgesia_V2_2017_11_22.pdf)
- (138) Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP) Grupo de Sedoanalgesia en UCIP. Disponible en: <http://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/Escalas-de-Sedoanalgesia-en-UCIP.pdf>
- (139) Benson GD, Koff RS, Tolman KG. The therapeutic use of acetaminophen in patients with liver disease. *Am J Ther*. 2005; 12(12): 133-141
- (140) Graham GG, Scott KF, Day RO. Tolerability of paracetamol. *Drug Saf*. 2005; 28(3): 227-240

- (141) Oscier CD, Milner QJ. Peri-operative use of paracetamol. *Anaesthesia*. 2009; 64(1): 65-72
- (142) Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, et al. The risk of upper gastrointestinal bleeding in elderly users of aspirin and other non-steroidal anti-inflammatory drugs: the role of gastroprotective drugs. *Aging Clin Exp Res*. 2003; 15(6): 494-499
- (143) Juhlin T, Bjorkman S, Hoglund P. Cyclooxygenase inhibition causes marked impairment of renal function in elderly subjects treated with diuretics and ACE-inhibitors. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7(6): 1049-1056
- (144) Lee A, Cooper MG, Craig JC, et al. Effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on postoperative renal function in adults with normal renal function. *Cochrane Database Syst Rev* (2). 2007: CD002765
- (145) RCA. Guidelines for the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs in the perioperative period. 1998. London, Royal College of Anaesthetists.
- (146) Marret E, Flahault A, Samama CM, et al. Effects of postoperative, nonsteroidal, antiinflammatory drugs on bleeding risk after tonsillectomy: meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology*. 2003; 98(6): 1497-1502
- (147) Moiniche S, Romsing J, Dahl JB et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs and the risk of operative site bleeding after tonsillectomy: a quantitative systematic review. *Anesth Analg*. 2003; 96(1): 68-77
- (148) Hippisley-Cox J, Coupland C, Logan R. Risk of adverse gastrointestinal outcomes in patients taking cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ*. 2005; 331 (7528): 1310-6
- (149) Strom BL, Berlin JA, Kinman JL, et al. Parenteral ketorolac and risk of gastrointestinal and operative site bleeding. A postmarketing surveillance study. *JAMA*. 1996; 275(5): 376-382
- (150) Harris SI, Kuss M, Hubbard RC, et al. Upper gastrointestinal safety evaluation of parecoxib sodium, a new parenteral cyclooxygenase-2-specific inhibitor, compared with ketorolac, naproxen, and placebo. *Clin Ther*. 2001; 23(9): 1422-1428
- (151) Stoltz RR, Harris SI, Kuss ME, et al. Upper GI mucosal effects of parecoxib sodium in healthy elderly subjects. *Am J Gastroenterol*. 2002; 97(1): 65-71
- (152) Goldstein JL, Kivitz AJ, Verburg KM, et al. A comparison of the upper

- gastrointestinal mucosal effects of valdecoxib, naproxen and placebo in healthy elderly subjects. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003; 18(1): 125-132
- (153) Ofman JJ, MacLean CH, Straus WL, et al. A metaanalysis of severe upper gastrointestinal complications of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *J Rheumatol.* 2002; 29(4): 804-812
- (154) Lanas A, Serrano P, bajador E, et al. Risk of upper gastrointestinal bleeding associated with non-aspirin cardiovascular drugs, analgesic and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2003; 15(2): 173-178
- (155) Targownik LE, Metge CJ, Leung S, et al. The relative efficacies of gastroprotective strategies in chronic users of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Gastroenterology.* 2008; 134(4): 937-944
- (156) Simon RA, Namazy J. Adverse reactions to aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). *Clin Rev Allergy Immunol.* 2003; 24(3): 239-252
- (157) Szczeklik A, Stevenson DD. Aspirin-induced asthma: advances in pathogenesis, diagnosis, and management. *J Allergy Clin Immunol.* 2003; 111(5): 913-921
- (158) West PM, Fernández C. Safety of COX-2 inhibitors in asthma patients with aspirin hypersensitivity. *Ann Pharmacother.* 2003; 37(10): 1497-1501
- (159) Curtis SP, Ng J, Yu Q, et al. Renal effects of etoricoxib and comparator nonsteroidal anti-inflammatory drugs in controlled clinical trials. *Clin Ther.* 2004; 26(1): 70-83
- (160) Fisterra (Castiñeira C, Costa C, Francisco J, Boyero L, Louro A. Hombro doloroso. Guía clínica. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hombro-doloroso/>
- (161) Robb G, Arroll B, Reid D, Goodyear-Smith F. Summary of an evidence-based guideline on soft tissue shoulder injuries and related disorders--Part 1: Assessment. *J Prim Health Care.* 2009; 1(1): 36-41. PubMed PMID: 20690485
- (162) House J, Mooradian A. Evaluation and management of shoulder pain in primary care clinics. *South Med J.* 2010; 103(11): 1129-35. PubMed PMID: 20890250
- (163) Huygen F, Patijn J, Rohof O, Lataster A, Mekhail N, Van Kleef M, et al. Painful shoulder complaints. *Pain Pract.* 2010; 10(4): 318-26. PubMed PMID: 20456651

- (164) Bloom JE, Rischin A, Johnston RV, Buchbinder R. Image-guided versus blind glucocorticoid injection for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD009147. PubMed PMID: 22895984
- (165) Esparza Miñana JM, Londoño Parra M, Villanueva Pérez VL, De Andrés Ibáñez J. [New options in the treatment of painful shoulder syndrome]. *Semergen.* 2012; 38(1):40-3. PubMed PMID: 24847538
- (166) Khan Y, Nagy MT, Malal J, Waseem M. The painful shoulder: shoulder impingement syndrome. *Open Orthop J.* 2013;7:347-51. PubMed PMID: 24082973.