



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2016-17)

Trabajo Fin de Grado

**Terapia no farmacológica en el manejo del
dolor crónico.**

Revisión bibliográfica

Alumna: Marina Pérez Lózar

Tutor/a: D^a. Mónica Fernández Salim

Julio, 2017

INDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCION	3
2.1.Concepto del dolor.....	4
2.2.Clasificación del dolor	5
2.3.Dolor crónico.....	6
3. MATERIAL Y MÉTODOS	11
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
4.1.Evaluación del dolor.....	16
4.2.Tratamiento del dolor crónico	17
4.2.1.Terapia o tratamiento farmacológico.....	18
4.2.2.Terapia o tratamiento no farmacológico.....	19
4.2.3.Terapias no farmacológicas más conocidas	22
4.3.Enfermería en el manejo del dolor crónico	28
5. CONCLUSIONES.....	31
6. BIBLIOGRAFIA	32
7. ANEXOS	40

1. RESUMEN

Introducción: El dolor es un grave problema que afecta y preocupa a las personas, cuando éste se cronifica puede provocar discapacidades, limitaciones y dependencia, afectando a muchos aspectos de la vida diaria de quien lo sufre y repercutiendo en su entorno. A pesar de la elevada prevalencia de este problema, de su magnitud y del interés médico, científico y social, esta inadecuadamente tratado. El objetivo de este trabajo es analizar si la terapia no farmacológica complementaria ayuda a controlar y aliviar el dolor en pacientes adultos, y sí puede ayudar a mejorar su calidad de vida.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados en los últimos 10 años en distintas bases de datos (SciELO, LILACS, PubMed...), seleccionando 30 artículos más otros documentos de interés.

Resultados y discusión: Para un adecuado manejo y tratamiento del dolor crónico es imprescindible una correcta evaluación del mismo. Además, al ser un tema complejo requiere un tratamiento multidisciplinar y su abordaje correcto debería incluir tanto terapias farmacológicas como no farmacológicas. El uso de la terapia no farmacológica es cada vez más recomendable para obtener mejores resultados en el manejo del problema, ya que se centra también en las consecuencias a largo plazo. Los programas de ejercicio físico, acupuntura, fisioterapia, musicoterapia y terapias psicológicas tienen efectos beneficiosos en el manejo del dolor crónico, como su disminución, mejora del estado de ánimo y reducción de discapacidades, mejorando así, la calidad de vida del paciente.

Conclusión: Las terapias no farmacológicas, ayudan a aliviar y controlar el dolor crónico, pero sobre todo mejoran la calidad de vida de los pacientes. Enfermería, tiene un papel fundamental en el manejo del dolor, por lo que es necesario que conozca estas terapias.

Palabras clave: Dolor crónico, Terapia no farmacológica, Manejo del dolor, Control del dolor, Enfermería

2. INTRODUCCION

El dolor es un grave problema de salud pública en todo el mundo, uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas. Aquellos que lo sufren pueden presentar un deterioro importante de la calidad de vida, ya que no solo afecta al cuerpo, sino al ser humano en conjunto. Además de ocasionar daños físicos y emocionales en las personas que lo sufren, puede llegar a afectar a aquellos que están a su alrededor. ¹

Todas las personas experimentan algún tipo de dolor a lo largo de su vida, afortunadamente no todas van a sufrir un dolor severo ni una cronificación de él. El problema está cuando ese dolor es muy intenso o cuando evoluciona a un dolor crónico. La cronicidad del dolor puede provocar discapacidades, limitaciones y dependencia a todos los niveles de la vida de la persona: familia, trabajo y sociedad. ²

El dolor es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria y una de las principales quejas de los pacientes es su inadecuado manejo y su mal control. A pesar de los avances científicos, médicos y tecnológicos, ni el dolor agudo ni el crónico suelen recibir un tratamiento adecuado, por lo que el paciente sufre innecesariamente por un dolor que debería ser tratado y manejado apropiadamente. ^{3, 4}

Cuando el dolor no se controla adecuadamente, puede provocar en el paciente graves consecuencias, afectando al estado físico, psicológico, emocional, social y espiritual, lo que repercute en las actividades de la vida diaria de esa persona, ocasionando una incapacidad funcional, que causa sufrimiento tanto a ella como a sus familiares. Por esta razón, es necesario un correcto manejo del dolor, y para ello se requiere una evaluación multidimensional adecuada. Hay que tener en cuenta que un abordaje temprano y adecuado del dolor es esencial, y en muchos casos, para evitar su cronificación. ⁴

El tema del dolor y su tratamiento ha alcanzado un reconocimiento mundial y por esta razón, es de vital importancia el papel de los sanitarios, entre ellos el de las enfermeras, que tienen que estar lo suficientemente preparadas para conseguir un adecuado manejo y control de este problema y así, poder ayudar a aquellas personas que lo sufren.²

2.1. Concepto del dolor

La experiencia del dolor es fundamental y ha estado presente durante toda la historia del hombre. En la antigüedad, el dolor era considerado una parte inevitable de la vida, en el cual las personas solo podían influir parcialmente debido a su supuesta etiología sobrenatural, ya que estaba muy relacionado con los eventos mágicos-religiosos, incluso llegó a considerarse como un castigo divino. Pero con el tiempo, la concepción del dolor y su tratamiento han ido evolucionando gracias al avance de la medicina. Ha sido a partir del siglo XX, cuando se ha dado mayor importancia al dolor, lo cual ha provocado un cambio de mentalidad, pasando de considerar al dolor como un síntoma, a considerarlo como una enfermedad en sí misma.^{5,6}

Cada persona aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal, y cada uno lo percibe de distinta manera. El dolor es un síntoma de alarma, que nos avisa de que algo amenaza nuestra integridad y obliga a tomar una actitud, pero una vez finalizada esta función, este es un problema complejo que debe ser tratado adecuadamente.⁷

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*IASP, International Association for the Study of Pain*) en 1979 definió el dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño”.⁸ Esto quiere decir que el dolor es considerado como una experiencia multidimensional en la que intervienen componentes fisiológicos, sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales, y que no siempre es consecuencia de un daño tisular, sino que puede ocurrir sin él, ya que el dolor no es un acontecimiento puramente nociceptivo. Muchas personas refieren dolor en ausencia de daño tisular o cualquier causa fisiopatológica.⁹

Por esta razón, el abordaje del dolor por parte de los profesionales de la salud, entre ellos enfermeras, es complejo y no solo puede centrarse en el control fisiológico y farmacológico, sino que también, debe tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y sus repercusiones, lo que se conoce como el modelo bio-psico-social.⁷

2.2. Clasificación del dolor

Para realizar un adecuado manejo del dolor y establecer unas estrategias terapéuticas efectivas es necesario clasificar el dolor.

Esta clasificación se puede realizar en función de su duración, su patogenia, su localización, su curso y su intensidad.^{7, 10, 11}

❖ Según su duración:

- Dolor agudo: está causado por un daño externo o interno, forma parte del sistema de protección del organismo, actúa como señal de alarma, por lo que tiene una función de alerta. Su intensidad se relaciona con la del estímulo desencadenante. Es predominantemente un síntoma y está limitado en el tiempo.
- Dolor crónico: es aquel que persiste en el tiempo más de 3-6 meses desde su aparición, incluso cuando las causas de este han desaparecido. Puede experimentarse ocasionalmente en ausencia de daño en el tejido y su intensidad puede no ser proporcional a la lesión causante. Se clasifica en oncológico y no oncológico.

❖ Según su patogenia:

- Dolor nociceptivo: causado por la presencia de un estímulo doloroso sobre los nociceptores (receptores del dolor). Según su localización, se divide en somático y visceral. Algunas de las causas más frecuentes de este tipo de dolor son la artritis, la artrosis, síndrome del dolor miofascial y el dolor del raquis.
- Dolor neuropático: causado por una lesión o disfunción primaria en el sistema nervioso. Se subdivide según donde este el daño, ya sea en el sistema nervioso central o en el periférico. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesia y disestesia. Frecuentemente, es difícil de

diagnosticar y de tratar. Algunas de las causas son: la neuropatía diabética, el dolor del miembro fantasma y la neuralgia post-herpética.

- Dolor psicógeno: causado por procesos mentales de la persona, no por causas fisiológicas inmediatas. Interviene el ambiente psico-social que rodea a la persona.

❖ Según su localización:

- Somático: se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, músculos, hueso, articulaciones, ligamentos, etc.). Es un dolor localizado.
- Visceral: se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Es un dolor mal localizado, continuo y profundo. Puede irradiarse a zonas alejadas del lugar donde se originó. Algunos ejemplos son: el dolor del cólico renal, el dolor visceral oncológico y el dolor causado por una pancreatitis aguda.

❖ Según el curso del dolor:

- Continuo: persiste a lo largo del día y no desaparece.
- Irruptivo: exacerbación transitoria del dolor. Puede ser inducido por el movimiento o por una acción voluntaria de la persona, en este caso se conoce como dolor incidental.

❖ Según su intensidad:

El dolor puede ser leve, moderado y grave.

2.3. Dolor crónico

Es aquel que persiste más allá de 3 a 6 meses desde su aparición, incluso después de la desaparición de su causa, aunque este tiempo puede variar según cada patología. Con frecuencia es de difícil tratamiento y puede causar problemas importantes en la persona que lo padece. Un dolor que se cronifica pierde su función de protección, y se convierte en la propia enfermedad o en la parte más importante de ella.^{7, 12}

Las cifras sobre la prevalencia del dolor crónico varían según estudios epidemiológicos, se estima que uno de cada seis españoles (17%) sufre dolor crónico y que uno de cada cinco europeos (19%) también lo sufre.¹³

- **Causas más frecuentes**

Las enfermedades reumáticas como la artritis, la artrosis y la fibromialgia son las principales causas del dolor crónico musculoesquelético. En cuanto a las causas más frecuentes del dolor crónico neuropático se encuentran el herpes zoster y la neuralgia post-herpética, neuralgias de nervios periféricos, neuropatía diabética periférica, dolor por lesión nerviosa y dolor post-amputación (del miembro fantasma). Y por último, las causas más frecuentes del dolor mixto o inespecífico son las cefaleas tensionales, las migrañas, la lumbalgia crónica inespecífica y la fibromialgia.
1, 12

- **Problema y calidad de vida**

El dolor crónico es un problema multifactorial, ya que depende de la interacción de factores físicos, psicológicos y socioculturales y los efectos que produce a largo plazo abarcan el ámbito emocional, social, familiar y laboral.^{10, 12}

El efecto devastador que provoca el dolor crónico afecta a muchos aspectos de la vida diaria de quien lo padece, ya que se ven afectados los componentes afectivo-emocional, cognitivo y conductual. Perturba el estado de ánimo, la calidad del sueño y el funcionamiento físico y social, deteriorando la calidad de vida de la persona, lo cual puede provocar estrés, sufrimiento y discapacidad. Además, los pacientes con dolor crónico presentan generalmente alguna limitación de las actividades de la vida diaria, como por ejemplo, realizar tareas del hogar, estudiar, caminar deprisa, manejar algún tipo de transporte y el sueño. Por esta razón, más que simplemente un síntoma, debe considerarse como una enfermedad en sí misma.^{2, 4, 13}

La Federación Europea de la Asociación Internacional de Estudio del Dolor (EFIC) y la Federación Europea de Asociaciones Neurológicas (EFNA), desarrollaron en el año 2014 un proyecto conocido como *Pain Proposal*, con el fin de lograr una visión general de la repercusión que tiene el dolor crónico en Europa. Según este estudio

el 50% de los pacientes estaban preocupados por el efecto del dolor en sus relaciones sociales. El 36% consideró que el dolor tenía un impacto negativo en su familia o amigos, y el 27% afirmó sentirse socialmente aislados. Además, se observó que los enfermos de dolor crónico no se sienten comprendidos por la sociedad, un 62% manifestó que su entorno no tenía conocimiento de la enfermedad y un 47% creía que la gente dudaba de la existencia de su dolor. Este efecto que provoca el dolor crónico en la participación de la persona en la vida social y familiar, puede ocasionar consecuencias muy graves, ya que el dolor se tolera mejor ante factores como la distracción o buenas relaciones sociales y familiares. Por esta razón, se observa que el dolor crónico tiene una relación con el incremento de enfermedades psicológicas como la ansiedad y la depresión.^{2, 13}

Por otra parte, otro aspecto que se ve afectado en estos enfermos es el ámbito laboral. El dolor crónico afecta y reduce la capacidad laboral, lo que supone un gran problema para estas personas. Muchos pierden su trabajo o se ven obligados a cambiar o a estar de baja debido a la carga que les causa. Según datos del estudio *Pain Proposal* el 21% de los pacientes manifestaron sentirse incapaces para trabajar, y entre los que sí lo estaban, el 61% declaró que su *status* laboral se había visto afectado. Además se vio, que el 29% de los europeos con dolor crónico temen perder su trabajo.^{2,13}

- **Manejo del dolor crónico**

El manejo del dolor crónico requiere de la coordinación entre atención primaria y de las diferentes especialidades y disciplinas implicadas en el tratamiento de estos pacientes, incluyendo las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD), a las cuales acuden los casos que no pueden resolverse en atención primaria y especializada. Pero a pesar de su elevada prevalencia, de su magnitud y del interés médico, científico y social, este problema está infravalorado e inadecuadamente tratado, los pacientes se quejan de un inadecuado manejo y de no recibir un correcto tratamiento. Según resultados del estudio *Pain Proposal*, el 38% del conjunto de europeos, y el 29% de los españoles, consideraban no recibir el tratamiento adecuado para su dolor.^{12, 13}

Las principales causas que generan ese inadecuado manejo son la falta de formación e información del profesional sanitario, la inadecuada e insuficiente evaluación del dolor, el desconocimiento de la utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente, la falta de Unidades de Tratamiento del Dolor y el componente subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor. Otros factores están relacionados con la dificultad de expresar el dolor por parte del paciente y la inadecuada comunicación entre la persona y el personal sanitario.^{4, 12, 14}

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el diagnóstico y la identificación de la mejor opción terapéutica puede llevar tiempo, debido a la dificultad para medir el dolor y sus manifestaciones, y para establecer el origen del dolor.¹³

Teniendo en cuenta todos estos antecedentes, la importancia del tratamiento del dolor crónico es evidente, debido a las consecuencias que provoca este problema en aquellos que lo sufren, viéndose afectada su calidad de vida y repercutiendo en los que están a su lado. Además de todas estas consecuencias que se han visto, hay que tener en cuenta el impacto socio-económico del dolor crónico. El manejo inapropiado unido a un tratamiento ineficaz, provocan que las personas con dolor crónico requieran el uso frecuente de recursos sanitarios, lo cual supone una carga económica elevada para el sistema sanitario. A esto se le suma los gastos indirectos debidos a las bajas laborales, a la disminución del rendimiento laboral y a la pérdida de la capacidad productiva.^{2, 13}

Por todo esto, es necesario que se tenga un adecuado conocimiento del problema y de los tratamientos que existen para poder aliviar y controlar el dolor en aquellas personas que tienen que convivir día a día con él, y así poder ayudar a mejorar su calidad de vida.

Hay que tener en cuenta que la enfermería tiene un papel relevante en la evaluación y en el tratamiento del dolor, debido al trato directo y cercano que se tiene con el paciente. Por esta razón, es de gran importancia que estos profesionales conozcan diversos aspectos sobre el tratamiento del dolor y sobre las intervenciones, no solo

farmacológicas sino también las no farmacológicas, siempre como terapia complementaria, sin sustituir al tratamiento farmacológico.

En este sentido, el objetivo general que se persigue con esta revisión bibliográfica es analizar si la terapia no farmacológica, actuando como un complemento del tratamiento farmacológico, ayuda a controlar y aliviar el dolor en pacientes adultos que sufren dolor crónico, y sí puede ayudar a mejorar la calidad de vida en estos pacientes. En este trabajo se revisa principalmente el dolor crónico en pacientes no oncológicos, aunque no se descarta el dolor crónico oncológico.

Los objetivos específicos son:

- Identificar terapias no farmacológicas que ayuden a aliviar y controlar el dolor crónico en pacientes adultos y adultos mayores.
- Conocer los beneficios de las terapias no farmacológicas en los pacientes con dolor crónico.
- Conocer la importancia y las intervenciones de enfermería en el control y alivio del dolor crónico, así como también, aportar información para que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se han llevado a cabo una serie de búsquedas en diferentes bases de datos. En primer lugar, la estrategia de búsqueda ha comenzado con el planteamiento de una pregunta de investigación, siguiendo el formato PICO. (Tabla 1)

Tabla 1. Formato PICO

P (población/pacientes)	I (intervención)	C (comparación)	O (resultado/outcome)
Pacientes adultos que sufren dolor crónico	Terapia o tratamiento no farmacológico complementario		Aliviar el dolor Control del dolor

¿En pacientes adultos que sufren dolor crónico, la terapia no farmacológica complementaria ayuda a controlar y aliviar el dolor?

A continuación, se han elegido una serie de palabras clave y se ha traducido el lenguaje natural, que utiliza términos libres, a lenguaje controlado empleando unos descriptores. Para ello se han utilizado los tesauros DeCs (Descriptores en ciencias de la salud) y MeSH (*Medical subjects headings*) que contienen descriptores que han ayudado a que la búsqueda sea más precisa. Además la traducción de los descriptores al inglés ha permitido la búsqueda en bases de datos internacionales. (Tabla 2)

Los términos elegidos se han combinado mediante los operadores booleanos, “AND” y “OR”. Por otra parte se han utilizado las comillas para buscar frases literales y los paréntesis para indicar preferencias en las búsquedas y que estas sean más precisas.

Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en ciertos buscadores y bases de datos científicas, las cuales fueron: SciELO, LILACS, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), IBECS, PubMed y Google Académico.

Tabla 2. Descriptores

LENGUAJE NATURAL	LENGUAJE CONTROLADO	
	<u>DeCs</u>	<u>MeSH</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico • Terapia • Manejo no farmacológico • Manejo del dolor • Intervenciones enfermeras • Terapias complementarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico • Terapia • Enfermería • Manejo del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chronic Pain</i> • <i>Therapy</i> • <i>Nursing</i> • <i>Pain management</i>

❖ Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión se han usado los siguientes:

- Artículos con fecha de publicación en los últimos 10 años (desde el 2007 hasta el 2017)
- Artículos en inglés y español.
- Artículos y documentos cuyo tema esté centrado en el dolor crónico y su tratamiento en pacientes adultos y adultos mayores.
- Artículos con acceso al resumen y que éste mostrara información concluyente.

Los artículos duplicados en las diferentes bases de datos y aquellos con acceso restringido o de suscripción/pago han sido excluidos.

❖ Resultados de la búsqueda

La búsqueda ha arrojado los siguientes resultados (Tabla 3):

▪ SciELO:

Se realizan las siguientes búsquedas utilizando como filtro, fecha de publicación en los últimos 10 años.

“dolor crónico” AND “manejo del dolor”. Los resultados fueron 29 artículos, de los cuales se preseleccionan en un principio 6 y al final se escogen 4 que cumplen los criterios para la revisión.

“dolor crónico” AND enfermería. Se obtienen 26 resultados, de los cuales según criterios se preseleccionan 3 artículos y al final se escogen 2 para la revisión.

“dolor crónico” AND terapia. Se obtienen 34 resultados, de los cuales se preseleccionan 10 artículos y al final se eligen 6 que cumplen criterios.

▪ **LILACS:**

“dolor crónico” AND “manejo del dolor”. Se obtienen 11 resultados, de los cuales se preseleccionan 5 artículos y al final se escogen 4 para la revisión, ya que uno está duplicado en otra base de datos.

“dolor crónico” AND (enfermería OR “intervenciones enfermeras”). Se obtienen 6 resultados, de los cuales se selecciona 1 artículo, pero al estar duplicado se descarta.

“dolor crónico” AND terapia. Se obtienen 53 resultados, de los cuales se preseleccionan 7 artículos y al final se eligen 3 que cumplen criterios.

▪ **BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS):**

Incluye la base de datos **IBECS**.

(“dolor crónico”) AND (“intervenciones enfermeras”). Filtros: <10 años. Se obtienen 4 resultados, de los cuales se selecciona 1 artículo para la revisión, que cumple los criterios.

▪ **PubMed:**

(“*chronic pain*”) AND “*pain management nonpharmacological*”. Filtros: <10 años. Texto de acceso libre. Idioma: inglés y español. Especies: humanas. Se obtienen 14 resultados, de los cuales se preseleccionan 4 artículos y al final se escogen 2 que cumplen criterios.

(“*chronic pain*”) AND “*complementary therapies*”. Filtros: <10 años. Texto de acceso libre. Idioma: inglés y español. Especies: humanas. Se obtienen 40 resultados, de los cuales se preseleccionan 6 artículos y al final se escogen 3 para la revisión que cumplen criterios.

- **Google Académico:**

Además de las búsquedas realizadas en estas bases de datos, se realizan una serie de búsquedas en **Google Académico** utilizando las siguientes palabras clave: dolor crónico, manejo del dolor, intervenciones enfermeras, prevalencia y tratamiento. En estas se seleccionan 4 guías clínicas (Dolor crónico Guía de Actuación Clínica en A.P del Hospital General Universitario de Valencia, Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), Guía clínica sobre el tratamiento del dolor de la Asociación Europea de Urología y *Management of chronic pain* de *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN)). También se ha consultado el libro “Dolor crónico enfermedad en si misma de la XIII reunión de expertos de la Fundación Grunenthal” y el documento “Unidad de Tratamiento del Dolor Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad” del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Además se han consultado sitios web de interés como la página de la “Asociación Internacional para el Estudio del Dolor”.

Por otra parte, en esta misma base de datos se han seleccionado 5 artículos para la revisión de los cuales 2 no cumplen el criterio de inclusión de fecha de publicación en los últimos 10 años, pero se han incluido en la revisión porque eran de interés para la realización de la introducción.

Tabla 3. Resultados de la búsqueda.

BASE DE DATOS	RESULTADOS	ARTICULOS PRESELECCIONADOS	ARTÍCULOS DEFINITIVOS
SciELO	89	19	12
LILACS	70	13	7
BVS (IBECS)	4	1	1
PubMED	54	10	5
TOTAL	217	43	25

❖ Análisis de la búsqueda

Se realizaron un total de 9 búsquedas en las bases de datos señaladas. Con las búsquedas realizadas se obtuvieron un total de 217 resultados, a continuación se seleccionaron aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión quedando 43 artículos. Tras descartar la bibliografía duplicada en las distintas bases de datos y tras una lectura minuciosa de los artículos, el número total de referencias seleccionadas fue de 25. A estos se les ha sumado las referencias encontradas en las búsquedas realizadas en Google Académico, quedando en total 30 artículos seleccionados. Extrayéndose que 18 son revisiones bibliográficas, 10 son estudios, 1 ensayo clínico y 1 caso clínico. (Figura 1)

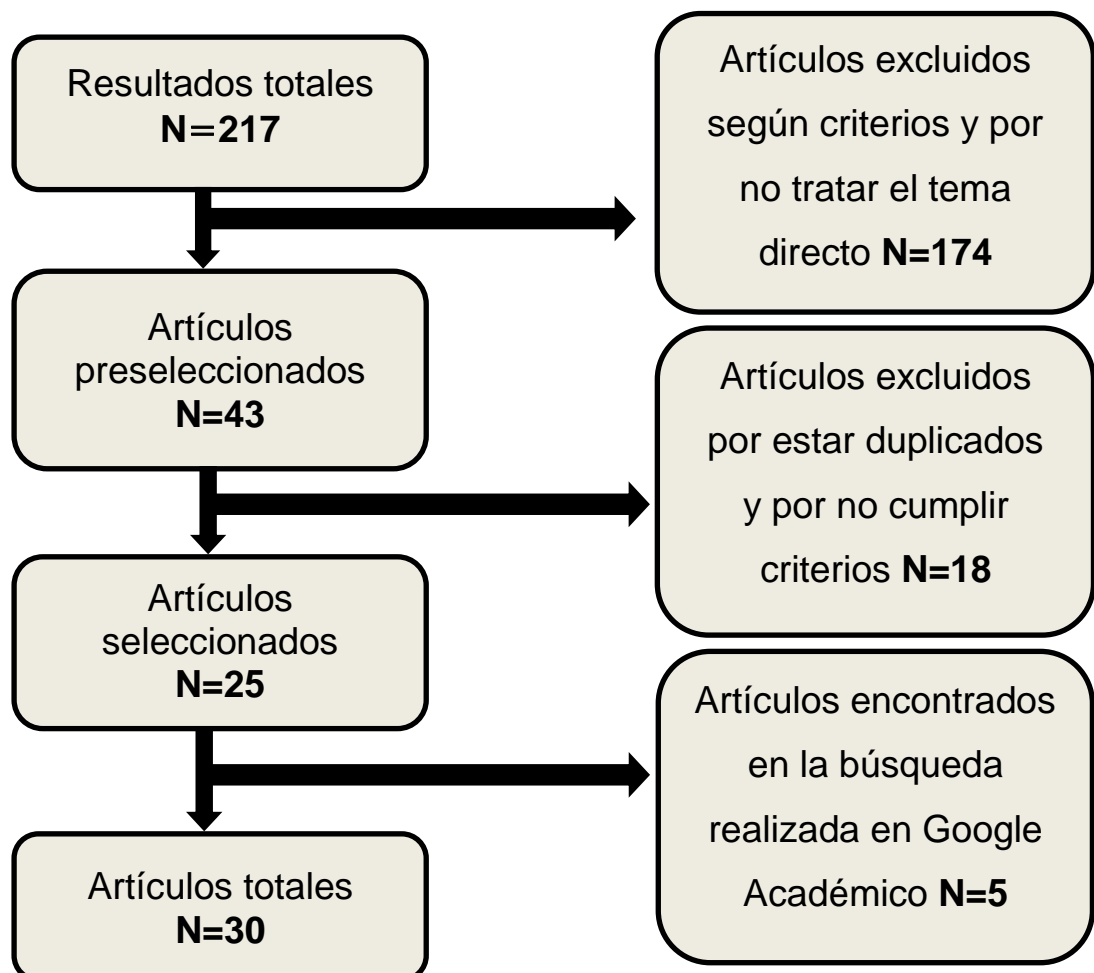


Figura 1. Análisis de la búsqueda

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Evaluación del dolor

Hay que tener en cuenta que para un adecuado manejo y tratamiento del dolor, es necesario realizar una buena evaluación del mismo, centrada en la intensidad del dolor, en la etiología y en sus repercusiones, sin olvidar de definir, previamente, unas herramientas correctas de valoración.¹⁵

La evaluación inicial del dolor debe incluir una descripción del dolor mediante las características PQRST: **P.** Factores paliativos o desencadenantes: “¿Qué hace que sea menos intenso?”. **Q.** Calidad: “¿A qué se parece?”. **R.** Irradiación: “¿Se propaga a algún otro lugar?”. **S.** Intensidad: “¿Qué intensidad tiene?”. **T.** Factores temporales: “¿Está ahí en todo momento, o viene y va?”.⁹

En la valoración existen diferentes escalas para evaluar el dolor. Estas escalas pueden ser de dos tipos, unidimensionales o multidimensionales. Las primeras sólo valoran la intensidad y el alivio del dolor, como por ejemplo la Escala Analógica Visual (EAV), la escala numérica verbal (NRS), la escala de descripción verbal (VDS) y la escala de caras del dolor de Wong Baker. Las segundas, las multidimensionales, además de medir la intensidad del dolor, miden aspectos emocionales, afectivos, cognitivos y sociales como los cuestionarios de calidad de vida. (Ver Anexo I. Figura 2)^{7, 9, 15}

La escala más utilizada es la Escala Analógica Visual (EAV), ya que esta permite de alguna manera hacer una comparación de los cambios del dolor y por lo tanto facilita la evaluación de la eficacia del tratamiento. Esta escala consiste en una línea horizontal de unos 10 cm de longitud, en cada extremo hay dos líneas que marcan, en un extremo el valor 0 “ausencia de dolor” y en el otro extremo el valor 10 “máximo dolor posible”. El paciente marcará sobre la línea la intensidad de su dolor.^{7, 9}

Sin embargo, para Bader *et al.*⁹, el uso de esta escala para la evaluación del dolor crónico está limitado por la variabilidad de la sensibilidad de cada individuo,

“probablemente como consecuencia de las respuestas emocionales, afectivas y cognitivas al dolor, junto con sesgos conductuales y culturales, apartados que no se miden con un instrumento unidimensional”. Por esta razón, para evaluar el dolor crónico son necesarias unas escalas que valoren más de una dimensión, no sólo la intensidad del dolor y los síntomas físicos, sino también el estado de salud, la depresión, la discapacidad y la calidad de vida de la persona. Un ejemplo sería el Cuestionario de salud SF-36.

4.2. Tratamiento del dolor crónico

Debido a la situación del dolor crónico y a que es un tema complejo, éste requiere un manejo multidisciplinar, y su abordaje correcto debería incluir tres aspectos distintos: farmacológico, físico y psicológico. Es de gran importancia que los pacientes reciban el tratamiento adecuado para su tipo de dolor y para sus características personales, y que sea lo antes posible. Se ha observado que cuanto más tiempo se tarde en tratar, los afectados experimentan un mayor deterioro de la calidad de vida, del bienestar psicológico y del estado emocional.^{2, 13}

Lo lógico es que se trate la enfermedad que da origen al dolor, para que este desaparezca. Normalmente la cirugía suele reparar las lesiones y con ello el dolor. Pero en ocasiones, el problema no puede solucionarse de esta manera, o, como también puede ocurrir, no se encuentra ningún problema o enfermedad que ocasione el dolor. En estos casos, tratar y solucionar el dolor son los objetivos principales, pero hay que ser conscientes de que es muy complicado lograr una liberación completa del dolor, por lo que, en caso de no ser posible, hay que decantarse por otras alternativas para mejorar la calidad de vida y reducir el impacto en el estado de ánimo y en la función del paciente.^{1, 16}

Actualmente existen diferentes tratamientos farmacológicos y terapias para el dolor crónico. Junto con el abordaje farmacológico está el no farmacológico, como tratamiento complementario, que suele tener un impacto positivo en la calidad de vida de las personas que padecen dolor crónico.¹⁶

4.2.1. Terapia o tratamiento farmacológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la escalera analgésica para el manejo de este problema, pero a pesar de su eficacia demostrada, son necesarios otros tratamientos. Esta escala fue desarrollada para tratar el dolor oncológico, pero actualmente se usa también para el dolor crónico no oncológico. Se ha visto que es útil para cierto tipo de dolor, como el dolor crónico nociceptivo, en cambio para el dolor de origen neuropático es menos eficaz.^{3, 13, 16}

La escalera analgésica de la OMS está formada por 3 escalones (Ver Anexo II. Figura 3):^{7, 9, 17}

- **Primer escalón analgésico, analgésicos-antiinflamatorios:** es utilizado para el dolor leve y los fármacos que están dentro de él son los analgésicos no opioides como el Paracetamol y el Metamizol, y los AINES. Estos se pueden combinar con algún fármaco coadyuvante cuando exista una indicación concreta.
- **Segundo escalón analgésico, opioides menores:** este es utilizado para el dolor moderado o para aquellos pacientes que con el primer escalón no logran un alivio suficiente del dolor. Ejemplos de estos son la codeína y el Tramadol. Estos pueden combinarse con fármacos del primer escalón y con fármacos coadyuvantes.
- **Tercer escalón analgésico, opioides mayores:** es utilizado para el dolor intenso. La Morfina por vía oral es el opioide de mayor elección, pero también en este escalón se encuentran el Fentanilo, la Oxycodona y el Tapentadol. Como el anterior escalón, pueden combinarse con fármacos no opioides y con coadyuvantes.
- **Fármacos coadyuvantes:** son aquellos que han sido sintetizados para otras indicaciones diferentes al dolor, pero que han demostrado su eficacia en su control. Ejemplos de estos fármacos son: los antidepresivos tricíclicos, los neurolépticos, los ansiolíticos, los anticonvulsivantes como la Gabapentina y la Pregabalina y los corticoides, entre otros.

Mills *et al.*¹⁸ en su artículo sobre el tratamiento del dolor crónico en atención primaria, sugieren que el tratamiento para el dolor nociceptivo debe iniciarse con paracetamol y a continuación aumentar la dosis de analgésicos con los AINES. El dolor neuropático debe ser tratado con paracetamol e ir progresando con antidepresivos tricíclicos. Además, en los casos que requieran más analgesia se debe usar Tramadol y opiáceos fuertes. Por otra parte, como se ha dicho anteriormente, estos autores explican que al tratamiento farmacológico se le debe añadir el enfoque no farmacológico, para lograr mejores resultados.

Por otra parte, Raymond *et al.*¹⁹ en su artículo sobre el manejo clínico del dolor, coinciden con los anteriores en que el dolor nociceptivo debe ser tratado con antiinflamatorios y analgésicos, y el dolor neuropático con antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivantes, pero explican que el tratamiento del dolor neuropático no puede limitarse a las drogas analgésicas, sugiriendo que los pacientes deben participar en programas de rehabilitación bio-psico-social. Además, manifiestan que la terapia farmacológica es la primera línea de tratamiento para el dolor, pero explican que no es la única opción disponible.

4.2.2. Terapia o tratamiento no farmacológico

- **Uso y recomendaciones de estas terapias**

El uso de la terapia no farmacológica es cada vez más frecuente y más recomendable para obtener mejores resultados en el manejo del dolor. Las intervenciones farmacológicas son efectivas, pero no siempre cubren las necesidades de los pacientes y en muchos casos a pesar del tratamiento, el dolor que presentan llega a niveles incapacitantes, afectando a la calidad de vida. Por otro lado, algunos tratamientos farmacológicos producen ciertos efectos adversos que perjudican y resultan intolerables para los pacientes, lo cual puede conducir a una mala adherencia terapéutica y a un mal control del dolor. Además, mientras que el tratamiento farmacológico se centra más en los efectos a corto plazo, el abordaje no farmacológico se centra también en las consecuencias a largo plazo, como en el malestar emocional y en la incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias. Por esta razón, cada vez se recurre más al uso de estas terapias en combinación

con los fármacos, para lograr un mayor control del dolor, disminuir efectos adversos de la medicación, en ocasiones reducir las dosis de los medicamentos, mejorar la calidad de vida, y además reducir costes.²⁰⁻²²

Hidalgo²³ expone que *“el tratamiento no farmacológico en España se sitúa en la posición más baja (56%) respecto a la media europea (69%)”*. Por otro lado, Cassileth *et al.*²⁰ en la *“Guía clínica para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos”*, dicen que *“a nivel internacional, del 7% a más del 60% de los pacientes con cáncer emplean terapias complementarias”*. Pero manifiestan que su uso también es frecuente en pacientes con dolor crónico no oncológico.

Según explican Martínez *et al.*²¹ las terapias complementarias son aquellas que se utilizan junto con la medicina convencional y abordan la situación de dolor desde la perspectiva física, psicológica, cultural, emocional, espiritual y social, lo que constituye una visión holística del ser humano. Además, revisan una serie de estudios sobre la prevalencia del uso de la medicina complementaria y alternativa, determinando que entre los pacientes que sufren dolor crónico, su aplicación es frecuente. Debido a esto, sugieren que se desarrollen nuevos proyectos de investigación que puedan permitir incluir estas terapias en el manejo clínico del dolor.

En este sentido, Castillo *et al.*² en una revisión sistemática sobre la efectividad de las intervenciones de enfermería en el dolor crónico, consideran que añadir intervenciones no farmacológicas a los tratamientos del dolor es recomendable y cada vez despierta más interés. Dentro de estas intervenciones no farmacológicas incluyen programas de ejercicios, masajes, terapia cognitivo conductual, acupuntura, musicoterapia, técnicas de relajación y otras diversas terapias.

Por otra parte, Mills *et al.*¹⁸ en su artículo sobre el tratamiento del dolor crónico en atención primaria, coinciden con los anteriores con respecto a que en el tratamiento del dolor crónico se deben incorporar tanto el enfoque farmacológico como el no farmacológico, incluyendo intervenciones de autogestión, ya que se ha observado que esto favorece una mejora en la función, el estado de ánimo y en la disminución del dolor, ayudando al paciente a vivir lo mejor posible, con la máxima calidad de

vida a pesar del dolor que sufre. Además manifiestan que *“una reducción total de la intensidad del dolor de un 30-50% se considera un resultado exitoso, ya que genera una mejora en la calidad de vida”*.

Stewart *et al.*²⁴ en un estudio para comprender mejor el uso de estrategias de manejo del dolor en adultos mayores, observaron que casi la mitad de los participantes utilizaban una o más estrategias farmacológicas para controlar su dolor, y una cuarta parte informó del uso diario de algún fármaco. Por otra parte, más de la mitad de los participantes usaban una o más terapias no farmacológicas, por lo que explican que estos resultados pueden deberse a la preocupación que se tiene por los efectos secundarios de la medicación convencional. En cuanto a la combinación de las terapias farmacológicas y no farmacológicas, los autores observaron que las personas con dolor moderado a severo eran más propensas a utilizar las terapias combinadas que aquellos que sufrían dolor leve. Este hecho también ocurría con las mujeres y con las personas con artrosis. También sugieren la importancia de tener en cuenta las preferencias de los pacientes a la hora de elegir las estrategias de manejo del dolor para mejorar la adherencia terapéutica, ya que observaron que los adultos mayores están dispuestos a utilizar las terapias no farmacológicas, de uso bastante común entre ellos.

- **Tipos de terapias no farmacológicas y sus efectos**

En cuanto a los tipos de terapias más utilizadas y las más eficaces, según expone Hidalgo²³ *“se estima que en el caso español, el 20% de los que padecen dolor crónico son tratados con masajes, el 6% con terapia física y el 6% con acupuntura, siendo estas tres opciones de tratamiento no farmacéutico las más comunes en Europa (30%, 21% y 13% respectivamente), según el estudio Pain in Europe”*.

Estos resultados son semejantes a los encontrados en otros dos estudios realizados sobre el uso de las terapias complementarias en el dolor crónico. Dubois *et al.*²⁵ observaron que las terapias complementarias para tratar el dolor crónico lumbar eran utilizadas por gran parte de los pacientes que participaron en el estudio (77.3%). Las terapias más utilizadas fueron la osteopatía (48.8%), los masajes (45.2%) y la acupuntura (31.6%). Pero manifiestan que las más eficaces fueron los

masajes, la osteopatía, la hipnosis y la meditación. Por otra parte, Ge Tan *et al.*²⁶ en un estudio realizado en Singapur, exponen que las terapias más utilizadas para controlar el dolor crónico fueron las de la Medicina Tradicional China (68%), entre ellas la más usada era la acupuntura, y en segundo lugar fueron otras terapias (31%), que incluían los masajes, el yoga y los tratamientos quiroprácticos. Estos autores manifiestan que el tipo de terapia que se emplea está relacionado con el origen étnico. Además, según los resultados del estudio, una gran parte de los participantes que utilizaban estas terapias consideraban que les habían ayudado a controlar el dolor.

Una revisión realizada sobre el tratamiento no farmacológico del dolor en las enfermedades reumáticas y dolores musculoesqueléticos ²⁷, exponen que las terapias como la acupuntura, los masajes, el yoga y la manipulación quiropráctica parecen ser prometedoras, ya que se han observado beneficios como el alivio del dolor y la mejora de otros síntomas relacionados con dolores de espalda, osteoartritis, artritis reumatoide y fibromialgia. (Ver Anexo III. Tabla 4)

- **Comunicación de su uso a los profesionales sanitarios**

Con respecto a la comunicación del uso de estas terapias por parte del paciente a los profesionales sanitarios, en dos estudios se observa que hay un gran porcentaje que no comunica su uso a los profesionales. Esto puede deberse por una parte, a la falta de información que tienen los profesionales sobre las terapias no farmacológicas y por otra, a que hay casos en que los profesionales no preguntan ni recomiendan el uso de estas terapias. Por esto, sugieren que es necesario mejorar la comunicación entre los profesionales y el paciente, en relación con el uso de estas terapias, para que los pacientes reciban un mayor y mejor asesoramiento y apoyo en el manejo del dolor. ^{25, 26}

4.2.3. Terapias no farmacológicas más conocidas

A continuación se analizan algunas de las terapias no farmacológicas más conocidas para tratar y manejar el dolor crónico.

Programas de ejercicio físico (PEF). El ejercicio es considerado un pilar fundamental en el tratamiento del dolor crónico, que proporciona múltiples beneficios en estos pacientes debido al impacto que tiene en el organismo. Este produce una activación del sistema opioide endógeno y de las vías inhibitorias del dolor a nivel central, logrando modular la percepción del dolor. Entre los beneficios que se han observado están la mejora del control del dolor, efectos positivos en el estado de ánimo, ya que ayuda a disminuir la ansiedad y la depresión, mejora la calidad del sueño, mejora la función muscular, pulmonar y cardiovascular y además, puede prevenir futuras discapacidades que puede ocasionar un dolor crónico mal tratado. Evidentemente, se debe tener cuidado con los pacientes frágiles, ya que en algunos casos el ejercicio puede aumentar el dolor.^{20, 28}

Según Urtubia *et al.*²⁸ en su artículo sobre el ejercicio en el manejo del dolor crónico, exponen que existen evidencias de que el ejercicio es beneficioso para pacientes que sufren patologías como la artrosis, el lumbago crónico y la fibromialgia, que causan dolor crónico. Señalan que para la artrosis, los ejercicios aeróbicos y de resistencia muscular son muy efectivos para el manejo del dolor y la mejora de la funcionalidad. Explican que para el dolor lumbar crónico, ejercicios como el yoga, tai chi o Pilates pueden ser beneficiosos. Además, advierten de la importancia de que el ejercicio se realice de manera indefinida, ya que hay estudios que demuestran que el ejercicio proporciona beneficios a corto plazo, pero si se abandona, el dolor puede reaparecer con el tiempo, incluso puede empeorar.

Una revisión sistemática sobre la eficacia del método Pilates en pacientes con dolor lumbar crónico, coincide con los resultados anteriores, en que el Pilates es eficaz para mejorar el dolor y la discapacidad a corto plazo en estos pacientes. Pero, comparándolo con otros ejercicios no se observan diferencias estadísticamente significativas.²⁹

Por otro lado, otros también sugieren que para los pacientes con enfermedades reumáticas que sufren dolor crónico es recomendable la práctica de ejercicio físico siguiendo una progresión lenta y gradual. Las actividades físicas más recomendadas para estos casos son las de flexibilidad, resistencia y el ejercicio aeróbico. Estas actividades parecen ser eficaces en la reducción del dolor y la discapacidad,

muestran beneficios a corto plazo, pero el problema está en que los pacientes no integran estas actividades físicas a su estilo de vida, con la consecuente aparición del dolor.²⁷

Rodero *et al.*²² en una revisión sobre el tratamiento no farmacológico en la fibromialgia, analizan los efectos de programas de ejercicio físico y exponen que presentan más beneficios si se combina el ejercicio aeróbico con la tonificación muscular, ya que consigue una mayor reducción del dolor. Pero concluyen que los PEF son más beneficiosos para reducir la incapacidad y para mejorar la tonificación muscular.

Acupuntura. Esta técnica consiste en la estimulación de determinados puntos en el cuerpo mediante la inserción de agujas estériles, finas y desechables. En la mayoría de los casos estos puntos se localizan entre músculos, cerca de terminaciones nerviosas y en zonas muy vascularizadas. En ocasiones, se puede utilizar el calor (moxibustión), presión (acupresión) o electricidad (electro-acupuntura) para aumentar el efecto terapéutico. Estudios fisiológicos y de imagen demuestran que la acupuntura induce analgesia y activa el sistema nervioso central. El efecto analgésico de esta técnica se obtiene por medio de la estimulación de fibras A-delta en la piel y en los músculos, que conducen impulsos a la sustancia gris, lo cual inhibe estímulos dolorosos desde la periferia y disminuye la percepción del dolor, generando la liberación de β -endorfinas y meta-enkefalinas en el cerebro, modulando así el dolor a nivel del hipotálamo y del sistema límbico.^{20, 30}

En una revisión sobre los efectos de la acupuntura en la medicina convencional se explica que el uso más común de la acupuntura es para el dolor crónico y es útil en el dolor lumbar, el dolor crónico de rodilla, la cervicalgia, el dolor de hombro y la cefalea crónica tipo migraña. Asimismo, los autores exponen que esta terapia no solo disminuye el dolor, sino que también, mejora la funcionalidad.³⁰

Igualmente, en un estudio sobre la efectividad de la acupuntura como terapia complementaria en el alivio del dolor crónico, se observó que esta terapia no solo disminuye la intensidad del dolor, sino que además, disminuye tanto su frecuencia, así como el consumo de analgésicos, la discapacidad y mejora el sueño. Tras el

tratamiento con acupuntura, se obtuvieron resultados significativos ($p < 0.001$) para el valor total de la escala del dolor y para las variables de intensidad, frecuencia, consumo de analgésicos, discapacidad y sueño. En cuanto a la efectividad de la acupuntura en la reducción de dolor de diversas patologías, se obtuvieron resultados significativos en: lumbalgia, cefalea, gonalgia, tendinitis, coxalgia, neuralgia del trigémino, cervicalgia, polineuropatía, fibromialgia, espondiloartrosis, dorsalgia y patología poliarticular. Además, se destaca la importancia de que se realicen más estudios para determinar cuáles son las patologías en las que se debería considerar la acupuntura como la primera elección.³¹

Otros dos estudios que valoran la efectividad de la acupuntura en la reducción del dolor crónico en las cefaleas crónicas y en la neuralgia del trigémino, también concluyen que la acupuntura produce beneficios, ya que los resultados muestran una disminución del dolor de cerca del 50% en las cefaleas crónicas y una disminución superior al 50% en la neuralgia del trigémino. Además, en ambos estudios se obtuvieron resultados positivos con respecto a la disminución de la frecuencia del dolor, del consumo de analgésicos, de la discapacidad y a la mejora del sueño.^{32, 33}

Fisioterapia. Los masajes, la crioterapia (tratamiento con frío) o la termoterapia (tratamiento con calor) son utilizados para el dolor musculoesquelético. La terapia de masajes consiste en la manipulación, aplicando presión al frotar o golpear el tejido blando y la piel, para estimular la circulación, relajar y aliviar el dolor. Se ha visto que la fisioterapia tiene efecto beneficioso para la intensidad del dolor y para la función física.^{10, 18, 20}

Musicoterapia. El uso de la música para aliviar el dolor, disminuir la ansiedad y la depresión es cada vez más frecuente, ya que se ha visto que puede mejorar la calidad de vida.²⁰ Castillo *et al.*² en una revisión sistemática sobre la efectividad de las intervenciones de enfermería en el dolor crónico, explican que se cree que la música libera endorfinas y cambia los niveles de catecolaminas, facilitando así el alivio del dolor. En esta revisión los autores analizaron dos ensayos clínicos aleatorizados sobre la efectividad de utilizar la música para aliviar el dolor crónico y observaron que ésta puede ser efectiva para el alivio del dolor crónico en personas

adultas, pudiendo ser una ayuda a los tratamientos farmacológicos. Además, explican que también se consigue mejorar la depresión, la discapacidad y aumenta la capacidad o empoderamiento.

Terapias psicológicas. Como se ha dicho anteriormente, el dolor crónico requiere un tratamiento multidisciplinar, por lo tanto, estas terapias tienen una gran importancia para que se consiga un adecuado manejo de este problema. Además de ayudar a aliviar el dolor, por otra parte, estas terapias favorecen la reducción de la ansiedad y la depresión que sufren los pacientes con dolor crónico, lo que a su vez, de forma indirecta, también ayuda a controlar el dolor. Además, permiten mejorar la capacidad de enfrentarse con el dolor, reducir la experiencia de dolor y aumentar la funcionalidad. La aplicación de los tratamientos psicológicos en personas con dolor crónico es escasa, a pesar de que se está demostrando la efectividad de muchas de ellas. Existen diversas terapias como la relajación, el *biofeedback*, la hipnosis y autohipnosis, la terapia de aceptación y compromiso, *mindfulness*, yoga y tai chi, programas de psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual, siendo esta última la más utilizada.³⁴⁻³⁶ Según explican Moix *et al.*³⁶ sobre los tipos de terapias psicológicas y su efectividad, existen estudios que muestran la efectividad de estas terapias para el control del dolor crónico y para la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, pero a pesar de ello, la evidencia actual sobre la efectividad de muchas de ellas es escasa por lo que son necesarios más estudios al respecto.

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC)**

Esta terapia considera que los procesos cognitivos tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, por lo que, la reestructuración de los pensamientos inadecuados, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica, puede mejorar el estado general del paciente. Su objetivo es ayudar a que la persona sea capaz de evaluar el impacto que tiene el dolor en su vida y enseñarle a identificar y cambiar los pensamientos y las actitudes y conductas inadecuadas. Existen estudios y revisiones que muestran la efectividad de esta terapia para el dolor crónico, al combinarla con el tratamiento médico habitual del paciente. Ésta puede ayudar a reducir el dolor, aumentar el funcionamiento y mejorar el estado de ánimo de estas personas, mejorando así su calidad de vida.^{2, 27, 36, 37}

Castro *et al.*³⁷ en su estudio sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico musculoesquelético, observaron que esta terapia redujo la intensidad del dolor y los síntomas depresivos, y mejoró el estado general de salud, las limitaciones físicas y emocionales, lo cual se traduce como una mejoría en la calidad de vida en los pacientes que la recibieron junto con su tratamiento médico. En otro estudio, en el que se evalúa la eficacia de la aplicación de la TCC junto con la Amitriptilina, un antidepresivo tricíclico, en pacientes con trastornos temporomandibulares, se obtienen resultados similares, ya que se observaron ligeras mejorías respecto al dolor, la depresión y la calidad de vida, en los pacientes que recibieron la TCC en combinación con la Amitriptilina, aunque en este caso no fueron estadísticamente significativas.³⁸

Por otra parte, Rodero *et al.*²² en una revisión sobre el tratamiento no farmacológico en la fibromialgia, exponen que el tratamiento cognitivo conductual puede aportar beneficios en cuanto a cómo afrontar y autocontrolar el dolor, pero los resultados en la reducción de la intensidad del mismo no son tan buenos. Consideran que la combinación de la TCC y de PEF sí que puede tener más beneficios en la disminución del dolor, mejora de la incapacidad y del estado de ánimo, aunque sugieren que son necesarios más estudios, ya que hay limitaciones en la realización de las TCC y los PEF.

También, Cunningham *et al.*²⁷ consideran que la combinación de la TCC y el ejercicio físico tiene más beneficios sobre la mejora del dolor, la fatiga, el funcionamiento físico y el estado de ánimo en pacientes con fibromialgia. Además, manifiestan que la TCC puede tener efectos beneficiosos en pacientes con enfermedades reumáticas, y se ha visto que mejora la intensidad del dolor, la calidad de vida y la depresión en pacientes con dolor crónico de espalda.

Una parte esencial de la terapia cognitivo-conductual son los **programas de psicoeducación**, estos tratan de aportar información al paciente sobre un adecuado manejo y manera de afrontar el dolor. Así, sus beneficios se han observado en el manejo del dolor crónico como terapia complementaria a la terapia tradicional. Las intervenciones psicoeducativas incluyen educación sobre el dolor, estimulación de la autoconfianza, establecimiento de metas, técnicas de relajación, restauración

cognitiva, técnicas de resolución de problemas, resaltar la importancia de modificar comportamientos dolorosos y la importancia del ejercicio físico y del apoyo social.^{2, 22, 39} En un estudio que evalúa el impacto de un programa psicoeducativo con enfoque cognitivo-conductual en el dolor crónico, dirigido por una enfermera, se demostró que el programa redujo de forma significativa la intensidad del dolor, la incapacidad y los síntomas depresivos en pacientes con dolor crónico.³⁹

4.3. Enfermería en el manejo del dolor crónico

Como se ha venido mencionando, la enfermería tiene un papel fundamental en el manejo del dolor crónico, ya que son quienes están en mayor contacto con el paciente. Por esta razón, se enfrentan a numerosos retos, y es importante preparar a los profesionales de enfermería para que conozcan los mecanismos desencadenantes del dolor, los métodos de evaluación, la aplicación de los instrumentos de valoración y la variedad de tratamientos disponibles. No solo el tratamiento farmacológico y los cuidados que se deben dar a estos pacientes, sino también, intervenciones no farmacológicas complementarias que pueden ayudar a controlar el dolor y mejorar la calidad de vida. De esta forma, mediante el conocimiento de estas terapias, estos profesionales pueden educar y asesorar a los pacientes y también pueden aplicarlas, dependiendo de las necesidades de cada persona.^{40, 41}

Existen intervenciones enfermeras que pueden aportar efectos beneficiosos para los pacientes con dolor crónico, algunas de ellas son: la musicoterapia, programas de tratamiento cognitivo-conductual, programas de psicoeducación, de estimulación sensorial, imágenes guiadas y programas de ejercicio físico. El grado de recomendación que presentan estas terapias según el *Joanna Briggs Institute*, es un Grado B (recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación). Estas intervenciones pueden ayudar a reducir el dolor, la depresión, la discapacidad, aumentando la calidad de vida, en pacientes con osteoartritis, fibromialgia, dolor crónico musculoesquelético y dolor crónico de cabeza. (Ver Anexo IV. Figura 4)^{42, 43}

Por otra parte, hay que destacar la importancia de humanizar el cuidado de las personas con dolor crónico. Esto se consigue, proporcionando cuidados que respondan a sus necesidades individuales y abordando este problema de manera más humana y sensible. Con el fin de valorar el dolor adecuadamente, determinar el impacto que tiene el dolor en el paciente y en su familia, utilizando y aplicando correctamente los recursos que se tienen y promoviendo siempre el autocuidado, hasta donde ellos puedan realizarlo. Debido a que enfermería ejerce su profesión a través del cuidado directo, es esencial tener en cuenta el respeto a la persona y a su vida, respetando su dignidad, su intimidad, sus creencias y pensamientos, y a su entorno social y familiar. Según Montealegre *“humanizar el cuidado de los pacientes con dolor, tiene como objetivo no menospreciar el dolor o el sufrimiento, no minimizar su queja dolorosa”*.⁴¹

Por último, el papel de enfermería en las Unidades de Tratamiento del Dolor es esencial, para que los pacientes reciban un adecuado manejo del dolor desde una perspectiva multidisciplinar. Mediante la elaboración de planes de cuidados y colaborando con otros profesionales, los cuidados enfermeros pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Los objetivos generales de enfermería en estas unidades son: proporcionar cuidados integrales al paciente y la familia, mejorar la calidad de vida del paciente, mejorar la eficacia de los tratamientos y minimizar los efectos secundarios. (Ver Anexo V. Tabla 5)^{12, 40}

Según Goberna *et al.*⁴⁰ las enfermeras tienen una serie de funciones específicas como miembro del equipo asistencial de las Unidades del Dolor, estas son de programación, coordinación, asistencial y docente, y dentro de cada una de ellas deben realizar una serie de actividades específicas. Con la consulta de enfermería en estas unidades se pretende ofrecer un plan de atención que refuerce la capacidad de autocuidado del paciente, mitiga los efectos secundarios de los tratamientos y las consecuencias que tienen estos en su día a día. Hay determinadas técnicas que son exclusivas de enfermería, tras la consulta médica, es la enfermera quien refuerza las indicaciones médicas, programa e informa los tratamientos que se realizan en la Unidad, aclara las dudas que le pueden surgir al paciente, indica las normas de higiene postural, enseñando los ejercicios de fortalecimiento y estiramiento adecuados a cada patología y realiza las técnicas de

enfermería vigilando los efectos adversos y valorando los resultados. Además de esto, se encarga de revisar el seguimiento del paciente y de contactar con atención primaria para continuar con los cuidados e informar sobre los tratamientos, indicaciones y apoyos sociales disponibles.

Es importante que el personal de enfermería esté preparado y capacitado para realizar la valoración y los cuidados continuados del paciente con dolor crónico, manejar las terapias analgésicas, los dispositivos de administración de fármacos, colaborar con el médico, realizar educación para la salud tanto individual como grupal y establecer relaciones de confianza y respeto con el paciente, preservando siempre su intimidad. ¹²

5. CONCLUSIONES

- La terapia no farmacológica no sustituye al tratamiento farmacológico sino que es necesario combinar ambas terapias ya que tienen un impacto positivo en la calidad de vida de las personas que sufren dolor crónico
- Las terapias no farmacológicas, como terapias complementarias, ayudan a aliviar y controlar el dolor crónico en muchos casos, pero sobre todo tienen resultados beneficiosos en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, ya que mejora el estado de ánimo, el funcionamiento físico, disminuyen la depresión y las discapacidades. Y además, se puede llegar a reducir el uso excesivo de analgésicos, reduciendo los costes y disminuyendo las reacciones adversas de los fármacos.
- Enfermería tiene un papel fundamental en el manejo del dolor crónico, por esta razón es esencial que conozcan las terapias complementarias, para poder asesorar y educar a los pacientes que sufren dolor crónico, y de esta forma ayudar a conseguir un mayor control del dolor crónico.
- Se necesita más investigación sobre la efectividad de las terapias no farmacológicas y más educación por parte de los profesionales sanitarios para un correcto uso y aplicación de las mismas.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Casanova J. Fisiopatología del dolor crónico. En: Muriel C, director. "Dolor crónico enfermedad en sí misma". XIII Reunión de Expertos. Salamanca, 23 y 24 de Septiembre de 2013 [Internet]. Fundación Grünenthal, Universidad Salamanca; 2013 [citado 10 de abril de 2017]. p.11-27. Disponible en: <http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+cr%C3%B3nico+enfermedad+en+s%C3%AD+misma.pdf?fileID=293400058&cacheFix=1411386377000&k=fa89174909999ac329623a628ad23de6>)
2. Castillo MD, Moreno JP, Martínez MV, Artiles MM, Company MC, García MC, *et al.* Effectiveness of nursing interventions for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews [Internet]. 2010 [citado 10 de abril de 2017];8(28):1112-68. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/210889-RS-DOLOR-CRONICO-ESPANOL.pdf>
3. Calsina-Berna A, Moreno N, González-Barboteoa J, Solsona J, Porta J. Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2011 [citado 10 de abril de 2017];43(11): 568-75. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-dolor-como-motivo-consulta-S0212656711000412>
4. González-Rendón C, Moreno-Monsivas MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2007 [citado 10 de abril de 2017];14(6):422-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000600004#back
5. Witte W, Stein C. Historia, definiciones y puntos de vista contemporáneos. En: Kopf A, B. Patel N, editors. Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos [Internet]. Washington: International Association for the Study of Pain; 2009 [citado 10 de abril de 2017]. P.3-7. Disponible en: <http://www.iasp->

pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf

6. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2005 [citado 12 de abril de 2017];12:373-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005006600007
7. Cerdá-Olmedo G, De Andrés J. Dolor crónico. Guía de actuación clínica en A.P. [Internet]. Hospital General Universitario de Valencia; [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap014dolorcronico.pdf>
8. IASP: International Association for the Study of Pain [internet]. Washington; 2017 [citado 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/>
9. Bader P, Echtele D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A, et al. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor [Internet]. European Association of Urology; 2010 [citado 14 de abril de 2017]. Disponible en: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/16-GUIA-CLINICA-TRATAMIENTO-DOLOR1.pdf>
10. Change pain [internet]. Madrid: Grünenthal Pharma, S.A; 2017 [citado 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/320200134.jsp>)
11. Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 [citado 12 de abril de 2017];28(3):33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300006&script=sci_arttext&lng=en
12. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de tratamiento del dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Informes, Estudios e Investigación [Internet]. 2011 [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf

13. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado 12 de abril de 2017];21(1):16-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000100003&script=sci_arttext&tlng=en
14. Saruwatari G, Siqueiros-García JM. El alivio del dolor ¿es un derecho humano?. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2012 [citado 14 de abril de 2017];19(3):147-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000300006&lang=pt
15. Powell R, Downing J, Ddungu H, Mwangi-Powell FN. Historia y evaluación del dolor. En: Kopf A, Patel NB, editors. Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos [Internet]. Washington: International Association for the Study of Pain; 2009 [citado 14 de abril de 2017]. P.67-79. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). [Internet]. Management of chronic pain [Internet]. Edinburgh: SIGN; 2013 [citado 14 de abril de 2017]. (SIGN publication no. 136). [December 2013]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>.
17. Herrero J. Impacto de la cronificación del dolor en el paciente en atención primaria. En: Muriel C, director. "Dolor crónico enfermedad en sí misma". XIII Reunión de Expertos. Salamanca, 23 y 24 de Septiembre de 2013 [Internet]. Fundación Grünenthal, Universidad Salamanca; 2013 [citado 14 de abril de 2017]. p.107-41. Disponible en: <http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+cr%C3%B3nico+enfermedad+en+s%C3%AD+misma.pdf?fileID=293400058&cacheFix=1411386377000&k=fa89174909999ac329623a628ad23de6>
18. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2016 [citado 20 de

abril de 2017];18:22. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731442/>

19. Raymond P, da Silva G. Mechanisms and clinical management of pain. *Braz Oral Res* [Internet]. 2012 [citado 20 de abril de 2017];26(Spec Iss 1):115-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v26nspe1/a17.pdf>
20. Cassileth B, Gubili J. Terapias complementarias para el manejo del dolor. En: Kopf A, Patel NB, editors. *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos* [Internet]. Washington: International Association for the Study of Pain; 2009 [citado 20 de abril de 2017]. P.59-64. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
21. Martínez LM, Martínez GI, Gallego D, Vallejo EO, Lopera JS, Vargas N, *et al.* Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2014 [citado 20 de abril de 2017];21(6):338-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lang=pt
22. Rodero B, Garcia-Campayo J, Casanueva B, Buriel Y. Tratamiento no farmacológico en Fibromialgia: una revisión actual. *Rev Psicopa y Psico Clí* [Internet]. 2009 [citado 20 de abril de 2017];14(3):137-51. Disponible en: <http://www.aeppc.net/rppc.php?id=179>
23. Hidalgo A. Impacto socio-económico del dolor crónico. En: Muriel C, director. "Dolor crónico enfermedad en sí misma". XIII Reunión de Expertos. Salamanca, 23 y 24 de Septiembre de 2013 [Internet]. Fundación Grünenthal, Universidad Salamanca; 2013 [citado 20 de abril de 2017]. p.181-89. Disponible en: <http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+cr%C3%B3nico+enfermedad+en+s%C3%AD+misma.pdf?fileID=293400058&cacheFix=141138637700&k=fa89174909999ac329623a628ad23de6>
24. Stewart C, Leveille SG, Shmerling RH, Samelson EJ, Bean JF, Schofield P. Management of persistent pain in older adults: the MOBILIZE Boston Study. *J*

- Am Geriatr Soc [Internet]. 2012 [citado 20 de abril de 2017];60(11):2081–86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498575/>
25. Dubois J, Scala E, Faouzi M, Decosterd I, Burnand B, Redondi P. Chronic low back pain patients' use of, level of knowledge of and perceived benefits of complementary medicine: a cross-sectional study at an academic pain center. BioMed Central [Internet]. 2017 [citado 20 de abril de 2017];17:193. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5379639/pdf/12906_2017_Article_1708.pdf
26. Ge Tan M, Win M, Khan S. The Use of Complementary and Alternative Medicine in Chronic Pain Patients in Singapore: A Single-Centre Study Ann Acad Med Singapore [Internet]. 2013 [citado 23 de abril de 2017];42:133-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23604502>
27. Cunningham NR, Kashikar-Zuck S. Nonpharmacologic Treatment of Pain in Rheumatic Diseases and Other Musculoskeletal Pain Conditions. Curr Rheumatol Rep [Internet]. 2013 [citado 25 de abril de 2017];15(2):306. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3566663/>
28. Urtubia V, Miranda AL. Ejercicio para manejo del dolor crónico. Rev Hosp Clín Univ Chile [Internet]. 2015 [citado 25 de abril de 2017];26:156-66. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/ejercicio_para_manejo_dolor.pdf
29. Miyamoto GC, Costa L, Cabral C. Efficacy of the Pilates method for pain and disability in patients with chronic nonspecific low back pain: a systematic review with meta-analysis. Braz J Phys Ther [Internet]. 2013 [citado 25 de abril de 2017];17(6):517-32. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552013000600517
30. Arango-Vélez V, Montoya-Vélez LP. Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. Rev CES Med [Internet]. 2015 [citado 10 de mayo de 2017];29(2):283-94. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052015000200011&lang=pt

31. Collazo E. Efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor refractario al tratamiento farmacológico convencional. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2008 [citado 10 de mayo de 2017];16(2):79-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000200002&lang=pt
32. Collazo E. Ensayo no aleatorizado del tratamiento con acupuntura de la cefalea resistente a terapias convencionales. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2010 [citado 10 de mayo de 2017];17(8):359-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000800002&lang=pt
33. Collazo E, Gómez F. Ensayo no aleatorizado del tratamiento con acupuntura de la neuralgia del trigémino resistente a tratamiento convencional. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2015 [citado 10 de mayo de 2017];22(1):32-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000100005&lang=pt
34. Traue HC, Jerg-Bretzke L, Pfingsten M, Hrabal V. Factores psicológicos del dolor crónico. En: Kopf A, Patel NB, editors. Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos [Internet]. Washington: International Association for the Study of Pain; 2009 [citado 20 de mayo de 2017]. P.19-26. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
35. Cornejo JP, Barros PA. Enfoque integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en el manejo del dolor crónico: el caso de una adulta mayor. Rev Hosp Clín Univ Chile [Internet]. 2015 [citado 20 de mayo de 2017];26:125-31. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/enfoque_integrativo_dolor_cronico.pdf
36. Moix J, Casado MI. Terapias Psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. Clínica y Salud [Internet]. 2011 [citado 20 de mayo del

- 2017];22(1):41-50. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lang=pt
37. Castro M, Daltro C, Kraychete D, Lopes J. The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. Arq. Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2012 [citado 20 de mayo del 2017];70(11):864-68. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2012001100008
38. Calderon P, Tabaquim ML, Oliveira LC, Camargo AP, Netto TC, Conti PC. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and amitriptyline in patients with chronic temporomandibular disorders - a pilot study. Braz Dent J [Internet]. 2011 [citado 8 de junio del 2017];22(5):415-21. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402011000500012
39. Salvetti M, Cobelo A, Vernalha P, Vianna C, Canarezi LC, Calegare RG. Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 8 de junio del 2017];20(5):896-902. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500011&lang=pt
40. Goberna MJ, Mayo M, Lojo V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado 14 de junio del 2017];21(1):50-58. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/articulo_especial.pdf
41. Montealegre DC. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Rev Cuid [Internet]. 2014 [citado 14 de junio del 2017];5(1):679-88. Disponible en:
<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/106/170>
42. JBI. Intervenciones de enfermería para pacientes adultos que sufren dolor crónico. Best Practice [Internet]. 2011 [citado 14 de junio de 2017];15(10):1-4.

Disponible

en:

http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2011_15_10_BestPrac.pdf

43. Rodríguez RM, Orta MA, Amashta L. Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. Enfer Glob [Internet]. 2010 [citado 14 de junio de 2017];(19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200010&lang=pt

7. ANEXOS

ANEXO I.

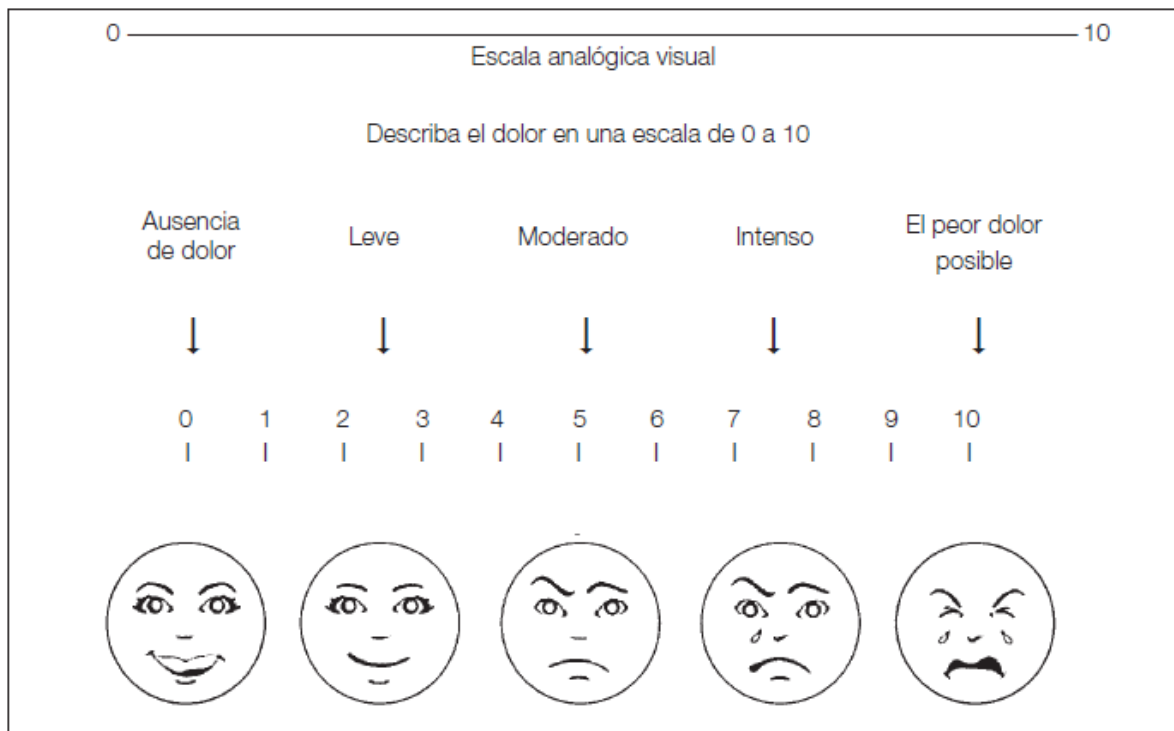


Figura 2. Escalas de valoración del dolor ⁹

ANEXO II.



Figura 3. Escalera analgésica de la OMS ¹⁷

ANEXO III.

Tabla 4: Intervenciones complementarias en enfermedades reumáticas ²⁷

Osteoartritis/Artritis Reumatoide	Fibromialgia	Dolor de espalda
Acupuntura para reducir el dolor	Acupuntura para reducir el dolor	Acupuntura para reducir el dolor
Masaje en Osteoartritis para reducir el dolor	Masaje para mejorar la movilidad	Manipulación quiropráctica para reducir el dolor
	Yoga para el dolor, la fatiga y cambios de humor	

Anexo IV.

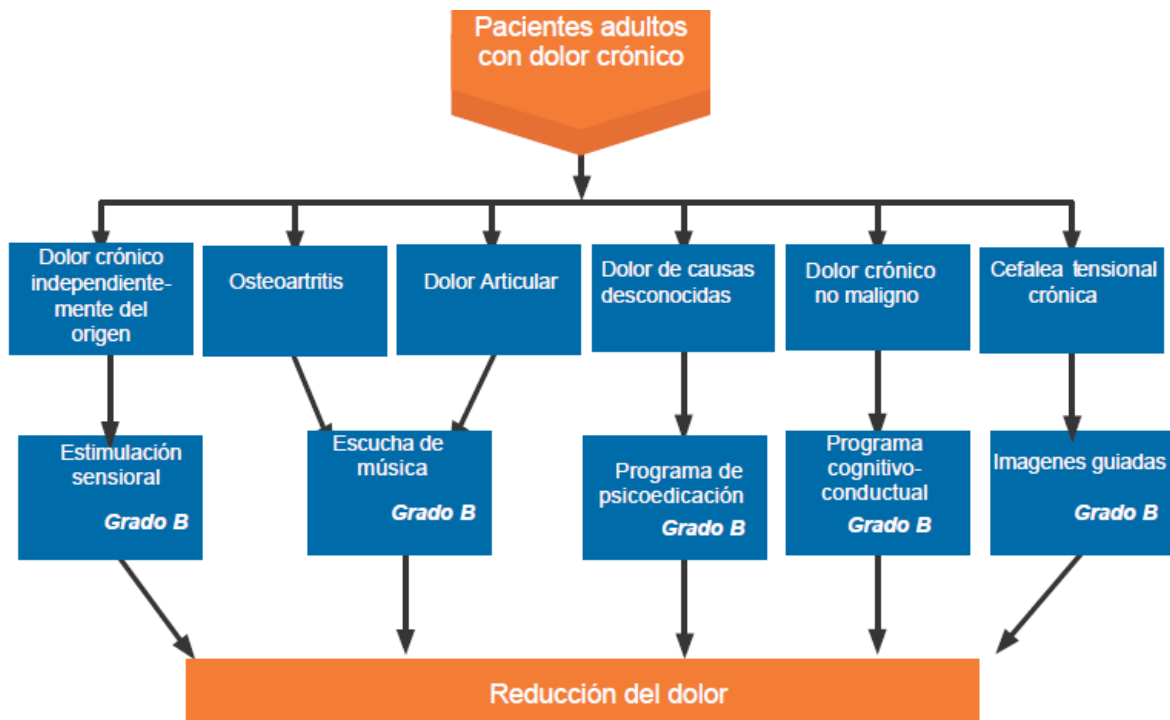


Figura 4. Intervenciones de enfermería para pacientes con dolor crónico ⁴²

Anexo V.

Tabla 5: Objetivos de enfermería en las unidades del dolor ⁴⁰

Objetivos generales	Objetivos específicos
Proporcionar cuidados integrales al paciente y familia	<ul style="list-style-type: none">• Garantizar la comprensión de la información• Garantizar que los pacientes realicen las pruebas indicadas y acudan a las revisiones citadas• Proporcionar formación, información y educación terapéutica sobre el tratamiento que se le va administrar• Potenciar el autocuidado a través de técnicas de educación para la salud (realización de ejercicio, normas posturales, estilos de vida...)
Mejorar la calidad de vida del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Reducir la morbilidad
Mejorar la eficacia del tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Promover mayor independencia del paciente• Ayudarle a la adaptación de las limitaciones que le puede ocasionar
Minimizar los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar la promoción de la salud y la prevención secundaria de la enfermedad• Implicar a su entorno en los cuidados