



**Universidad de Valladolid**  
**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2013/14**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**El dolor agudo postquirúrgico en el adulto,  
“la 5ª constante”**

**Autora: Soraya López Portero**

**Tutora: C. Alicia San José Arribas**

## Índice

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN .....   | 1  |
| OBJETIVOS .....  | 4  |
| DESARROLLO.....  | 6  |
| 1. Tipología del dolor.....  | 6  |
| 2. Respuesta del organismo en presencia de dolor. ....             | 6  |
| 3. El dolor agudo postquirúrgico.....                              | 7  |
| 3.1. Factores que influyen en el DAP .....                         | 8  |
| 3.2. Valoración y evaluación del DAP.....                          | 8  |
| 3.3. El registro del DAP, el dolor como “la quinta constante”..... | 10 |
| 3.4. Tratamiento del DAP, protocolos de analgesia.....             | 12 |
| 4. La transcendencia del DAP .....                                 | 14 |
| 4.1. Prevalencia del DAP.....                                      | 14 |
| 4.2. Repercusiones del manejo inadecuado del DAP.....              | 16 |
| 4.3. La Unidad de Dolor Agudo en el DAP.....                       | 16 |
| 4.4. Organismos encargados del DAP.....                            | 18 |
| 4.5. Un “Hospital Sin Dolor” .....                                 | 19 |
| 5. El papel de la enfermera en el DAP y en las UDA. ....           | 20 |
| CONCLUSIONES.....  | 24 |
| BIBLIOGRAFÍA .....   | 26 |



## RESUMEN

### **Palabras Clave:**

Dolor agudo postquirúrgico, proceso de enfermería, quinta constante, calidad asistencial

El dolor agudo postquirúrgico es aquel dolor que aparece como consecuencia de una intervención quirúrgica en el paciente y por esta razón, tiene la particularidad de ser un dolor de carácter previsible e implica que puede ser tratado de forma inmediata, siendo esto una ventaja incondicional para el paciente.

Aún así, la prevalencia del dolor agudo postquirúrgico en los últimos años estudiados alcanza un 68% en los hospitales españoles. La repercusión que causa la presencia del dolor postoperatorio, tiene una relación directa con el aumento de morbilidad y el aumento del coste sanitario porque se prolonga la estancia hospitalaria, se origina mayor gasto de recursos sanitarios, farmacia, equipos, materiales, etc. Actualmente, es una de las preocupaciones prevalentes en el ámbito hospitalario.

El personal de enfermería tiene un papel vital en el control del dolor agudo postquirúrgico. Una mala calidad en el proceso de enfermería, supone un inapropiado manejo del dolor y perjudica directamente al paciente en lo que se refiere a salvaguardar su derecho fundamental: el derecho a la salud. Así mismo, puede provocar la aparición de las principales consecuencias negativas del dolor postoperatorio; un aumento de la morbilidad y del coste sanitario.

El registro del dolor como “quinta constante” aumenta el compromiso del manejo del dolor y debe ser una de las funciones propias del personal de enfermería porque, el manejo adecuado del dolor agudo postquirúrgico es un objetivo de mejora en la calidad asistencial.



## INTRODUCCIÓN

La *International Association for the Study of Pain* (IASP) define el dolor como la experiencia sensorial y emocional desagradable producida por una lesión tisular real o potencial que se descubre en términos de dicha lesión<sup>3,4,5,9</sup>. Sin embargo, si nos referimos al dolor agudo postquirúrgico (DAP) puede definirse como el dolor repentino secundario a una agresión directa o indirecta producida por el acto quirúrgico<sup>3</sup>. Por su parte, la *American Association of Anesthesiologist* lo define como el dolor presente en el enfermo quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y sus complicaciones, o a una combinación de ambos<sup>5</sup>.

El dolor presenta dos focos diferentes de creación: el dolor nociceptivo y el dolor neuropático<sup>5</sup>. El DAP es un dolor de origen nociceptivo<sup>5, 9,13</sup>. Se produce por la activación de los nociceptores en respuesta a estímulos nocivos como una lesión, traumatismo, inflamación y es el tipo de dolor más frecuente<sup>5</sup>. La ventaja que presenta el DAP es que una vez se comprende su fisiología es posible conocer la causa de su aparición, y anticiparse para evitar o minimizar sus efectos<sup>5, 8</sup>. Además, por sus características (agudo, con una duración determinada y previsible) puede ser perfectamente tratado de forma objetiva<sup>1</sup>. Sin embargo, el dolor tiene un contrasentido: es subjetivo<sup>5, 7</sup>. Por lo tanto, debemos evitar llegar a pensar que “no le duele tanto”, o que “el paciente exagera”<sup>1</sup>.

Por otro lado, en las Unidades de Reanimación, se observa que el DAP es una de las preocupaciones que posee el paciente inmediatamente después de haber sido intervenido. En cierta forma, el paciente se ve resignado a padecer y soportar este efecto negativo y llega a pensar que este dolor es algo natural después de la intervención quirúrgica<sup>1</sup>. No debemos olvidar que el hecho de no padecer dolor forma parte de un derecho fundamental: el derecho a la salud<sup>1, 9</sup>. Por lo tanto, se puede decir que el alivio del dolor también es un deber del profesional sanitario.

Para valorar la intensidad del DAP se desarrollaron las escalas de autoevaluación ó valoración subjetiva<sup>13</sup>. Como ejemplos se pueden citar la



Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Verbal Numérica (EVN) y la Escala Verbal Simple (EVS). La EVA es actualmente la escala más utilizada siendo la herramienta de referencia para medir el dolor agudo postquirúrgico<sup>7</sup>. Con esta escala obtenemos una puntuación (del 1 al 10) que el paciente asigna haciendo referencia a la intensidad de su dolor<sup>7</sup>. Actualmente, en ciertos programas de gestión de cuidados de enfermería<sup>9</sup> y en hojas de registro de constantes, ya está incluido un apartado concreto para que el personal de enfermería registre esta constante, “la quinta constante”<sup>8</sup>.

Para aliviar el DAP se utiliza un tratamiento terapéutico farmacológico basado en la analgesia<sup>5,13</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó en 1996 una estrategia terapéutica del dolor oncológico. Sin embargo, se está aplicando *modificada* para el control del dolor no oncológico como es el caso del DAP. Esta estrategia se basa en una escalera analgésica de tres peldaños, pero ha sido adaptada a “ascensor analgésico” para el DAP<sup>28,38</sup>. Según la intensidad del dolor que el paciente expresa (leve, moderado, severo) se realizará un tratamiento con analgésicos no opioides (AINE, paracetamol, metamizol), opioides débiles (codeína, tramadol) y opioides potentes (morfina, fentanilo, buprenorfina), más la posibilidad en cualquier escalón del uso de coadyuvantes<sup>12, 21</sup>.

En hospitales como en el Hospital Universitario la Paz en Madrid<sup>9</sup> y el Hospital Miguel Servet de Zaragoza<sup>7</sup> se realizan protocolos de analgesia postoperatoria del DAP para ajustar el tratamiento al tipo de cirugía y ya poseen protocolos de analgesia postoperatoria en cirugía torácica, vascular, y cirugía cardíaca<sup>5</sup>. Actualmente, en la mayoría de Unidades de Reanimación y Anestesiología, se ofrece al paciente el control de poder aliviar su dolor con el método de analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés, *patient controlled analgesia*)<sup>10,13</sup>. La PCA es una bomba de infusión en la que el paciente puede dar la orden de la administración de dosis extras de analgesia. La programación se realiza por el personal sanitario, concretamente la enfermera<sup>8</sup> y el paciente puede administrarse pequeñas dosis ajustadas de analgésicos según las necesidades de intensidad de su dolor<sup>13</sup>. Por otro lado, existen medidas no farmacológicas como la relajación, el frío local, etc<sup>11</sup>.



El dolor influye en la recuperación satisfactoria del paciente, produce sufrimiento físico y mental, trastornos del sueño, efectos cardiovasculares (hipertensión y taquicardia), efectos respiratorios (disneas, atelectasias, etc.) y retraso en la movilización. Por esto, si no se realiza un adecuado manejo del dolor puede suponer ciertas repercusiones negativas en el paciente<sup>5,7,8,9</sup>. Estas repercusiones conllevan a graves consecuencias: aumento de la estancia hospitalaria y la morbilidad, y por lo tanto un aumento del gasto intrahospitalario<sup>5,7,8,9</sup>. El abordaje de estas consecuencias en el ámbito hospitalario sigue siendo motivo de estudio. En las últimas décadas se han producido avances, sin embargo su prevalencia actualmente es elevada y en España el 68% de los pacientes presenta dolor en el postoperatorio<sup>8</sup>. Por este motivo se fomenta en los hospitales la creación de Unidades de Dolor Agudo (UDA) que se define como una estructura organizativa para la gestión del dolor y en torno a la cual debe girar el tratamiento individualizado del DAP<sup>5,8</sup>, con el objetivo de realizar una mayor y mejor gestión clínica. La UDA es una unidad multidisciplinar<sup>5</sup> y la enfermera desempeña un papel muy prestigioso ya que es la categoría profesional que valora, evalúa, registra el dolor y administra el tratamiento de analgesia<sup>9</sup>. Las UDA han hecho progresar los métodos de control del DAP<sup>13</sup>.

En relación con las UDA, aparece un nuevo concepto: "Hospital sin dolor". Es un reconocimiento actual que se otorgan los hospitales que consideran la mejora del dolor como un objetivo de calidad asistencial<sup>22</sup>. Sin embargo, la realidad es que el DAP sigue siendo tema principal de Jornadas y reuniones asistenciales, y muy unido a esto despunta el papel del personal de enfermería.



## OBJETIVOS

### Objetivos Generales:

Definir la importancia del manejo adecuado del dolor agudo postquirúrgico e identificar qué relación guarda con el registro del dolor como “quinta constante”.

Especificar la importancia del papel del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con DAP.

### Objetivos Específicos:

Identificar la prevalencia y las repercusiones del manejo inadecuado del DAP.

Definir qué papel tiene el personal de enfermería en las UDA y qué significado tiene “Hospital sin dolor”.

Exponer porqué considerar el dolor como “quinta constante” es primordial para mejorar la calidad asistencial.





## METODOLOGÍA

La metodología utilizada en este trabajo ha sido la revisión bibliográfica. Las fuentes utilizadas tanto en formato papel como en formato digital han sido consideradas fuentes fiables<sup>1</sup>.

La mayoría de fuentes utilizadas fueron fuentes primarias: libros específicos sobre el tema, manuales desarrollados en hospitales nacionales, artículos científicos, artículos de periódicos y trabajos de expertos sobre el contenido. Como fuentes secundarias en la investigación, se revisaron las páginas web de instituciones específicas sobre la materia: *dolopedia*, *aecirujanos*, *greuda*, *sedar* (también se revisaron webs de Hospitales como el *Hospital de la Paz*, y el *Hospital Parc de Mar*) y, por último, también fuentes generales y científicas: *Google Académico*, *Slideshare*, *SciELO*, *PUBmed*, *Medline*, *Elsevier*, *Boletines Oficiales del Estado*, *la Biblioteca de la Universidad de Valladolid*, y webs como la del *Ministerio de Sanidad de Castilla y León*, la *OMS*, *Portal de Salud*, y *La Guía de Salud*. La información extraída de fuentes terciarias procede de programas de conferencias actuales que se encontraron en la red como por ejemplo: *El XXVI Congreso Nacional, unidos contra el dolor* o *La VI Jornada de Cuidados de Enfermería*. Todas las referencias se seleccionaron mediante un criterio basado en la actualización de los contenidos y se analizaron de manera crítica.

Las fuentes que se encontraron en papel sirvieron como base en la fundamentación teórica de la investigación y la búsqueda en la red, mantuvo como objetivo obtener un enfoque más actual sobre el tema así como extraer conceptos más recientes.

Así mismo, se entrevistó de manera personal a un profesional anestesista del Hospital Clínico Universitario, que pertenece a la Unidad de Dolor Crónico.

---

<sup>1</sup> Entendiendo como fuente fiable, aquella que ha superado unos criterios mínimos de evaluación: 1) Accesible a la identificación de autores, organizaciones y asociaciones acreditados. 2) Carácter científico y original. 3) De contenido imparcial y objetivo. 4) Reseñables en cuanto a fecha de publicación, revisión, actualización, etc. 5) Populares, con posicionamiento en los buscadores online. 6) Procedentes de buscadores con alto índice de relevancia<sup>39</sup>.



## DESARROLLO

### 1. Tipología del dolor

Habiendo definido previamente el dolor y el DAP procedemos a explicar las diferentes tipologías. Existen distintos tipos de dolor, y se clasifican según:

-Duración en el tiempo:

-Dolor agudo<sup>9</sup>: duración menor a seis meses, aparece de forma brusca y es de fácil localización.

-Dolor crónico<sup>9</sup>: duración superior a seis meses, localización difusa.

-Etiología neurofisiológica:

-Dolor nociceptivo<sup>9</sup>: se produce por la acción de los nociceptores cuando éstos son activados por agentes nocivos (mecánicos, químicos, térmicos).

-Dolor neuropático<sup>23</sup>: se produce por una lesión neuronal y produce un daño a nivel del sistema nervioso (central y periférico).

-Dentro del dolor nociceptivo, podemos distinguir según el lugar del origen:

-Dolor somático<sup>9</sup>: dolor punzante, fijo y continuo, focalizado que aumenta con el movimiento y disminuye con el reposo. Se refleja por una lesión localizada.

-Dolor visceral<sup>9</sup>: dolor del órgano interno, mal focalizado, profundo y relacionado con sensaciones de vómitos, náuseas, etc.

El DAP se diferencia por ser de tipo **nocioceptivo** (tanto somático por el dolor de la incisión; como visceral por el dolor de la distensión visceral, tracción de los mesos, espasmos musculares, etc.) **y agudo**, ya que posee una presencia temporal de 1 a 7 días<sup>5</sup>.

### 2. Respuesta del organismo en presencia de dolor.

Se ha demostrado que el dolor surge en el cerebro, y no en el lugar de localización dónde el paciente nos puede señalar el foco del dolor. El cerebro se activa cuando llegan las señales de nocividad (variación física, térmica, o



química capaz de producir destrucción violenta de tejido)<sup>6</sup>. En nuestro organismo ante la existencia del dolor se presentan las siguientes respuestas<sup>5</sup>:

-Respuesta de hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo

-Respuestas segmentarias (médula espinal y tronco encefálico): Broncoconstricción, broncoespasmo, disminución de la movilidad gastrointestinal, uretral y vesical, constricción motora, vasoconstricción.

-Respuestas supra segmentarias (cerebro y cerebelo): Hipoventilación, incremento del tono simpático, hiperactividad endocrina (aumento de la secreción de catecolaminas, ACTH, cortisol, glucagón, aldosterona y disminución de insulina y testosterona).

-Respuestas de centros corticales superiores de características físicas y psicológicas: Postura antiálgica, encogimiento postural. Sensación de angustia. Miedo, excitación. Respuesta hipotalámica (aumento de viscosidad sanguínea y de agregación plaquetaria).

Estas respuestas tienen a su vez numerosas consecuencias que se transforman en graves complicaciones para el paciente<sup>8</sup>:

-Ansiedad, desmoralización, insomnio, no descanso adecuado.

-Tensión muscular, inmovilización.

-Trombosis venosa, isquemia vascular.

-Atelectasias, disminución de aporte de oxígeno, neumonía.

-Inmunosupresión, incremento de riesgo de infección, falta de evolución tisular.

Como evidencia a esto, la presencia de dolor durante el periodo postoperatorio se asocia a un aumento de la **morbilidad** en los pacientes<sup>8</sup>.

### 3. El dolor agudo postquirúrgico

El DAP presenta factores que debemos conocer para dar paso a un correcto manejo asistencial.

En el proceso de enfermería; la valoración, evaluación, registro y tratamiento del DAP, serán influenciados por dichos factores.



### 3.1. Factores que influyen en el DAP

El dolor es una vivencia subjetiva, es afectado por múltiples factores. Por ejemplo, algunos de los factores más importantes que influyen en la presentación del dolor son los siguientes<sup>7</sup>:

- Dependientes del propio paciente, de su propia vivencia y de la capacidad de sufrir el dolor.
- Dependientes de la cirugía (mayor, menor) y de la técnica realizada.
- Dependientes de la anestesia administrada.
- Dependientes de otros factores coyunturales, como por ejemplo: sexo, edad, culturales, ambientales, etc<sup>5</sup>.

Cada uno de ellos, puede suponer un cambio en la capacidad de respuesta ante la presencia de dolor en el propio paciente<sup>5</sup>.

### 3.2. Valoración y evaluación del DAP

Aunque el compromiso con la valoración y la evaluación adecuada del DAP es cada vez mayor, todavía está ciertamente infravalorado y esto puede ser causa de un inadecuado tratamiento. Si la valoración puede ser proporcionada por el paciente, nos referimos a una “valoración subjetiva o autoevaluación.” En este tipo de valoración se incluyen el método verbal y las escalas de valoración de dolor que nos aportan información sobre la calidad e intensidad del DAP<sup>5,13</sup>.

-Método verbal<sup>5</sup>: usamos la entrevista para la recogida de la información. Actualmente existe un método para manejar esto con mayor “calidad asistencial”. La nueva técnica es nombrada el método “PQRST” de evaluación del dolor<sup>16, 18</sup>. Ésta nos ayuda a tener una idea inicial del dolor y nos aporta una ampliación (superando la calidad) en la recogida de datos en el DAP. Las siglas se describen como<sup>16</sup>:

- P**: Provokes (causa): ¿Qué causa el dolor?, ¿Qué hace que sea menos intenso?
- Q**: Quality (calidad): ¿A qué se parece? ¿Es punzante?
- R**: Radiates (irradiación): ¿Se propaga a algún otro lugar?

-S: Severity (gravedad): ¿Qué intensidad tiene?

-T: Time (tiempo): ¿Es un dolor continuo o intermitente? ¿Cuándo apareció?

Dentro del método verbal y con respecto a las escalas de medición de intensidad del dolor, la valoración del dolor tiene cinco principales categorías de intensidad: ausente, leve, moderado, intenso e insoportable<sup>8</sup>. Las escalas pueden clasificarse en unidimensionales<sup>5</sup> si se basan en la valoración de la intensidad de dolor, ó multidimensionales<sup>5</sup> si valoran otros aspectos a mayores como los sensoriales y emotivos como es el caso del cuestionario breve de Wisconsin (BPQ) y del cuestionario de McGill (MCQ)<sup>19</sup>. Las escalas unidimensionales son las más utilizadas en el DAP<sup>5</sup>, algunos modelos son:

-La **Escala de valoración verbal (EVV)**: se pregunta al paciente por como es su dolor: 0=no dolor, 1=dolor leve, 2= dolor moderado, 3=dolor grave, 4=dolor angustiante<sup>5</sup>. Es la segunda opción más aceptada en el DAP<sup>8</sup>.

-La **Escala de categoría numérica (ECN)**: se presentan números encasillados, de manera que el paciente marcará con una X la casilla que contiene el número. Cuánto más alto sea el número, mayor será su dolor<sup>19</sup>.

-La **Escala Visual Analógica (EVA) ó Visual Analog Scale (VAS)**: es la escala más frecuentemente utilizada<sup>5</sup> y la más aceptada<sup>8</sup> en la valoración del DAP. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de dolor. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad de su dolor<sup>20</sup>.

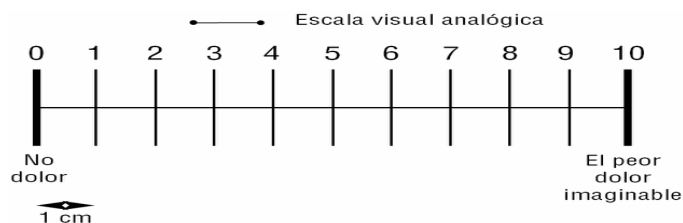


Figura 1. Imagen de la escala EVA<sup>37</sup>

-La **Escala Andersen**: permite evaluar el dolor en movimiento mediante puntuaciones del 0 al 5<sup>8</sup>.



-La **Escala Categórica**: se utiliza en el caso de valorar el dolor en un paciente con déficit cognitivo, demencia, ó desorientación. Es una escala que permite hacer una valoración a partir de la agitación del paciente<sup>8</sup>.

-La **Escala Facial**: para pacientes pediátricos<sup>5</sup>. En ella se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hasta llegar al llanto<sup>19</sup>.

Existen muchas más escalas de las nombradas: escala de grises, escala táctil, escala ordenada, escala descriptiva simple, etc., pero no se utilizan habitualmente<sup>5</sup>.

De forma externa al método verbal, existen otros métodos, si nos referimos a una “valoración objetiva o heteroevaluación” se incluyen métodos de observación como el método conductual y fisiológico<sup>5,13</sup>.

-Método conductual<sup>5</sup>: el observador debe observar si aparecen conductas como: llanto, suspiros, muecas, posición, movimientos del paciente, etc.

-Método fisiológico<sup>5</sup>: valoración mediante la evaluación de TA, FR, sudoración, temperatura, etc.

Se puede decir, que el personal de enfermería es quién observa y localiza las necesidades del paciente y por tanto, posee una posición privilegiada para la valoración y evaluación del DAP<sup>9</sup>. Es fundamental basarse en la respuesta del paciente y no subestimar el valor de intensidad que sea señalado por el mismo, sólo así la valoración y evaluación del DAP serán efectivas<sup>8</sup>. De manera indudable, es una de funciones asistenciales (clínicas) enfermeras<sup>13</sup>.

### 3.3. El registro del DAP, el dolor como “la quinta constante”.

Partiendo de la reflexión que contempla que el trabajo del personal de enfermería es muy significativo en la valoración y evaluación del DAP<sup>8, 9</sup>, de la misma forma que se recoge la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la temperatura y la frecuencia respiratoria; el DAP ha de ser también recogido y anotado junto con estas constantes vitales<sup>8</sup>. Es decir, se debe considerar como “la quinta constante”<sup>1, 8, 9, 13, 24, 25, 26, 27</sup>. El registro del dolor como “quinta



constante” implica una recogida de datos paulatina, se adapta al paciente y al tipo de intervención quirúrgica, pero la recomendación es que se realice cada 3-6 horas, respetando el descanso del paciente<sup>8</sup>. Conceptuando el dolor como “quinta constante” se conseguirá:

- Aliviar el DAP innecesario del paciente, preservar el derecho a la salud<sup>1, 2</sup>.
- Actuar sobre el dolor de forma individualizada, informar y explicar escalas de valoración del dolor al paciente<sup>9</sup>.
- Aumentar la sensibilidad y las actitudes con respecto al dolor postoperatorio<sup>9</sup>.
- Aplicar un tratamiento adecuado y precoz, según necesidades del paciente<sup>9</sup>.
- Detectar los posibles efectos secundarios derivados del tratamiento analgésico<sup>9</sup>.
- Facilitar la recuperación del postoperatorio, disminuir la estancia hospitalaria y la morbilidad<sup>9, 13</sup>.
- Mejorar y actualizar protocolos de analgesia postquirúrgica, participando en un equipo multidisciplinar<sup>8</sup>.
- Disminuir costes asistenciales, cuantificar (prevalencia y satisfacción del paciente) y progresar en la calidad asistencial<sup>8</sup>.

Actualmente el tratamiento del DAP como “quinta constante” tiene prevalencia en nuestro país y se trata como algo trascendental en la clínica. En 2011, en la *VI Jornada de Cuidados de Enfermería* M<sup>a</sup> José Bayona Bauset, afirmó que se debía de considerar el dolor como quinta constante, para dar una mayor conciencia de él, y así ver las necesidades asistenciales para aliviarlo<sup>24</sup>.

Así mismo, en 2012, en la *I Jornada sobre La sostenibilidad del Sistema Sanitario bajo la mirada enfermera*; se declaró que el dolor era uno de los principales problemas de la salud pública por su gran repercusión socioeconómica y que aún tiene prevalencia en los pacientes. Para su control, el dolor debía de tener una forma estandarizada y una prioridad en la calidad asistencial<sup>24</sup>.

El concepto del dolor como quinta constante, es internacional. Por ejemplo, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* de Estados Unidos, publicó ya en el 2001, que era necesario que el dolor fuese



considerado como la quinta constante vital, y que era necesario registrar esta constante durante todo el ingreso del paciente<sup>25,26</sup>.

También, está acreditado por organismos propios del DAP como por ejemplo la *Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR)*<sup>27</sup>, que ofrece formación a profesionales para la integración y el uso del nuevo concepto del dolor.

### 3.4. Tratamiento del DAP, protocolos de analgesia.

La analgesia es el tratamiento que recibe el dolor en todo entorno. En el DAP existen distintos métodos y vías de administración, todo dependerá de cada circunstancia asistencial. Las vías de administración son las siguientes<sup>8</sup>:

- Vía intravenosa: es la de elección en el postoperatorio inmediato.
- Vía epidural: se trata de una vía de gran efectividad (analgesia directa al espacio epidural). Es elegida en cirugía abdominal, torácica y protésica.
- Vía intramuscular y subcutánea: no se excluye su posible utilización, pero la absorción analgésica es menor y su administración es dolorosa.
- Vía Oral: desaconsejada inicialmente por la posibilidad de vómitos, se utiliza en la recuperación del paciente, cuando el dolor es de categoría leve. Siempre que la cirugía no haya incidido en aparato digestivo.
- Vía intraósea: es una vía de abordaje intravascular cuando la vía intravenosa no es posible y en situaciones de tratamiento farmacológico del dolor agudo.<sup>17</sup>

El tratamiento del DAP está influido por múltiples factores (como se ha comentado ya anteriormente), pero se recomienda la aplicación de protocolos de tratamiento, teniendo en cuenta<sup>8</sup>:

- La planificación del control analgésico desde el preoperatorio.
- Iniciar el tratamiento analgésico durante la cirugía.
- Elegir en la medida posible una analgesia multimodal, evaluando minuciosamente el riesgo de las asociaciones.
- Marcar como objetivo la disminución de la aparición de efectos secundarios.



-Seleccionar el protocolo de tratamiento según el tipo de intervención quirúrgica y de las características de paciente (paciente anciano, un paciente pediátrico ó una embarazada)<sup>3</sup>.

-Considerar al seleccionar la pauta analgésica las preferencias del paciente ya que, en un estudio reciente ante el DAP los pacientes tenían preferencia por los analgésicos que presentaran menos efectos secundarios que por los opioides<sup>8</sup>.

La OMS actualizó en 1982, propuso un programa mundial para mejorar el tratamiento del dolor oncológico<sup>21,38</sup>. Posteriormente, en 1984 se presentó un guía clínica y en 1986 finalmente fue publicada<sup>38</sup>. La escalera dividida en tres escalones, indica como emplear la analgesia de forma secuencial<sup>12</sup>. Dependiendo de la intensidad individual del dolor (y no de su etiología) progresa desde los analgésicos no opioides, a los opioides “débiles”, y luego a los opioides potentes. Los fármacos coadyuvantes así como otros tratamientos sintomáticos pueden ser integrados en cualquiera de los escalones<sup>21,38</sup>.

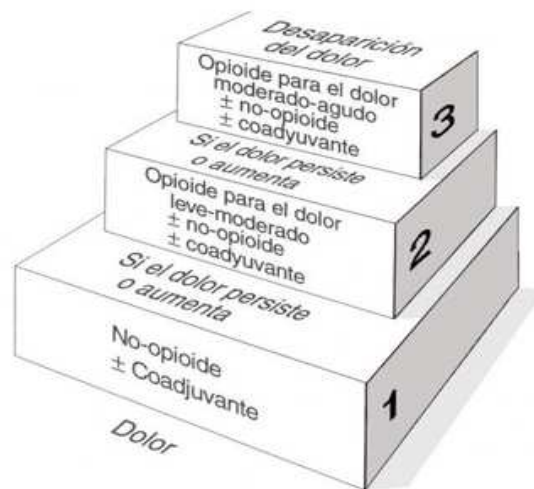


Figura 2: Escalera analgésica de la OMS<sup>21</sup>.

Esta escalera, ha sufrido modificaciones para ser aplicada a otros tipos de dolor<sup>28</sup>, por lo tanto la escalera analgésica de dolor de la OMS de forma innata, no sirve para el tratamiento del DAP<sup>28,38</sup>.

Principalmente, en el DAP, la intensidad y la etiología del dolor es lo que identifica o determina el tipo de fármaco analgésico a utilizar<sup>28,38</sup>. El paciente no debe recorrer los distintos escalones farmacológicos hasta llegar a encontrar el fármaco más adecuado para su dolor<sup>38</sup>.



En el DAP, los pacientes son tratados inicialmente con opiáceos (escalón más alto o tercer escalón de la escalera analgésica de dolor de la OMS) y posteriormente con analgésicos menos potentes. Por lo tanto, se propone sustituir el concepto de “escalera analgésica” por el de “ascensor anagésico”<sup>28,38</sup>. Este concepto simula que el paciente dentro de un ascensor farmacológico puede situarse en cualquier altura de analgesia según su grado de dolor y recibir así un tratamiento más rápido e inmediato<sup>38</sup>.

Este sistema se adapta perfectamente al tratamiento del DAP, donde muchos pacientes son tratados inicialmente con mórnicos y a las 24 horas siguientes con metamizol o paracetamol<sup>38</sup>.

#### **4. La transcendencia del DAP**

El DAP tiene un carácter significativo en el ámbito hospitalario, se presenta cierta preocupación con respecto a las repercusiones asistenciales y económicas que implica su actual existencia. Los organismos específicos que tratan el DAP se plantean estrategias para implantar mejoras ( como por ejemplo las UDA) que sirvan de ayuda para controlar y reducir este signo de baja calidad asistencial.

##### **4.1. Prevalencia del DAP**

El DAP todavía está considerado como un problema aún no resuelto<sup>5, 8</sup>. En las últimas décadas, se han producido avances considerables referentes a la fisiopatología, a la introducción de nuevos fármacos, y el desarrollo de nuevas técnicas y modos de administración del dolor agudo. Sin embargo, se ha producido una escasa mejoría en el tratamiento del DAP.

En una revisión realizada en base a 212 publicaciones internacionales y que refleja una muestra de casi 20.000 pacientes a nivel mundial, la reducción de dolor postoperatorio moderado-severo se ha evaluado en un 0,2% anual en el intervalo 1973-1999<sup>8</sup>.



| Incidencia del dolor postoperatorio |      |           |                                      |
|-------------------------------------|------|-----------|--------------------------------------|
| Autor                               | Año  | País      | Incidencia de dolor postoperatorio % |
| Cohen                               | 1980 | USA       | 75                                   |
| Owen                                | 1990 | Australia | 35                                   |
| Oates                               | 1994 | UK        | 33                                   |
| PoissonSaloman                      | 1996 | Francia   | 46                                   |
| Puig                                | 1998 | España    | 61                                   |
| Apfelbaum                           | 2003 | USA       | 53                                   |
| S.E.D                               | 2003 | España    | 68                                   |

Tabla I. Incidencia del dolor postoperatorio a nivel internacional<sup>8</sup>.

Recientemente, la *Sociedad Española del Dolor (SED)* ha llevado a cabo una encuesta sobre la incidencia de dolor postoperatorio en once hospitales (447 pacientes) de toda España. En los resultados, casi un 70% de los pacientes presentaba dolor en la primera hora del postoperatorio<sup>8</sup>. Señalando una prevalencia tan alta, es de interés conocer las causas actuales de la existencia del DAP<sup>14</sup>:

- La ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte de los profesionales sanitario.
- La valoración y evaluación inadecuada de la intensidad del dolor y de la eficacia de los tratamientos utilizados.
- La falta de información/educación del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada, y sobre las posibilidades de la analgesia en el periodo postoperatorio.
- La falta de estructuras organizativas (como por ejemplo las UDA), que gestionan el proceso del dolor.

A todas éstas se podrían añadir otras dos causas mencionadas en La *Comisión «Hospital sin Dolor» en la Estructura de Gestión de la Calidad de un Hospital Universitario* del 2010: la presión asistencial y los recursos limitados<sup>22</sup>.



## 4.2. Repercusiones del manejo inadecuado del DAP

Los costes que presentan un tratamiento y un manejo del DAP son ciertamente inevitables. Sin embargo, los beneficios están directamente unidos a la calidad del tratamiento y del manejo del DAP<sup>8</sup>.

- Costes directos: analgesia, material utilizado para su administración.
- Costes indirectos: el tiempo dedicado por el personal y los gastos derivados de las complicaciones del propio tratamiento.
- Beneficios: disminución de morbilidad postoperatoria, disminución de estancia hospitalaria, retorno precoz al trabajo y mejora en la calidad de vida a largo plazo.

Para entender la trascendencia del DAP, y con esto entender su repercusión: debemos reconocer el alivio del dolor, como un derecho humano<sup>29</sup>. El dolor es un signo de alerta, y se debe evitar su perpetuación inútil<sup>30</sup>. El DAP se puede prevenir, controlar y aliviar en la mayoría de los casos<sup>30</sup> y la sociedad actual demanda una mayor calidad de vida, y en el concepto de calidad de vida se incluye la ausencia de sufrimiento<sup>31</sup>. El alivio del dolor aumenta el confort y proporciona satisfacción de los pacientes<sup>14</sup>. Un adecuado control disminuye la morbilidad postoperatoria y la estancia hospitalaria, reduciéndose así los costes institucionales<sup>14</sup>. Un mal control del dolor se identifica actualmente como una mala calidad de atención asistencial. Y de manera inversa, un buen control es identidad de una buena práctica clínica y de calidad<sup>30</sup>.

## 4.3. La Unidad de Dolor Agudo en el DAP.

La certeza de que el DPA sigue siendo tratado de forma inadecuada, hace pensar en múltiples posibilidades de fórmulas asistenciales. La idea más defendida es la creación de las UDA<sup>5,37</sup>. Los equipos de las UDA estarán formados por: cirujanos, anestesistas, enfermeras, fisioterapeutas y especialistas en farmacia.<sup>5</sup> Se plantean dos posibilidades<sup>1,5,8</sup>:



-UDA de bajo coste: dónde la responsabilidad de la labor diaria es fundamentalmente llevada a cabo por enfermeras especializadas y un anestesista. Este es un modelo asistencial resulta excelente y puede ser el modelo más aceptado en el medio sanitario español<sup>5</sup>.

-UDA de alto coste: dónde la estructura y el personal es propio de la unidad y está formado por anestesistas, enfermeras, farmacéuticos y fisioterapeutas<sup>1</sup>.

A lo largo de estos últimos años, diversas encuestas en Alemania, Reino Unido y Estados Unidos han demostrado discrepancias en las características que debe reunir una UDA. Distintos autores se han sentido motivados para definir los requerimientos mínimos para establecer una UDA y se proponen las siguientes características<sup>8</sup>:

-Personal asignado y responsable del dolor 24 horas.

-Valoración regular del dolor, tanto en reposo como en movimiento, manteniendo el dolor por debajo de un nivel prefijado, aplicando escalas adecuadas en niños y pacientes con déficit cognitivo.

-Cooperación de anestesistas, cirujanos y enfermeras para el desarrollo de protocolos con el objetivo de mejorar aspectos de la movilización y rehabilitación postoperatoria.

-Desarrollo de programas docentes y formación continuada sobre el DAP.

-Educación del paciente sobre la evaluación del dolor, opciones de tratamiento, ventajas y efectos indeseables.

-Análisis regular del coste-beneficio de las técnicas analgésicas y de la satisfacción de los pacientes, tanto de los ingresados como los de cirugía ambulatoria.

La creación de la UDA, ha demostrado en un estudio realizado que el ajuste individualizado de analgesia produce una disminución significativa de la incidencia (21%) y de la severidad del dolor (20,7% en dolor leve y 0,3% en dolor moderado) en los pacientes recientemente operados. La UDA permite por tanto dar una mejor solución al dolor postoperatorio, mejorando la calidad de la recuperación<sup>26</sup>. Con respecto a la estancia hospitalaria, otro estudio ha revelado que la existencia de las UDA disminuye la permanencia en el hospital



de los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Los resultados fueron comparados en el mismo Hospital, antes y durante de la existencia de la UDA y el resultado con respecto al alta de pacientes intervenidos fue mejor durante la existencia de la UDA, consiguiendo los siguientes resultados: 90% de pacientes fueron dados de alta a las 24 horas, 7% a las 48 horas y 3% a las 72 horas<sup>41</sup>.

En España el *Grupo Español de Unidades de Dolor Agudo (GREUDA)* ha establecido el “Programa de UDA de Excelencia” y ofrece formación a médicos y enfermeras interesados en la formación de UDA. Entre el consejo asesor compuesto se encuentran investigadores del DAP destacables como: Luis M<sup>a</sup> Torres (Jefe de la *Unidad del Dolor del Hospital de Puerta del Mar en Cádiz*), Antonio Montes Pérez (Jefe de Sección de la *Unidad de Tratamiento del Dolor y de Cirugía Mayor Ambulatoria, en el Servicio de Anestesiología del Hospital Mar-Esperanza en Barcelona* y Presidente de la “*Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor*” del *Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria*) y Juan Carlos Tornero (Anestésista de la *Unidad Dolor, Servicio Anestesiología en Hospital Clínico Universitario en Valencia*). En 2011, se designaron las siguientes UDA de Excelencia: Puerta del Mar (Cádiz), Hospital Clínico de Valencia (Valencia), Hospital del Mar (Barcelona), Hospital 12 de Octubre (Madrid)<sup>15, 33</sup>. Actualmente se continúa con la implantación de las UDA; a mediados del 2012, se creó la UDA del Hospital General Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina con notables resultados<sup>32</sup>.

#### 4.4. Organismos encargados del DAP.

En España tenemos distintas asociaciones y sociedades como que tratan detalladamente el dolor agudo y disponen de información en la red:

-La Asociación de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (ASSEDAR-TD): <http://www.aseedar-td.org/>

-La Asociación Andaluza-Extremeña de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor (AAEAR): <http://www.aaear.es/>

- El Grupo Español de Unidades de Dolor Agudo (GREUDA): <http://greuda.es/>  
Asociación Española de Pacientes contra el Dolor (SINE-DOLOR): <http://sinedolore.org/espana/>



-El *Instituto Mediterráneo de Dolor y Anestesia Regional (IMEDAR)*:  
<http://www.imedar.com/>

-La *Sociedad del Dolor Castilla y León (DOCyL)*:  
<http://societaddocyl.wordpress.com/docyl/>

- La *Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR)*: <https://www.sedar.es>

Destaca sobre todas ellas la SED<sup>10</sup>. La SED es una asociación profesional, multidisciplinar y sin ánimo de lucro, fundada en junio de 1990. La SED forma parte (es un capítulo) de la IASP. También es referente de temas del dolor la OMS<sup>21</sup>.

#### 4.5. Un “Hospital Sin Dolor”

Actualmente se está trabajando con estrategias que garantizan un correcto tratamiento del dolor y está apareciendo un nuevo concepto hospitalario: La Comisión “Hospital Sin Dolor”<sup>22</sup>. La creación de una Comisión “Hospital Sin Dolor” está encaminada a la labor de formación y concienciación de los profesionales en la importancia del dolor y su correcto tratamiento en cada tipo de pacientes. También se encarga de la distribución de escalas de medición del dolor, institucionalización del registro del dolor como quinta constante y de la elaboración y publicación de documentos informativos sobre el dolor. Esta Comisión es una herramienta para la concienciación y la colaboración de todos los profesionales para reconocer el alivio del dolor como un objetivo de calidad asistencial. Esta iniciativa podrá ser desarrollada en todo tipo de centros hospitalarios<sup>22</sup>. Algunos de los objetivos de un “Hospital sin Dolor” son:

-Registro y control de la evolución de la intensidad del dolor como una constante más (la quinta constante)<sup>22,34</sup>.

-La incorporación de la medida del dolor como quinta constante en las aplicaciones informáticas del personal de enfermería<sup>22</sup>.

-Valorar y medir esta constante de forma diaria mediante escala visual analógica (EVA)<sup>34</sup>.

-Si el dolor tratado se mantiene, se debe conseguir el alivio adecuado (menor o igual a 4 sobre 10) en el menor tiempo posible<sup>35</sup>.



-Formación continuada hacia los profesionales sanitarios y también hacia los ciudadanos sobre el DAP<sup>22, 35</sup>.

Recientemente, en 2010, se formó *La Comisión "Hospital sin dolor"*, en uno de los hospitales más influyentes de nivel nacional e internacional; el *Hospital Universitarios de la Paz* en Madrid, dando un enfoque aún más solvente a la importancia y concienciación que debemos de tener ante el abordaje del dolor para aumentar la calidad asistencial.

## 5. El papel de la enfermera en el DAP y en las UDA.

Dentro del colectivo profesional que forma parte del manejo del DAP, la enfermera tiene significativas competencias<sup>1</sup>. Principalmente, la enfermera es el profesional más cercano y tiene un contacto permanente con el paciente<sup>1, 9</sup>. Dentro del proceso de enfermería realizado en el manejo del DAP y las UDA, se recogen funciones asistenciales ó clínicas, administrativas (logísticas), docentes e investigadoras<sup>1, 9</sup>.

En la función Asistencial o clínica, para la obtención de los diagnósticos de enfermería, se realizan las siguientes actividades<sup>9</sup>:

- Evaluación y valoración de datos objetivos y subjetivos del DAP<sup>1, 8, 9</sup>.
- Registro y recogida de datos del DAP para el seguimiento y control de calidad<sup>1, 8, 9</sup>.
- A partir de los datos obtenidos, detectar los diagnósticos de enfermería<sup>1, 9</sup>.
- Administración de analgesia y cuidado de las vías de administración de tratamientos<sup>1, 9</sup>.
- Evaluar el déficit o exceso de analgesia, y trasladar dicha información<sup>8, 9</sup>.
- Gestión de efectos colaterales de la analgesia: nauseas, mareos, vómitos, malestar general<sup>8</sup>.
- Comunicar la evolución del paciente de forma temporal. Intervenir en la evaluación multidisciplinar del paciente<sup>8</sup>.
- Objetivar y priorizar el auxilio del dolor. Disminuir la ansiedad. Aconsejar técnicas de relajación que atenúan el dolor post-quirúrgico<sup>9</sup>.
- Vigila el confort del paciente, transmitir al paciente escucha activa, hacerle percibir que se valora su dolor<sup>9</sup>.
- Prevenir la alteración del patrón del sueño<sup>9</sup>. Mantener un ambiente relajado.





Entre las actividades y objetivos del personal de enfermería en el DAP, están las funciones Administrativas (logísticas) como<sup>9</sup>:

- Participar en el proyecto de creación de UDA. Asistir a reuniones de equipo<sup>9</sup>.
- Incluir la valoración del dolor como quinta constante. Monitorizar el dolor de forma individualizada<sup>9</sup>.
- Participar en la realización de protocolos. Proteger su cumplimiento<sup>1, 8</sup>.
- Gestión, organización y coordinación con el Servicio de Farmacia<sup>1</sup>.
- Elaboración de encuestas, con el fin de valorar la situación actual clínica<sup>9</sup>.
- Elaboración de protocolos de UDA, en el DAP y de vigilancia de enfermería<sup>9</sup>.
- Facilitar la recuperación del postoperatorio, disminuir la estancia hospitalaria y la morbilidad. Disminuyendo los costes innecesarios<sup>9, 13</sup>.

También dentro de las actividades y objetivos de enfermería en el DAP están las actividades de Docencia:

- Docencia e información al paciente y a la familia sobre el proceso del DAP<sup>1</sup>.
- Explicar escalas de valoración del dolor y técnicas de analgesia<sup>9</sup>.
- Participación en cursos de formación continuada sobre el DAP, UDA<sup>1</sup>.
- Enseñanza diaria a los componentes de distintas unidades<sup>1</sup>.
- Talleres y sesiones periódicos sobre las actualizaciones del DAP y las UDA, con el objeto de mantener y ofrecer una formación profesional y continuada<sup>9</sup>.

Y en la función de Investigación:

- Diseño y realización de estudios de investigación sobre el DAP, y las UDA<sup>9</sup>.
- Desarrollar estrategias de cambio y mejora clínica en el manejo del DAP, con el objetivo de tener resultados que mejoren la eficiencia y eficacia clínica<sup>9</sup>.
- Apostar por la investigación que promueva la actualización de protocolos de analgesia.

Por todo ello, se puede decir que su papel es clave para el desarrollo de las actividades dentro de manejo del DAP y dentro de las UDA.<sup>1</sup>



## RESULTADOS

Se ha podido comprobar que el manejo adecuado del DAP es un concepto que está presente en el ámbito sanitario y que la prevalencia del DAP es una preocupación latente.

Un manejo adecuado del DAP abarata los costes asistenciales, porque reduce la estancia hospitalaria y morbilidad, y viceversa; un manejo inadecuado del DAP produce repercusiones negativas aumentando los costes, la estancia hospitalaria y morbilidad. Existen varias propuestas para reducir su existencia, disminuir las consecuencias que supone este problema y conseguir un objetivo primordial: el aumento de la calidad asistencial.

La primera propuesta es el compromiso del registro de dolor como “quinta constante”. La finalidad de esto, es manejar adecuadamente el DAP. Está comprobado que si se establece el dolor como “quinta constante” se alivia de forma más individualizada el dolor, además se logra un incremento de la compromiso y de sensibilidad asistencial con respecto al DAP.

La segunda estrategia defendida para el control del DAP es la creación de las UDA. Estas estructuras organizativas de gestión del dolor, favorecen en cierta manera a la especialización profesional en el campo del DAP, volviéndose las funciones enfermeras más especializadas tanto a nivel asistencial, como logístico, docente y de investigación.

La UDA evidencia una mejora en la calidad asistencial, así lo demuestra un estudio que expuso que la estancia hospitalaria fue menor en los pacientes que ingresaban tras cirugía y eran tratados por un UDA que los que no lo hacían<sup>26</sup>.

En ambas estrategias, el personal de enfermería desempeña un papel muy valioso a nivel profesional; es el profesional más próximo al paciente y a la vez es el mejor instruido para realizar la valoración, manejo, evaluación y registro del dolor, y además tiene una gran aportación en la creación de las UDA, forma parte del equipo multidisciplinar que la compone y presenta funciones específicas a desarrollar, tanto asistenciales, como docentes, administrativas y de investigación. Por todo esto, la labor del personal de enfermería, tiene una



notable influencia que se verá reflejada en la prevalencia del DAP, sus consecuencias y por tanto, en la calidad asistencial.

Actualmente existen numerosos organismos y asociaciones que abordan continuamente las consecuencias que produce el DAP. Existen iniciativas hospitalarias, nuevas Comisiones específicas de cara al tratamiento del dolor y también existen numerosos organismos que apoyan incondicionalmente el manejo adecuado del dolor.



## CONCLUSIONES

Principalmente, en el DAP, aparece una preocupación, y es que siendo de carácter previsible y teniendo una alta prevalencia a nivel nacional, no se están aplicando las estrategias propuestas como son registrar el dolor como “la quinta constante”, y la creación de las UDA.

Está demostrado que el manejo adecuado del DAP abarata los costes asistenciales porque reduce la estancia hospitalaria y la morbilidad, y viceversa; y además, es signo de calidad asistencial. Entonces, se debe tener en cuenta que si se invierte en instaurar propuestas de mejora para el control adecuado de DAP, se obtendrán mayores beneficios a posteriori: un menor en gasto hospitalario y una mejora en asistencial.

Sin embargo, el control del DAP no solo ha de mirarse con respecto a los beneficios económicos que conlleva la prevención de sus consecuencias, sino también debe considerarse que el auxilio del dolor ha de entenderse como un derecho que tiene el paciente: el derecho a la salud y cuando hablamos de un derecho del paciente, también se habla de una obligación de los profesionales sanitarios: salvaguardar ese derecho a la salud.

Por todo esto, el DAP es un tema trascendental y debe ser visto como tal. Para afrontar este problema sería necesario ampliar la investigación en el ámbito sanitario y establecer investigaciones, no solo con respecto a la prevalencia de DAP, sino también implantar estudios que sirvan de ayuda para visualizar algunos aspectos: ¿porqué no se ponen todas las medidas necesarias para controlar el DAP? si existen estas medidas, ¿se están desarrollando de forma correcta?, ¿se utilizan las escalas del dolor en todos los servicios especiales postquirúrgicos a nivel nacional?, ¿tenemos suficientes UDA fundadas?, ¿porqué cada hospital que tiene servicio de quirófano, no presenta una UDA?, ¿existe algún interés más importante que la protección del paciente en cuanto a evitar su sufrimiento?, ¿existe un feedback en cuánto a la valoración específica del dolor y los factores influyentes del dolor entre preoperatorio y postoperatorio? etc. La investigación abierta es muy amplia, y



es necesaria en cuanto al DAP, para incorporar medidas y soluciones adaptadas.

Del mismo modo, debemos ampliar los conocimientos del DAP, y difundir la información para que se incremente el compromiso ante este problema.

El personal de enfermería juega un rol fundamental en la implantación, participación y en el desarrollo de ambas estrategias y es el personal más preparado, e instruido para realizar la valoración, manejo, evaluación y registro del dolor, además dentro de estas funciones es quien mejor localiza (por su proximidad asistencial) las necesidades del paciente. Este reconocimiento, se debe utilizar para incrementar la importancia profesional de este gremio y dar un salto hacía nuevos perfiles especializados.

Se debe aceptar que el personal de enfermería tiene una labor esencial en la obtención de calidad asistencial, a través del manejo adecuado del DAP, y de forma intrínseca, es ineludible el reconocimiento de la formación sobre el DAP dentro los cuidados de enfermería.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Freire AM<sup>a</sup>. Papel de la enfermería en una unidad de dolor agudo postoperatorio. En: Freire AM<sup>a</sup>. Papel de la enfermería en una unidad de dolor agudo postoperatorio. A Coruña: DAE; 2009. p. 212-216.
2. Fernández-Galinski D. L, DEAA, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. Scielo España [internet], 2007 Febrero 7 [acceso 2014 Abril 3. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/original1.pdf>
3. arydol.es. Generalidades sobre el Dolor Agudo Postoperatorio.[sede web]. A Coruña: Garcia PD; 2008 [acceso 2014 Abril 3]. Disponible en: <http://www.arydol.es/archivos/cursos/2008/02/download.php?f=02.pdf>
4. Dolopedia.com. Definición del dolor [sede Web]. España: Dolopedia La wiki sobre anestesia y tratamiento del dolor; 2011 [acceso 3 de Abril 2014]. Disponible [http://www.dolopedia.com/index.php/Categor%C3%ADa:3\\_-\\_Definici%C3%B3n\\_de\\_dolor#cite\\_note4](http://www.dolopedia.com/index.php/Categor%C3%ADa:3_-_Definici%C3%B3n_de_dolor#cite_note4)
5. Aguilar Godoy J, Agustí Martínez-Arcos S, Alonos Chico Á, Avellanal Calzadilla M, Barranco Benito M, Benito Alcalá M, et al. Guía del dolor agudo postoperatorio - algoritmos. 1 ed. Madrid: Ergon; 2006. p. 1-268.
6. Antonio M, Ron Artime M, Peláez J. ¿Qué es el dolor? Un enigma cerebral. Revista Quo. [Internet]; 2011 Diciembre 21 [acceso 2014 Mayo 1]. Disponible en: <http://www.quo.es/ciencia/que-es-el-dolor>
7. Solanas A. Protocolos de Analgesia Postoperatoria Hospital Miguel Servet Zaragoza. 1ed. Zaragoza: ENE Publicidad S.A ; 2001. p. 4-7.
8. Montés Pérez A, Arbonés E, Barrera E, García J, Hermes R, Soler E, et al. Programa de gestión del Dolor Postoperatorio. 1ed. Madrid: YOU & US S.A.; 2005. p. 1-75.
9. Muñoz-Ramón JM, Regurea A, Aparicio P. Manual de Dolor Agudo Postoperatorio. 1ed. Madrid: You & Us, S.A.; 2002. p. 8-50.
10. Rodríguez MJ. Valoración y Manejo del dolor. Guías clínicas de la Sociedad Española del dolor. 1ed. Madrid: ARÁN; 2006. p. 91 -100.
11. Moix J. Manual del dolor. Tratamiento cognitivo y conductual. 1ed. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.; 2009. p. 23-27
12. Rodríguez-Merchán E.C, Gómez-Castresana F. Dolor Postoperatorio y Confort Analgésico en Cirugía Ortopédica. 1ed. Badalona: Ediciones Médicas S.L.; 2005. p. 77-83.
13. Chanbás Bergón E. Dolor Agudo Postoperatorio - Protocolos Analgésicos del Hospital Clínic. 1ed. Barcelona: Just on Time S.L.; 2003. p. 127-135.
14. Aecirujanos.es. Dolor postoperatorio en España Primer Documento de Consenso. [sede Web]. España: Landa García I; 2005 [acceso 15 de Marzo 2014]. Disponible en: [http://www.aecirujanos.es/libreria\\_virtual/Documento\\_consenso\\_dolor\\_postoperatorio.pdf](http://www.aecirujanos.es/libreria_virtual/Documento_consenso_dolor_postoperatorio.pdf)
15. Greuda.es. Grupo Español de Unidades de Dolor Agudo. [sede Web]. España: Greuda; 2009 [acceso 16 de Marzo 2014]. Disponible en: <http://greuda.es/comite.html>
16. Bader P, Echtle V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor [Sede Web]. European Association of Urology (EAU); 2010 [acceso 29 de Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/16-GUIA%20CLINICA%20TRATAMIENTO%20DOLOR.pdf>



17. Dolopedia.com. Vía Intraósea [sede Web]. España: Dolopedia La wiki sobre anestesia y tratamiento del dolor; 2011 [acceso 16 de Marzo 2014]. Disponible en: [http://www.dolopedia.com/index.php/V%C3%ADa\\_intra%C3%B3sea](http://www.dolopedia.com/index.php/V%C3%ADa_intra%C3%B3sea)
18. Gorospe R, Sarral S. Valoración del paciente con dolor [Sede Web]. País Vasco: Revista Española de la Sociedad de Enfermería de Urgencias y Emergencias; 2009 [acceso el 6 de Abril 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina3.html>
19. Dolopedia.com. Escalas Subjetivas del dolor [sede Web]. España: Dolopedia La wiki sobre anestesia y tratamiento del dolor; 2011 [acceso 22 de Marzo 2014]. Disponible en: [http://www.dolopedia.com/index.php/ESCALAS\\_SUBJETIVAS\\_DEL\\_DOLOR](http://www.dolopedia.com/index.php/ESCALAS_SUBJETIVAS_DEL_DOLOR)
20. Guíasalud.es. Guía práctica clínica sobre cuidados paliativos [Sede Web]. España: Guía de Salud; 2009 [acceso 16 de Marzo 2014]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2\\_Escalas.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf)
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alivio del dolor en el cáncer [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 1996 [acceso 29 de Marzo 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544829.pdf>
22. Muñoz-Ramón JM, Mañas Rueda A, Aparicio Grande P. La Comisión «Hospital sin Dolor» en la estructura de gestión de la calidad de un hospital universitario [sede Web]. La Coruña: Scielo España Revista de la Sociedad Española del Dolor; 2010 [acceso 10 de Abril de 2014]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462010000700008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000700008)
23. Dolopedia.com. Dolor Neuropático [sede Web]. España: Dolopedia La wiki sobre anestesia y tratamiento del dolor; 2011 [acceso 11 de Abril 2014]. Disponible en: [http://www.dolopedia.com/index.php/Categor%C3%ADa:4\\_-\\_DOLOR\\_NEUROPA\\_TICO24](http://www.dolopedia.com/index.php/Categor%C3%ADa:4_-_DOLOR_NEUROPA_TICO24).  
Slideshare. VI Jornada de cuidados de enfermería. Departamento 9 Hospital “Sin dolor”. El dolor quinta constante vital. Valoración del dolor en el paciente quirúrgico [Sede Online]. Valencia: Slideshare.net; 2011 [acceso 29 de Marzo]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/hospitalgeneralvalencia/departamento-9-hospital-sin-dolor-el-dolor-quinta-constante-vital-valoracion-del-dolor-en-el-paciente-no-quirurgico>
25. Cano JM, de Juan S. de Juan S. Valoración del dolor quinta constante vital [sede Web]. España: Elsevier; 2007 [acceso 12 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/valoracion-dolor-como-quinta-constante-vital-13098027-cartas-al-editor-2007>
26. Saralegui J, Balverde M, Baptista W, Amonte G, Lagomarsino A, Bounous A, et al. Unidad del dolor Agudo Postoperatorio, casuística del Hospital de Clínicas [sede Web]. Montevideo: Scielo Uruguay Revista Médica de Uruguay; 2006 [acceso 10 de Abril de 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952006000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952006000100010&script=sci_arttext)
27. López Soriano F, Lajarín B, Bernal L, Rivas F. Evaluación antes-después del “Hospital sin dolor” [sede Web]. Murcia: SEDAR; 2007 [acceso 15 de Abril 2014]. Disponible en: [https://www.sedar.es/vieja/restringido/2007/n10\\_2007/6.pdf](https://www.sedar.es/vieja/restringido/2007/n10_2007/6.pdf)
28. Romero J, Gálvez R, Ruíz S. ¿Se sostiene la escalera analgésica de la OMS? [sede Web]. La Coruña: Scielo España Revista de la Sociedad Española del Dolor; 2010 [acceso 28 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n1/editorial.pdf>
29. Lohman I, Schleifer R, Amon J. Lederik Lohman. Acceso al tratamiento del dolor como derecho humano. [sede Web]. New York; USA: Human Rights Watch- Defending Human Rights Worldwide; 2010 [acceso 30 de Marzo de 2014] Disponible en: [http://www.hrw.org/sites/default/files/related\\_material/2010\\_Health\\_PainmtHumanRightBMCMed\\_es.pdf](http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/2010_Health_PainmtHumanRightBMCMed_es.pdf)



30. Arbonés Aran E, Montes Pérez A. Guía de Evaluación y tratamiento del dolor del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) [sede Web]. Barcelona: ParcdeSalutMar.cat; 2009 [acceso 30 de Marzo 2014] Disponible en: [http://www.parcdesalutmar.cat/media/upload\\_web/pdf/guiadolor\\_editora\\_219\\_396\\_1.pdf](http://www.parcdesalutmar.cat/media/upload_web/pdf/guiadolor_editora_219_396_1.pdf)
31. Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J. Guía de buena práctica clínica en dolor y tratamiento. [sede Web]. España: Organización Médica Colegial (OMC) Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 [acceso 29 de Marzo 2014] Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_dolor\\_0.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf)
33. Hospital Universitario Príncipe de Asturias de la Comunidad de Madrid. El Hospital Príncipe de Asturias, premiado por su Unidad de Dolor Agudo [sede Web]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2011 [acceso 23 de Abril de 2014] Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142648805669&language=es&pageid=1142660428516&pagenam e=HospitalPrincipeAsturias%2FCM\\_Actualidad\\_FA%2FHPPPE\\_pintarActualidad](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142648805669&language=es&pageid=1142660428516&pagenam e=HospitalPrincipeAsturias%2FCM_Actualidad_FA%2FHPPPE_pintarActualidad)
32. Periodico Europa Press Europapress. La Unidad de Dolor Agudo del Hospital de Talavera atiende a más de 400 pacientes desde su nacimiento [sede Web]. Madrid: Periodico Europa Press Europapress; 2013 [acceso el 15 de Abril 2014] Disponible en: <http://www.europapress.es/castilla-lamancha/noticia-unidad-dolor-agudo-hospital-talavera-atiende-mas-400-pacientes-nacimiento-20140313135616.html>
34. Osakidetza Servicio Vasco de Salud. Protocolo de Dolor Agudo Postoperatorio en Hospital de Donostia [sede Web]. País Vasco: Osakidetza Servicio Vasco de Salud; 2009 [acceso 17 de Abril 2014] Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/ProtocoloDolorAgudoPostoperatorio C.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/ProtocoloDolorAgudoPostoperatorio C.pdf)
35. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR). Hospital Sin Dolor: Los Protocolos de Analgesia Postoperatoria [sede Web]. España: Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR); 2013 [acceso 12 de Abril de 2014] Disponible en: <https://www.sedar.es/index.php?task=visualizar&layout=visualizar&cid=204&7bed647af099ebd4a00b6ea99be96d83=1>
36. Muñoz JM. II JORNADAS AUTONÓMICAS DOLOR Y SOCIEDAD El Dolor en el Sistema Sanitario Gallego Santiago de Compostela La Comisión "HOSPITAL SIN DOLOR" en la estructura de Gestión de la Calidad del HULP [sede Web]. Santiago de Compostela: PlataformasinDolor.com; 2010 [acceso 22 de Abril de 2014] Disponible en: [http://www.plataformasindolor.com/cms/cda/\\_common/inc/display\\_file.jsp?fileID=197900271](http://www.plataformasindolor.com/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=197900271)
37. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC [sede Web]. Barcelona: Scielo España Revista de la Sociedad Española del Dolor; 2006 [acceso 28 de Marzo de 2014]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000800004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004)
38. Torres LM, Calderón E, Pernia A, Martínez-Vazquez J, Micó JA. De la escalera al ascensor [sede Web]. Cádiz: Revista de la Sociedad Española del Dolor; 2002 [acceso 23 de Abril de 2014]. Disponible en: [http://revista.sedolor.es/pdf/2002\\_05\\_04.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_05_04.pdf)
39. Fornas Carrasco R. Criterios para evaluar la calidad y fiabilidad de los contenidos en internet [sede Web] España: Revistas Científicas del CSIC; 2003 [acceso 9 de Junio 2014] Disponible en: <http://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/viewFile/226/282>