



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2023-24)

**Trabajo Fin de Grado**

**Dolor agudo postquirúrgico: valoración  
de enfermería**

Revisión bibliográfica narrativa

Estudiante: Garazi Valderrama Contreras

Tutor/a: María Ángeles Vázquez Labrador

Mayo, 2024

## ÍNDICE:

GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	3
<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRACT:</b> .....	5
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	14
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	14
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	14
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	15
<b>4. RESULTADOS</b> .....	19
4.1. FACILITADORES EXISTENTES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DAP POR PARTE DE LAS ENFERMERAS .....	20
4.2. BARRERAS EXISTENTES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DAP POR PARTE DE LAS ENFERMERAS .....	22
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	28
5.1. FACILITADORES EXISTENTES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DAP POR PARTE DE LAS ENFERMERAS .....	28
5.2. BARRERAS EXISTENTES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DAP POR PARTE DE LAS ENFERMERAS .....	29
5.3. LIMITACIONES Y FUTURAS VÍAS DE INVESTIGACIÓN .....	32
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	34
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	35
<b>7. ANEXOS</b> .....	40
<i>Anexo 1. Escalas de valoración del dolor.</i> .....	40
<i>Anexo 2. Diagrama de flujo búsqueda bibliográfica.(Elaboración propia)</i> .....	45

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS:

Tabla 1: Escalas de Valoracion del Dolor .....	11
Tabla 2: Pregunta “PICO” .....	15
Tabla 3: Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica.....	15
Tabla 4: Búsqueda bibliográfica en bases de datos.....	17
Figura 1: Escala Visual Analógica .....	45
Figura 2: Escala Numerica Verbal .....	45
Figura 3: Escala de Expresion Facial .....	46
Figura 4: Cuestionario de dolor de McGill (CDM).....	46
Figura 5: Breve Cuestionario del Dolor (BPI).....	47
Figura 6: Escala FLACC.....	47
Figura 7: Escala PAINAD.....	48
Figura 8: Escala Sobre Conductas Iniciadoras de Dolor .....	48

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

**DAP:** Dolor agudo postquirúrgico.

**UDA:** Unidades de Dolor Agudo.

**IASP:** Asociación Internacional para el Estudio del Dolor Agudo.

**ASA:** American Society of Anesthesiologists.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**AINE:** Antiinflamatorio no esteroideo.

**IV:** Intravenoso.

**PCA:** Analgesia controlada por el paciente.

**EV:** Endovenoso.

**NANDA:** North American Nurses Diagnosis.

**NIC:** Nursing Interventions Classifications.

**NOC:** Nursing Outcomes Classification

**DeCS:** Descriptores de Ciencias de la Salud.

**MeSH:** Medical Subject Headings.

**EVA:** Escala Visual Analógica.

**ENV:** Escala Numérica Verbal.

**VRS:** Escala de Valoración Verbal.

**CDM:** Cuestionario de Dolor de McGill.

**BPI:** Breve Cuestionario de Dolor.

**ESCID:** Escala sobre Conductas Iniciadoras del Dolor.

## RESUMEN

### **Introducción:**

El dolor agudo postquirúrgico es un factor completamente predecible y hoy en día hay muchas dificultades en su tratamiento. El dolor agudo postquirúrgico no es tan fácil de valorar por parte del personal sanitario por su componente subjetivo que varía en función del paciente y su situación. Como el dolor agudo ocupa su lugar en el NANDA es importante que las enfermeras cumplan con sus objetivos.

### **Objetivos:**

Analizar los conocimientos de las enfermeras frente al manejo del dolor agudo postquirúrgico examinando las posibles barreras y facilitadores existentes para la correcta valoración y evaluación del dolor.

### **Material y métodos:**

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa siguiendo el protocolo y realizando la búsqueda en múltiples bases de datos como PubMed, Scielo, Scopus y Cuiden. La búsqueda bibliográfica se realizó mediante los tesauros DeCS y MeSH, junto con los operadores booleanos AND y OR.

### **Resultados:**

Tras las distintas búsquedas y criterios de inclusión y exclusión aplicados, se seleccionaron un total de 11 artículos. Se ofrece una descripción de las barreras y facilitadores existentes en el manejo y control del dolor agudo postquirúrgico.

### **Discusión:**

Mantener los factores que facilitan el trabajo a la enfermería y tratar de solventar las barreras existentes, mediante una educación y formación continuada, haciendo participe al paciente en su tratamiento, aumentando el personal de enfermería y evaluando y registrando el dolor de manera adecuada.

**Palabras clave:** Dolor agudo, dolor postoperatorio, dimensión del dolor, registros de enfermería, conocimientos, enfermeras.

## **ABSTRACT:**

### **Introduction:**

Acute postoperative pain is a completely predictable factor and there are still problems in its treatment. The assessment of acute postoperative pain is not a simple task for health care staff, as it is influenced by subjective components that vary according to the patient and their situation. As acute pain has its place in the NANDA, it is important for nurses to meet their objectives.

### **Objectives:**

To analyse nurses' knowledge regarding the management of acute postoperative pain, examining the possible barriers and facilitators existing for the correct assessment and evaluation of pain.

### **Material and methods:**

A narrative literature review has been carried out, following the protocol and querying in multiple databases such as PubMed, Scielo, Scopus and Cuiden. The bibliographic search was conducted using the thesauri DeCS and MeSH, with the Boolean operators AND and OR.

### **Results:**

After the different searches and inclusion and exclusion criteria applied, a total of 11 articles were selected. A description of barriers and facilitators in the management and control of acute postoperative pain is given.

### **Discussion:**

Maintaining the factors that facilitate nursing work and attempting to overcome the existing barriers by means of continuing education and training, involving the patient in their treatment, increasing the number of nursing staff and assessing and recording pain in an appropriate manner.

**Key words:** Acute pain, postoperative pain, pain measurement, nursing records, knowledge, nurses.

## 1. INTRODUCCIÓN

300 millones de intervenciones quirúrgicas se realizan cada año en todo el mundo. A pesar de la cantidad de avances en la comprensión de la fisiopatología del dolor, en la administración de fármacos y en terapias nuevas de control del dolor y la creación de protocolos y guías clínicas, junto con las UDA (Unidades de Dolor Agudo), en relación al DAP (dolor agudo postquirúrgico) sigue habiendo carencias en la gestión, puesto que, en los hospitales la prevalencia del dolor moderado a intenso después de las primeras 24 horas de una intervención varía entre el 30% y el 80%, manteniéndose así de alta durante décadas. Teniendo en cuenta estas cifras, es evidente que este dolor es uno de los problemas asistenciales más comunes en nuestros hospitales. Además, sabiendo que la prevalencia de dolor crónico postquirúrgico está aumentando en nuestra población, coexistiendo con otras enfermedades producidas por el envejecimiento, hace que el manejo de este DAP sea aún más complicado de lo que ya era, por lo que es necesario crear estrategias de manejo para la situación de cada paciente.

La duración e intensidad del dolor de los pacientes, aumenta considerablemente la probabilidad de que ese dolor agudo se convierta en dolor crónico o persistente, con lo que eso conlleva social y psicológicamente para el paciente, y económicamente para la sanidad pública.

Existen muchos factores que dificultan el correcto tratamiento del DAP. En el caso del paciente, la percepción del dolor es muy variable, no se les proporciona la información adecuada, no colabora en la toma de decisiones, no quieren tomar medicación para tratar de aliviar ese dolor, etc. Por parte del personal sanitario, hay una deficiencia en el manejo y comunicación del dolor de una manera multidisciplinar, hay una ausencia de registro de los resultados de las distintas escalas en la historia del paciente, desconfianza hacia lo que los pacientes expresan sobre su dolor, etc. Y, por último, en el caso del sistema sanitario de salud, hay todavía una falta de conocimiento sobre el DAP mal gestionado, y poco interés en priorizarlo ante otras cosas.

Por el contrario, también existen herramientas a nuestra disposición para tratar de solventar este problema, como lo son las UDA, las cuales se encargan de generar protocolos y guías de actuación para el DAP. También son los encargados de registrar

los datos de las escalas y de analizar los resultados de los tratamientos y del manejo del DAP. Por otra parte, existen las guías clínicas que se centran en crear grupos asistenciales bien estructurados, formados por profesionales sanitarios adecuadamente formados y cualificados para poder manejar y controlar el DAP.<sup>(1)</sup>

De todas formas, aun existiendo estas estructuras, no se hace un uso adecuado de ellas porque todavía sigue existiendo mucha falta de comunicación entre el personal sanitario, por lo que, sin un abordaje multidisciplinar el manejo de este DAP es muy complicado.<sup>(1)</sup> De hecho, es bien sabido que una buena prevención y un buen control del dolor se traduce en una prestación eficiente de servicios de salud y una necesidad humanitaria.<sup>(2)</sup>

Para entender mejor este dolor agudo postquirúrgico, es interesante ver su paso por los años, con sus distintas definiciones que han hecho que llegemos a como lo consideramos y definimos hoy en día.

La definición del dolor según La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en el año 1978 fue la siguiente; “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión.” Tras varios años de críticas y modificaciones, en el año 2020 se revisó y cambio la definición de dolor; “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial.”<sup>(3)</sup> Sin embargo, cuando nos referimos al dolor agudo lo definimos como un dolor limitado en el tiempo y con poco componente psicológico, a su vez, el dolor agudo postquirúrgico se definiría de la misma forma que el anterior, añadiendo el componente de que aparece tras una intervención quirúrgica. La ASA (American Society of Anesthesiologists) define el dolor agudo postquirúrgico como; “El dolor que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable”.<sup>(4)</sup>

Para entender el dolor agudo postoperatorio (DAP), es importante conocer su fisiopatología compleja, puesto que se genera mediante la escisión de terminaciones nerviosas dañadas en el proceso quirúrgico, lo que se denominan mecanismos directos, y mediante la liberación de sustancias capaces de activar los nociceptores

(receptores del dolor) que se encargan de procesar la sensación de dolor o sensación nociceptiva.<sup>(5)</sup>

El dolor agudo postoperatorio es un factor completamente predecible, por lo que el personal sanitario debería adelantarse a ese dolor y no dejarlo abandonado. Aun habiendo progresado tanto durante los últimos años en términos de anestesia y analgesia, parece que se siguen teniendo problemas en el tratamiento del dolor.

Por lo mencionado anteriormente, el manejo del DAP debe empezar antes del proceso operatorio, de una manera individualizada para cada paciente y cada situación. La realidad es que hay varias categorías de pacientes que son más propensas a sufrir el DAP, como los ancianos, las embarazadas, el paciente pediátrico, los pacientes en tratamiento para el dolor crónico, etc.<sup>(1)</sup>

El DAP no es tan fácil de valorar por parte de los sanitarios, puesto que tiene un componente subjetivo que varía en función del paciente y la situación, en la cual influyen los aspectos socioculturales, experiencias previas del paciente, factores emocionales y de su personalidad. Por esto, aun habiendo escalas que valoren el dolor, es una medida muy complicada, porque se trata de algo que expresa el paciente que muchas veces puede comprenderse de una manera errónea por parte del personal, por las distintas acepciones que tenemos cada uno del dolor que puede ser diferente entre el paciente, el médico y la enfermera que lo evalúa. Es importante en estos casos tratar de hacer una valoración del dolor lo más cercana y acertada a lo que realmente siente el paciente, no solo fijándonos en sus gestos de dolor, sino en lo que nos expresa y haciendo un esfuerzo por dejar a un lado nuestros prejuicios y nuestras apreciaciones, para centrarnos completamente en lo que estos pacientes nos expresan en su totalidad mediante gestos corporales, expresiones, y palabras. En definitiva, hay que entender el dolor como una manifestación compleja y multidimensional en la cual, el paciente no solo sufre una experiencia de percepción del dolor, sino que esta experiencia esta influenciada por elementos psíquicos, biológicos y socioculturales que interactúan los unos con los otros.<sup>(6)</sup>

Previo al tratamiento farmacológico, es importante recalcar que la intervención del personal de enfermería es fundamental en el manejo del DAP. Por su cercanía y proximidad con el paciente es capaz de recabar información importante para el equipo

multidisciplinar. Además, es la persona que valora y registra el nivel de dolor, que administra el tratamiento farmacológico pautado, que identifica los efectos secundarios que hayan podido surgir, y lo más importante, que hace un seguimiento del dolor valorando el grado de alivio, para así, decidir seguir con el mismo tratamiento, o, por el contrario, cambiar a otro diferente.<sup>(6)</sup>

En relación con su tratamiento postoperatorio, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha establecido una escalera terapéutica, en la que se recomienda administrar los fármacos en el menor tiempo posible y en la dosis efectiva, y, asimismo, reducir los efectos adversos provocados por el uso de estos fármacos en el tiempo. Esta escalera esta propuesta para el tratamiento del dolor en función de su intensidad, distinguiendo tres escalones.

En el primer escalón, para el dolor leve, estarían los analgésicos no opioides, combinándolos o no con otros fármacos de carácter coadyuvante. En este apartado estarían los AINEs (Antiinflamatorios no esteroideos) como el ibuprofeno, y otros con ausencia de carácter antiinflamatorio como el paracetamol o el metamizol. Estos fármacos tienen lo que se llama “techo analgésico”, por lo que tiene una limitación en el alivio del dolor, lo que significa que, aun aumentando la dosis no hace mayor efecto.

En el segundo escalón, para el dolor moderado, estarían los opioides débiles como el tramadol y la codeína. La práctica habitual es recomendar estos fármacos asociados a los de primera línea.

Por último, estaría el tercer escalón, para dolor severo, en el que están indicados los opioides más fuertes o potentes. La administración de estos fármacos se suele dar en vía subcutánea o transdérmica. Estos también están asociados a los analgésicos del primer escalón. Formarían parte de opioides fuertes la morfina, metadona y el fentanilo.<sup>(7)</sup>

Con relación al tratamiento que propone la OMS, hace tiempo que se habla de tratamiento multimodal, que es tan simple como la combinación de dos o más fármacos y/o métodos de analgesia, para tratar de fomentar la analgesia y aminorar los posibles efectos secundarios.

En las áreas que se encargan del DAP, existe un concepto llamado, analgesia preventiva, la cual establece la administración de fármacos antes de producirse el estímulo nociceptivo, para evitar la sensibilización central y periférica, evitar el aumento del mensaje nociceptivo y reducir la hiperactividad de los nociceptores. Tras el proceso doloroso se aplicaría la analgesia postoperatoria, la cual es la más común para un buen manejo del dolor, y se realiza en los periodos del postoperatorio inmediato (24h), mediato (24-72h) y tardío (>72h). Es de carácter importante recalcar que esta analgesia tiene que ser temprana y eficaz, manteniéndola todos los días que fueran necesarios, siempre teniendo en cuenta la valoración del dolor que se le haga al paciente o que este refiera.<sup>(8)</sup>

Entre los tipos de analgesia postoperatoria estaría la epidural, la cual ha sido valorada como una técnica eficaz en el manejo del DAP, sobre todo en el dolor dinámico. De todas formas, con las nuevas técnicas de intervención mínimamente invasivas como la laparoscopia, este tipo de analgesia ha visto su uso reducido sobre todo a las intervenciones quirúrgicas abdominales.<sup>(9)</sup>

Otra de las técnicas analgésicas más utilizadas es la analgesia regional, la cual recomiendan usar en las zonas específicas en las que se va a llevar a cabo la intervención quirúrgica. Este método se ha demostrado útil siempre como componente de analgesia multimodal y siempre y cuando exista evidencia que beneficie su uso.<sup>(10)</sup>

A pesar de haber muchos tipos de analgesia, las cuales se utilizan más en unas situaciones u otras, generalmente se opta por una analgesia multimodal. Este tipo de analgesia comprende varias técnicas y combinaciones, como, por ejemplo:

- AINE+ anestesia regional.
- Opioides IV (intravenoso) con sistemas de PCA (analgesia controlada por el paciente)
- Analgesia epidural continua con bombas de infusión o en bolos + AINE.
- AINE + opioides EV (endovenoso).
- Anestésico local + AINE.
- Etc. <sup>(8)</sup>

Es de obligatorio cumplimiento la evaluación del dolor de cada paciente para poder tratarlo de una manera apropiada y así, de la misma forma ir viendo la evolución y progreso de la recuperación. Lo más adecuado es elegir la mejor escala para cada paciente y tratar de evaluar el dolor de la misma manera cada vez. La elección de una escala u otra se basará sobre todo en el estado de la persona, en su nivel cognitivo, nivel educativo, lenguaje, cultura y nivel de conciencia.

Para esta valoración del dolor existen escalas unidimensionales, las cuales miden únicamente la sensación del dolor que tenga la persona, escalas multidimensionales, que miden otros aspectos como la apariencia de la cara, movimientos, llanto, etc. y escalas conductuales que generalmente los pacientes establecen como su “diario de dolor”, aunque su uso es reducido. En cada escala hay distintos ítems que ayudan a establecer unos resultados más ajustados a la realidad, puesto que como bien se sabe, la sensación de dolor es un aspecto muy subjetivo.

A continuación, se muestran varias escalas de valoración del dolor clasificadas en unidimensionales y multidimensionales, y dentro de estas para cada tipo de población.

*(Tabla 1: Escalas de Valoración del Dolor / Ver Anexo 1)*

Para un buen manejo del dolor, es importante estudiarlo junto a todas sus variables e influencias. Una de las más importantes es el estado anímico de los pacientes, el cual tiene una relación directa con el DAP puesto que tienen una asociación bidireccional y los dos ejercen como factores de riesgo. Aun así, la correlación entre el dolor agudo y la depresión es mayor que con la ansiedad, ya que muchas veces la única sintomatología que tienen de depresión es el mal control del dolor agudo, y generalmente se pasa por alto, por lo que es un factor muy importante para tener en cuenta.<sup>(19)</sup>

Un buen manejo del dolor también evita su cronicidad y así reduce considerablemente los gastos de gestión de este en la sanidad pública. Una persona con dolor crónico va a generar una falta de asistencia a su trabajo, por lo que será una carga en cuestión financiera tanto para la empresa, como para el sistema sanitario del país, por lo que se traduce en un impacto económico considerable.<sup>(20)</sup>

En la valoración del estado fisiológico del paciente, la enfermera mide sus constantes vitales teniendo en cuenta que las 4 principales para valorar su estado global son: la presión arterial, el pulso, la temperatura corporal y la frecuencia respiratoria. Hoy en día, se habla cada vez más del dolor como la 5<sup>o</sup> constante vital, por lo que al igual que se recogen las 4 constantes vitales del paciente, registrar y medir el dolor es una acción fundamental para el bienestar de nuestros pacientes, dado que es un factor que influye en el resto de sus esferas.<sup>(19)</sup>

Por todo ello, la enfermería está vinculada a todo este proceso de manejo, control, evaluación y registro del dolor, no solo por sus obligaciones asistenciales en referencia al paciente, sino por su implicación en el campo de la gestión, por el cual debe mirar por una sostenibilidad del sistema sanitario y de los gastos que se hacen en este proceso asistencial.<sup>(21)</sup>

El dolor agudo ocupa su lugar en el NANDA (North American Nurses Diagnosis), con la definición de “ Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.”, se encuentra valorado en el dominio 12, confort.

Tabla 2: Diagnóstico de enfermería, NIC y NOC.<sup>(22)</sup>

DIAGNÓSTICO	NIC	NOC
[00132] Dolor agudo	[2260] Manejo de la sedación [2840] Administración de anestesia [5820] Disminución de la ansiedad [2380] Manejo de la medicación [2390] Prescribir medicación [2210] Administración de analgésicos	[1608] Control de síntomas [2101] Dolor: efectos nocivos [1843] Conocimiento: manejo del dolor [1605] Control del dolor [2102] Nivel del dolor

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

El dolor agudo postquirúrgico es un aspecto muy importante que valorar en la práctica clínica de las enfermeras. A pesar de haber avanzado la ciencia de la farmacología y de las escalas de valoración del dolor, este último sigue teniendo una prevalencia muy alta en nuestros hospitales.

Este DAP es una preocupación para los pacientes, puesto que un mal manejo de este puede traer consecuencias negativas en su recuperación, estancias más largas en los hospitales y una peor calidad de vida. Por todo ello, un correcto uso de escalas para una valoración precisa es fundamental para proporcionar un tratamiento efectivo.

Entre los objetivos de enfermería en el manejo del DAP estarían el control de la sintomatología del dolor, para así, con un buen conocimiento tratar de controlarlo de la mejor manera posible, evitando los efectos adversos de la medicación, para, por último, tratar de reducir esos niveles de dolor y obtener una mayor calidad de vida de los pacientes.

En cuanto a la función gestora de la enfermería, es importante entender que un mal manejo del DAP, supone mayores estancias hospitalarias por parte de los pacientes, y, por ende, un gasto sanitario mayor. En consecuencia, sería interesante analizar las posibles barreras y facilitadores que enfrentan los profesionales de enfermería en el manejo óptimo del dolor agudo postquirúrgico, para así, identificar las áreas de mejora en la atención de los pacientes y buscar estrategias específicas para mejorar la gestión del DAP en el entorno sanitario.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar los factores que influyen en la valoración, medición y registro del DAP por parte del personal sanitario de enfermería.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar los facilitadores que puedan existir para que las enfermeras realicen una valoración del dolor agudo postoperatorio de manera rutinaria junto con la valoración y registro del resto de constantes.
2. Analizar las barreras que puedan existir y dificultan la medición del dolor de forma adecuada por parte de los profesionales sanitarios.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo de fin de grado es una revisión bibliográfica narrativa, sustentada por artículos científicos sobre el dolor agudo postquirúrgico, para la cual se han seguido una serie de pasos.

Con el objetivo de centrar la búsqueda bibliográfica, se realiza la pregunta PICO, la cual delimita la búsqueda y nos ofrece una pregunta de búsqueda.

Tabla 2: Pregunta "PICO"

P (Paciente)	I (Intervención)	C (Comparación)	O (Resultados)
Pacientes con dolor agudo postquirúrgico	Medición y registro del dolor con escalas validadas	No medir ni registrar el dolor	Buen control y manejo del dolor

La pregunta que se generaría a partir de los componentes de la PICO sería la siguiente:

*¿Cuáles podrían ser las barreras que afectarían en el control y manejo del DAP y cuáles serían los facilitadores que favorecerían esta tarea a las enfermeras?*

Para la obtención de las palabras clave utilizadas en la pregunta PICO, se han utilizado los tesauros del DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), para así, lograr unos mejores resultados y una búsqueda más avanzada.

Tabla 3: Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica.

Lenguaje natural	DeCS	MeSH
Dolor agudo	Dolor agudo	Acute pain
Dolor postoperatorio	Dolor postoperatorio	Pain, postoperative

Mediciones del dolor (Escala del dolor)	Dimensión del dolor	Pain measurement
Registros de enfermería	Registros de enfermería	Nursing records
Conocimiento	Conocimientos	Knowledge
Enfermeras	Enfermeras	Nurses

Una vez obtenidas estas palabras clave, se realizaron combinaciones de los términos utilizando los operadores booleanos “AND” y “OR” junto con paréntesis para generar la fórmula de búsqueda bibliográfica. También se encontraron algunos artículos de manera inversa, en bibliografías de otros artículos o en el catálogo de la Uva, y como cumplían los criterios de inclusión, se seleccionaron.

La búsqueda se realizó consultando en las principales bases de datos del ámbito científico-sanitario, como, Pubmed, Cuiden, Scielo y Scopus.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados para acotar la búsqueda de artículos fueron los siguientes.

Criterios de inclusión:

- Artículos cuyo idioma fuera español.
- Artículos cuyo idioma fuera inglés.
- Artículos con texto completo.

Criterios de exclusión:

- Artículos en otros idiomas que no fueran los establecidos.
- Artículos que no se ajustaran a los objetivos del trabajo.
- Artículos que no estuviera accesible su versión completa.

Tabla 4: Búsqueda bibliográfica en bases de datos.

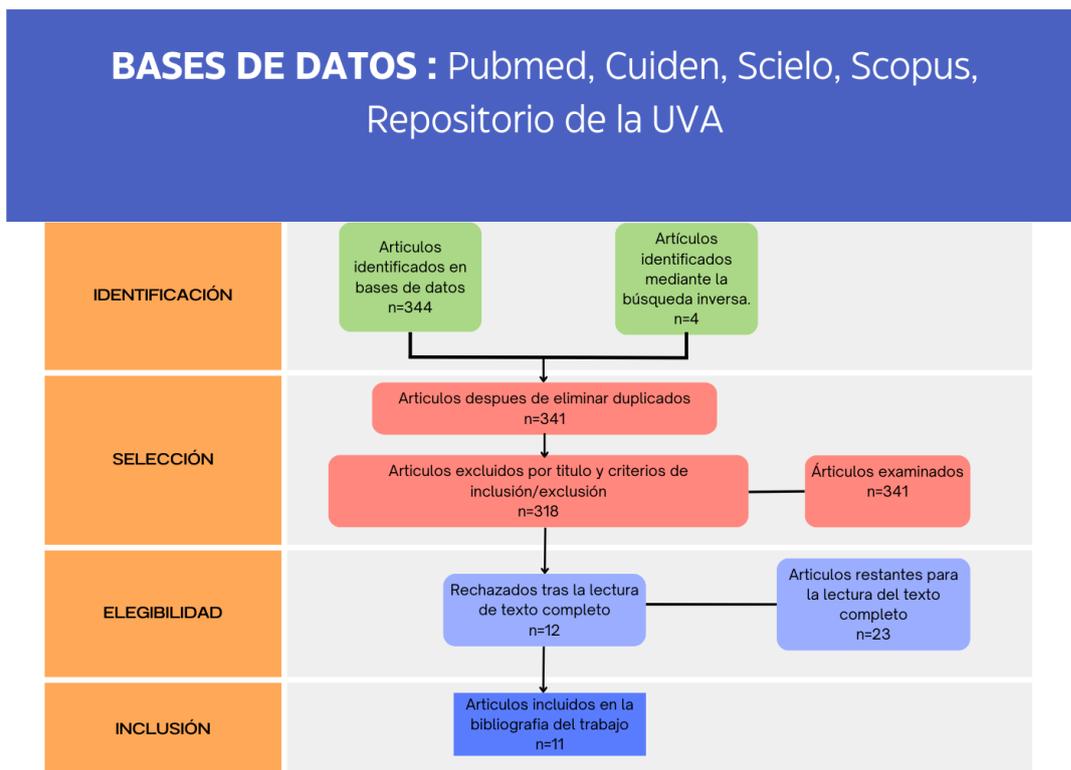
<b>Formula de búsqueda:</b> (pain, postoperative) AND ((nursing records) OR (knowledge)) AND (pain measurement) AND (nurses)			
<b>Bases de datos</b>	<b>Artículos encontrados*</b>	<b>Artículos preseleccionados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Pubmed	127	14	4
<b>Formula de búsqueda:</b> (dolor agudo) AND (dolor postoperatorio) AND (registros de enfermería) OR (conocimientos) AND (medidas de dolor)			
<b>Bases de datos</b>	<b>Artículos encontrados*</b>	<b>Artículos preseleccionados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Cuiden	84	3	1
<b>Formula de búsqueda:</b> (dolor) AND (postoperatorio) AND (enfermería) AND (conocimientos) // (dolor) AND (postoperatorio) AND (enfermería) AND (registro) // (dolor) AND (postoperatorio) AND (enfermería) AND (medidas)			
<b>Bases de datos</b>	<b>Artículos encontrados*</b>	<b>Artículos preseleccionados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Scielo	8	2	1
<b>Formula de búsqueda:</b> (acute pain) AND (pain, postoperative) AND (nursing records) OR (knowledge) AND (pain measurement)			
<b>Bases de datos</b>	<b>Artículos encontrados*</b>	<b>Artículos preseleccionados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Scopus	125	7	2

\*Los artículos encontrados son lo que se obtienen tras la aplicación de los criterios de inclusión.

Después de realizar la búsqueda en las distintas bases de datos, utilizando las palabras clave arriba mencionadas junto con los criterios de inclusión y exclusión, se preseleccionaron varios artículos únicamente mediante la lectura de título y resumen, se volvieron a cribar mediante la eliminación de duplicados y una última vez mediante la lectura completa. Además, durante la búsqueda bibliográfica se encontraron 3 artículos con temas útiles objeto de estudio mediante la búsqueda inversa en bibliografías de artículos seleccionados.

## 4. RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos, se encuentran un total de 344 artículos. Posterior a la aplicación de criterios de inclusión, de los cuales tras la lectura de título y resumen se descartan 318, por lo que se obtienen un total de 26 artículos, que, tras la lectura completa, eliminación de duplicados y búsqueda inversa, se seleccionan 11. ( Ver Anexo 2)



A continuación, se expone la compilación de artículos organizados en función a los objetivos establecidos anteriormente para este trabajo. En primer lugar, tras la lectura del contenido de los artículos se muestran los artículos correspondientes a los facilitadores que puedan existir para que las enfermeras realicen una valoración del DAP de manera rutinaria y adecuada. En segundo lugar, se muestran los artículos correspondientes a las barreras que puedan existir y que dificultan la medición del dolor de manera adecuada.

## 4.1. FACILITADORES EXISTENTES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DAP POR PARTE DE LAS ENFERMERAS

La revisión integrativa de la literatura realizada por Susan Slatyer et al. 2022, proporciona información valiosa sobre las características que influyen en la evaluación y tratamiento del dolor. Este estudio identificó tres elementos principales que impactan en la práctica del manejo del DAP. En primer lugar, se mostró que, tras la intervención educativa dirigida a mejorar la evaluación y manejo del dolor, los conocimientos mejoraron y las enfermeras hicieron un cambio en su práctica de manejo del DAP. Además, no encontraron diferencia ni relación entre el conocimiento del personal de enfermería y la cantidad de analgesia administrada. En segundo lugar, se analizaron los factores socioculturales, creencias y actitudes personales que influyen en la práctica del manejo del dolor. Se observó que las enfermeras con más experiencia mostraban una mejor capacidad para evaluar y manejar el dolor, y también tenían actitudes más positivas hacia los pacientes de edad avanzada. Aquellas enfermeras que seguían guías de práctica basadas en evidencia científica demostraron un mayor avance profesional y, consecuentemente, un mejor tratamiento del DAP. Sin embargo, se identificó que en algunos casos, las actitudes del personal de enfermería hacia ciertas edades, géneros y culturas podían influir en la disposición para proporcionar tratamiento, siendo más propensos a recibirlo los pacientes cuyas familias demandaban una atención más rigurosa respecto al control del dolor, aunque esto pudiera ir acompañado de actitudes negativas por parte del personal. Por último, con relación a la administración de opioides, se observó que tras una intervención educativa las enfermeras aumentaron su conocimiento respecto a estos fármacos, por lo que el manejo, la evaluación y tratamiento del DAP mejoró considerablemente. <sup>(23)</sup>

Siguiendo esta línea, Noordeen Shoqirat et al. 2019, estudió como las características y comportamiento de los pacientes afectaban a las decisiones de manejo del dolor por parte de las enfermeras. También se observó que las conductas de búsqueda de atención interferían en este tratamiento. Los pacientes que más veces demandaban atención “tocando el timbre” recibían una atención más rápida y eficaz por parte de las enfermeras. Al demandar más atención de la enfermera, el dolor de estos pacientes era monitorizado más de cerca. <sup>(24)</sup>

Por otra parte, Elizabeth Manías et al. 2005, en un estudio de diseño no comparativo de grupo único, examinó las actividades relacionadas con el dolor llevadas a cabo por las enfermeras. Se encontró que las enfermeras empleaban estrategias más efectivas para controlar el dolor, incluyendo la identificación de las señales de dolor mediante escalas de valoración numéricas y respondiendo a este dolor de manera rápida para minimizarlo, ya fuera a través de estrategias farmacológicas o no farmacológicas. El estudio también resaltó la importancia de la participación activa del paciente en la toma de decisiones relacionadas con el manejo de su dolor. Se alentaba a los pacientes a comunicar sus niveles de dolor y a elegir entre las opciones de analgesia disponibles. Asimismo, destacó la ventaja de trabajar como un equipo multidisciplinar para la toma de decisiones y para la búsqueda de formas de alivio de dolor más efectivas. Estos hallazgos subrayaban la importancia de una atención integral y colaborativa en el manejo del dolor, donde tanto el personal de enfermería como los pacientes participan activamente en el proceso de toma de decisiones para garantizar un alivio óptimo del dolor. <sup>(25)</sup>

Siguiendo la línea de la participación activa, Ahfild Dihle et al. 2006, en un estudio descriptivo, exploró la disparidad entre las acciones declaradas por las enfermeras y sus comportamientos reales en relación con el manejo del dolor agudo postoperatorio. Se observó que, al realizar preguntas directas sobre el dolor, las enfermeras facilitaban la comunicación con los pacientes, permitiéndoles expresar sus preocupaciones sobre el dolor, el tratamiento y la adicción a los distintos fármacos. Este enfoque simplificaba considerablemente la labor del personal de enfermería al abordar y atender estas cuestiones de manera más efectiva. <sup>(26)</sup>

Por otra parte, Anne Mette Bach et al. 2018, observó que muchos pacientes expresaban su dolor a través de movimientos corporales o sollozos, los cuales las enfermeras identificaban y respondían proporcionando el apoyo necesario y ofreciendo analgesia. A pesar de las enfermeras no llevar a cabo una evaluación directa del dolor mediante preguntas directas al paciente, procuraban hacerlo de manera indirecta observando sus comportamientos y movimientos, interpretando su lenguaje corporal. Además, se destacó el compromiso de involucrar la opinión del paciente en el manejo del dolor, contribuyendo así a una gestión más eficaz de este aspecto clínico. <sup>(27)</sup>

Asimismo, Carolyn Mackintosh BA et al. 2001, en su revisión de la literatura, observó varios ítems que facilitaban el manejo del dolor a las enfermeras. Se analizó la importancia de las palabras del paciente en relación con su dolor, puesto que funciona como una guía para la enfermera y el posterior manejo efectivo. También se observó la capacidad de las enfermeras en reconocer varios factores como el dolor “real” y su causa física, por lo que se proporciona una visión más holística y un enfoque más completo. Se muestra, además, un aumento en los niveles de conocimiento en cuanto a alivio del dolor, como por ejemplo ejercer con una escucha activa, manejar los niveles de ansiedad, etc. Poco a poco se ha visto que el uso de escalas de evaluación de dolor ha sufrido un aumento significativo, por lo que este registro de dolor será mucho más estructurado puesto que estas escalas proporcionan una guía sistemática de evaluación y abordaje de dolor. <sup>(28)</sup>

Enfocándose en el tema de la valoración mediante escalas, Gómez Sánchez A. et al. 2020, en su investigación cualitativa de trayectoria fenomenológica, observa que la valoración del dolor es muy importante para el personal de enfermería, las cuales utilizan la escala numérica y la escala verbal numérica combinada con la escala visual analógica para una mayor precisión. <sup>(29)</sup>

## 4.2. BARRERAS EXISTENTES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DAP POR PARTE DE LAS ENFERMERAS

Susan Slatyer Ph.D. et al. 2022, en su revisión integrativa de la literatura, analizó las características de las enfermeras que influyen en la evaluación y la intención de tratar el dolor. Se observó que las actitudes de las enfermeras pueden influir significativamente en la práctica de evaluación del dolor. En muchos casos, las enfermeras pasaban por alto el dolor, esperando que los pacientes tolerasen cierto nivel de malestar en lugar de buscar formas de aliviarlo. La manifestación de esta actitud sucedía especialmente cuando consideraban que el dolor estaba dentro de lo que se considera "normal" para el proceso postquirúrgico, lo que acababa resultando en una gestión inadecuada del mismo. Siguiendo esta misma línea de análisis, se demostró la influencia que las distintas edades, géneros y culturas de los pacientes afectaban a las actitudes del personal de enfermería. Se observó que las enfermeras preguntaban en menor medida a cerca del dolor a pacientes de mayor edad. Asimismo, se distinguió una disparidad entre distintas culturas, donde, debido a sus

creencias o formas culturales, algunos pacientes podían no expresar el dolor de manera evidente, lo que llevaba a que las enfermeras debieran emplear distintos métodos para evaluarlo. También se notificó una discrepancia entre las expectativas de los pacientes y del personal de enfermería en cuanto al manejo del dolor. Mientras que el personal de enfermería aguardaba esperando a que el paciente “pidiera alivio de dolor”, los pacientes aguardaban hasta que la enfermería “ofreciera alivio de dolor”, por lo que con esta discrepancia el dolor no se trataba de manera efectiva. En relación con el uso de opioides, se constató que los conocimientos y actitudes del personal de enfermería eran deficientes, lo que llevaba a una administración inapropiada de estos medicamentos con el fin de evitar la adicción por parte de los pacientes. Esta situación también se relacionó con la mayor edad y experiencia del personal enfermero. Por último, se notificó la falta de credibilidad por parte de las enfermeras hacia el dolor referido por los pacientes. Cada enfermera tenía diferentes expectativas sobre el nivel de dolor que debería sentir un paciente, basadas en factores como el tipo de intervención, la experiencia previa en el cuidado, la cantidad de anestesia administrada y el tiempo transcurrido desde su administración. <sup>(23)</sup>

Siguiendo esta línea de ideas, Lizz Bell et al. 2009, en su revisión de la literatura, destacó la importancia de las actitudes y creencias tanto de los pacientes como de las enfermeras en este manejo del DAP. Respecto a las actitudes de los pacientes, los factores culturales ejercen una notable influencia en las percepciones de dolor. Por ejemplo, algunas culturas, como las africanas, pueden mostrar una mayor tolerancia al dolor, mientras que otras, como las occidentales, pueden ser más reacias a expresar el dolor en público, por lo que esta variabilidad cultural dificulta la evaluación y manejo efectivo del dolor por parte del personal de enfermería. Por otro lado, se observó una discrepancia entre expectativas en el manejo del dolor, puesto que los pacientes esperan a que se les pregunte por dolor antes de solicitar analgesia, lo cual conduce a mayores niveles de ansiedad, y, por ende, a un peor manejo del dolor. En el caso de las enfermeras, se identificó un aumento de la carga de trabajo, debido a la escasez de personal y de tiempo lo que conllevaba una gestión deficiente del dolor. Además de estos factores, se observaron varios aspectos subconscientes que afectaban a las enfermeras, como, por ejemplo, juicios subjetivos de dolor, actitudes negativas hacia el manejo del dolor, etc. y que les imposibilitaba un adecuado manejo del dolor. Otro de los factores que dificultaban este correcto manejo era la trivialización del dolor de

los pacientes por parte de las enfermeras, subestimando este dolor mencionado y considerándolo una parte normal del proceso postquirúrgico, sugiriendo la imposibilidad de proporcionar un alivio completo. Además, se observó un tratamiento del dolor de forma reactiva en vez de preventiva, en el cual se administraba tratamiento cuando existía dolor, no antes. <sup>(30)</sup>

Por otra parte, Anne Mette Bach et al. 2018, en su estudio observó que los pacientes rara vez llamaban a las enfermeras a pesar de estar sintiendo dolor, por lo que estas difícilmente podían tratarlo. En cuanto a la comunicación verbal enfermera-paciente, no incluía generalmente la palabra “dolor” y no se hacían preguntas detalladas, por lo que también dificultaba este manejo del dolor. Muchas veces los pacientes trataban de expresar su dolor mediante gestos corporales, sollozos o movimientos raros, pero las enfermeras no prestaban atención a estos signos o incluso los malinterpretaban. Otro de los hallazgos significativos fue la falta de integración de la evaluación y medición del dolor en la práctica habitual de las enfermeras, así como la escasa participación del paciente en su manejo. Las enfermeras suelen basarse más en las capacidades del paciente que en la intensidad del dolor que ellos reportan, lo que hace que la medición del dolor sea muy subjetiva y que dependa de la percepción de la propia enfermera. Además, se observó el fenómeno de normalizar el dolor postquirúrgico, lo que lleva a una falta de atención integral a su alivio. <sup>(27)</sup>

Dentro de este orden de ideas, Elizabeth manías et al. 2005, en su diseño no comparativo de grupo único, examinó las actividades relacionadas con el dolor y observó que, a pesar de las enfermeras actuar de una manera competente y eficaz en este control del DAP, se vieron retrasadas por la necesidad de nuevas órdenes facultativas, las cuales, desgraciadamente, no llegaban pronto puesto que muchos de los médicos no estaban presentes en sala, por lo que estos cambios en los tratamientos analgésicos se retrasaban. Hubo ocasiones en las que las enfermeras desmerecían el dolor de los pacientes, quitándole importancia, aunque, de la misma manera se tomaron medidas para tratar de aliviarlo. Por el contrario, se demostró que estas señales de dolor no eran lo suficientemente importantes frente a otras actividades, por lo que no se les daba la prioridad necesaria. Así mismo, en la valoración numérica del dolor de los pacientes, la enfermera parecía desconfiar del valor numérico de dolor referido por el paciente, por la capacidad de los pacientes de

realizar según que gestos o movimientos corporales. Además, observó que las enfermeras no administraban los analgésicos antes de manera preventiva, sino después del evento doloroso, por lo que no se anteponían a las situaciones de dolor del paciente. De la misma forma, las enfermeras únicamente seguían los protocolos establecidos por lo que no tenían en cuenta las necesidades individuales de cada paciente, lo que a menudo resultaba en que estos últimos tuvieran que esperar hasta recibir la medicación adecuada para el dolor. <sup>(25)</sup>

Por otra parte, Carolyn Mackintosh BA et al. 2001, en su revisión de la literatura, observó varias barreras en el manejo del dolor por parte de las enfermeras. Se mantiene la desconfianza hacia el reporte verbal de dolor por parte de los pacientes por lo que esto dificulta la evaluación precisa y el manejo del dolor. Además, aparece un nuevo aspecto, y es la falta de confianza por parte del personal de enfermería a la hora de utilizar las escalas de evaluación, lo que conlleva una evaluación subestimada y, por ende, un tratamiento inadecuado. El desconocimiento del uso de opioides por parte de las enfermeras genera muchas dudas y preocupaciones en cuanto a la adicción de estos por parte de sus pacientes, por lo que no los administran de manera pertinente y esto dificulta también este manejo del DAP. <sup>(28)</sup>

De igual forma, Sara Wooldridge et al. 2020, en una revisión de la literatura para identificar la congruencia de las enfermeras en cuanto a los registros y evaluaciones de dolor, observó que las enfermeras tienden a subestimar constantemente el dolor de los pacientes en comparación con lo que los pacientes refieren, además de dedicarle mucho menos tiempo y esfuerzo a la comprensión y tratamiento del dolor “no físico”. Así mismo, se realizó un estudio sobre los conocimientos de las enfermeras con relación al manejo del dolor en el que se vio que eran deficientes y a pesar de la intervención educativa estos conocimientos se mantuvieron sin cambio alguno. <sup>(31)</sup>

Noordeen Shoqirat et al. 2019, estudió como las características y comportamiento de los pacientes afectaban a las decisiones de manejo del dolor por parte de las enfermeras. En el mismo, se observaron varios aspectos como los estereotipos percibidos y las conductas de búsqueda de atención que influyeron en el tratamiento y manejo del DAP. En primer lugar, se demostró que las enfermeras percibían al hombre y a las mujeres de manera diferente, dando prioridad a las mujeres en la administración de tratamiento analgésico ya que los hombres demandaban menos

analgesia. A pesar de las enfermeras saber la obligación de realizar un manejo equitativo del dolor, los estereotipos producen un sesgo hacia las mujeres, además, esta supuesta “menor necesidad” de los hombres de recibir analgesia no está respaldada por ninguna evidencia, lo que resulta en un manejo desigual y menos efectivo del dolor para los pacientes masculinos. Muchas veces las enfermeras también se veían influenciadas por la edad asumiendo que los pacientes más mayores tenían más tolerancia al dolor que los más jóvenes. Esto refleja una equivocada comprensión del dolor como experiencia única y subjetiva y por consecuencia, una mala gestión del dolor a según qué grupo poblacional. En segundo lugar, debido a la carga de trabajo y falta de tiempo las enfermeras se veían obligadas a tomar decisiones de priorización en la atención de los pacientes, y por ello no administraban un correcto tratamiento y manejo del dolor. Por esta razón, muchas veces las enfermeras trataban el dolor de los pacientes en función de su demanda “tocando el timbre” en vez de evaluando uno por uno la situación de dolor de cada paciente. <sup>(24)</sup>

De la misma forma, Ahfild Dihle et al. 2006, en un estudio descriptivo, analizó la diferencia entre lo que la enfermera afirmaba hacer y lo que realmente hacía respecto a este manejo del DAP. En primer lugar, se observó que únicamente proporcionaban información sobre el alivio y manejo del dolor de forma preoperatoria a demanda. Por otra parte, aun disponiendo de las escalas de valoración del dolor, se encontró que raramente las utilizaban, puesto que referían medir el dolor de una manera visual y comunicativa. Asimismo, se obtuvieron resultados en los que la enfermera no administraba la analgesia de una forma regular y no explicaba a los pacientes la importancia de algunos fármacos cuando estos los rechazaban. De igual forma, se observó que en pocas ocasiones se reevaluaba el dolor de los pacientes tras las movilizaciones, por lo que no administraban más analgesia pese a mayor dolor. En definitiva, se evidenció la ausencia de rutinas establecidas para la evaluación, control y manejo del DAP por parte de las enfermeras. <sup>(26)</sup>

Por otra parte, Ewa Idvall et al. 2002, en su estudio, evaluó las percepciones de las enfermeras y los registros de dolor de los pacientes. En este estudio evaluaban las discrepancias entre los “autoinformes de dolor del paciente” y las percepciones de las enfermeras, las cuales en general, a pesar de estar bastante de acuerdo, mostraban ciertas discrepancias. Lo más relevante en este estudio, fue la falta de registro de

dolor por parte de las enfermeras, tanto de la ubicación de este, como de instrumentos de evaluación del DAP, por lo que se refleja la mala evaluación y tratamiento del dolor, y un incorrecto alivio efectivo del dolor. <sup>(32)</sup>

En 2020, Gómez Sánchez A. et al., en su investigación, observa que a pesar de las enfermeras utilizar las escalas de valoración numérica, reconocían que muchas veces los pacientes eran incapaces de transcribir ese dolor a un valor numérico, y en estos casos las enfermeras hacían su propia interpretación del dolor, por lo que acababa siendo una valoración subjetiva de la enfermera que no seguía el patrón de ninguna escala. Estos profesionales sanitarios reconocían no tener ningún protocolo de actuación en la valoración y registro del dolor y a muchas de ellas les parecía demasiado la valoración y registro del dolor como 5º constante. Algo semejante ocurría con la deficiencia de registro de dolor, aunque desconocían el motivo por el que esto ocurre, poniendo como responsable al poco tiempo, a la falta de confianza en el funcionamiento de las escalas, falta de hábito e instrucción, etc. Otra de las complicaciones a la hora de medir el dolor es el paciente de edad avanzada, deterioro cognitivo, paciente pediátrico, etc., por lo que estas enfermeras reconocían una necesidad de formación actualizada respecto a este tema. <sup>(29)</sup>

Por último, en el estudio llevado a cabo por D. L. Fernández-Galinski et al. en 2007, se constató que no todo el personal de enfermería estaba familiarizado con las escalas de valoración del dolor EVA (Escala Visual Analógica) y EVN (Escala Verbal Numérica). Además, se observó que parte del personal de enfermería carecía de conocimientos sobre el manejo de opiáceos por vía intramuscular e intravenosa. También se evidenció un cierto temor entre el personal de enfermería respecto a los efectos secundarios asociados con el uso de opiáceos como la morfina, lo que influía en su administración. <sup>(33)</sup>

## 5. DISCUSIÓN

A continuación, se muestra el análisis de los distintos resultados obtenidos tras la lectura de los artículos seleccionados al objeto de estudio.

### 5.1. FACILITADORES EXISTENTES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DAP POR PARTE DE LAS ENFERMERAS

En primer lugar, Susan Slatyer et al. 2022 <sup>(23)</sup>, demostró que, tras una intervención educativa a los profesionales sanitarios de enfermería, estos conocimientos mejoraron y se notificó un cambio en la práctica del manejo del DAP, aunque es cierto que no hubo diferencia entre el conocimiento de las enfermeras y la cantidad de analgesia proporcionada al paciente. Por el contrario, sí que se notificó que tras un aumento del conocimiento respecto a los opioides, hubo una mejoría considerable del manejo, evaluación y tratamiento del DAP. Por otro lado, se demostró una mejor capacidad para evaluar el dolor y actitudes más positivas hacia pacientes de edad avanzada por parte de las enfermeras más experimentadas. De la misma forma ocurría esto con las enfermeras las cuales seguían guías de práctica clínica basadas en evidencia científica. Además, Susan Slatyer et al. 2022 <sup>(23)</sup> junto con Noordeen Shoqirat et al. 2019 <sup>(24)</sup>, coinciden en que las actitudes del personal de enfermería cambiaban en función de la atención que demandaran los pacientes o sus familias, por ejemplo, las familias o pacientes que más tocaran el timbre eran más propensas a recibir una atención más rigurosa, más rápida y eficaz por parte de las enfermeras.

En segundo lugar, Elizabeth Manías et al. 2005 <sup>(25)</sup>, Carolyn Mackintosh et al. 2001 <sup>(28)</sup> y Gómez Sánchez A. et al. 2020 <sup>(29)</sup> observaron que las enfermeras empleaban cada vez más las escalas de valoración del dolor, así como, la escala de valoración numérica, o incluso esta escala combinada con la escala visual analógica, para así lograr una mayor precisión en el manejo y registro.

Varios autores como Elizabeth Manías et al. 2005 <sup>(25)</sup>, Ahfild Dihle et al. 2006 <sup>(26)</sup>, Anne Mette Bach et al. 2018 <sup>(27)</sup> y Carolyn Mackintosh et al. 2001 <sup>(28)</sup> resaltaron la importancia de la participación activa en la toma de decisiones relacionadas con el manejo de su dolor, los tres coinciden en alentar a los pacientes para que comuniquen sus niveles de dolor y preocupaciones sobre el mismo, decidiendo también sobre las

opciones de analgesia, de esta manera se demostró una contribución a un manejo del DAP más eficaz y a facilitar el trabajo de las enfermeras.

En tercer lugar, Anne Mette Bach et al. 2006 <sup>(27)</sup> destaca la capacidad de las enfermeras de identificar el dolor en los pacientes de una manera visual, atendiendo a sus movimientos corporales. Además, Carolyn Mackintosh BA et al. 2001 <sup>(28)</sup>, subraya la capacidad de las enfermeras de discernir entre este dolor “real” y su causa física, por lo que, mediante esta visión más holística, son capaces de proporcionar un enfoque más completo.

Por último, Elizabeth Manías et al. 2005 <sup>(25)</sup>, destacó la importancia y la ventaja de contar con un equipo multidisciplinar, en el que la toma de decisiones y búsqueda de soluciones se hace de una manera conjunta.

## 5.2. BARRERAS EXISTENTES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DAP POR PARTE DE LAS ENFERMERAS

En primer lugar, Susan Slatyer et al. 2022 <sup>(23)</sup>, Lizz Bell et al. 2009 <sup>(30)</sup>, Anne Mette et al. 2018 <sup>(27)</sup>, Elizabeth Manías et al. 2005 <sup>(25)</sup> y Sara Wooldridge et al. 2020 <sup>(31)</sup>, destacaron por parte de las enfermeras, una trivialización y subestimación del dolor de los pacientes, considerando “normal” tener dolor tras una intervención quirúrgica y desatendiendo por completo el alivio de este. En esta línea de minimización del dolor, varios autores como Susan Slatyer et al. 2022<sup>(23)</sup> y Lizz Bell et al. 2009 <sup>(30)</sup> coinciden en una gran discrepancia entre las expectativas de los pacientes, que esperan a que las enfermeras les pregunten por dolor o les ofrezcan analgesia, y de las enfermeras, que, en este caso esperan a que el paciente llame pidiendo un alivio del dolor. Además, Anne Mette Bach et al. 2018 <sup>(27)</sup>, refiere que muchos pacientes rara vez llaman a las enfermeras refiriendo dolor, o que las enfermeras no formulan preguntas detalladas o no incluyen la palabra “dolor”, lo que dificulta aún más la expresión de este por parte de los pacientes.

Otro de los aspectos importantes mencionados en varios artículos ha sido la falta de credibilidad por parte de las enfermeras hacia lo que los pacientes refieren. Susan Slatyer et al. 2022 <sup>(23)</sup> menciona una diferencia en las expectativas de las enfermeras sobre el nivel de dolor que el paciente debe o no sentir, en función del tipo de

intervención, la experiencia previa en el cuidado, la cantidad de anestesia administrada y el tiempo transcurrido desde su administración. Por otra parte, Anne Mette Bach et al. 2018 (27) junto con Elizabeth Manías et al. 2005 (25) notifica la desconfianza de las enfermeras hacia el valor numérico de dolor referido por los pacientes, simplemente por la capacidad de los pacientes a realizar según que gestos o movimientos corporales, al igual que Carolyn Mackintosh BA et al. 2001 (28), que también refiere esa desconfianza hacia el reporte verbal de dolor que los pacientes manifiestan a las enfermeras, habiendo un desacuerdo entre los “autoinformes de dolor del paciente” y las percepciones de las enfermeras, como bien analiza Ewa Idvall et al. 2002 (32). Por otra parte, Elizabeth Manías et al. 2005 (25), demostró que a pesar de algunos pacientes mostrar señales de dolor, las enfermeras no veían su alivio como una prioridad frente a otras actividades, por lo que no se atendía con la primacía necesaria, o incluso las enfermeras no prestaban atención a estos signos de dolor o hasta los malinterpretaban, como destaca Anne Mette Bach et al. 2018 (27).

Además de esta falta de credibilidad, Lizz Bell et al. 2009 (30) notifica que hay aspectos del subconsciente enfermero que afectan a esta medición, como los juicios subjetivos de dolor, las actitudes negativas hacia su manejo, etc.

Con relación a las disparidades existentes en función de la cultura y creencias, edad, genero, etc., varios autores comparten aspectos muy relevantes. Empezando por la cultura y creencias, Susan Slatyer et al. 2022 (23), Lizz Bell et al. 2009 (30) resaltan la diferencia entre la expresión del dolor en función de la cultura, por lo que dificulta en gran medida este manejo del dolor por parte de las enfermeras. En cuanto a la edad, también se demostró la influencia que esta tenía en las actitudes de las enfermeras, viéndose que a los pacientes de mayor edad se les preguntaba en menor medida que a los de edades más jóvenes, según Susan Slatyer et al. 2022 (23). En esta línea, Nordeen Shoqirat et al. 2019 (24) aporta que las enfermeras asumen que los pacientes más mayores tienen más tolerancia al dolor en comparación con los más jóvenes. Este último autor, también demostró la diferencia que había en la percepción de hombres y mujeres, habiendo un sesgo hacia las mujeres, basándose en que los hombres generalmente demandan menos analgesia. Estas diferencias en cuanto a cultura y creencias, edad y género, conllevan un tratamiento no equitativo, una

equivoca comprensión del dolor como experiencia única y subjetiva, y, por ende, una mala gestión de este.

Valorando el tratamiento del dolor, Lizz Bell et al. 2009 <sup>(30)</sup> junto con Elizabeth manías et al. 2005 <sup>(25)</sup>, observan un tratamiento del dolor de forma reactiva y no preventiva, y esta última autora refiere que no se tienen en cuenta las necesidades individuales de cada paciente, sino que simplemente se siguen las pautas establecidas por lo que no se administra de manera adecuada la medicación para el dolor. De la misma forma, Noordeen Shoqirat et al. 2019 <sup>(24)</sup> destaca que el tratamiento de dolor muchas veces depende de la demanda de los propios pacientes y no de las evaluaciones de dolor realizadas. Al hilo de la administración de analgesia, Ahfil Dihle et al. 2006 <sup>(26)</sup> destaca la falta de administración de esta de forma regular, y la incompetencia a la hora de explicar a los pacientes la importancia de los fármacos cuando estos los rechazan. Por otro lado, Anne Mette Bach et al. 2018 <sup>(27)</sup> destaca la importancia de la participación activa por parte de los pacientes en su tratamiento del dolor, aspecto que refiere no aplicarse.

Un aumento de la carga laboral, derivado de una escasez de personal de enfermería y de tiempo, conlleva un incorrecto tratamiento del dolor, indica Lizz Bell et al. 2009 <sup>(30)</sup> y por este aumento de carga laboral y falta de tiempo, Noordeen Shoqirat et al. 2019 <sup>(24)</sup> destaca la obligación de las enfermeras a tomar decisiones de priorización respecto a este manejo. Otro aspecto que dificulta el tratamiento del dolor es, según Ahfild Dihle et al. 2006 <sup>(26)</sup>, la ausencia de reevaluación del dolor tras las movilizaciones, por lo que no se administra mayor analgesia a mayor dolor. De la misma forma, Elizabeth Manías et al. 2005 <sup>(25)</sup> refiere un retraso en este tratamiento del dolor, por la necesidad de nuevas órdenes facultativas, las cuales, no llegan pronto puesto que los médicos no están generalmente presentes en sala. Por otra parte, otros de los aspectos por los que no se administra un correcto tratamiento son los conocimientos deficientes de las enfermeras respecto al uso de opioides y su miedo a la adicción por parte de los pacientes como bien dicen Susan Slatyer et al. 2022 <sup>(23)</sup>, Carolyn Mackintosh et al. 2001 <sup>(28)</sup> y D. L. Fernández-Galinski et al. 2007 <sup>(33)</sup>. Además, este último, observa que los profesionales de enfermería carecen de conocimientos sobre el manejo de estos opiáceos por vía intramuscular e intravenosa. Por el contrario, Sara Wooldridge et al. 2020 <sup>(31)</sup>, realiza un estudio valorando los

conocimientos deficientes de las enfermeras en cuanto al manejo del dolor, y muestra que a pesar de una intervención educativa estos conocimientos se mantuvieron sin cambio alguno, evidenciando una falta de interés.

Por último, en referencia a las escalas de evaluación del dolor, D. L, Fernandez-Galinski et al. 2007 <sup>(33)</sup>, constata que no todo el personal está familiarizado con las escalas de valoración del dolor como la EVA y EVN. En otros estudios como el de Ahfild Dihle et al. 2006 <sup>(26)</sup> refiere que, aun disponiendo de escalas, las enfermeras raramente las utilizan, puesto que refieren medir el dolor de manera visual. Además, Gomez Sanchez A. et al. 2020 <sup>(29)</sup> observa que a pesar de las enfermeras utilizar estas escalas, los pacientes no eran capaces de transcribir este dolor a un valor numérico, por lo que se subjetiviza el dolor. Siguiendo con el tema de las escalas, se evidencia una falta de confianza por parte del personal sanitario de enfermería a la hora de utilizarlas, por lo que se vuelve a dar la evaluación subjetivada, como refleja Carolyn Mackintosh et al. 2001 <sup>(28)</sup> y Gómez Sánchez A. et al. 2020 <sup>(29)</sup>. Asimismo, otro de los hallazgos más significativos ha sido la falta de integración de la evaluación, medición y registro de dolor en la práctica habitual de enfermería como indican Anne Mette Bach et al. 2018 <sup>(27)</sup>, Ahfild Dihle et al. 2006 <sup>(26)</sup>, Ewa Idvall et al. 2002 <sup>(32)</sup> y Gómez Sánchez A. et al. 2020 <sup>(29)</sup>.

Para finalizar, un único artículo como es el de Gómez Sánchez A. et al. 2020 <sup>(29)</sup>, refleja el reconocimiento de las enfermeras a una necesidad de formación continua respecto al dolor y su manejo, aspecto sorprendente teniendo en cuenta la cantidad de limitaciones que tienen a la hora de trabajar con el dolor agudo postquirúrgico.

Englobando los dos objetivos específicos y teniendo en cuenta los resultados obtenidos se concluye con el objetivo general del trabajo, analizando las influencias que afectan a este correcto manejo del DAP y que influyen en los profesionales de enfermería.

### 5.3. LIMITACIONES Y FUTURAS VÍAS DE INVESTIGACIÓN

Al realizar este trabajo se han identificado una serie de limitaciones en cuanto al contenido de los artículos. Mientras se realizaba la búsqueda bibliográfica, ha resultado difícil la obtención de artículos útiles para el trabajo, puesto que una minoría de artículos encontrados abordaban el tema de manera general como se necesitaba.

Debido a esto, a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica, no se aplicó el criterio de exclusión de fecha de publicación por la limitación mencionada anteriormente, por lo que hay una gran disparidad en las fechas de publicación de los artículos utilizados.

Además, en varios estudios se menciona la falta de educación de los profesionales sanitarios, pero estas publicaciones son de distintos países, por lo que al ser diferente la formación respecto al dolor del personal sanitario en cada país, sería dificultosa su extrapolación a las enfermeras de nuestra región.

Como futura vía de investigación sería interesante estudiar la necesidad de la implantación de las anteriormente mencionadas UDA lideradas por enfermeras con una formación específica, que junto con un equipo multidisciplinar fueran capaces de abordar de una mejor manera el manejo y control del dolor agudo postquirúrgico.

## 6. CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las conclusiones obtenidas tras la realización de este trabajo.

1. La utilización de escalas de valoración del dolor es una medida cuyo uso cada vez es más extenso, tanto individualmente o en combinación entre ellas. También ha habido un importante crecimiento en la incentivación del paciente en relación con su manejo del dolor. Además, es importante recalcar que las escalas de valoración del dolor son la única herramienta eficaz para la medición del dolor por parte de las enfermeras, a pesar de la subjetividad de este.
2. La trivialización del dolor de los pacientes y su consideración como algo “normal” tras una intervención quirúrgica, la falta de credibilidad de las enfermeras respecto a lo que el paciente refiere junto con la falta de conocimientos del personal de enfermería en cuanto al manejo de opiáceos y su uso, han sido los factores más incapacitantes para las enfermeras y el correcto manejo del DAP.
3. Dentro del manejo del DAP, el papel de la enfermera es crucial, como se observa en los NOC, por lo que una formación continuada en todo lo que representa el manejo del dolor sería cuanto menos necesaria para solventar las barreras apreciadas y reforzar los facilitadores existentes, implementando un mejor manejo del dolor.
4. Se evidencia la necesidad de añadir un registro rutinario de dolor en la toma de constantes del paciente por parte del personal de enfermería, midiendo así de manera continuada el dolor como la 5ª constante vital en todos los pacientes que fuera necesario.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ribera Leclerc HJ, Montes Pérez A, Monerris Tabasco MM, Pérez Herrero MA, del Río Fernández S, López Pais P. El problema no resuelto del dolor postoperatorio: análisis crítico y propuestas de mejora. Rdo. Soc. Esp. Dolor [Internet]. agosto de 2021 [consultado el 12 de marzo de 2024]; 28(4): 232-238. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462021000500232&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462021000500232&lng=es)
2. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. British journal of surgery 2020 Jan;107(2):e70-e80. [internet] Enero de 2020 [consultado el 12 de marzo de 2024] 107(2):e70-e80. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjs/article/107/2/e70/6120927?login=false>
3. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 Ago [citado 2024 Mar 13] ; 27( 4 ): 232-233. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lng=es). Epub 13-Oct-2020. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.
4. Pérez-Guerrero A. C., Aragón M. C., Torres L. M.. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos?. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2017 Feb [citado 2024 Mar 13] ; 24( 1 ): 1-3. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462017000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000100001&lng=es) <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3566/2017> .
5. Català Puigbò E, Moral García M aVictoria. Dolor Agudo Postoperatorio. La necesidad de Su Correcto Tratamiento [Internet]. Elsevier; 2009 [citado 2024 Mar 13]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-dolor-agudo-postoperatorio-la-necesidad-S0009739X09002942>
6. Monsiváis MGM, Guzman MGI, Arreala LV, Ortiz SGM, España JTL. Fundamentos para el Manejo del dolor posoperatorio [Internet]. Google; 2015 [citado 2024 Mar 19]. Disponible en <https://books.google.es/books?dq=Puebla%2C%2B2005%2BPAIN&hl=es&id=nHKF>

[CgAAQBAJ&lpq=PT22&ots=MpPo5ci9jY&pg=PT22&sa=X&sig=ACfU3U2BotiyamqVRLpAQ5xHvcjrv8MwGQ&source=bl&ved=2ahUKEwjPpbHTj5PpAhXr0eAKHeahANAQ6AEwBXoECAsQAQ](http://CgAAQBAJ&lpq=PT22&ots=MpPo5ci9jY&pg=PT22&sa=X&sig=ACfU3U2BotiyamqVRLpAQ5xHvcjrv8MwGQ&source=bl&ved=2ahUKEwjPpbHTj5PpAhXr0eAKHeahANAQ6AEwBXoECAsQAQ)

7. Puebla Díaz F.. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2024 Abr 01] ; 28( 3 ): 33-37. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es).

8. González de Mejía N.. Analgesia multimodal postoperatoria. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2005 Mar [citado 2024 Abr 03] ; 12( 2 ): 112-118. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200007&lng=es).

9. Esteve-Pérez N., Mora-Fernández C.. Analgesia epidural postoperatoria: ¿cuál es su papel en la práctica anestésica actual?. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 Feb [citado 2024 Abr 03] ; 25( 1 ): 1-3. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462018000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000100001&lng=es). <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3654/2018>.

10. Roger Chou, Debra B. Gordon, Oscar A. de Leon-Casasola, Lisa Warner, J. Weisman, Christopher L. Wu. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council [Internet]. 2017 [citado 2024 Abr 3]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>

11. Ana Patricia Carballal de Vega. Actualizaciones en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Repositorio institucional de documentos [Internet]. 2019 [citado 2024 Abr 3]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/>

12. Sáez López M.P., Sánchez Hernández N., Jiménez Mola S., Alonso García N., Valverde García J.A.. Valoración del dolor en el anciano. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2015 Dic [citado 2024 Abr 03] ; 22( 6 ): 271-274. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-)

[80462015000600008&lng=es](https://doi.org/10.4321/S1134-80462015000600008&lng=es).

[https://dx.doi.org/10.4321/S1134-](https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000600008)

[80462015000600008](https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000600008).

13. Escalas de evaluación del dolor. [Internet]. [citado 2024 Abr 3]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/fuenlabrada/file/3872/download?token=10A3SXC5>

14. El Cuestionario del dolor de macgill Ronald Melzac 1975 [Internet]. 2022 [citado 2024 Abr 3]. Disponible en: <https://neurocognitiveacademy.org/el-cuestionario-del-dolor-de-macgill-ronald-melzac-1975/>

15. García-Hernández R., Failde I., Pernia A., Calderón E., Torres L.M.. Prevalencia de dolor neuropático en pacientes con cáncer sin relación con el tratamiento oncológico previo. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2009 Oct [citado 2024 Abr 03]; 16( 7 ): 386-398. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462009000700004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000700004&lng=es).

16. ¿Cómo se evalúa el dolor en los niños? EnFamilia. [internet] [citado 2024 Abr 03] Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/como-se-evalua-dolor-en-ninos>

17. Lane P. Valoración del dolor en pacientes Con Demencia Avanzada [Internet]. Elsevier; 2005 [citado 2024 Abr 4]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-valoracion-del-dolor-pacientes-con-13076903>

18. Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T, Larrasquitu Sánchez A, Romay Pérez AB, Millán Santos I. Validación de la Escala de conductas indicadoras de dolor para valorar el dolor en Pacientes Críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: Resultados del Proyecto Escid [Internet]. Elsevier; 2011 [citado 2024 Abr 4]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-validacion-escala-conductas-indicadoras-dolor-S1130239910001069#:~:text=La%20escala%20sobre%20Conductas%20Indicadoras,y%20adaptaci%C3%B3n%20a%20ventilaci%C3%B3n%20mec%C3%A1nica>

19. P; MA. Depression, anxiety and acute pain: Links and management challenges [Internet]. U.S. National Library of Medicine; [citado 2024 Abr 4]. Disponile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31482756/>

20. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) [Internet]. [citado 2024 Abr 4]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/insiiccompleto.php/75385>
21. La-Aportación-Enfermera-a-la-sostenibilidad-del-sistema- ... [Internet]. [citado 2024 Abr 4]. Disponible en: <https://www.fundacioneconomyasalud.org/wp-content/uploads/2016/07/La-Aportación-Enfermera-a-la-Sostenibilidad-del-Sistema-Sanitario-Fundación-Economía-y-Salud1.pdf>
22. NNNconsult [Internet]. [citado 2024 Abr 4]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda/132>
23. MA; SSH. Understanding nurse characteristics that influence assessment and intention to treat pain in postoperative patients: An integrative literature review [Internet]. U.S. National Library of Medicine; [citado 2024 Abr 15]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35431113/>
24. Shoqirat N, Mahasneh D, Singh C, Al Hadid L. Do surgical patients' characteristics and behaviours affect nurses' pain management decisions? A qualitative inquiry. [internet] 2019 [citado 2024 Abr 20] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31496014/>
25. Manias E, Bucknall T, Botti M. Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. Pain management nursing [internet] 2005 Mar; [citado 2024 Abr 20] 6(1):18-29. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904204001626>
26. Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. Journal of Clinical Nursing.[internet] 2006 Mar [citado 2024 Abr 20] 13;15(4):469–79.Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>
27. Bach AM, Forman A, Seibaek L. Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. Pain management nursing [internet] 2018 Dec [citado 2024 Abr 20] 19(6):608-618. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904217306707>
28. Mackintosh C, Bowles S. The effect of an acute pain service on nurses' knowledge and beliefs about post-operative pain. Journal of clinical nursing [internet] 2000 Jan

[citado 2024 Abr 20] 9(1):119-126. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2000.00345.x>

29. Gómez Sánchez A, Gómez Díaz A, Lantarón Izaguirre C, Pérez de Castro C, Cobo Sánchez JL, Pardo Vitorero R. EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN LA VALORACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR EN REANIMACIÓN. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO.[internet] 2020 [citado 2024 Abr 20] ;5(1). Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/articulo/256>

30. Bell L, Duffy A. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. British Journal of Nursing [internet] 2009 Feb 12 [citado 2024 Abr 20];18(3):153-156. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19223798/>

31. Wooldridge S, Branney J. Congruence between nurses' and patients' assessment of postoperative pain: a literature review. British journal of nursing (Mark Allen Publishing)[internet] 2020 Feb 27[ citado 2024 Abr 20];29(4):212-220. Disponibl en: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/professional/congruence-between-nurses-and-patients-assessment-of-postoperative-pain-a-literature-review/>

32. Idvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of postoperative pain management. Journal of clinical nursing [internet] 2002 Nov [citado 2024 Abr 21];11(6):734-742. Disponible en: <https://doi-org.ponton.uva.es/10.1046/j.1365-2702.2002.00688.x>

33. Fernández-Galinski D. L., Gordo F., López-Galera S., Pulido C., Real J.. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2007 Ene [citado 2024 May 14] ; 14( 1 ): 3-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462007000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000100002&lng=es).

## 7. ANEXOS

### Anexo 1. Escalas de valoración del dolor.

Tabla 5: Escalas de Valoración del Dolor. (Elaboración propia)

ESCALA	DEFINICION	DESCRIPCION	GRADUACION DEL DOLOR	POBLACION DIRIGIDA
<b>ESCALAS UNIDIMENSIONALES</b>				
Escala Visual Analógica (EVA) <sup>(13)</sup>  <i>(Ver Figura 1)</i>	Consiste en una regla en la que el paciente desplaza un cursor para indicar la intensidad de su dolor.	El paciente coloca una marca en la línea que mejor representa su nivel de dolor.	Va desde "ausencia de dolor" hasta "máximo dolor imaginable", sin números.	Población general, pacientes que pueden comunicarse verbalmente
Escala Numérica Verbal (ENV) <sup>(13)</sup>  <i>(Ver Figura 2)</i>	Una escala numérica del 0 al 10, donde 0 significa "sin dolor" y 10 "dolor máximo".	El paciente elige el número que mejor representa su nivel de dolor.	0 (sin dolor) - 10 (dolor máximo)	Población general, pacientes que pueden comunicarse verbalmente

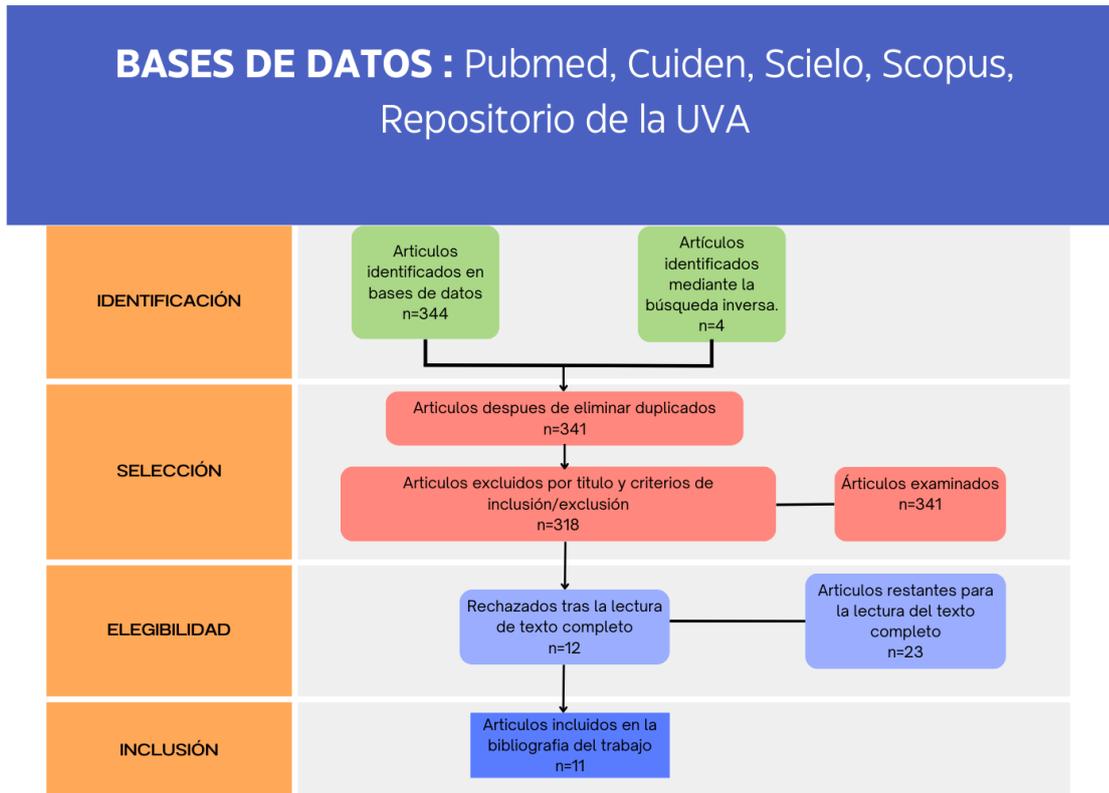
<p>Escala Valoración Verbal (VRS) <sup>(13)</sup></p>	<p>Una escala que utiliza adjetivos para describir diferentes niveles de dolor. Para su fácil registro, a cada palabra se le asigna un número del 0-3.</p>	<p>Clasifica el dolor en categorías como "ausente", "leve", "moderado" o "intenso".</p>	<p>Ausente Leve Moderado Intenso</p>	<p>Población con dificultades de comprensión verbal y deterioro cognitivo leve-moderado. <sup>(12)</sup></p>
<p>Escalas de Expresión Facial <sup>(14)</sup>  (Ver Figura 3)</p>	<p>Consisten en una serie de caras que van de la sonrisa al llanto. Las caras representan diferentes niveles de dolor, desde el mínimo al máximo.</p>	<p>El paciente selecciona la cara que mejor representa su nivel de dolor.</p>	<p>Mínimo - Máximo</p>	<p>Niños, personas analfabetas, con deterioro cognitivo y muy ancianos.</p>
<p>ESCALAS MULTIDIMENSIONALES</p>				
<p>Cuestionario de dolor de McGill (CDM) <sup>(14)</sup>  (Ver Figura 4)</p>	<p>Trata de hacer una valoración cualitativa y cuantitativa del dolor, estableciendo la localización, las propiedades</p>	<p>Tiende a valorar 3 ítems, los sensoriales, evaluativos y afectivos que están presentes en</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Población general, mayoritariamente adultos, con capacidades cognitivas preservadas.</p>

	temporales e intensidad y la cualidad.	pacientes. Reúne información como el diagnóstico, medicamentos que toman, dosis, medición del dolor, localización, etc.		
Breve cuestionario del dolor (BPI) <sup>(15)</sup>  (Ver Figura 5)	Utiliza las palabras “peor”, “mínimo” o “corriente”. Mide la gravedad del dolor, el impacto de este en la capacidad funcional del paciente y el alivio que proporciona el correcto tratamiento.	15 ítems en el cuestionario largo. El que más se utiliza es su forma acortada que consta de 5 ítem.  También tiene un dibujo en el que los pacientes marcan la ubicación del dolor.	Es un cuestionario, se evalúa cada ítem de 0-10.	Población general, sin problemas cognitivos
ESCALA FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability) <sup>(16)</sup>	Es una escala compuesta de 5 ítems a valorar como lo son, la cara, las piernas, la actividad, el llanto y la	Se valora cada ítem de 0-2, siendo 0 (todo normal) y 2 (máximo	0 No dolor  1-3 Dolor leve	Niños Entre 1 y 3 años.

<p>(Ver Figura 6)</p>	<p>capacidad para sentir alivio o consuelo.</p> <p>Hay una adaptación de esta escala que incluye el comportamiento anómalo que hayan podido notificar los padres en cada uno de los ítems en diferentes situaciones.</p>	<p>signo de dolor o malestar)</p>	<p>4-6 Dolor moderado</p> <p>7-10 Dolor intenso</p>	
<p>ESCALA PAINAD <sup>(17)</sup></p> <p>(Ver Figura 7)</p>	<p>Compuesta por 5 ítems a valorar: la respiración, vocalización, negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de alivio</p>	<p>Se puntúa cada elemento de la escala del 0 al 2. La rellena el personal sanitario o acompañante o cuidador.</p>	<p>La puntuación obtenida varía entre 0 (sin dolor) a 10 (dolor intenso).</p>	<p>Personas con deterioro cognitivo avanzado.</p>
<p>Escala sobre Conductas Iniciadoras del Dolor (ESCID) <sup>(18)</sup></p>	<p>Es una escala utilizada en pacientes sedados con ventilación mecánica. Para paciente sedados sin ser sometidos a ventilación</p>	<p>Cada ítem se valora con una puntuación de 0-2, siendo 0 lo óptimo y 2 dolor.</p>	<p>Se obtiene una puntuación total de 0 a 10, considerándose 0 no dolor, 1-3 dolor</p>	<p>Para paciente sedados con ventilación mecánica.</p>

<p>(Ver Figura 8)</p>	<p>mecánica, existe la escala Campbell, la cual es exactamente igual que esta, pero valorando el ítem de respuesta verbal del paciente. Se valora la musculatura facial, la tranquilidad, el tono muscular, la confortabilidad y la adaptación a la ventilación mecánica.</p>		<p>leve-moderado, 4-6 dolor moderado-grave y &gt;6 dolor muy intenso.</p>	<p>*Escala Campbell para pacientes sedados sin ventilación mecánica.</p>
-----------------------	---	--	---	--

Anexo 2. Diagrama de flujo búsqueda bibliográfica. (Elaboración propia)



FIGURAS:

Figura 1: Escala Visual Analógica <sup>(13)</sup>



Figura 2: Escala Numérica Verbal <sup>(13)</sup>

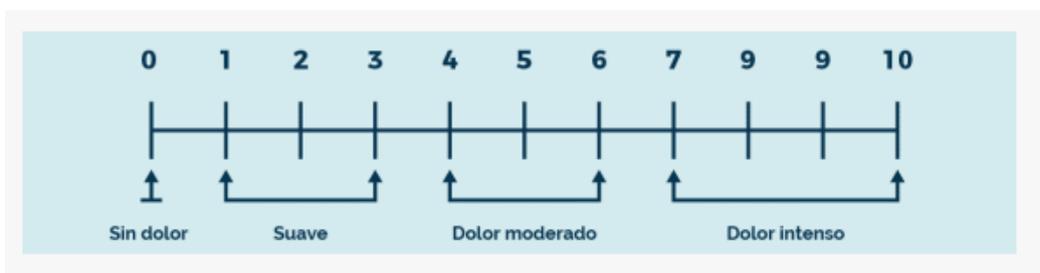


Figura 3: Escala de Expresión Facial (13)



Figura 4: Cuestionario de dolor de McGill (CDM) (13)

Nombre paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ am/pm

PRI: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PRI (T) \_\_\_\_\_ PPI \_\_\_\_\_  
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 Espasmódico Tembor Palpitante Latente Golpeteo	11 Cansado Exhaustivo	Breve Momentáneo Transitorio	Rítmico Periódico Intermitente	Continuo Estable Constante
2 Creciente Repentino Provocado	12 Nauseabundo Sofocante	<p>E = Externo I = Interno</p>		
3 Punzante Taladrante Perforante Puñalada Lancinante	13 Temeroso Espantoso Terrorífico			
4 Agudo Cortante Lacerado	14 Agotador Debilitador Cruel Perverso Mortal			
5 Pelizcante Presante Picante Calambres Aplastante	15 Desdichado Cegador			
6 Tirante Tracción Desgarrador	16 Incómodo Perturbador Abatido Intenso Inaguantable			
7 Caliente Quemazón Escaldado Quemadura	17 Difuso Irradiante Penetrante Que traspasa			
8 Punción Picazón Escoror Picadura	18 Apretado Entumecido Estrirante Abrumador Desgarrador			
9 Insensibilidad Sensibilidad Hirierte Dolorido Fuerte	19 Fresco Frio Helado			
10 Blando Tenso Áspero Terrible	20 Persistente Nauseabundo Agonizante Horroso Torturante			
	PPI: 0 Sin Dolor 1 Suave 2 Incómodo 3 Angustioso 4 Horrible 5 Agutísimo			

Figura 5: Breve Cuestionario del Dolor (BPI) (15)

N.º PACIENTE:  
PUNTUACIÓN:

LA ESCALA DE DOLOR DE LANSS  
Evaluación de síntomas neuropáticos de Leeds

NOMBRE..... FECHA.....

Esta escala del dolor puede ayudarnos a saber si los nervios que transmiten sus señales de dolor están funcionando normalmente o no. Es importante saber eso por si se necesitan tratamientos diferentes para controlar el dolor que usted siente.

A. CUESTIONARIO SOBRE EL DOLOR

—Piense en cómo ha sido su dolor en la última semana.  
—Por favor, indique si algunas de las siguientes descripciones se corresponden exactamente con el dolor que usted siente.

1. ¿Percibe el dolor como sensaciones extrañas y desagradables en su piel? Esas sensaciones podrían describirse con palabras como picazón, hormigueo, pinchazos y agujetas.
  - a) NO – El dolor que siento no se parece realmente a eso (0)
  - b) SÍ – Tengo esas sensaciones con frecuencia (5)
2. ¿Su dolor hace que la piel de la zona dolorida tenga un aspecto diferente al normal? Ese aspecto podría describirse con palabras como moteado o más rojo o rosa de lo normal.
  - a) NO – El dolor que siento no afecta realmente a mi piel (0)
  - b) SÍ – He observado que el dolor hace que mi piel tenga un aspecto diferente al normal (5)
3. ¿Hace su dolor que la piel afectada tenga una sensibilidad anormal al tacto? Esa sensibilidad anormal puede describirse como sensación desagradable ante ligeros toques de la piel, o dolor al usar ropa apretada.
  - a) NO – El dolor que siento no provoca una sensibilidad anormal de la piel en esa zona. (0)
  - b) SÍ – Mi piel parece tener una sensibilidad anormal al tacto en esa zona. (3)
4. ¿Aparece su dolor repentinamente y a ráfagas, sin razón aparente cuando está usted quieto? Esas sensaciones pueden describirse con palabras como descargas eléctricas, sobresalto y ráfaga.
  - a) NO – El dolor que siento no es realmente así. (0)
  - b) SÍ – Tengo esas sensaciones bastante a menudo. (2)
5. ¿Su dolor le hace sentir como si la temperatura de la piel en la zona dolorida hubiera cambiado de forma anormal? Esas sensaciones pueden describirse con palabras como calor y ardiente.
  - a) NO – En realidad no tengo esas sensaciones. (0)
  - b) SÍ – Tengo esas sensaciones bastante a menudo. (1)

Figura 6: Escala FLACC.(16)

ESCALA FLACC			
	Clasificación		
	0	1	2
Cara	Ninguna expresión particular, sin sonrisas, desinteresado.	Mueca ocasional o frunce el ceño. Reservado.	Frunce el ceño frecuentemente o de manera constante, mandíbula apretada, barbilla temblorosa.
Piernas	Posición normal o relajada.	Intranquilas, inquietas, tensas.	Da patadas, baja y sube las piernas.
Actividad	Acostado tranquilo, en una posición normal, se mueve fácilmente.	Se retuerce, cambia de postura, tenso.	Se arquea, está rígido o se sacude.
Llanto	No llora (ni cuando está despierto, ni cuando está dormido).	Gime o lloriquea, se queja de vez en cuando.	Llanto constante, chillidos o sollozos, quejas frecuentes.
Capacidad para sentir alivio o consuelo	Contento, relajado.	Se tranquiliza al tocarlo, arullarlo o al hablarle. Se le puede distraer.	Dificultad para consolarse o reconfortarse.

Cada una de las cinco categorías (cara, piernas, actividad, llanto y capacidad para sentir alivio) se valora en una escala del 0 al 2, y se suman para obtener un total de 0 a 10 puntos.

Figura 7: Escala PAINAD. (17)

**Utilización de la escala PAINAD**  
Las puntuaciones en esta escala oscilan del 0 (sin dolor) al 10 (dolor intenso).

Elemento/valor en puntos	0	1	2
Respiración, independiente de la vocalización	Normal	Respiración laboriosa esporádica; cortos periodos de hiperventilación	Respiración laboriosa y ruidosa; largos periodos de hiperventilación; respiraciones de Cheyne-Stokes
Vocalización negativa	Ninguna	Gemidos o lamentos esporádicos; habla de tipo bajo con una calidad negativa o de desaprobación	Llamadas problemáticas repetidas; gemidos o lamentos altos; llanto
Expresión facial	Sonriente o inexpressiva	Triste, asustada, ceñuda	Muecas faciales
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso, de sufrimiento, anda de un lado a otro, no deja de moverse	Rigido, puños cerrados, rodillas levantadas, se aparta o la aparta, la golpea
Capacidad de alivio	No necesita alivio	Se distrae o se tranquiliza por la voz o el contacto	No es posible aliviarlo, distraerlo o tranquilizarlo

Figura 8: Escala Sobre Conductas Iniciadoras de Dolor. (18)

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/ dientes apretados	
"Tranquilidad"	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rigido	
Adaptación a ventilación mecánica (VM)	Tolerando ventilación mecánica	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	
				Puntuación total 10
0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso	
	Considerar otras posibles causas			