

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2013-2014

Trabajo Fin de Grado
Abordaje enfermero del dolor

Alumno: Esther Romero Rojas

Tutor: Julia García Iglesias
Junio, 2014

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
○ Definición de dolor.....	5
○ El dolor en la historia.....	5
○ Clasificación del dolor.....	7
○ Escala analgésica de la OMS.....	9
○ Escalas de valoración del dolor.....	10
○ Recomendaciones basadas en la evidencia.....	14
○ Valoración enfermero del dolor.....	15
○ Unidades de dolor y consultas de enfermería.....	16
OBJETIVO.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
DISCUSIÓN Y RESULTADOS.....	19
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23

RESUMEN

Introducción:

El dolor mantiene una elevada prevalencia en la sociedad y está presente diariamente en diferentes situaciones de nuestros hospitales y centros de asistencia sanitaria. A menudo, dolor y sufrimiento van juntos, y se convierten en un disconfort que repercute en el rendimiento y calidad de vida de las personas. Todo ello supone que el abordaje óptimo cada vez adquiera mayor relevancia dentro del sistema sanitario. El rol central y la responsabilidad que las enfermeras tienen en la evaluación y tratamiento del dolor significa que deben estar bien informadas sobre sus mecanismos, su epidemiología, las barreras para controlarlo de manera eficaz, cómo reconocer los síndromes frecuentes de dolor y las variables que influyen en la percepción y respuesta del paciente al mismo. Todo ello, utilizando tanto los métodos válidos y fiables para la evaluación clínica, como la variedad de herramientas disponibles para su alivio.

Objetivo:

Conocer el nivel de conocimientos que posee la enfermera para manejar el síntoma dolor desde un abordaje holístico, los instrumentos para medirlo y las medidas que debe adoptar en cada caso.

Método:

Revisión sistemática de la literatura.

Discusión:

Existen grados de recomendación basados en la evidencia para realizar un manejo correcto del dolor aunque la mayoría se centran en el tratamiento farmacológico.

En diversos estudios, se observa la escasez de conocimientos y actitudes en dolor en enfermería, tanto por parte de los estudiantes como por los profesionales de enfermería.

Algunos estudios de esta revisión permiten evidenciar la importancia de implementar protocolos estandarizados para el manejo del dolor que garanticen que todos los pacientes tengan un manejo adecuado del mismo.

Palabras clave:

Dolor (Pain), Manejo del dolor (Pain Management), Analgesia (analgesia), Rol de enfermería, Basado en la evidencia (evidence-based).

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería se basa en la teoría y la práctica que fundamentan la responsabilidad en las diversas actividades que realiza en la atención de los pacientes, una de esas actividades es la que se relaciona con el manejo del dolor.

El dolor se ha convertido en el quinto signo vital y es hoy día un tema crítico en la atención al paciente ¹.

Si se considera el dolor como una emoción, experiencia y/o sensación subjetiva, por qué no se valora realizando una pregunta al paciente -¿tiene dolor?- y se registra para conseguir su diagnóstico.

La enfermería por tanto, debiera ser la encargada de registrar todo dato referente al dolor que obtenga de la entrevista y valoraciones que realice al paciente; para, si procede, poder diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar el control del dolor obtenido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) unificó la terapéutica antiálgica a nivel internacional basándose en una escalera de tres peldaños de la cual se deben conocer los fármacos, su uso, los efectos secundarios y las complicaciones ². Esta misma organización internacional, en el 2002, expide una resolución para mejorar la seguridad de los pacientes, la cual se concreta en el 2004 con el establecimiento de la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, como una de las prioridades de Salud Pública. Esta alianza define 21 indicadores para vigilar y evaluar el desempeño de los sistemas de salud en esta temática; en la categoría de eventos centinelas, uno de esos indicadores son los errores de medicación ³.

En España la atención al dolor está recogida entre los requisitos de los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

El R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, establece la cartera de servicios comunes del SNS y contempla, en el artículo 5, los criterios y requisitos para la cartera de servicios comunes del SNS, las técnicas, tecnologías o procedimientos, mencionados entre otros “contribuir de forma eficaz a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento”.

Definición del dolor

La concepción del dolor y su manejo han sufrido transformaciones desde lo místico y sobrenatural de la antigüedad hasta el interés actual, centrado en el estudio molecular, sin descuidar el componente social, cultural y emocional.

Sin embargo, la realidad que se ha evidenciado en la práctica clínica en el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico, y ha dejado atrás el componente socio-emocional y sus repercusiones. Muchas veces se ve limitado, porque los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, desconocen la existencia y utilidades de herramientas propias de la disciplina, que permitan una valoración integral y proporcionen elementos para orientar el manejo multidimensional e integral del dolor.

El dolor una vez cumplida su función de alarma, es un sufrimiento, de alta prevalencia, que puede prevenirse, controlarse o aliviarse en la mayoría de casos. Es el síntoma más frecuente en el manejo clínico o quirúrgico de las enfermedades que afectan al ser humano. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por su sigla en inglés) lo define como “una experiencia emocional y sensorial desagradable asociado con daño tisular potencial o real” ⁴.

El dolor como diagnóstico enfermero está considerado dentro del marco conceptual de enfermería desarrollado por la Asociación de Diagnósticos de Enfermería de Norteamérica (Nanda), y fue aprobado en 1998. Se ubica dentro del patrón cognitivo-perceptual; de las ocho categorías diagnósticas aprobadas en este patrón, todas describen patrones disfuncionales sensorio-perceptuales y cognitivos ⁵.

El dolor en la historia

Podemos decir que no hay ninguna época en la historia del hombre en que éste no se haya enfrentado al problema del dolor (tabla 1).

A lo largo de la historia las concepciones del dolor y su tratamiento han estado muy ligadas a la cultura y a los eventos mágico-religiosos que rodeaban las antiguas civilizaciones. Sin embargo, las teorías y descubrimientos que se realizaron en los últimos siglos (XIX, XX y XXI), dieron nuevas perspectivas con respecto al mejor entendimiento y manejo.

Tabla 1: **EVOLUCIÓN HISTÓRICA**

FECHA	TRATAMIENTOS
9.000 a.C.	Ritos mágicos, Hechizos, sacrificios, plantas
4.000 a.C.	Adormidera
3.000 a.C. Mesopotamia	Exorcismos, plantas (Mirto)
2.000 a.C. China	Acupuntura, Moxibustión
1.000 – 1.500 a.C. Egipto	Purgas, plantas (Cannabis, Mandrágora)
300 - 400 a.C. Grecia	Anestesia inhalatoria Electroestimulación (anguilas)
S. I Roma	Polifarmacia
S. II – S. XVII	Curares, Éter, Laúdano Crioanalgesia, Analgesia Intravenosa
S. XVIII	Mesmerismo, Electroterapia Anestesia moderna
S. XIX	Hipnosis, Terapia Física, Aspirina, Óxido Nitroso, Éter, opioides, Anestesia Local. Anestesia Peridural
S. XX	Fenolización, Analgesia Multidisciplinar, Cordotomía, Lobotomía, Neurotomías, Estimulación Talámica, Neuromodulación
S. XXI	Unidades del Dolor

En España el tratamiento del dolor, como unidad independiente, se inicia a partir de 1966 de la mano del Dr. Madrid Arias que tras su especialización con J. Bonica, comienza sus actividades en el seno del Servicio de Anestesiología y Reanimación de la Clínica de la Concepción, Fundación Jiménez Díaz de Madrid. En 1976 se creó la primera clínica del dolor, en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Y en el año 1982 se crea una Unidad Piloto para el Estudio y Tratamiento del Dolor en el Hospital 12 de Octubre, Madrid.

En 1991, se funda en Madrid la Sociedad Española del Dolor, capítulo español de la IASP, y en 1994 se inicia la publicación de la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Pocos años más tarde se crea la pagina web de la sociedad www.sedar.es y la revista de la Sociedad Española de Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor (SEDAR).

El dolor es un concepto multidisciplinario tal y como se refleja en la definición dada en 1986 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ya citada anteriormente: “el dolor una sensación en una parte o partes del cuerpo, pero igualmente siempre se trata de un experiencia desagradable y, por tanto, emocional”. Posiblemente es dicha multidimensionalidad la responsable de que los resultados logrados hasta el momento en el tratamiento del dolor consideren el componente emocional como parte fundamental en la evolución satisfactoria del paciente.

Sin duda, el gran avance de la medicina de estos siglos ha venido propiciado, por la aparición de nuevos medicamentos, técnicas y tecnologías que han hecho posible el control del dolor. Gracias a ello, la cirugía ha experimentado una gran progresión, pudiéndose realizar hoy en día intervenciones muy agresivas ^{6, 7, 8}.

Clasificación del dolor

Para individualizar el tratamiento del dolor es importante clasificarlo inicialmente. Generalmente, el dolor se puede clasificar según su duración, su patogénesis, su lugar de origen, su localización, su curso y su intensidad, entre otros ^{9, 10}.

➤ En función de su duración: agudo y crónico

El dolor agudo, se relaciona temporalmente con una lesión y desaparece cuando se cura la lesión; es de aparición brusca, con origen conocido y fácil localización del

dolor; suele acompañarse de reacción vegetativa (taquicardia, polipnea, sudoración, etc.) y ansiedad. Su duración es menor de 6 meses. Por el contrario, el dolor crónico, puede ser brusco o insidioso; dolor difuso, difícil de localizar con exactitud; puede ser intermitente o persistente; suele acompañarse de síntomas depresivos (irritabilidad, insomnio, aislamiento social, etc.). Su duración es mayor de 6 meses o perdura una vez curada la causa.

➤ Según su patogénesis existe: dolor nociceptivo, neuropático y psicógeno.

El dolor nociceptivo en su forma aguda tiene una importante función biológica (o evolutiva), ya que advierte al organismo de un daño inminente y le informa de un daño o lesión en un tejido. Por otra parte, tenemos el dolor neuropático se produce como resultado de un daño en las fibras nerviosas, emanando el impulso de dolor de las propias estructuras neuronales en lugar de las terminaciones nerviosas estimuladas. Frecuentemente es difícil de diagnosticar y de tratar. Algunos de los tipos más desconcertantes de dolor crónico, como la neuropatía diabética, el dolor en el miembro fantasma, la neuralgia post-herpética, son de origen neuropático. Y por último, el dolor psicogénico está causado por los procesos mentales de la persona que lo sufre y no por causas fisiológicas inmediatas. Es raro, y su incidencia está frecuentemente sobreestimada. Sin embargo, con frecuencia, el dolor crónico tiene un componente psicológico secundario que tiene como resultado una presentación mixta (por ejemplo, dolor psicósomático).

➤ Dependiendo del lugar de origen: somático y visceral.

El dolor somático se subdivide en dolor superficial (dolor cutáneo) en las membranas de la piel o mucosas; o dolor profundo en músculos, huesos, articulaciones, ligamentos, tendones, vasos sanguíneos, fascias. El dolor somático profundo tiende a ser un dolor sordo, mientras que el superficial es inicialmente agudo y posteriormente se convierte en sordo. El dolor visceral, se origina en las vísceras u órganos del organismo. Se caracteriza por ser un dolor sordo difícil de localizar y que frecuentemente está acompañado por reacciones del sistema nervioso autónomo, incluso puede radiar hasta las correspondientes zonas de la piel ("dolor referido").

➤ En función de su localización o región afectada (según el subcomite de taxonomía de la IASP):

Dolor de cabeza, cara y boca; dolor de la región cervical; dolor de la parte superior de la espalda y miembros superiores; dolor de la región torácica; dolor abdominal; dolor bajo de espalda, columna lumbar, sacro y coccígeo; dolor de miembros inferiores; dolor pelvico; dolor anal, perianal y genital; y dolor que afecta a más de 3 regiones.

➤ Según el curso del dolor:

Podemos diferenciar entre continuo, persistente a lo largo del día y no desaparecer; o por el contrario, irruptivo, exacerbación transitoria del dolor, en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente. correspondientes zonas de la piel ("dolor referido").

➤ La intensidad del dolor: leve, moderado y severo.

Puede ser leve, donde puede realizar actividades habituales; moderado, interfiere con las actividades habituales y precisa tratamiento con opioides menores; y severo, el cual interfiere con el descanso y necesita opioides mayores.

Escala analgésica de la O.M.S

Existen unas normas de uso de la escala analgésica (tabla 2): ¹⁰

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor. Generalmente se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica o la escala visual analógica (EVA).
2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. En primer lugar se prescriben los analgésicos del primer escalón. Si no mejora, pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante, si es necesario.
3. Si hay fallo en un escalón el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el escalón 3).

- Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.

Tabla 2:

Escala analgésica de la O.M.S.			
Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
----- Paracetamol AINE Metamizol	----- - Codeína Tramadol	----- -- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Escalas de valoración del dolor

La medición del dolor es una de las tareas más difíciles. Si tenemos en cuenta las palabras de Melzack: “dado que el dolor es una experiencia personal privada, es imposible para nosotros conocer una precisión el dolor que padece otra persona”. Sin embargo, un fenómeno como el dolor deber ser medido, habiéndose ideado numerosos instrumentos para determinar su intensidad.

Las escalas de valoración del dolor ¹¹ son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos.

Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un

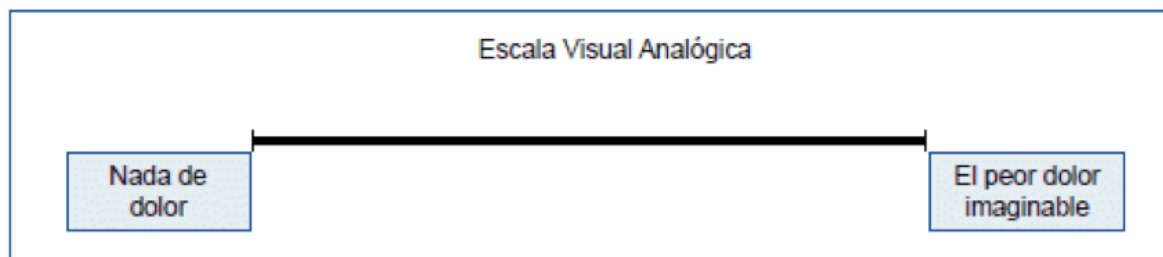
dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

A la hora de evaluar el dolor hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente).
- Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/capacidad para colaborar.
- Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente.
- Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.
- Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).
- EVA (Escala visual analógica)

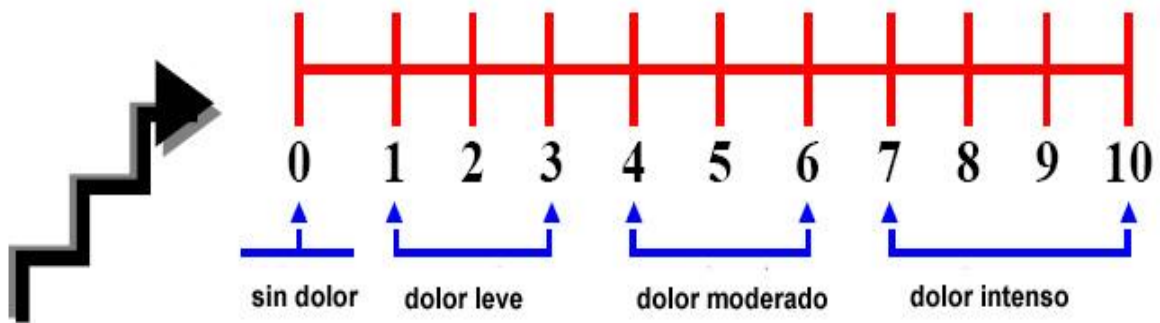
ESCALA ANALÓGICA VISUAL- EVA

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.



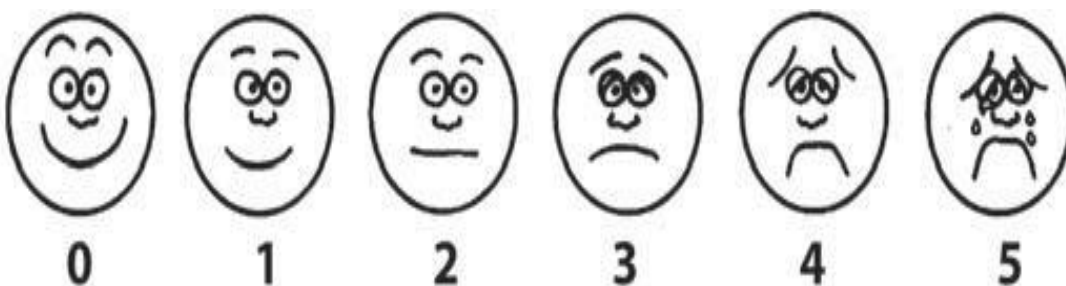
ESCALA NUMÉRICA (EN):

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.



ESCALA DE EXPRESION FACIAL (WONG)

Se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza, hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5, correspondiendo el 0 = no dolor y 5 = máximo dolor imaginable.



ESCALA DE CONDUCTAS INDICADORAS DE DOLOR (ESCID, tabla 3)

Sin embargo, teniendo en cuenta el entorno del cuidado del paciente crítico, en el que frecuentemente la capacidad de comunicación se ve afectada por la disminución del nivel de consciencia, utilización de fármacos sedantes o presencia de ventilación mecánica, entre otras, se recomienda la utilización de indicadores conductuales y

fisiológicos para la detección de indicadores del dolor. Si bien la observación de indicadores fisiológicos, como la variación de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, la sudoración y la taquipnea se relacionan con la presencia de dolor, su utilización en el paciente crítico se encuentra muy limitada. En este sentido, resultan mas fiables los indicadores conductuales frente a los fisiológicos en la valoración del paciente critico no comunicativo, es el caso de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor ¹² (ESCID). Esta escala cuenta con 5 items: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, adaptacion a la ventilacion mecanica y confortabilidad.

Tabla 3:ESCID				
ITEMS	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, movimiento normal	Movimientos ocasionales de inquietud, cambio de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza y las extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado, flexión de dedos, de manos y/o pies	Rígido	
Adaptación a ventilación mecánica	Tolera V.M	Tose, pero tolotera V.M	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto de y/o la voz. Fácil de distraer.	Difícil de confortar al tacto y/o hablandole	

Puntuación total: .../10

0: no dolor/ 1-3: dolor leve-moderado/ 4-6: dolor/ >6: dolor muy intenso

Recomendaciones basadas en la evidencia

Se trata de informes de buenas prácticas orientados a la práctica clínica y que, en condiciones ideales, están basados en la evidencia ¹³.

1. Proporcionar al paciente, a su familia o al cuidador, una copia del plan de cuidados para fomentar la toma de decisiones y su participación en el tratamiento del dolor. Se ajustará el plan de acuerdo con los resultados de la valoración y de la revaloración. Los cambios en el plan de cuidados deberán ser registrados y comunicados a todos aquellos involucrados en la aplicación del plan. Grado de recomendación A.
2. Se acepta el uso de paracetamol o de los analgésicos no esteroideos (AINE) para el tratamiento del dolor leve y como analgésicos coadyuvantes para algunos tipos de dolor específico salvo contraindicaciones. Grado de recomendación A.
3. Se acepta el uso de los opioides para el tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa, salvo contraindicaciones. Grado de recomendación A.
4. Tener en cuenta que el uso de la petidina está contraindicado para el tratamiento del dolor crónico, y en los pacientes con insuficiencia renal. Grado de recomendación A.
5. Tener en cuenta que los opioides deben administrarse conforme un horario regular de acuerdo con la duración de la acción y dependiendo de lo que se estime que vaya a durar el dolor severo. Grado de recomendación A.
6. Diferenciar entre adicción a los medicamentos, tolerancia y dependencia para prevenir que esto constituya una barrera a la hora de aliviar el dolor de forma óptima. Grado de recomendación A.
7. Monitorizar a las personas que toman opioides y que corren un mayor riesgo de padecer una depresión respiratoria. Grado de recomendación A.
8. Conocer las situaciones individuales de cada paciente y el potencial de toxicidad de los diferentes analgésicos para adaptarlos a cada situación. Grado de recomendación A.
9. Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios. Grado de recomendación A.

10. Establecer intervenciones psicoeducativas como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor. Grado de recomendación A.
11. Tener en cuenta que las estrategias c3ognito-conductuales combinadas con un programa de rehabilitaci3n multidisciplinario son un m3todo importante para el tratamiento del dolor cr3nico benigno. Grado de recomendaci3n A.
12. El dolor cr3nico requiere en ocasiones un abordaje multidisciplinar que se aparta de los principios b3sicos. Grado de recomendaci3n A.
13. Un dolor inesperado, intenso y asociado a alteraciones de otros signos vitales (taquicardia, sudoraci3n, fiebre, hipotensi3n) debe ser evaluado inmediatamente. Grado de recomendaci3n C.
14. Hacer una valoraci3n del dolor, al menos una vez al d3a. Grado de recomendaci3n C.
15. Para la valoraci3n de los par3metros e intensidad del dolor se utiliza una herramienta sistem3tica y validada. Grado de recomendaci3n C.
16. En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas integrales, el autoinforme es la fuente principal para la valoraci3n. Por el contrario, se tendr3 en cuenta la informaci3n facilitada por la familia o cuidador. Grado de recomendaci3n C.

Valoraci3n enfermero del dolor

Entre las causas del inadecuado manejo del dolor se se3alan la deficiencia en la valoraci3n y tratamiento farmacol3gico del paciente; as3 como en el manejo y documentaci3n del dolor; adem3s de la falta de informaci3n al paciente respecto al manejo del dolor.

Las deficiencias en la valoraci3n y documentaci3n, se asocian a la naturaleza subjetiva del dolor; generalmente si el paciente no refiere dolor se asume que no lo tienen, mientras que en los que lo refieren, se tienda a desvalorizar la presencia e intensidad de 3ste; es decir, existe poca confianza en el autoreporte de los pacientes¹⁴. Aunado a lo anterior, no todas las instituciones valoran la presencia e intensidad del dolor en forma permanente y regular, a pesar de que el dolor es considerado el quinto signo vital¹⁵.

El manejo del dolor es responsabilidad de un equipo multidisciplinario; sin embargo enfermer3a juega un rol fundamental, debido a que es el personal que tiene el

contacto más estrecho y continuo con los pacientes, además es el profesional de la salud quien se involucra en todas las etapas del manejo del dolor donde se incluyen desde su valoración; tratamiento farmacológico y no farmacológico; orientación al paciente y su familia; documentación del manejo del dolor y la respuesta del paciente.

El pasado mes de Octubre de 2013, se celebró en Teruel el XXVI Congreso Nacional de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor, donde tuvo lugar, la conferencia sobre la “Atención actual al paciente con dolor: ¿óptima o deficiente?”, impartida por el profesor Antonio Montero, director del Departamento de Cirugía de la universidad de Lérida y jefe del servicio de Anestesiología del Hospital Arnau de Vilanova de Lérida; haciendo un repaso histórico del dolor y de los analgésicos, destacando las necesidades de más formación reglada en el manejo del dolor en la formación pregrado tanto para enfermeras como para médicos, así como mejorar la información y/o formación a la población para afrontar el dolor, entre otros ¹⁶.

Unidades del dolor y consultas de enfermería

Las unidades del Dolor ^{17, 18} se establecieron en España desde 1966 siendo en su mayoría, servicios hospitalarios en los que se realiza el estudio y tratamiento del dolor.

Los pacientes que son tratados en esta Unidad son tanto pacientes con dolor crónico que acuden de forma ambulatoria como pacientes hospitalizados que presentan dolor crónico, o dolor no controlado, o de otros procesos como pacientes oncológicos.

La actividad realizada en la Unidad se realiza en tres líneas: asistencial, docente e investigadora. Ésta última está poco desarrollada.

Desde 1998, las direcciones de Enfermería, crean la figura de la enfermera clínica en la Unidad del Dolor.

Los pacientes que acuden a la Unidad en primera consulta son evaluados inicialmente en consulta de enfermería. Conjuntamente, se desarrolla una historia clínica, donde se realiza recogida de datos del paciente, antecedentes personales, quirúrgicos, rehabilitadores, así como la situación social, hábitos de salud del

paciente por patrones funcionales de enfermería, tratamiento previo, tipo de dolor y sus características, y realización de test.

La enfermería de la Unidad tiene asimismo protocolizadas todas las actuaciones de terapias no farmacológicas (control del dolor, relajación, ejercicio) para asesorar al paciente. Incluso se imparten talleres específicos (taller de fibromialgia).

Después de la valoración, establecimiento de tratamiento e indicaciones terapéuticas, muchos pacientes pueden ser remitidos nuevamente a los médicos de cabecera para continuación de la terapia.

OBJETIVO

Conocer el nivel de conocimientos que posee la enfermera para manejar el síntoma dolor desde un abordaje holístico, los instrumentos para medirlo y las medidas que debe adoptar en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión sistemática de la literatura, para buscar la mejor evidencia disponible.

Se establece una estrategia de búsqueda mediante una pregunta que sigue el formato: PICO (población, intervenciones, comparadores y resultados) -¿Cómo valora la enfermera el dolor?- y se transforma en los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MeSH). Así obtenemos las palabras clave: manejo del dolor, rol de enfermería, analgesia y basado en la evidencia.

Se realiza una búsqueda sistemática en Bases de Datos online (BD): National Library of Medicine (MEDLINE), colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en ciencias de salud (COCHRANE), Biblioteca virtual de la Salud (BVS), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), Scientific electronic library online (SciELO), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y otros como Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal). Esta búsqueda se amplía mediante una búsqueda en Google académico y la bibliografía referencial en los artículos encontrados y seleccionados, de acceso directo y gratuito.

Se incluyen los temas adecuados al objetivo de la búsqueda; el método incluye revisiones sistemáticas, metaanálisis, Ensayos Clínicos Aleatorios (ECA), Guías de Práctica Clínica (GPC) y estudios observacionales; la fecha de publicación está limitada entre los 10 últimos años, aunque en algunos estudios se hace referencia a años pasados. El idioma de los textos utilizados engloba español e inglés. Se excluyen los estudios no aplicables a nuestro medio.

Tabla 4:

DeSCH	MeCHS	BASES DE DATOS
Dolor, Manejo del dolor	Pain, Pain management	Cochrane
Rol de enfermería	Role nurse	Bvs: Lilacs, Scielo
Basado en la evidencia	Evidence-based	Pubmed (Medline)
Analgesia	Analgesia	Cuiden, Redacyl

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Madrid, 2011), el dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas y es el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. La frecuencia de dolor crónico en población adulta en España es muy elevada. La evidencia epidemiológica, procedente en su mayoría de los países desarrollados, ha demostrado que el dolor crónico es un problema generalizado de salud pública. A pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de las personas con dolor crónico, éste es un problema infravalorado o tratado inadecuadamente ¹⁹.

Su manejo representa una carga económica impresionante. Según Bonica, ya en 1981, el dolor crónico no canceroso representó para los Estados Unidos un costo de 65.000 a 70.000 millones de dólares en términos de cuidados sanitarios, pérdidas de productividad, compensaciones económicas y otros factores relacionados. Los costes del dolor pueden ser directos (personal sanitario, consultas, ambulatorios y hospitales, productos farmacéuticos, analíticas, rayos X, TAC, traslados de pacientes, etc., y gastos generales y administrativos) e indirectos (se refieren sobre todo a la disminución de la producción causada fundamentalmente por el absentismo laboral o la incapacidad absoluta o total), en cifras internacionalmente reconocidas como coste económico aproximado del dolor, corresponde al 2,2% del Producto Interior Bruto (PIB) de los países más industrializados ²⁰. El mantenimiento del dolor crónico también presenta una serie de consecuencias dentro del ámbito económico; se ha comprobado que el 30% de los pacientes con dolor crónico han estado de baja laboral como consecuencia directa del dolor, requiriendo hospitalización el 11% de los pacientes con una estancia media de 12 días ²¹. A la vista de los datos que nos proporcionan el presente estudio, podemos concluir que todavía se continúa aplicando, de una manera mayoritaria, las normativas emanadas de la OMS para tratar el dolor crónico, en los pacientes tratados en las Unidades del Dolor Españolas. También, comprobamos la no aplicación de esta normativa en aquellos pacientes donde el dolor crónico se presenta con un componente neuropático, en estos pacientes comprobamos que se utilizan, como primera opción de tratamiento, los fármacos coadyuvantes y que solo como una segunda opción de tratamiento nos encontramos con la posibilidad de utilizar

opioides, siendo el tramadol y oxycodona los que cuentan con mayores niveles de evidencia científica.

Los resultados de estudios realizados por Espinosa, y Zavala y colaboradores^{22, 23} evidencian a la no utilización por parte de las enfermeras de escalas de medición que permitan calificar junto con los pacientes el grado de dolor que experimenta, por consiguiente esta característica del dolor no se registra como un parámetro para el uso apropiado de fármacos a fin de mitigarlo, lo que indica la escasa enseñanza del profesional sanitario en el manejo del dolor.

Por otra parte, un estudio de Campos y otros autores²⁴ cuyo objetivo era identificar si la actitud empática de la enfermera favorece la disminución del dolor en el paciente postquirúrgico, obtuvo que existía divergencia entre la intensidad del dolor por el paciente y la opinión de la enfermera, ya que alguna de éstas comentaron que el paciente exagera al referir dolor. Por lo tanto, si sabemos que el dolor es subjetivo, individualizado, y que puede variar por diferentes causas, ha de ser el propio enfermo el que lo cuantifique ya que nadie más que él sabe: qué, dónde y cuánto le duele.

Otro punto, que nos afirma el inadecuado manejo del dolor, son las instituciones de salud. Señalan que la sobrecarga de trabajo para el personal de salud contribuye a la falta de tiempo para realizar una adecuada valoración, manejo y documentación del dolor^{25, 26}.

Existen evidencias que del 40 al 60% de los pacientes hospitalizados presentan dolor postoperatorio de moderado a severo, lo que indica un inadecuado manejo, debido entre otras, a un deficiente uso de analgésicos como los opiáceos, por desconocimiento de sus características farmacológicas, miedo a efectos tales como la depresión respiratoria y empleo de pautas de tratamiento insuficientes como la analgesia "a demanda", y/o vías de administración inadecuadas. Así lo refleja una revisión de F. Muñoz-Blanco y colaboradores²⁷ sobre las complicaciones del dolor postoperatorio, y un estudio de A. Padrol y colaboradores,²⁸ observacional de tipo transversal de prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados.

Para el alivio del dolor se dispone tanto de medidas farmacológicas como de las no farmacológicas. Estas últimas se centran en tres ámbitos de actuación: intervenciones ambientales, conductuales y físicas, al reducir la cantidad de estímulos nocivos, el temor, la ansiedad o los refuerzos negativos en la relación a la

percepción del dolor. Por tanto, el objetivo de la aplicación de estas medidas, es aumentar el confort del paciente, reducir el estrés y las consecuencias indeseables relacionadas con los procedimientos terapéuticos, siempre que no exista contraindicación. Sin embargo, no sustituyen al tratamiento farmacológico, sino que actúan de forma complementaria para optimizar el control del dolor ²⁹.

Otra de las causas que hace referencia al déficit de conocimientos en el manejo del dolor, lo demuestra una encuesta realizada por Mc Caffery ³⁰ a 3282 enfermeras en el año 1995, que constata que la mayoría de los programas docentes de pregrado de las Escuelas de Enfermería dedican poco tiempo en su curriculum académico al tratamiento del dolor. Al igual que otro estudio sobre 164 estudiantes de último curso de enfermería ³¹ que demuestra que el 75% de ellos desconocen los efectos beneficiosos de los opioides, así como sus interacciones.

Revisados algunos trabajos ³² en los que se analiza la administración de analgésicos para el tratamiento del dolor, varios de ellos coinciden en que incluso en aquellos casos en los que estos están pautados por los médicos a intervalos regulares y con las dosis perfectamente definidas, un tercio de estas prescripciones o no se administran o se hacen a dosis inferiores a las prescritas. Demostrando así la resistencia del personal de enfermería a administrar analgésicos “solo si es estrictamente necesario” por considerar como “normal” un cierto grado de dolor principalmente si es secundario a una intervención quirúrgica; existiendo además miedo a la aparición de reacciones adversas a opiáceos, especialmente a la dependencia.

Finalmente, existe un estudio relevante para enfermería de María Guadalupe Moreno y colaboradores ³³ donde sus resultados permiten evidenciar la importancia de implementar protocolos estandarizados para el manejo del dolor que garanticen que todos los pacientes postoperatorios van a tener el manejo adecuado; además enfatiza la necesidad de sobrevalorar la respuesta del paciente; si dice que tiene dolor aunque no lo manifieste físicamente el personal debe asumir que hay presencia de dolor e implementar un plan adecuado.

CONCLUSIONES

Es agradable constatar la evolución en el abordaje del dolor en nuestros días. La forma de ver y tratar el dolor ha ido variando a lo largo del tiempo, lo que ha generado diversos abordajes. Actualmente disponemos de la existencia en el ámbito hospitalario de unidades dedicadas exclusivamente a este síntoma. Gracias a este avance se puede llevar a cabo diferentes procedimientos evitando el dolor, en la medida de lo posible.

Existe un claro reconocimiento de que la analgesia reduce las cargas económicas derivadas de las discapacidades provocadas por dichas alteraciones físicas y, en situaciones como en el dolor agudo postoperatorio, la morbimortalidad. La divergencia de opiniones respecto al nivel del conocimiento en el manejo del dolor por parte de los profesionales de enfermería invita a reflexionar, en el contenido de los programas del área biomédica y el área de enfermería. Los profesionales sanitarios reciben escasa formación en el manejo del dolor, las escalas de valoración y el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. Además infravaloran o ponen en duda la respuesta del paciente en cuanto a la intensidad del dolor.

Es importante implementar protocolos estandarizados para el manejo enfermero que garanticen una valoración y evaluación del dolor adecuada. Y cumplir con las pautas fijadas prescriptas por los facultativos, evitando el dolor en el paciente e incluso adelantándonos al mismo.

Al paciente y familiares se les proporcionará información, para fomentar la toma de decisiones y su participación en el tratamiento del dolor.

Esta revisión, refuerza la necesidad de impulsar medidas de mejora en la información a los pacientes, educación de los profesionales, evaluación periódica del dolor, y aplicación de protocolos terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. María Lourdes Cantero González. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster. 2 (1): 187-254, 2010 ISSN: 1989-5305.
2. Reyes M. Guía básica para el manejo del dolor por enfermería. El quinto signo vital. México: JGH Editores; 1999.
3. Gómez, Fernanda. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Revista Aquichan 2006; 6 (1): 54-67.
4. Diana marcela Achury Saldaña. Aplicación de la teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor. Artículo de revisión. Bogotá (Colombia), 9 (1): 8-19; Enero-Junio de 2007.
5. Zavala-Rodríguez, Ma. del Refugio; González-Salinas, J.Fernanda. Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería Aquichan, Vol. 8, Núm. 2, octubre, 2008, pp. 212-226 Universidad de La Sabana, Colombia.
6. Drs. Saul Krivoy, Magalys Tabasca, Wallens Adelaide, Marlon Diaz. El dolor en la historia. E: Aoun Soulie C, Briceño-Iragorry L, editors. Colección Razetti. Volumen X. Caracas: Editorial Ateproca: 2010.p.163-224.
7. Gabriel Gutiérrez Giraldo, Laura del Pilar Cadena Afanador. Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. Revisión de tema. Medunab. Vol.4 nº 10 - Abril de 2001.
8. J. Pérez-Cajaraville, D. Abejón, J. R. Ortiz y J. R. Pérez. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Colaboración especial. Rev. Soc. Esp. Dolor. 12: 273-384, 2005.
9. Change Pain. Editor: Grünenthal GmbH, 52099, Aquisgrán, Alemania. Comité ejecutivo: Prof. Dr. Eric-Paul Pâques PhD (Chairman of the Corporate Management Board), Stefan Genten. Plataforma Sindolor. [acceso 10 de Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.changepain.org>.
- 10.F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología Radioterapia, Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Así, Madrid. Oncología, 2005; 28 (3): 139-143.
- 11.Escalas de valoración del dolor. Actualizado Diciembre de 2012. [acceso 17 de marzo de 2014]. Documentos disponibles en: www.1aria.com.

12. Latorre Marco, M. Solís Muñoz, T. Falero Ruiz, A. Larrasquitu Sánchez, A.B. Romay Pérez, I. Millán Santo s. 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. *Revista Enfermería Intensiva*. 2011; 22(1): 3-12.
13. Valoración y manejo del dolor. Guía de buenas prácticas en enfermería. Asociación Profesional de Ontario (RNAO). 2002.
14. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL. The hidden error of mismanaged pain: a systems approach. *J Pain Symptom Manage*, 2004; 28: 47-58.
15. Aréchiga G. Nuevos conceptos en la certificación del dolor. Institucionalizando el dolor. *Anestesia en México*. 2005; 17(1): 46-52.
16. Antonia Castro. Bajo el lema "Unidos contra el dolor" se celebró en Teruel el pasado mes de octubre el XXVI Congreso Nacional de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. *Rev. Rol enfermería* 2014; 37(1): 64.
17. Organización asistencial de una Unidad del Dolor en Extremadura. I. Muro Castillo, I. Rodríguez Fernández, M. J. Rivas Mateos, M. P. Die Ortega, M. Marra Gracia, M. A. Ortega Bejarano, M. I. López Basset. *Rev. Soc. Esp. Dolor* v.15 n.2 Narón (La Coruña) mar. 2008.
18. Carmen Caro González. Enfermera de la Clínica de Dolor. Servicio de Anestesia y Reanimación y Terapias del Dolor. Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) [internet]. Enfermera de la Clínica de Dolor.[acceso 25 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.bellvitgehospital.cat/>
19. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
20. Fundación Grünenthal. Aspectos socioeconómicos del dolor. Reunión de Expertos. Universidad de Salamanca. 2006.
21. M. J. Rodríguez. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, Vol. 13, Nº 8: 525-532; 2006.

22. Espinosa. Las enfermeras en la valoración del dolor. *Revista Desarrollo Científico De Enfermería* 2002; 10 (9)-. 260-264.
23. Zavala, Fang, Ortega, Rivera. Manejo del dolor por el personal de enfermería. *Revista Mexicana de Algología* 2005; 4 (1): 11, 14-16.
24. Campos, García, Marmolejo, Santillán, Violante. La empatía de la enfermera, factor relacionado con el dolor (sección investigación). *Revista desarrollo Científico de Enfermería* 1997; 5 (6): 185-188.
25. Polkki T, Laukkala H, Vehvilainen-Julkunen K, Pletita AM. Factors influencing nurses' use of non pharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scand J Caring Sci.* 2003; 17: 313-83.
26. Tapp J, Kropp D. Evaluating pain management delivered by direct care nurses. *J nurs Care Qual.* 2005; 20: 167-73.
27. F. Muñoz-Blanco, J. Salmerón, J. Santiago y C. Marcote. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2001; 8: 194-211.
28. Pedrol A, Pérez-Esquiva M, Olana M, Francesca A, Tomas I, Rull M. Estudio de prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001; 8: 555-61.
29. Comisión de Evaluación y Tratamiento del Dolor. Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS. CATD (Comissió d'Avaluació i Tractament del Dolor). Barcelona. 2009.
30. Mc Caffery M, Robinson ES. Dolor. Aquí están sus respuestas. *Nursing* 2003; 21 (4): 8-16.
31. Romyn D. Pain Management: know the facts. *Can Nurse* 1992; 88 (6): 26-7.
32. Twycoss A. Educating nurses about pain management: the way forward. *J Clin Nurs* 2002; 11: 705-14.
33. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, María Eugenia garza Elizondo, Esther Angélica Hernández Fierro. Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Cuidarte.* 2012.