



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017–2018

Trabajo Fin de Grado

**"Valoración del dolor: asignatura
pendiente de enfermería. Análisis de las
Escalas del Dolor"**

(Revisión Bibliográfica)

Alumna: Rita Maraña Marcos.

Tutora: D^a. M^a José Mata Peñate.

Julio, 2018

ÍNDICE

Glosario de siglas	3
Resumen	4
Abstract	5
1. Introducción	6
1.1. Fisiología del dolor	6
1.2. Epidemiología y Prevalencia	7
1.3. Valoración del dolor	10
1.4. Escalas de valoración del dolor	10
1.5. Proceso de Atención de Enfermería y dolor	12
1.6. Justificación	13
1.7. Objetivos	14
2. Material y Métodos	15
3. Resultados	18
4. Discusión	28
4.1. Conclusiones	30
5. Bibliografía	32
6. Anexos	39

GLOSARIO DE SIGLAS

AM: Área Médica

AQ: Área Quirúrgica

AVD: Actividades de la vida diaria

BPI: Brief Pain Inventory

CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD)

CDE: Cuestionario de Dolor en Español

DMCR: Mínima diferencia clínicamente relevante

EDZ: Escala de Depresión de Zung

EFIC: Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del Dolor

EFPS: Faces Pain Scale

ENV: Escala numérica verbal

ENV: Escala Visual Numérica

EVA: Escala visual analógica

FM: Fibromialgia

GDS: Global Deterioration scale of Reisburg

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor

IIO: Oswestry Disability Index

MPQ: McGill Pain Questionnaire

NANDA-I: NANDA Internacional, Inc.

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

PFG: Puntuación de la Función General

PIB: Precio interior bruto

SEMICYUC: La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

TFG: Trabajo de Fin de Grado

TM: Técnicos Medios

TS: Técnicos superiores

VRS: Verbal Rating Scale

WHYMPI: Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale

RESUMEN

Introducción: El dolor, en la definición de McGuire, es “una experiencia multidimensional que abarca la evaluación de numerosos dominios, incluidas dimensiones fisiológicas, sensoriales, afectivas, cognoscitivas, del comportamiento y socioculturales”. El profesional de enfermería ha de valorar no el dolor en sí mismo, sino a la persona, describiendo todos los signos y síntomas que interfieren en la misma, en su calidad de vida, para poder realizar un diagnóstico enfermero cuya causa es el dolor.

Objetivos: Como objetivo principal se propone analizar diferentes Escalas del Dolor, observando su eficacia y en qué tipo de dolor son más aplicables.

Material y Métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica que respondiera a la pregunta “Para implementar una escala del dolor en el plan de cuidados enfermeros, ¿cuál de las escalas validadas sería más efectiva y eficiente?”, para lo que se han utilizado diferentes bases de datos.

Resultados: Se han analizado 19 artículos, en los que se obtienen una variedad de resultados. Se consideran la utilidad de distintas escalas del dolor, la formación de los profesionales, así como, la inclusión como quinta constante en el plan de cuidado enfermero, entre otros parámetros.

Discusión: No existe unanimidad en el uso de ninguna escala del dolor en concreto, aunque la más valorada ha sido la Escala Visual Analógica. Asimismo, se considera en varios artículos la necesidad de valorar algo más que la intensidad del dolor.

Conclusiones: Poder protocolizar la valoración del dolor sería un adelanto significativo en el cuidado enfermero, incidiendo en convertir al dolor en la quinta constante dentro del plan de cuidados.

Palabras clave: Escalas del dolor, Valoración enfermera, Dolor y plan de cuidados.

ABSTRACT

Objectives: The main objective is to analyze different Pain Scales, observing their effectiveness and in what type of pain they are more applicable.

Methodology.: A bibliographic search was carried out that answered the question "To implement a pain scale in the nursing care plan, which of the validated scales would be more effective and efficient?", For which different databases.

Results: 19 articles have been analyzed, in which a variety of results are obtained. The usefulness of different scales of pain, the training of professionals, as well as inclusion as a constant fifth in the nursing care plan, among other parameters, is considered.

Discussion: There is no unanimity in the use of any scale of pain in particular, although the most valued has been the Analog Visual Scale. Likewise, in several articles the need to assess something more than the intensity of pain is considered.

Conclusions: To be able to protocolize pain assessment would be a significant advance in nursing care, focusing on turning pain into the fifth constant within the care plan.

Key words: Pain scales, Nursing assessment, Pain and care plan.

1. INTRODUCCIÓN

El dolor, en la definición de McGuire, es “una experiencia multidimensional que abarca la evaluación de numerosos dominios, incluidas dimensiones fisiológicas, sensoriales, afectivas, cognoscitivas, del comportamiento y socioculturales”¹. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), lo define como: “El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño”.²

Es un mecanismo de defensa del organismo que, en muchas ocasiones, permite la supervivencia del individuo; aunque su evolución puede redundar en un sufrimiento improductivo para la persona, originándole una mala calidad de vida.

1.1. Fisiología del dolor

El dolor es difícil de categorizar. Sin embargo, la literatura habla de diferentes tipos de dolor: agudo, crónico y dolor canceroso. Otra manera de catalogar al dolor es referirse a su fisiopatología: dolor nociceptivo (somático o visceral) o dolor neuropático.³

La experiencia del dolor se puede dividir en tres etapas: recepción, transmisión/percepción y modulación:

- **Recepción del dolor**, la piel y ciertos tejidos internos tales como el periostio, las superficies articulares y las paredes arteriales tienen muchos receptores. Un receptor, llamado nociceptor, es estimulado bien directamente por lesión de la célula del receptor o secundariamente por la liberación de sustancias químicas tales como la bradiquinina (estímulo universal del dolor, es una cadena de aminoácidos que causa una vasodilatación poderosa y aumenta la permeabilidad capilar, contrae la musculatura lisa y estimula los receptores del dolor). Aunque todos los nociceptores son similares estructuralmente, responden de diferente manera a los estímulos nocivos de acuerdo a su localización corporal.
- **Transmisión/percepción**, el umbral del dolor del individuo es la cantidad de estímulo doloroso que requiere una persona antes de sentir el dolor. La sensación dolorosa puede ser considerada la misma que el umbral del dolor; la reacción al dolor, incluye la respuesta del sistema nervioso autónomo, es la

reacción automática del organismo que, a menudo, protege al individuo de una lesión mayor. La tolerancia al dolor es la máxima cantidad de dolor que un individuo está deseando aguantar.

- **Modulación**, parece que existen mecanismos naturales dentro del cuerpo que modulan la transmisión y la percepción del dolor.

1.2. Epidemiología y Prevalencia

La iniciativa Pain Proposal fue promovida y avalada por la Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (EFIC). Torralba, A. y col (2014), en su artículo “Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”, afirman que uno de cada seis españoles (17%) sufre dolor crónico, frente al 19% de los datos europeos. En la siguiente tabla (Tabla 1), se muestran los resultados presentados por Pain Proposal en España⁴:

RESULTADOS DEL PAIN PROPOSAL EN ESPAÑA	
Prevalencia del dolor crónico	17 %
Porcentaje de pacientes aislados socialmente a causa del dolor*	27 %
Porcentaje de pacientes que tardaron más de un año en ser diagnosticados	39 %
Tiempo medio de diagnóstico	2,2 años
Porcentaje de pacientes que consideran recibir un tratamiento no adecuado	29 %
Tiempo medio en recibir un tratamiento adecuado	1,6 años
Porcentaje de pacientes descontentos con el tiempo de espera para recibir un tratamiento adecuado	48 %
Número de consultas médicas realizadas al año a causa del dolor	6,6
Media anual de días de baja laboral a causa del dolor *	14 días
Porcentaje de pacientes incapaces de trabajar a causa del dolor *	21 %
Porcentaje de médicos que expresaron su deseo de recibir formación adicional sobre el manejo del dolor crónico*	85 %

Tabla 1: Resultados del Pain Proposal en España sobre el dolor crónico (*Datos del conjunto de Europa)⁴
Elaboración propia.

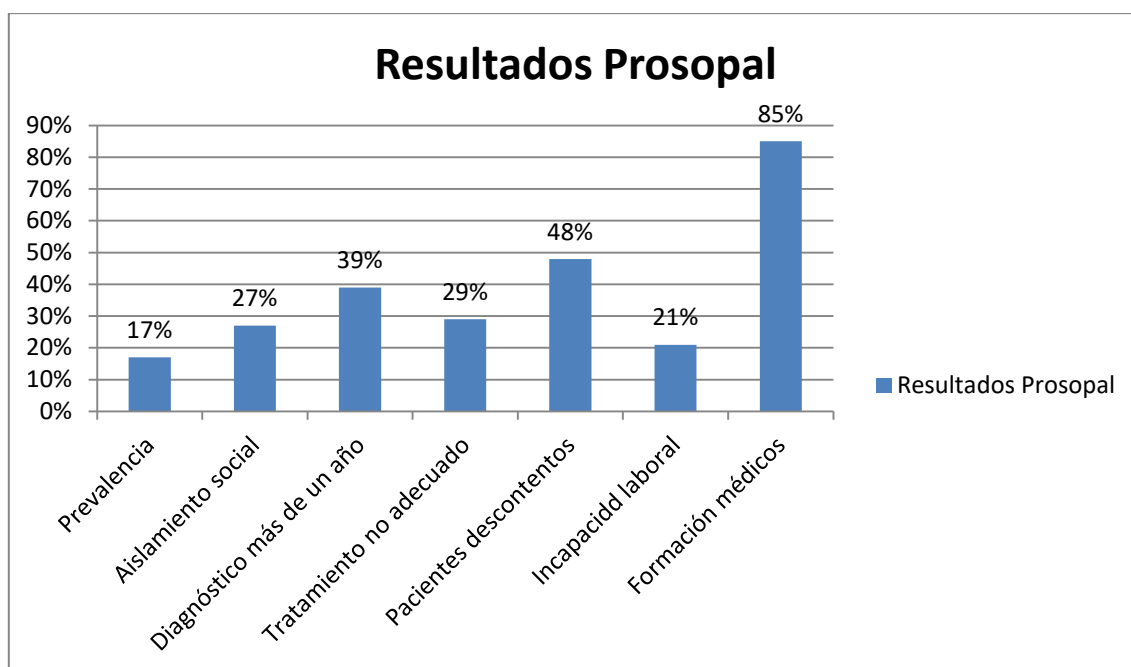


Figura 1: Resultados sobre el dolor crónico⁴. Elaboración propia.

Estos datos, ya de por sí significativos, dan una idea de lo que puede suponer en coste sanitario. Estos mismos autores cifran en 16.000 millones de euros anuales el coste total (directo e indirecto), lo que supone un 2,5% del precio interior bruto (PIB), aunque señalan que estos datos hay que tomarlos con reserva, dado que en España no existen estudios globales que los avalen.⁴

La fundación Grünenthal, “entidad sin ánimo de lucro dedicada a la formación, divulgación de conocimientos científicos y apoyo a la investigación en el campo del abordaje del dolor”, hace referencia a los datos publicados en un artículo en la revista Journal of Medical Economics con datos sobre la prevalencia del dolor en la población adulta en España, extraídos del estudio “National Health and Wellness Survey 2010”, realizado por Kantar Health (Tabla 2)⁵.

PREVALENCIA DEL DOLOR EN LA POBLACIÓN ADULTA EN ESPAÑA		
Sufren dolor	17,25%	6,1 millones
Mujeres	51,53%	3,1 millones
Dolores de espalda	60,53%	(Figura 2)
Dolor articular	40,21%	
Dolor de cabeza	34,72%	
Dolor cervical	28,62%	

Tabla 2: Datos sobre la prevalencia del dolor en España⁵. Elaboración propia.

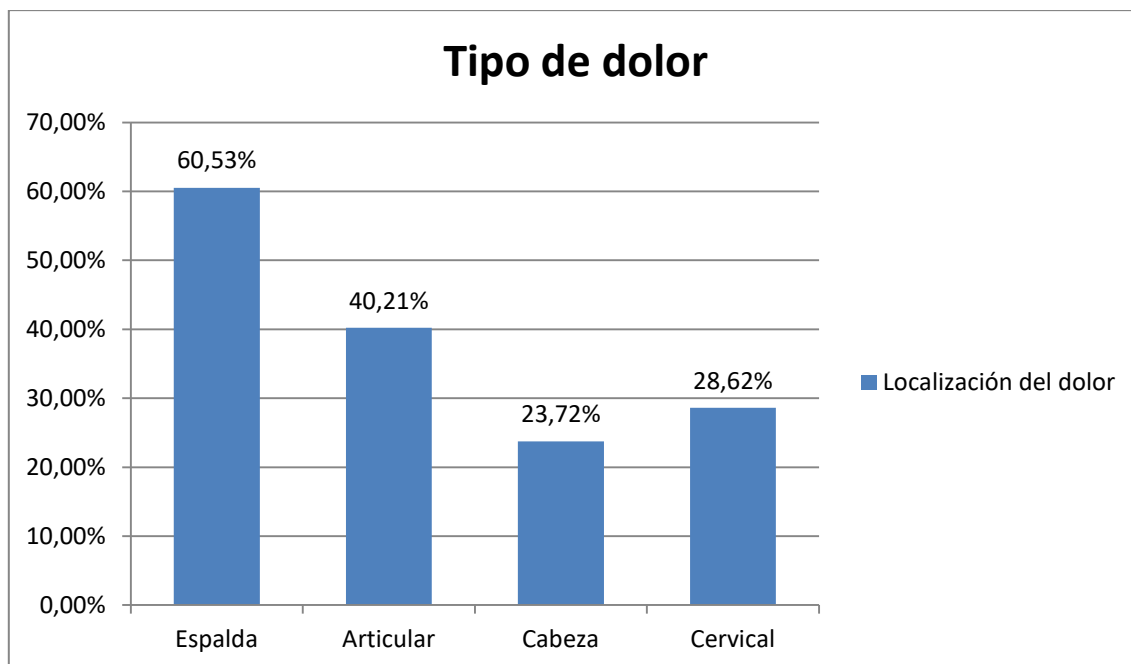


Figura 2: Tipo de dolor⁵. Elaboración propia.

Este estudio, asimismo, señala que el 39,9% de las personas que sufren dolor intenso se ausentan de su trabajo, frente al 3,35% de la población que no padece dolor⁵ (Figura 3).

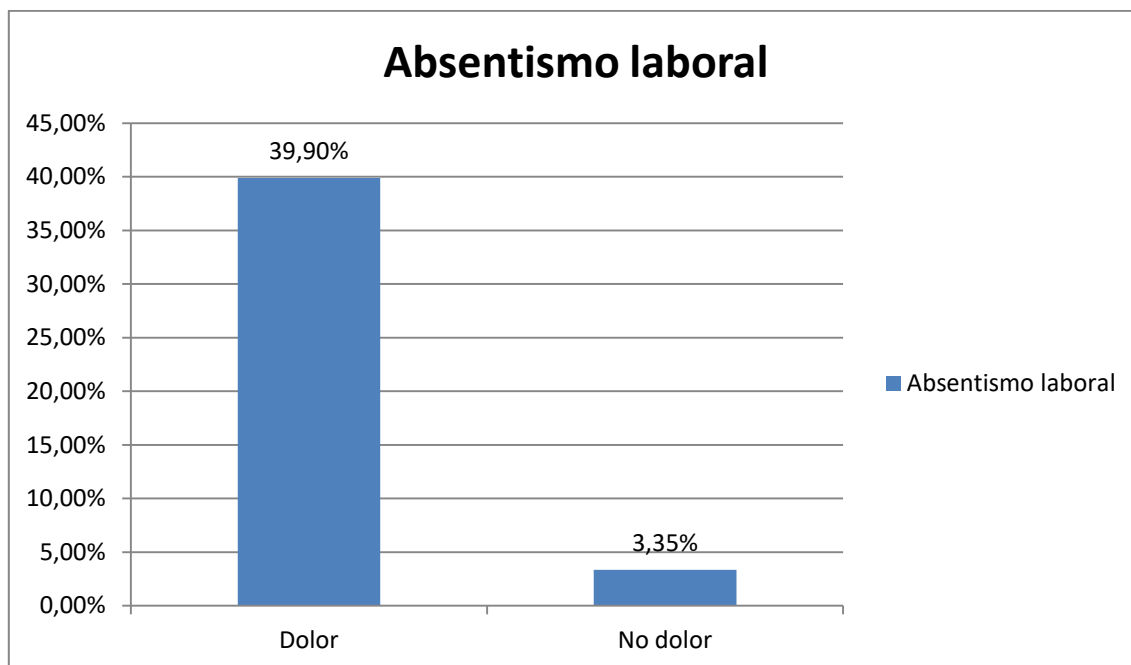


Figura 3: Absentismo laboral⁵. Elaboración propia.

1.3. Valoración del dolor

Es importante saber valorar el dolor. No todas las personas que padecen un dolor reaccionan de la misma manera; asimismo, el dolor crónico y el dolor agudo suelen tener diferentes formas de reacción, influyendo en mayor o menor medida en la percepción del dolor, el miedo, el estrés, la depresión, el medio social en el que se desenvuelve el paciente, el sueño nocturno, etc.¹

El profesional de enfermería ha de valorar no el dolor en sí mismo, sino a la persona, describiendo todos los signos y síntomas que interfieren en la misma, en su calidad de vida, para poder realizar un diagnóstico enfermero cuya causa es el dolor⁶.

En diferentes modelos enfermeros se incluye el dolor como una alteración que incide en la vida de la persona que lo padece, pudiendo, incluso, invalidarla para las actividades de la vida diaria. Es Hildegarde Peplau, en su Modelo de Atención, quien da una trascendencia especial a la comunicación, elemento indispensable para ayudar a mitigar el dolor, como estrategia de la aplicación de la teoría del entretenimiento⁶.

1.4. Escalas de valoración del dolor

El dolor es un síntoma subjetivo, por lo que el profesional sanitario ha de tomarse en serio la queja del paciente. Las manifestaciones pueden ser múltiples, generalmente diferentes ante el dolor crónico o el dolor agudo. Es importante una correcta valoración.

Las escalas del dolor son métodos de medición de la intensidad del mismo, en las que es el paciente quien, sin interferencias, decide en qué nivel está su dolor. Sin embargo, antes de esta decisión, hay que explicarle en qué consiste la escala elegida, ya que de ello, entre otros datos, dependerá la analgesia que se pudiera pautar.

Montero Ibáñez, R. y Manzanares Briega¹, A. (20025), en su artículo “Escalas de valoración del dolor”, nombran diferentes métodos de medición del dolor, atendiendo a (Tabla 3):

MÉTODOS DE MEDICIÓN DEL DOLOR		
MODELOS UNIDIDIMENSIONALES		
Métodos Unidimensionales	Verbal	Escala descriptiva simple o de valoración verbal (Verbal RatingScale [VRS]) (Figura 4) ⁷
	Numérica	Escala numérica verbal (ENV) (Figura 5) ⁸
	Visual	Escala visual analógica (EVA) (Figura 6) ⁹
		Escala Analógica luminosa (Figura 7) ¹⁰
		Escala de la expresión facial (Faces Pain Scale [FPS]) (Figura 8) ¹¹
		Termómetro del dolor (Figura 9) ¹
		Escala de grises de Luesher (Figura 10) ⁸
MODELOS MULTIDIMENSIONALES		
Test de Lattinen (Figura 11) ¹²		
McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Figura 12) ¹³		
MÉTODOS CONDUCTUALES		
Escala de Andersen		
Cartilla de autodescripción diaria del dolor	El paciente ha de valorar diariamente los parámetros que se le indiquen, siendo el sueño un parámetro de ausencia de dolor.	
Escala de Branca-Vaona (Figura 13) ¹⁴	Basada en la terapia antiálgica.	
MÉTODOS FISIOLÓGICOS⁶		
"Se basan en la determinación de los péptidos opioides endógenos en el líquido cefalorraquídeo, catecolaminas, cortisol y hormona antidiurética, estudio de potenciales evocados, patrones electromiográficos y neurografía percutánea y mediante la determinación de patrones respiratorios, sobre todo en el dolor torácico y abdominal alto".		

Tabla 3: Métodos de medición del dolor¹. Elaboración propia (Todas las figuras de esta tabla están en Anexos).

1.5. Proceso de Atención de Enfermería y dolor

En el Plan de Cuidados enfermeros, cuando un profesional de Enfermería se encuentra ante el dolor, NANDA Internacional, Inc. (NANDA-I), presenta varias etiquetas diagnósticas en el Dominio 12 Confort, sobre el dolor^{15,16}, como se refleja en la siguiente tabla (Tabla 4):

DIAGNÓSTICOS NANDA-I	
CÓDIGO	ETIQUETA NANDA
[00132]	Dolor Agudo
[00133]	Dolor Crónico
[00255]	Síndrome de Dolor Crónico
[00256]	Dolor de Parto

Tabla 4: Etiquetas NANDA ante el dolor^{15,16}. Elaboración propia.

Como ejemplos de Criterios de Resultados NOC (Nursing Outcomes Classification)^{16,17}, podríamos señalar (Tabla 5):

CRITERIOS DE RESULTADOS	
CÓDIGO	NOC
[1605]	Control del Dolor
[2102]	Nivel del Dolor
[2000]	Calidad de Vida
[2003]	Severidad del Sufrimiento

Tabla 5: Criterios de Resultados ante el Dolor^{16,17}. Elaboración propia.

En cuanto a la Intervención Enfermera NIC (Nursing Interventions Classification)^{16,18}, existen infinidad de actividades y tareas enfermeras, conducentes a la obtención de los resultados esperados, entre ellas podríamos nombrar (Tabla 6):

INTERVENCIÓN ENFERMERA	
CÓDIGO	NIC
[2210]	Administración de Analgésicos
[5820]	Disminución de la Ansiedad
[6482]	Manejo Ambiental: Confort
[180]	Manejo de la Energía

Tabla 6: Actividades enfermeras^{16,18}. Elaboración propia.

NANDA-I define el diagnóstico enfermero como: “...un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable”¹⁵.

El profesional enfermero, cuando diagnostica, tiene en cuenta la respuesta humana y no la fisiopatológica, ya que esto se contempla como un problema interdependiente, del que dicho profesional es también responsable; sin embargo, Luis Rodrigo, T., en su libro “*Los Diagnósticos Enfermeros*”, cuando se refiere al dolor, recomienda no tener en cuenta esta afirmación, y aconseja usar la etiqueta del dolor para realizar el diagnóstico enfermero en cualquier momento, aunque la etiología sea fisiopatológica, porque se puede ayudar a la persona que lo sufre con técnicas no invasivas, reduciéndolo o aumentando la eficacia del tratamiento médico¹⁹.

1.6. Justificación

El dolor está presente a lo largo de la vida de un individuo. El cómo acepte y tolere ese dolor es completamente personal. La enfermera tiene la responsabilidad y el compromiso, tanto en Atención Primaria como en Especializada, de ayudar a la persona que lo padece a eliminarlo, disminuirlo o lograr que pueda vivir con él con la mejor calidad de vida posible.

Para poder realizar este cuidado, se ha de tener en cuenta a la persona en todas sus áreas, como ser holístico, por lo que no se ha de ceñir a saber si tiene o no dolor, sino cómo es, cuándo y cuánto le duele, qué lo aumenta, qué lo disminuye, en qué le afecta en su vida diaria, dónde localiza el dolor, cómo lo define, de qué manera influye en su familia, etc.

La autora de este Trabajo de Fin de Grado, durante la realización del Prácticum, ha observado, sin que tenga una evidencia empírica, que la valoración del dolor podría ser mucho más completa.

1.7. Objetivos

Analizar diferentes Escalas del Dolor, observando su eficacia y en qué tipo de dolor son más aplicables.

Justificar la implementación de estas escalas en el Plan de Cuidados Enfermero.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda bibliográfica se realiza en dos fases. La primera trata de enmarcar el tema a tratar, buscando bibliografía en la que se concrete el dolor tanto desde el punto de vista médico como enfermero, así como, identificar escalas del dolor validadas.

Para ello, primero se hizo una búsqueda libre en Google Académico acotando con las palabras clave “cuidados de enfermería + dolor + escalas + adultos + español”, obteniéndose 1500 resultados, de los que se escogen 15, eliminando el resto tras la lectura de los títulos y/o resúmenes. Además, para contextualizar el dolor en el plan de cuidados enfermero, se utilizaron 4 libros de la biblioteca de la Escuela de Enfermería de Palencia.

En una segunda fase, para la obtención de los resultados y su posterior discusión de este Trabajo de Fin de Grado, se realiza una revisión y análisis de la literatura científica relacionada con el uso de las escalas del dolor.

La pregunta inicial de búsqueda es:

“Para implementar una escala del dolor en el plan de cuidados enfermeros, ¿cuál de las escalas validadas sería más efectiva y eficiente?”

Esta pregunta se traslada y relaciona con el formato de las cuatro pistas de Sackett-PICO:

Problema: Paciente con dolor

Intervención: Implantar escala de dolor en el Plan de Cuidados.

Comparación: Comparar las distintas escalas de dolor

Resultados: Efectividad y eficiencia de las Escalas del Dolor

A partir de estas pistas se elabora la identificación de los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): escalas, dolor, cuidados enfermería; y los Medical Subject Headings (MeHS): scales, pain, nursing care

Estos términos fueron combinados utilizando los operadores booleanos “AND” y “OR”.

La revisión se realizó por medio de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, PubMed, LILACS y Cochrane. No hay límite de fecha para la búsqueda, es decir, se revisa desde el comienzo de la indexación de cada base, hasta mayo de 2018.

Los criterios de inclusión:

- Adecuación a los objetivos del estudio.
- Estudios en los que se valore el dolor al paciente adulto.
- Artículos redactados en español.

Los criterios de exclusión:

- Artículos de pago sin resumen.
- Artículos de pago con resumen, sin información relevante.
- Repetido en la búsqueda (fue encontrado en otra base de datos).

La búsqueda seleccionó, en un primer momento, artículos según el título y/o resumen, realizando a continuación la lectura y análisis del artículo completo, en caso de que fuese relevante para el objetivo del estudio.

A continuación se detallan los criterios de búsqueda según las Bases de Datos utilizadas:

Scielo: La primera búsqueda “Dolor” se descarta por exceder el número de artículos a mínimos de calidad; se acota incluyendo “escala”, encontrándose 45, de los que se lee el resumen y, tras una lectura crítica, se seleccionan 15.

Lilacs: Con los DeCS “Escalas + Dolor” se localizan 271 artículos, de los que se leen los títulos y/o resúmenes, seleccionándose 8. Tras la lectura crítica de cada artículo, se excluyen todos, por no cumplir los criterios de inclusión o no adecuarse a la pregunta PICO. Con “Dolor + Cuidados de Enfermería” se encuentran 165, haciendo una criba por título y/o resumen, se escogen 16, descartándose de éstos 5

por repetirse en los encontrados en Scielo, y tras la lectura crítica de los artículos se seleccionan 5.

Cochrane: En la búsqueda “Escalas + Dolor” se encuentran 71 artículos de los que, tras la lectura de título y/o resumen y/o artículo, se escoge 1. Con “Dolor + Cuidados de Enfermería” se localizan 33, de los que se escoge 1 tras la lectura del resumen y artículos. El total de los seleccionados en esta Base de Datos es de 2.

PubMed: Con “Scales + Pain + Nursing Care” se encuentran 552, de los que, tras la lectura de título y/o resumen no se escoge ninguno, por no cumplir los criterios de inclusión.

El total de los artículos escogidos para la realización de Resultados y Discusión de este trabajo en las diferentes Bases de Datos es de 22.

3. RESULTADOS

Tras la búsqueda realizada se extraen los resultados de los artículos seleccionados.

I. **Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica (2006).**²⁰

En este estudio doble ciego con 92 pacientes, los autores pretenden, entre otras cosas, analizar la posible concordancia entre dos procedimientos de evaluación del dolor agudo postoperatorio como son la Escala Numérica Verbal (ENV) y, como criterio complementario, la autoadministración de analgesia. Con objeto de conocer la posible asociación entre las dos variables dependientes (Valoración en la ENV y valoración alternativa en base a la auto-administración de analgesia) utilizadas, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson. Dicho análisis mostró que la valoración a través de ENV y mediante el criterio comportamental, estaban significativamente relacionadas, siendo el resultado: $r = .49$, ($p < .00$). Llegan a la conclusión de que, a pesar de las críticas sobre la evaluación del dolor con la Escala Numérica Verbal, otras valoraciones, más objetivables, les permiten determinar el nivel de dolor, y por tanto incrementar el nivel de fiabilidad y validez de las escalas analógicas y numéricas.

II. **Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC (2006).**²¹

En este artículo se argumenta que la principal dificultad en la evaluación del dolor es la discrepancia entre quien valora el mismo y la valoración del propio paciente. Determinan que hay diversas variables que pueden modificar la percepción dolorosa de quien lo padece, como puede ser la edad o las experiencias dolorosas previas. Añaden, asimismo, que las escalas ideales de evaluación del dolor deben ser simples, precisas, con mínima variabilidad interpersonal, deben cuantificar el dolor y discernir la respuesta al tratamiento. Estas escalas deben servir para comparar diferentes tratamientos. Los autores de este artículo recomiendan la escala visual analógica y la escala verbal numérica para la evaluación del dolor del paciente consciente y la escala de Campbell para el paciente con incapacidad para comunicarse.

III. Evaluación del dolor y adecuación de la analgesia en pacientes en tratamiento con hemodiálisis (2015).²²

En este estudio descriptivo transversal, realizado a 33 pacientes, querían determinar la adecuación del tratamiento farmacológico, para lo que usaron el Índice de Manejo de Dolor (Pain Management Index-PMI) basado en las guías del dolor de la Organización Mundial de la Salud, en el que, entre otros parámetros, se asigna un valor a la intensidad de dolor, usando para ello la escala EVA. En sus conclusiones refieren que los datos obtenidos en otros estudios son variables, lo que puede estar motivado bien, por las diferentes escalas de medida empleadas o por el momento en el que se realiza la valoración.

IV. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria (2016).²³

Este estudio, observacional transversal, hecho a una población de 1080 trabajadores se valora mediante el cuestionario Brief Pain Inventory reducido (BPI) los efectos del dolor en diferentes esferas del individuo. Refieren los autores que el apoyo de escalas y cuestionarios para cuantificar y objetivar el dolor parece una herramienta imprescindible para valorar los síndromes dolorosos y la repercusión en calidad de vida y actividades de la vida diaria (AVD), junto con la información recogida en la historia clínico-laboral. En su estudio se utilizaron las escalas analógica, verbal, numérica, gráfica y cuestionarios: Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), Cuestionario de Dolor en Español (CDE), Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD), Cuestionario DN4, Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI), entre otros.

V. Valoración del dolor en el anciano (2015)²⁴

En este artículo, publicado en la "Revista de la Sociedad Española del Dolor", se hace referencia a que el instrumento de valoración del dolor ha de ser sencillo de aplicar y válido para cualquier paciente. Detallan que la escala EVA puede presentar más fallos en ancianos con bajo nivel cultural, mientras que la escala verbal descriptiva, que contempla dolor leve-moderado-severo, puede resultar más fácil de entender para este tipo de pacientes. Los resultados obtenidos en escalas pictóricas (de caras) como EFPS, cuentan con buenas propiedades psicométricas en personas

mayores con bajo nivel cultural, porque sólo han de elegir entre diferentes caras, eliminando el componente verbal.

Por otra parte, los cuestionarios multidimensionales que abarcan aspectos como localización, intensidad del dolor, evolución temporal, repercusión afectiva y funcional, como el Cuestionario McGill o Brief Pain Inventory, suelen ser difíciles de aplicar y no resultan válidos en deterioro cognitivo, por lo que se deberían reservar para la investigación.

VI. Manejo del dolor crónico en Atención Primaria, perfil de prescripción de opiáceos mayores: indicación, coste y efectos secundarios (2014).

25

Estudio retrospectivo en el que, tras el análisis de los resultados, en los que no se menciona el uso de ninguna escala del dolor, en sus conclusiones resalta que existe un escaso registro de la valoración del dolor mediante escalas validadas, por mal registro o por ser una herramienta poco utilizada fuera de las Unidades del Dolor. Por tanto, se precisan el uso de instrumentos de medida específicos para cada tipo de dolor, para realizar un adecuado seguimiento y registro del dolor y poder valorar la efectividad del tratamiento, con una mayor adecuación a las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que permitan una atención más coordinada y eficaz ante el dolor grave

VII. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias (2014).

26

Un cuestionario estructurado con una encuesta *on-line* fue enviado a los responsables médicos de los servicios de urgencias de una muestra de los centros de referencia, con un total de 179 hospitales seleccionados: el 100 % de los centros de más de 1.000 camas, un 75 % de los centros de 400 a 1.000 camas y el 50 % de los centros de menos de 400 camas, donde estaban representadas todas las Comunidades Autónomas. La muestra de centros fue aleatoria y estratificada, con diferentes fracciones de muestreo según el tamaño del centro y lo bastante elevadas por estrato, como para garantizar una cobertura amplia y representativa. Como resultados, la evaluación con alguna escala del dolor se hace en el 58,3% de los hospitales encuestados, siendo las más usadas EVA, la ENV y la escala categórica.

Son sólo 8 hospitales los que proveen a su personal de alguna escala, y sólo el 20,9 % de los hospitales realiza alguna actividad formativa específica en este ámbito. En sus conclusiones, los autores abogan por el uso institucionalizado de escalas de dolor sencillas, sin especificar cuáles.

VIII. Traducción al castellano y validación de la escala Abbey para la detección del dolor en pacientes no comunicativos (2013).²⁷

Los autores de este estudio, ante la falta de escalas de detección del dolor para pacientes no comunicativos, realizaron un estudio descriptivo de las variables de la muestra, en el que concluyeron el uso de la escala de Abbey para estos pacientes, a la vista de los excelentes datos obtenidos. El estudio se llevó a cabo durante doce meses (enero-diciembre 2009) en pacientes no comunicativos que ingresaron en la unidad geriátrica del complejo hospitalario Torrecárdenas (Almería). Se recogieron los datos de la historia clínica referentes a edad, sexo, domicilio, diagnóstico de admisión, co-morbilidad y tratamiento recibido. A los pacientes incluidos en el ensayo se les aplicó de entrada el Mini mental y la escala GDS (Global Deterioration scale of Reisburg) para valorar su estado cognitivo y funcional, y a continuación la escala Abbey, traducida al castellano previamente. En aquellos pacientes en los que se detectó dolor se les prescribieron analgésicos con pauta horaria, según criterios OMS, volviendo a valorar a dichos enfermos cada 24 h hasta el control del síntoma. Se hizo un seguimiento a cincuenta pacientes sin dolor a las 24 h de la valoración inicial, para así poder medir la estabilidad temporal de la escala. Toda la información fue recogida por una misma persona en un cuestionario construido ad hoc siendo posteriormente transferida, previa depuración de errores, a una base de datos para el análisis estadístico con el programa SPSS 17.

IX. La Comisión «Hospital sin Dolor» en la estructura de gestión de la calidad de un hospital universitario (2010).²⁸

En este artículo, de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario la Paz (Madrid), se incluye a la valoración del dolor como la quinta constante y exhorta al uso de escalas incluidas en la aplicación informática de enfermería sin especificar cuáles. Los autores refieren que diferentes consensos internacionales coinciden en reconocer el alivio del dolor como un derecho humano fundamental y numerosas instituciones científicas y sociales han desarrollado normas y protocolos para conseguir alcanzar

este objetivo. El éxito de estas iniciativas ha sido desigual y ha dependido fundamentalmente de la concienciación de los profesionales y de la prioridad dada al problema a nivel de los centros clínicos individuales. La campaña Vers un hôpital sans douleur o Together against pain, planteada en varios países, se lanzó hace cinco años con similares objetivos, pero no se han presentado resultados actualizados.

La experiencia aquí mostrada presenta la estrategia de reconocer el alivio del dolor como un objetivo de calidad para todo el centro, creándose una comisión clínica integrada en la estructura de gestión de la calidad del hospital. Esto permite la implicación de todos los profesionales y de la dirección, y obliga a mostrar resultados periódicamente. Uno de los indicadores de más sencillo e importante manejo es la monitorización de la medición del dolor mediante escalas en las diferentes áreas del hospital, que puede aportar información a tiempo real cuando se dispone de una aplicación informática adecuada.

El éxito de la Comisión "Hospital sin Dolor" en su primer año de funcionamiento ha hecho que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid haya mostrado su interés en que la existencia de estas comisiones se generalice en la comunidad autónoma.

X. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo periquirúrgico (2008).²⁹

En este estudio epidemiológico, descriptivo multicéntrico, en el que participaron 76 hospitales de diferentes comunidades autónomas, sólo un 10,7% de los profesionales encuestados (401), usaban escalas de valoración, y de los que sí las utilizaban, el 97,7% usaba la escala EVA. En sus conclusiones, se evidencia alarmantemente que el 58% de los médicos y el 75% de las enfermeras no tienen la formación necesaria para el tratamiento del dolor. Concluyen como imprescindible que la evaluación de la intensidad del dolor postoperatorio y su tratamiento debe estar perfectamente protocolizado en los hospitales, basándose en evidencias que permitan la elaboración de guías clínicas específicas, que sirvan de importante ayuda tanto para los médicos como para las enfermeras involucrados en la atención de los pacientes quirúrgicos.

XI. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento (2008).³⁰

Es un estudio transversal realizado a partir de un cuestionario a médicos y enfermeras de distintos centros del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), en el que el sistema de evaluación categórica se utiliza en un 35,5% y la EVA en un 45,8%.

Sobre un total de 1060 profesionales, médicos y enfermeras, se eligió aleatoriamente una muestra que seleccionó a 264 profesionales (25 %): 116 médicos o técnicos superiores (TS) y 148 enfermeras o técnicos medios (TM), distribuidos en área médica (AM) y área quirúrgica (AQ). El cuestionario constaba de 12 preguntas agrupadas en tres bloques: información-comunicación personal-paciente, evaluación del protocolo diagnóstico y medidas terapéuticas aplicadas.

XII. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital (2016).³¹

Para incluir la valoración del dolor como quinta constante vital en enfermería, en este estudio observacional descriptivo y transversal, ante una muestra de 102 profesionales de enfermería, el 90,2% cree importante que se mida el dolor agudo; el 65,7% ve la escala EVA poco práctica; el 80,4% no sabe cuándo se debe reevaluar el dolor y el 63,7% ve adecuado incluir el dolor como la quinta constante, aunque, los autores concluyen que aún ven lejana su implantación. La concordancia entre escalas fue baja-moderada, siendo la EVN la mejor alternativa a la EVA, aunque, en sus conclusiones refieren que la concordancia obtenida no fue significativa para sustituir con garantías a la EVA. Abogan por la mayor y mejor preparación de los profesionales sobre el dolor ya que, en el estudio, sólo el 50% de los enfermeros diferenciaba correctamente el dolor crónico del agudo.

XIII. Gestión enfermera del dolor en pacientes hospitalizados con patologías médicas no oncológicas (2016)³²

En este estudio transversal descriptivo se evalúa el dolor en los pacientes hospitalizados con patologías médicas no oncológicas en un hospital comarcal. Se llevaron a cabo un total de 184 mediciones. En el 70,1% de los casos se evaluó y

reflejó el valor de la escala visual analógica EVA, y en el 44,3% de los episodios se reevaluó el dolor. Es de destacar la inclusión del diagnóstico de dolor como problema de colaboración en el plan de cuidados por el 21,1% de los profesionales encuestados. Concluyen los autores reevalúa que son necesarias áreas de mejora en la gestión del dolor, fundamentalmente en lo referente al registro de sus características y reevaluación.

XIV. Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca mediante la Behavioural Pain Scale (2014).³³

Utilizando la escala Behavioural Pain Scale, este estudio observacional, prospectivo y longitudinal, llega a la conclusión, durante la realización de 2 procedimientos de la práctica habitual como dolorosos: la movilización y/o cambio postural y la aspiración de secreciones, con resultados del 70,4% de los pacientes tuvieron ausencia de dolor; el 22,2% de los pacientes tuvieron dolor leve-moderado y el 7,4% tuvieron un dolor inaceptable, que los pacientes sufren dolor durante el postoperatorio inmediato y que de ellos existe un pequeño porcentaje, pero no por eso despreciable, que sufre dolor inaceptable durante este período. Valoran los resultados como punto de partida para futuras investigaciones, pero no se pronuncian por la utilidad de dicha escala frente a otras.

XV. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? (2011)³⁴

En esta revisión, se determina como fundamental la percepción que los pacientes tienen de su enfermedad y la forma cómo experimentan los síntomas. Se establece que, aunque no hay acuerdos sobre qué aspectos se deben evaluar, es necesario que se incluya en la evaluación la aplicación de una escala de dolor, un cuestionario de medida de la salud, cuantificación de la hiperalgesia y en ocasiones la determinación de la capacidad funcional y las alteraciones psicológicas. Dado el carácter subjetivo del síntoma, se recomienda el uso de la Escala Visual Análoga. Otras escalas utilizadas que se encuentran traducidas al español son la Multidimensional Pain Inventory y la Brief Pain Inventory, que categorizan a los pacientes con fibromialgia (FM) de acuerdo con el dolor que presentan. Igualmente, se anima a utilizar una regla mnemotécnica en la que se consideren aspectos como el carácter, inicio, localización, duración, exacerbación, alivio, radiación. Este artículo

se basa prácticamente en el plan de cuidados enfermero y su aplicación con NANDA-NIC-NOC.

XVI. Valoración del dolor agudo postoperatorio (2009)³⁵

En este estudio observacional, entre otros objetivos, se pretende evaluar el valor predictivo de la escala EVA. Se entrevistaron 237 pacientes entre abril de 2007 y abril de 2008. A una muestra de pacientes intervenidos se les pasó la EVA a las 2 h y el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor a las 24 h. El 54% de los intervenidos refirió dolor. El 98% de los pacientes estuvo satisfecho con su manejo y el 95% creyó que los analgésicos pueden aliviar el dolor mucho o totalmente. Este estudio concluye que el uso de la EVA a las 2h de la intervención permite identificar una parte importante de los pacientes que van a tener dolor, algo que para paliar el dolor es completamente eficaz, por lo que es útil para el médico. Por otro lado, se hace hincapié en que la valoración del dolor es una labor propia de enfermería, por lo que su seguimiento ha de establecerse en el plan de cuidados, afirmando también, que el paciente es parte integrante del mismo con su propia autoevaluación.

XVII. ¿Nos entendemos con nuestros pacientes cuando hablamos de dolor? (2008)³⁶

El objetivo de este estudio prospectivo observacional es valorar el impacto de la información de la escala verbal numérica del dolor en el registro del dolor agudo postoperatorio. El principal hallazgo de este estudio es que la gran mayoría de los pacientes han sido capaces de describir el grado del dolor mediante la EVN en los diferentes periodos analizados, ya que se valoró en diferentes momentos el dolor: a las 24 horas sólo un 4,4% presentaban dolor superior o igual a 6 en dicha escala y a los 7 días ese porcentaje era inferior al 1%. Los autores concluyen que la valoración sistemática del dolor por los profesionales de enfermería mejora la calidad de los cuidados prestados y aumenta la satisfacción del usuario que percibe un interés activo de los mismos tras su intervención.

XVIII. Cuando el paciente resulta desagradable, el dolor es subestimado (2011)³⁷

En este estudio experimental con control propio y concurrente realizado en la Universidad de Ghent (Bélgica) se evaluó la influencia de la simpatía del paciente en la estimación del dolor realizado por profesionales de la salud. Se realizó con 40 observadores y 6 pacientes en dos fases.

Fase 1: se expuso a los observadores a un estímulo no condicionado y luego a un estímulo condicionado.

Fase 2: se mostraron 48 videos a cada observador con expresiones faciales producidas durante una evaluación kinesiológica por dolor de hombro y se les pidió que estimaran el grado de dolor. A posteriori se volvió a presentar la foto de los pacientes y se les solicitó que puntuaran el grado de simpatía por el paciente.

La estimación del dolor de los pacientes con rasgos negativos fue significativamente más baja que la de los pacientes con rasgos neutros o rasgos positivos.

Los autores concluyen que la intensidad del dolor suele infravalorarse en los pacientes que causan desagrado en relación a los pacientes que causan simpatía.

XIX. Importancia clínica de los cambios en la puntuación de las escalas de valoración en los pacientes con lumbalgia crónica después del tratamiento (2003).³⁸

Estudio descriptivo de corte transversal y longitudinal, en el que el objetivo fue estimar la mínima diferencia clínicamente relevante (DMCR) para el Índice de Incapacidad de Oswestry (Oswestry Disability Index) (IIO), Puntuación de la Función General (General Function Score) (PFG), la Escala de Depresión de Zung (Zung Depression Scale) (EDZ) y la EVA. El estudio se basó en los resultados de 289 pacientes (operados y no operados) con lumbalgia crónica intensa de más de dos años de duración, que estaban participando en un ensayo clínico controlado y aleatorizado. En cada paciente se evaluaron, antes y dos años después de la artrodesis, la incapacidad (IIO), el estado funcional (PFG), la depresión (EDZ) y la intensidad del dolor (EVA) en tres ocasiones: dolor máximo, dolor en el momento real y dolor mínimo. El estudio concluye que La EVA es suficientemente sensible

como para detectar con fiabilidad cambios clínicamente relevantes en el dolor. Por el contrario, el índice de incapacidad Oswestry, la Puntuación de Función General y la Escala de Depresión de Zung, no; en todas ellas, la magnitud de la variación de la puntuación que se debe al azar puede enmascarar una evolución clínicamente relevante.

4. DISCUSIÓN

El primer paso para tratar el dolor es su detección; el tratamiento analgésico y la sedación han de evaluarse por separado, aun teniendo en cuenta su interdependencia. De los resultados seleccionados en este Trabajo de Fin de grado (TFG), se infieren una serie de conclusiones que se analizarán a continuación.

El estudio de Fernández-Castillo, A. et al.²⁰, valora la ENV, matizando que se precisan otras variables para determinar el dolor del paciente, así como, se da relevancia a la administración analgésica a demanda como valor de intensidad del dolor; conclusión con el que Pardo, C. et al.²¹, parecen estar de acuerdo, ya que argumentan la discrepancia que puede existir entre quien valora y el propio paciente, aunque recomiendan no sólo la ENV sino también la EVA, por creer necesario que las escalas han de ser sencillas y de fácil comprensión, considerando a ambas escalas con similares características y efectividad. Esto podría servir como argumentación al estudio realizado por Ruddere, L. et al.³⁷, en el que dicen que el profesional que valora está influenciado por cómo le es de agradable o no el paciente, pudiendo ser subestimado el dolor.

Pelayo, R. et al.²², aunque en su estudio utilizan la EVA, resaltan también el uso de otros parámetros, por los síntomas que el propio dolor puede ocasionar al paciente.

El estudio realizado por Vicente-Herrero, M.T. et al.²³, aunque sí cree necesaria la utilización de un método de valoración del dolor, no se decanta por ninguno, lo que, en definitiva, reafirma las conclusiones de otros estudios^{20-22,24,26-36,38}.

Sáez, M.P. et al.²⁴, contrariamente a Pelayo, R. et al.²², expresan su rechazo al uso de otros parámetros en cierto tipo de pacientes, porque, según sus conclusiones, es determinante el nivel cultural de los mismos, señalando que los cuestionarios que tienen en cuenta otros parámetros suelen ser difíciles de aplicar. Abogan, por ello, a la utilización de la EVA y la FPS.

Son Guzmán Ruiz, M. et al.²⁵ quienes, aun afirmando la necesidad de la valoración del dolor, refieren que habría que valorar, no el dolor en sí mismo, sino el tipo de dolor, lo que nos hace inferir que sería necesario averiguar qué tipo de herramienta debería usarse en cada caso, lo que dificultaría enormemente, a nuestro entender, una estandarización del cuidado del dolor.

En los artículos²⁰⁻²⁵ no se menciona ni el nivel de preparación de los profesionales de enfermería en la valoración del dolor, ni el uso sistematizado y protocolizado de las escalas en los centros sanitarios; algo que sí hace Caba, F. et al.²⁶ en su estudio, en el que se destaca que son escasos los hospitales en los que exista un uso institucionalizado de las mismas, así como, menos del 30% de los hospitales encuestados tienen formación sobre el dolor para sus profesionales, y aunque no se decantan por una escala específica, sí avalan las de estructura sencilla. También Camacho, L. et al, en su estudio, remarcan la precaria formación de los profesionales³¹.

Solamente un estudio realizado por Chamorro, P. y Puche, E.²⁷, hace referencia a los pacientes no comunicativos, decantándose por la escala Abbey, que, si bien el tipo de dolor²⁵ no es el valor a tener en cuenta, sí lo es el tipo de paciente. Lo que también dificultaría, en ambos casos, la propuesta de protocolización de la valoración del dolor en centros sanitarios de otro estudio²⁶.

El artículo del Hospital Universitario de La Paz (Madrid)²⁸, aboga por el uso de escalas de valoración del dolor sin especificar cuáles son las más idóneas, e incluye el dolor como quinta constante vital, como también se señala en otro estudio³¹, aunque aún ven complicado la inclusión de la misma en la valoración enfermera.

Del análisis de los estudios y artículos seleccionados en este TFG, se puede observar que la mayoría de ellos presentan a la EVA como escala de valoración (Figura 14):

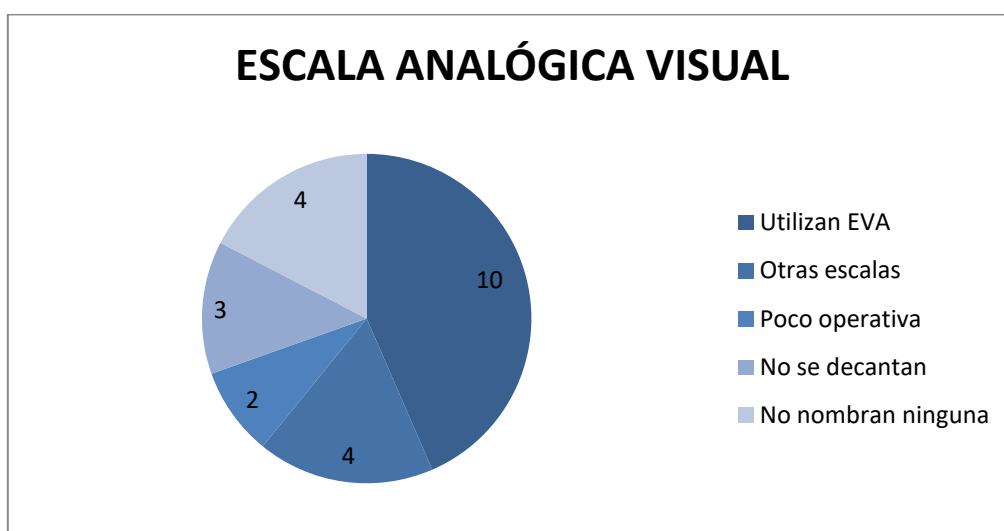


Figura 14: Utilización de la EVA en los estudios del TFG. Elaboración propia.

En el artículo “*Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico*”³⁹, un caso clínico, se utiliza la EVA como escala de valoración inicial del dolor. Rodríguez Muñoz, R.M. et al.⁴⁰, en su artículo “*Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia*”, entre otros objetivos, pretenden hacer partícipe al paciente de su autocuidado, realizando formación, no sólo a él, sino a los profesionales responsables de sus cuidados.

Es interesante reseñar el estudio de Caba, F. et al.⁴¹, en el que, entre otros parámetros valorados, se hace referencia a la comunicación entre cuidadores del paciente con dolor, en su artículo “*Valoración de la actividad de una unidad de dolor agudo postoperatorio*”, donde la fluidez de la misma entre los profesionales era del 41% para enfermería y sólo el 19% para los médicos.

Tras el análisis de los artículos seleccionados, no se podría dar una respuesta concluyente a la pregunta que se hizo a la hora de iniciar este TFG, puesto que, aunque la mayoría de las Escalas del Dolor están validadas para España, se carece de estudios que proporcionen una evidencia científica a la más idónea.

4.1. Conclusiones

Una vez contrastados los datos, se pueden extraer diversas conclusiones:

- Queda patente la necesidad de establecer una valoración enfermera del dolor, aunque aún se debe de profundizar en qué escala es más efectiva y operativa.
- Ceñirse a la intensidad del dolor podría enmascarar otros signos y síntomas que afectaran al paciente en todos los aspectos de su vida.
- Poder protocolizar la valoración del dolor sería un adelanto significativo en el cuidado enfermero, incidiendo en convertir el dolor en la quinta constante dentro del plan de cuidados.
- El bienestar del paciente mejoraría tanto en cuanto la comunicación entre los profesionales sanitarios fuera fluida y ágil.
- Los profesionales de enfermería, con el compromiso de las Direcciones de Enfermería, deberían adquirir la formación necesaria para realizar valoraciones del dolor adecuadas a cada paciente, teniendo siempre presente que quien siente el dolor es quien lo padece.

Las limitaciones de este Trabajo de Fin de Grado son los escasos conocimientos de inglés, así como el tiempo limitado para su elaboración por parte de la autora.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Montero Ibáñez, R., Manzanares Briega, A. Escalas de valoración del dolor. [Internet]. 2005 [Acceso 13 enero 2018]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/68/1553/41/1v68n1553a13072240pdf001.pdf>
2. Guevara López, U.; Covarrubias Gómez, A., Rodríguez Cabrera, R., Carrasco Rojas, A.; Aragón, G.; Ayón Villanueva, H. Parámetros en práctica para el manejo del dolor en México. [Acceso 25 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2007/cc075l.pdf>
3. Ullán Serrano, J. Neuroanatomía. [Internet] 2012 [Acceso 14 abril 2018]. Disponible en: <file:///D:/Programas/Usuario/Downloads/Neuroanatom%C3%ADaV.pdf>
4. Morales López, H. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". [Internet]. 2016 [Acceso 25 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/WBFM16%2003%20Proposals%20for%20pain%20management%20in%20the%20context%20of%20family%20medicine.pdf>
5. Fundación Grünenthal. [Internet]. 2011. [Acceso 30 mayo 2018]. Disponible en: http://www.grunenthal.es/grt-fundacion/GRT-Fundacion_Home/Fundacion_Grunenthal_Espana_/Sala_de_Prensa/2011/es_ES/201300066.jsp?listItemID=204700337&listID=201300070&customDisplayTemplatePath=/grt-web/WEB-INF/templates/includes/presslist/press_news.jsp&activeArchive=&startIndex=1
6. Cornetto, M.C. El dolor. Un cuidado. [Internet] 2007 [Acceso 21 mayo 2018] Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/30371/1/EI%20dolor.%20Un%20cuidado..pdf>
7. Ortigosa, E.; Limeres E.; Estrada, J. Tratamiento del dolor crónico intenso. [Internet] [Acceso 17 junio 2018] Disponible en: <http://www.arydol.es/dolor-cronico-intenso.php>

8. Tobar, R. Fisioterapia sin red. [Internet] 2012 [Acceso 23 abril 2018]. Disponible en: <http://fisioterapiasinred.com/escalas-unidimensionales-de-dolor/>
9. Pardo, C.; Chamorro, C.; Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la Semicyuc. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. [Internet] [Acceso 10 mayo 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13116125_S300_es.pdf
10. Reverón Rancel, J. La punción seca como alternativa de tratamiento en la Fascitis Plantar. Revisión sistemática. [Internet] 2016/2017 [Acceso 5 marzo 2018] Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5883/La%20puncion%20seca%20como%20alternativa%20de%20tratamiento%20en%20la%20Fascitis%20Plantar.%20Revision%20sistemica..pdf?sequence=1>
11. Larrea. B.; Ávila, M.; Raddatz, C. Manejo del dolor en pacientes quemados. [Internet] 2015 [Acceso 3 abril 2018] Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/manejo-del-dolor-en-pacientes-quemados/>
12. González-Escalada, J.R.; Camba, A.; Muriel, M.; Contreras, D.; de Barutell, C. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. [Internet] 2012 [Acceso 12 enero 2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000400004
13. Díaz Romero. P. Consideraciones sobre el dolor desde una perspectiva fenomenológica [Internet] 2015 [Acceso 12 enero 2018] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-58872015000200004
14. Izaga Rebollar. R.; García Palacios. MV. Escalas de Valoración del Dolor. Cádiz: Izaga Rebollar. 2015. Pag. 28. ISBN. 978-84-606-5610-4 [Acceso 12 enero 2018] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321462394_Escalas_de_Valoracion_de_Dolor?_sg=EMaWN9YEMsGGNq0FE5-6UbmgcJBJo30ejnEZ9B1cV5bfJGqR7QVx-85dqGwkQG8nbVnkQoDOUgSCgE9qBRroasnjlURIZyr1Qg

15. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. [Internet] [Acceso 4 febrero 2018] Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>
16. NNNconsult. NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017 [Internet]. NANDA International; 2018 [Acceso 16 enero 2018]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>
17. Moorhead, S.; Jonson, M.; Maas, M.; Swanson, E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.
18. Bulechek, G.; Butcher, H. K.; Butcher, H.; Dochterman, J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.
19. Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
20. Fernández-Castillo, A.; Vilchez-Lara, Mª J. Y Caballero, J. Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. Rev. Soc. Esp. Dolor [online]. 2006, vol.13, n.3, pp.151-158. ISSN 1134-8046. [Acceso 12 abril 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462006000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Pardo, C.; Muñoz, T.; Chamorro, C. y Semicyuc. Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva [online]. 2006, vol.30, n.8, pp.379-385. ISSN 0210-5691. [Acceso 25 mayo 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0210-56912006000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Pelayo Alonso, R. Et Al. Evaluación del dolor y adecuación de la analgesia en pacientes en tratamiento con hemodiálisis. Enferm Nefrol [online]. 2015, vol.18, n.4, pp.253-259. ISSN 2255-3517. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000400002>. [Acceso 14 abril 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842015000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Vicente-Herrero, M.T.; López-González, A.A.; Ramírez Iñiguez De La Torre, M.V.; Capdevila García, L.M.; Terradillos García, M.J. Y Aguilar Jiménez, E. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.23 no.2 Madrid mar./abr. 2016. ISSN 1134-8046

- [Acceso 20 abril 2018]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Sáez López, M.P.; Sánchez Hernández, N.; Jiménez Mola, S.; Alonso García, N. Y Valverde García, J.A. Valoración del dolor en el anciano. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.22 no.6 Madrid nov./dic. 2015. ISSN 1134-8046. [Acceso 12 mayo 2018]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000600008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Guzmán-Ruiz, M.; Mora-Moscoso, R.; Delgado-Mediano, C.M.; Pérez-Milena, A.; Rueda-Rojas, M., Y Gea-Rodríguez, L.A. Manejo del dolor crónico en Atención Primaria, perfil de prescripción de opiáceos mayores: indicación, coste y efectos secundarios. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.21 no.4 Madrid jul./ago. 2014. ISSN 1134-8046. [Acceso 12 abril 2018]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Caba Barrientos, F. Y Sociedad Española Del Dolor (Sed). Grupo de Trabajo de Dolor Agudo et al. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. Rev. Soc. Esp. Dolor [online]. 2014, vol.21, n.1, pp.3-15. ISSN 1134-8046. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100002>. [Acceso 25 abril 2018]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462014000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Chamorro, P. y Puche, E. Traducción al castellano y validación de la escala Abbey para la detección del dolor en pacientes no comunicativos. Rev. Soc. Esp. Dolor [online]. 2013, vol.20, n.1, pp.3-7. ISSN 1134-8046. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462013000100002>. [Acceso 21 febrero 2018]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462013000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=e
28. Muñoz-Ramón, J.M.; Mañas Rueda, A. Y Aparicio Grande, P. La Comisión «Hospital sin Dolor» en la estructura de gestión de la calidad de un hospital universitario. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.17 no.7 Madrid oct. 2010. ISSN 1134-

8046. [Acceso 23 abril 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000700008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Balibrea, J. L.; López-Timoneda, F.; Acín, F.; Cabero, L.; Moreno-González, A. Y Ayala, L. E. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo periquirúrgico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* vol.15 no.4 Madrid may. 2008. ISSN 1134-8046 [Acceso 13 enero 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Montes, A.; Arbonés, E.; Planas, J.; Muñoz, E. Y Casamitjana, M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor* vol.2 pags.75-82; 2008. [Acceso 12 abril 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n2/original2.pdf>
31. Camacho Barreiro, L.; Pesado Cartelle, J. Y Rumbo-Prieto, J. M. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5a constante vital. *Ene.* [online]. 2016, vol.10, n.1. ISSN 1988-348X. [Acceso 20 marzo 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Sepúlveda Sánchez, J.M.; Canca Sánchez, J.C.; Rivas Ruiz, F.; Martín García, M.; Pérez González, M.J.; Timonet Andreu, E.M. Gestión enfermera del dolor en pacientes hospitalizados con patologías médicas no oncológicas. *Enfermería Clínica*. Vol.26, n.2, Marzo - Abril 2016, pp.137-141. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.002>. [Acceso 24 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001199>
33. Pozas Abril, J; Toraño Olivera, Mj; Latorre-Marco, I. Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardiaca mediante la Behavioural Pain Scale. *Enferm Intensiva*; 25(1): 24-29, ene.-mar. 2014. [Acceso 24 mayo 2018]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-120985>
34. Restrepo Medrano, J.C. Y Rojas, J.G. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? *Invest Educ Enferm*; 29(2): 305-314,

- 15 jul. 2011. [Acceso 30 mayo 2018]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-597410>
35. Díez-Álvarez, E; Arrospide, A; Mar, J; Mar, J; Cuesta, M; Martínez, M. C.; Beitia, E. Y Urrejola, J. Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Rev. calid. asist*; 24(5): 215-221, sept.-oct. 2009. [Acceso 26 mayo 2018]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-72264>
36. López Fresneña, M.C.; Valle Vicente, M.T.; García Rodríguez, D.; Zazo León, M.T y Palmero Hernández, N. ¿Nos entendemos con nuestros pacientes cuando hablamos de dolor? *CIR MAY AMB*. Vol. 13, N.º3, pp. 110-114, 2008 [Acceso 26 mayo 2018]. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/OR%201_1.pdf
37. Dupuy, L. Cuando el paciente resulta desagradable, el dolor es subestimado. *Evid Act Pract Ambul* 2012 vol.15 n.2 p.53. Comentado de: Ruddere, L.; Goubert, L.; Martin Prkachin, K. When you dislike patients, pain is taken less seriously. *Pain* 2011 vol.152 pp.2342-2347. PMID: 21943961.[Acceso 28 mayo 2018] Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2012156061&DocumentID=EVIARG3132>
<http://www.fundacionmf.org.ar/files/f77d87439b184fb54e4d46bfe9bc01dd.pdf>
38. Hägg, O.; Fritzell, P.; Nordwall, A. Importancia clínica de los cambios en la puntuación de las escalas de valoración en los pacientes con lumbalgia crónica después del tratamiento. *Spine Journal* 2003 vol.12 n.1 pp.12-20. [Acceso 29 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2012156061&DocumentID=r653>
39. Marcos Espino, M.P. y Tizón Bouza, E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos* vol.24 no.4 Barcelona dic. 2013. ISSN 1134-928X [Acceso 29 mayo 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Rodríguez Muñoz, R.M.; Orta González, M.A. y Amashta Nieto, L. Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Enferm. glob.* [online]. 2010, n.19. ISSN 1695-6141. [Acceso 25 mayo 2018] Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412010000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

41. Caba, F.; Núñez-García, A.; Tejedor, M. y Echevarría Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico. Rev. Soc. Esp. Dolor [online]. 2004, vol.11, n.8, pp.27-37. ISSN 1134-8046. [Acceso 30 mayo 2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462004000800002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462004000800002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

6. ANEXOS

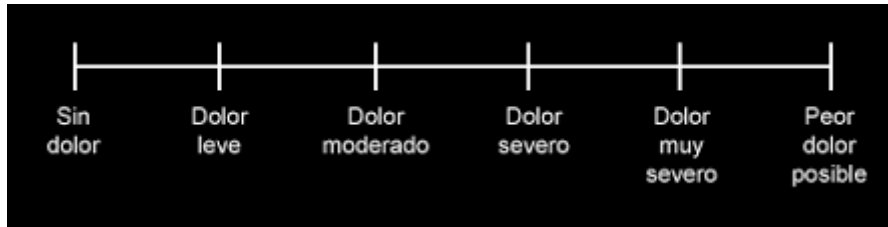


Figura 4: Escala descriptiva simple o de valoración verbal⁷

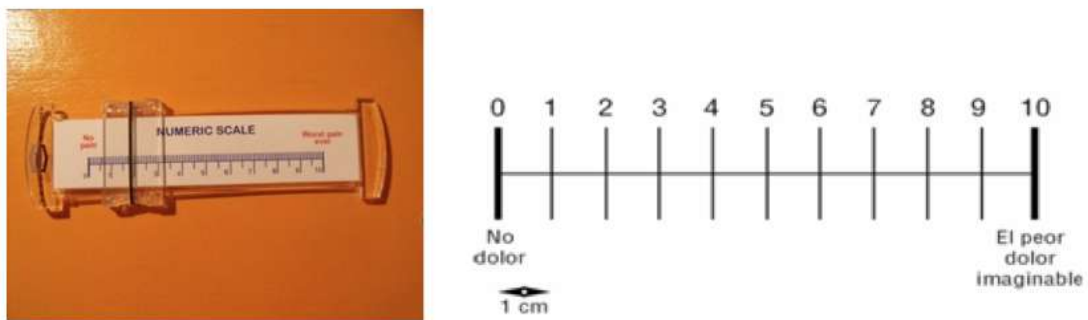


Figura 5: Escala numérica⁸

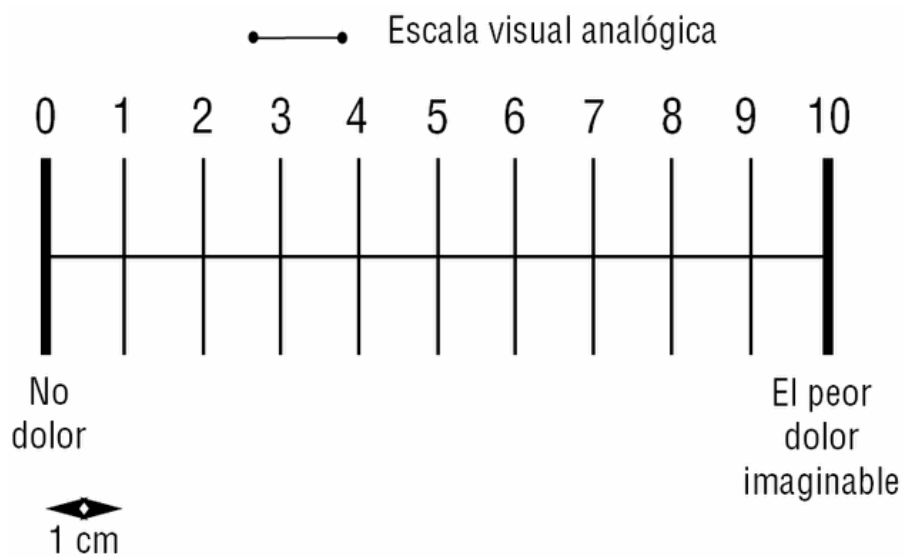


Figura 6: Escala visual analógica⁹



Figura 7: Escaleta visual luminosa¹⁰



Figura 8: Escaleta de la expresión facial¹¹



Figura 9: Termómetro del dolor¹

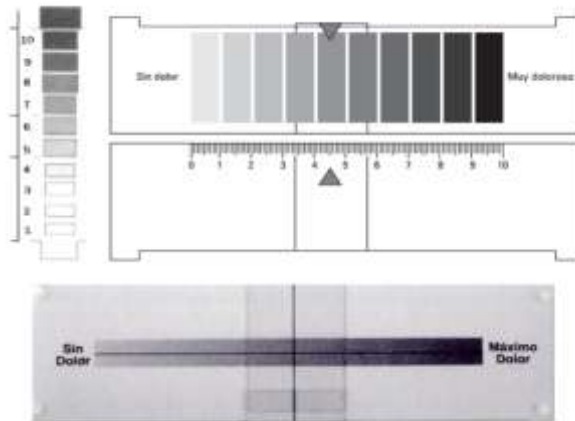


Figura 10: Escalas de grises de Luesher⁸

FECHA / /		
Intensidad del dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Como siempre	0
	Algo peor de lo habitual	1
	Se despierta frecuentemente	2
	Menos de 4 horas	3
	Precisa hipnóticos	+1
TOTAL:		

Fig. 1. Cuestionario del índice de Latineen.

CUESTIONARIO DE DOLOR MPQ

NOMBRE: _____ DNI: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA CRUZ (X) EN LA LÍNEA CORRECTA LA PALABRA DE CADA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBASU DOLOR. SI EN ALGUNA CASILLA NO ENCUENTRA UNA PALABRA QUE SIRVA PARA DESCRIBIR SU DOLOR, DEJELA EN BLANCO

1. COMO SE SIENTE EL DOLOR	2. TIPO DE DOLOR
3. FRECUENCIA DEL DOLOR	4. DURACIÓN DEL DOLOR
5. INTENSIDAD DEL DOLOR	6. TIPO DE DOLOR
7. TIPO DE DOLOR	8. TIPO DE DOLOR
9. TIPO DE DOLOR	10. TIPO DE DOLOR
11. TIPO DE DOLOR	12. TIPO DE DOLOR
13. TIPO DE DOLOR	14. TIPO DE DOLOR
15. TIPO DE DOLOR	16. TIPO DE DOLOR
17. TIPO DE DOLOR	18. TIPO DE DOLOR
19. TIPO DE DOLOR	20. TIPO DE DOLOR

MARQUE CON UNA CRUZ (X) LA CATEGORÍA QUE MEJOR DESCRIBA LA INTENSIDAD DE SU DOLOR

0 SIN DOLOR
1 LEVE
2 MOLESTO
3 FUERTE
4 INTENSO
5 INSOPORTABLE

MARQUE UNA CRUZ (X) SOBRE LA RAYA INDICANDO CUANTO DOLOR TIENE ACTUALMENTE

SIN DOLOR _____ DOLOR INSOPORTABLE _____

INSOPORTABLE

Figura 11: Test de Lattinen¹²

Figura 12: McGill Pain Questionnaire¹³

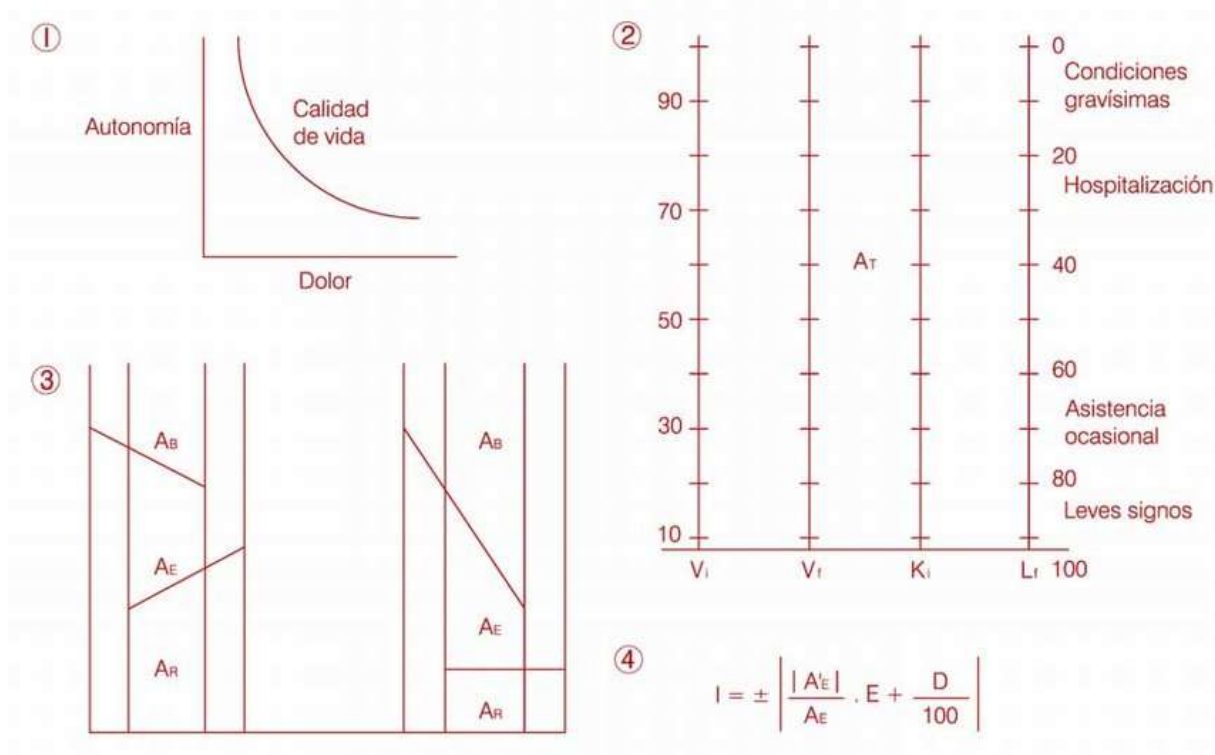


Figura 13: Escala de Branca Vaona.¹⁴