

Fundamentos para el manejo del **dolor posoperatorio**

Gestión de **enfermería**

María Guadalupe Moreno Monsiváis
Ma. Guadalupe Interrial Guzmán
Leticia Vázquez Arreola
Sofía Guadalupe Medina Ortiz
Julia Teresa López España



Manual Moderno®

**FUNDAMENTOS PARA EL MANEJO
DEL DOLOR POSOPERATORIO**
GESTIÓN DE ENFERMERÍA



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.

Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, DC

FUNDAMENTOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO GESTIÓN DE ENFERMERÍA

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Profesor de Tiempo Completo e Investigador
Líder del Cuerpo Académico Administración y Gerencia del Cuidado
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

MCE Ma. Guadalupe Interrial Guzmán

Profesor de Tiempo Completo e Investigador
Miembro del Cuerpo Académico Administración y Gerencia del Cuidado
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. Leticia Vázquez Arreola

Profesor de Tiempo Completo e Investigador
Miembro del Cuerpo Académico Administración y Gerencia del Cuidado
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. Sofía Guadalupe Medina Ortiz

Profesor de Tiempo Completo e Investigador
Miembro del Cuerpo Académico Administración y Gerencia del Cuidado
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

ME Julia Teresa López España

Profesor de Tiempo Completo e Investigador
Miembro del Cuerpo Académico Administración y Gerencia del Cuidado
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

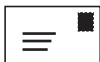
Editor responsable:
Dr. José Luis Morales Saavedra
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

IMPORTANTE

Los autores y editores de esta obra se han basado en fuentes confiables, en un esfuerzo por proporcionar información completa y en concordancia con los estándares aceptados a la fecha de la publicación. Sin embargo, en vista de la posibilidad de errores humanos o cambios en las ciencias médicas, no garantizan que el contenido sea exacto o completo en todos los aspectos y no se hacen responsables de errores, omisiones o resultados obtenidos por el uso de la información proporcionada en esta publicación. Se invita a los lectores a corroborar con otras fuentes de divulgación científica la información aquí presentada.

Fundamentos para el manejo del dolor posoperatorio.

Gestión de enfermería

D.R. © 2015 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-520-2 (Versión impresa)

ISBN: 978-607-448-521-9 (Versión electrónica)

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
- Novedades
- Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Fundamentos para el manejo del dolor posoperatorio : gestión de enfermería / [coordinador y autor] María Guadalupe Moreno Monsiváis [y cuatro más]. -- 1ª. edición. -- México, D.F. : Editorial El Manual Moderno, 2015.

x, 170 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Incluye índice

ISBN 978-607-448-520-2 (versión impresa)

1. Dolor postoperatorio – Tratamiento. 2. Dolor postoperatorio – Aspectos psicológicos. 3. Cuidado intensivo quirúrgico. 4. Planes de cuidados de enfermería. I. Moreno Monsiváis, María Guadalupe.

617.919-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:

Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:

LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:

LDG José Antonio Villavicencio Gómez

COLABORADORES

Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Capítulo 10

María Candelaria Betancourt Esparza

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería
Capítulos 8 y 9

María Pilar Brea Rivero

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía España
Capítulo 7

Sofía Cheverría Rivera

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería
Capítulo 9

Aracely Díaz Oviedo

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería
Capítulo 9

Martha Landeros López

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería
Capítulo 9

María Antonieta Olvera Blanco

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería

Capítulo 2

Paz Francisco Saucedo Flores

Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería

Capítulo 6

Eduardo Uhden Layron

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito de Atención Primaria Sevilla

Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía, España

Capítulo 5

CONTENIDO

Prefacio	IX
Capítulo 1. Teoría de rango medio para el alivio y manejo del dolor agudo.....	1
<i>María Guadalupe Moreno Monsiváis, Ma. Guadalupe Interrial Guzmán</i>	
Capítulo 2. Metodología para transferir el conocimiento a la práctica clínica	13
<i>María Guadalupe Moreno Monsiváis, Ma. Guadalupe Interrial Guzmán y María Antonieta Olvera Blanco</i>	
Capítulo 3. Gestión de la calidad en el manejo del dolor	29
<i>Sofía Guadalupe Medina Ortiz, Leticia Vázquez Arreola</i>	
Capítulo 4. Aspectos éticos del manejo del dolor posoperatorio.....	47
<i>Leticia Vázquez Arreola, Sofía Guadalupe Medina Ortiz</i>	
Capítulo 5. Aspectos psicológicos del dolor posoperatorio.....	63
<i>Eduardo Uhden Layron</i>	
Capítulo 6. Manejo farmacológico y no farmacológico del dolor.....	79
<i>Paz Francisco Saucedo Flores</i>	
Capítulo 7. Competencias del personal de enfermería para el manejo del dolor	93
<i>María Pilar Brea Rivero</i>	

Capítulo 8. Intervención educativa para estandarizar el manejo del dolor posoperatorio	119
<i>Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, María Guadalupe Moreno Monsiváis, María Candelaria Betancourt Esparza</i>	
Capítulo 9. Diagnóstico de enfermería del dolor agudo posoperatorio.....	131
<i>Aracely Díaz Oviedo, María Candelaria Betancourt Esparza, Martha Landeros López, Sofía Cheverría Rivera</i>	
Capítulo 10. Diagnósticos de enfermería: dolor agudo posoperatorio en la mujer.....	141
<i>Julia Teresa López España, Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda</i>	
Índice	163

PREFACIO

Este libro pretende proporcionar las bases y los fundamentos que permitan al personal de enfermería tener una participación proactiva y autónoma en el manejo del dolor posoperatorio. Su estilo ágil y ameno hace posible que tanto las enfermeras principiantes como las que se han desempeñado de forma activa en la práctica clínica se apropien de su contenido. La obra está conformada por 10 capítulos secuenciados, ordenados de manera lógica, con referencias de apoyo y ejemplos que facilitan profundizar en diversos aspectos. Está dirigida a los profesionales del área de la salud, en particular enfermeras, ya sean estudiantes de licenciatura en enfermería o de las diferentes especialidades y cursos de posgrado, así como al personal clínico que laboran en las distintas instituciones de salud y que intervienen en el control del dolor posoperatorio.

De igual modo, la obra funciona como una herramienta para los académicos del ámbito de la salud y su contenido contribuye al aprendizaje del manejo adecuado del dolor. Asimismo, es de utilidad para los gestores de enfermería que buscan instituir cambios en sus protocolos de atención para el adecuado manejo del dolor con impacto en la calidad y seguridad en la atención.

Los capítulos revisan temas relevantes para la atención del dolor, desde fundamentos y aspectos teóricos hasta mecanismos para la transferencia del conocimiento a la práctica clínica y gestión de calidad. Es importante destacar que también se analizan aspectos éticos y psicológicos, junto con las competencias que requieren los profesionales de enfermería para ejercer una función proactiva en el manejo del dolor. Además de todo ello, el manual incluye resultados de investigación enfocada en estandarizar el tratamiento del dolor posoperatorio y los diagnósticos de enfermería específicos de éste.

Los autores de los capítulos son profesores investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, integrantes del Cuerpo Académico de Administración y Gerencia del Cuidado. De la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, integrantes del Cuerpo



Fundamentos para el manejo del dolor posoperatorio...

Académico de Cuidado Enfermero: Gestión y Práctica Profesional, de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, España; así como del Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía, España, todos ellos con dominio en la atención del dolor.

TEORÍA DE RANGO MEDIO PARA EL ALIVIO Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

*María Guadalupe Moreno Monsiváis
Ma. Guadalupe Interrial Guzmán*

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

La calidad de los servicios de salud es un reto para todas las instituciones, lo cual exige buscar de forma constante alternativas de gestión que permitan elevar la calidad de la atención proporcionada a los usuarios, sobre todo en las principales áreas de oportunidad identificadas. Un aspecto que requiere mayor esfuerzo dentro de las instituciones es el adecuado control del dolor. Este aspecto se considera relevante, en particular por la tendencia nacional e internacional de contar con hospitales que erradiquen el dolor y contribuyan a la satisfacción del cliente.

En consideración de lo anterior, en este capítulo se incluye en primer término un marco de referencia que comprende los elementos que apoyan la necesidad de tomar medidas pertinentes en las instituciones de salud; la finalidad es modificar de manera positiva los resultados de la atención proporcionada a pacientes hospitalizados con dolor agudo, por ejemplo en el posoperatorio. Después se describe una teoría de rango medio para enfermería que puede transferirse a la práctica como una herramienta de gestión que facilite al personal enfermero uniformar la atención del dolor y resolverlo a través del apego a las directrices. Por último, se presentan las conclusiones del capítulo.

MARCO DE REFERENCIA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO

La elevada prevalencia del dolor es una preocupación en todos los niveles asistenciales. En los hallazgos de investigación se ha informado que casi 96% de los enfermos hospitalizados refiere dolor agudo en algún momento durante su internamiento.¹ En relación con el dolor posoperatorio, las publicaciones médicas señalan que alrededor

de 50% de los enfermos experimenta algún grado de dolor de moderado a intenso en las primeras 24 h posteriores a un procedimiento quirúrgico;²⁻⁴ asimismo, se ha documentado que 20% lo describe como muy intenso y en el 80% de los casos se percibe como moderado a intenso.⁵ Por su parte, Moreno *et al.*⁶ publicaron una prevalencia de dolor posoperatorio de 90.1% en los pacientes participantes en su estudio de investigación y observaron que predominó el dolor moderado durante las primeras 24 h posoperatorias (44.4%); no obstante, 57.6% de los individuos refirió dolor intenso en las primeras 24 h del posoperatorio.

Existe evidencia de que un adecuado alivio del dolor no sólo aumenta la comodidad y la satisfacción de los pacientes, sino que contribuye además a disminuir la morbilidad posoperatoria y reduce en algunos casos la estancia hospitalaria.⁷ El dolor tiene una parte subjetiva e individual, en la cual influyen factores emocionales y de la personalidad, aspectos socioculturales y la experiencia del paciente con el dolor. Pero sin duda tiene otra parte objetiva, dado que se ha demostrado que un inadecuado control del dolor incrementa la morbilidad del paciente al actuar sobre todos los sistemas; por ejemplo, en el sistema cardiovascular, un dolor intenso libera catecolaminas (lo que puede producir hipertensión arterial, arritmias e incluso choque); por su parte, en el aparato respiratorio atenúa la función pulmonar y aumenta el consumo de oxígeno; y en el sistema digestivo reduce la motilidad intestinal. También provoca otros trastornos de menor gravedad, pero no menos importantes, como ansiedad, insomnio y estimulación hormonal.⁸

La intensidad y duración del dolor posoperatorio se relacionan con características individuales, así como con el procedimiento quirúrgico y tratamiento farmacológico administrado en las instituciones (este último vinculado de manera directa con características de tipo organizacional). En cuanto a las características individuales se pueden señalar edad, sexo y escolaridad. En algunos estudios se han señalado diferencias en la percepción del dolor, aunque los hallazgos no son concluyentes.⁹

Respecto del procedimiento quirúrgico, pueden influir el tipo de cirugía: existen notables variaciones en la presencia e intensidad del dolor según sean el tipo de intervención y la especialidad quirúrgica. Se ha indicado que los procedimientos de cirugía general se valoran como los más dolorosos, seguidos por los de traumatología, ginecología, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, urología, neurocirugía y oftalmología.^{10,11}

En términos del tratamiento farmacológico, los analgésicos utilizados para el control del dolor se consideran un aspecto fundamental ya que sus principales deficiencias se relacionan con la subutilización de los analgésicos y opioides, además de un cumplimiento bajo de las pautas analgésicas prescritas por la Organización Mundial de la Salud.¹² En cuanto al uso de opioides, se ha publicado que no se administran las dosis apropiadas debido al temor de causar depresión respiratoria y adicción, lo cual se relaciona con un bajo conocimiento de los profesionales de la salud.¹³

A pesar de que se reconoce que el dolor es un problema de salud pública por su alta prevalencia, en muchos hospitales no se cuenta con protocolos de atención para el manejo del dolor posoperatorio que se ajusten a las tendencias nacionales e internacionales de contar con hospitales sin dolor.¹⁴

La existencia de procesos estandarizados de cuidado permite eliminar la variabilidad en la atención que reciben los pacientes en esta etapa⁶ y favorece además la

inclusión de aspectos como la educación del paciente en el preoperatorio y posoperatorio en cuanto al control del dolor y la participación que se espera de él. De acuerdo con las publicaciones médicas, este aspecto es fundamental y debe considerarse en la atención debido a que existe una relación directa entre la educación del paciente y el establecimiento de objetivos para disipar el dolor y la resolución del dolor posoperatorio.¹⁵

El control satisfactorio del dolor posoperatorio es uno de los retos más importantes que aún no se resuelven en el ámbito quirúrgico. La evidencia señala que una gran proporción de pacientes no recibe un tratamiento adecuado, a pesar de los avances del ámbito farmacológico y tecnológico.¹⁶

Como puede advertirse con la información previa, las investigaciones muestran que el dolor intenso es innecesario y se acompaña a menudo de complicaciones. Su control apropiado ha sido motivo de preocupación de organismos internacionales y nacionales, como la *Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations* (JAHCO) y el Consejo de Salubridad General, responsables de promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica. Ambas instituciones han incorporado estándares orientados al manejo efectivo del dolor que deben adoptar todas las organizaciones donde se atiende a pacientes con dolor; entre ellos figuran la sección de estándares centrados en el paciente: derechos del paciente y su familia, valoración de los enfermos, atención de pacientes, anestesia y atención quirúrgica, y educación del paciente y su familia.¹⁷

Además de la participación de estos organismos a través de directrices para el control del dolor, se requiere la participación activa de todos los profesionales que intervienen en la atención de este grupo de individuos. En relación con los profesionales de enfermería, su función se considera fundamental dado que es el personal clínico quienes tienen un contacto más estrecho y continuo con los pacientes y participa en todas las etapas del control del dolor, ya sea la valoración, educación del paciente, tratamiento farmacológico y no farmacológico, documentación del control del dolor y respuesta del enfermo al tratamiento.^{18,19}

En consideración del papel fundamental que tiene el personal de enfermería, a continuación se presenta el proceso para desarrollar una teoría de rango medio para disipar y controlar el dolor agudo por enfermería y luego en qué consiste dicha teoría.

PROCESO PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA DE RANGO MEDIO PARA EL ALIVIO Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

El desarrollo de una teoría de rango medio para el control del dolor agudo surge por el interés de contar con un fundamento que pueda generalizarse por su nivel de abstracción y que, al mismo tiempo, pueda medirse de forma empírica en la práctica (a diferencia de las grandes teorías, su alcance no es tan grande).¹⁵ Esto se considera relevante ante una problemática que representa un reto para las instituciones de

salud, como es el manejo efectivo del dolor, en el cual la función de enfermería es fundamental para disipar el dolor.³

Las prevalencias del dolor moderado a intenso señaladas con anterioridad en pacientes que cursan con dolor agudo exigen la necesidad de contar con herramientas útiles que contribuyan a aliviarlo; si bien se reconoce la existencia de teorías descriptivas del dolor, no se dispone de teorías que apoyen a los profesionales de enfermería a desarrollar un papel más efectivo para controlar el dolor.

Fawcett²⁰ afirma que las teorías de rango medio son las herramientas más adecuadas para sustentar las intervenciones de cuidado de enfermería, dado que proporcionan explicaciones de los fenómenos ligados con el trabajo cotidiano de enfermería. Las teorías de rango medio tienen dos características fundamentales: cuentan con postulados y conceptos que pueden medirse y codificarse de manera objetiva. Esto hace posible que se emitan hipótesis y se cuantifiquen de modo empírico.²¹

Existen pocas teorías de enfermería que apoyen la práctica basada en evidencias; para configurar una teoría de rango medio se pueden utilizar diversas fuentes, como revisión de las publicaciones médicas, observaciones reflexivas, estudios de campo, modelos conceptuales, categorías taxonómicas de los diagnósticos e intervenciones de enfermería, teorías de otras disciplinas y análisis estadístico de datos empíricos.²⁰⁻²² Sin embargo, estos recursos no han logrado establecer teorías que guíen la práctica hacia la obtención de resultados en salud. Suppe²⁰ señala que la disciplina de enfermería cuenta con una amplia base de estudios empíricos que puede aprovecharse para desarrollar una teoría de rango medio a través de datos observacionales y experimentales. Las **Guías de Práctica Clínica (GPC)** se basan en dicha información,²³ por lo que se propone emplearlas para idear teorías que ejerzan un poder más propositivo y prescriptivo respecto de otros métodos.

Las GPC son lineamientos o postulados que incluyen recomendaciones para apoyar a profesionales de la salud, así como a sus pacientes, para decidir el cuidado de la salud apropiado para cada situación clínica. Cada lineamiento describe el proceso de atención de pacientes con base en las condiciones clínicas, intervenciones y resultados. Se espera que los lineamientos generen resultados significativos en la salud de los pacientes. Las GPC se sustentan con evidencia científica obtenida de estudios bien diseñados, por lo que pueden servir como herramienta de teoría normativa de rango medio.

Profesionales y organizaciones clínicas especializadas, instituciones de salud y organismos gubernamentales y privados desarrollan las GPC. La configuración, implementación y evaluación de las guías representan un proceso sistematizado.²⁴ La *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)* es un organismo que tiene como misión mejorar la calidad, oportunidades y efectividad del cuidado de la salud y está encargada del desarrollo y actualización de las guías. Hasta la fecha se cuenta con un buen número de guías de práctica clínica publicadas a través de la AHCPR.²³

Los lineamientos que se pormenorizan en las GPC desarrolladas por el AHCPR son descripciones basadas en evidencias del manejo y cuidado del paciente y tienen el peso científico de haberse sometido a una revisión previa por expertos mediante consensos y que, a su vez, pueden representar tendencias para mejorar los problemas de salud. Para la formulación de la teoría de rango medio para el control del do-

lor agudo se tomó como sustentación el grupo de guías de práctica clínica “manejo del dolor agudo: procedimientos operativos o médicos y traumatismo”.

Los lineamientos que rigen estas guías se desarrollaron a través de tres procesos: a) una revisión interdisciplinaria de necesidades actuales, guías existentes y opiniones de expertos, b) una revisión inclusiva de investigaciones publicadas acerca del manejo del dolor posquirúrgico y c) revisión grupal de estudios piloto de guías, incluidos los usuarios potenciales de éstas. Por lo tanto, tras considerar lo anterior, se puede señalar que las GPC representan el conocimiento más actual acerca del manejo del dolor posquirúrgico.²⁴ Puede aducirse que las GPC constituyen una forma teórica, pero carecen de la rigurosa estructura requerida para una teoría. Si se reconoce este potencial teórico inherente a las GPC, se organiza de forma conceptual y se opera de una manera eficiente para medirse en la práctica, pueden determinarse sus efectos en la salud.

Para el desarrollo de la teoría de enfermería de rango medio para el alivio y control del dolor agudo se siguieron los pasos que recomendaron Walker y Avant.²² Las autoras propusieron que los tres elementos para construir una teoría son los conceptos, la propia teoría y sus postulados. Sus tres enfoques son el análisis, la derivación y la síntesis. Las teorías de rango medio se pueden desarrollar a partir de GPC mediante dos estrategias: síntesis del postulado y síntesis teórica; su finalidad es categorizar y organizar la información empírica referente al tema de la teoría.

La síntesis de la declaración o postulados se empleó para identificar las relaciones entre dos o más conceptos. El primer paso consistió en identificar el contenido y el alcance de la guía para determinar si la relación entre conceptos era productiva. El segundo paso fue usar cada guía para reconocer los conceptos que representan las instrucciones (intervenciones), el problema (dolor) y el resultado deseado (alivio del dolor o control efectivo de éste). El tercer paso se refiere a identificar las relaciones y conceptos más útiles para alcanzar el objetivo. Los postulados o declaraciones deben analizarse con base en su capacidad de producir hipótesis medibles, para guiar de ese modo la práctica clínica de enfermería.

En la síntesis teórica se agruparon las declaraciones o postulados empíricos (se necesitan al menos tres postulados para desarrollar una teoría) y se enfocaron en una red interrelacionada conceptualmente, o bien en una teoría.²² Dado que los conceptos contenidos en las GPC son casi siempre muy conocidos y concretos, se decidió eliminar la técnica de análisis del concepto y se definió de manera apropiada de acuerdo con la forma prevista de utilizar las guías. Por último, se destacan los supuestos de la teoría y sus límites.¹⁵

TEORÍA DE RANGO MEDIO PARA EL ALIVIO Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Existen diversas teorías descriptivas del dolor (como las de la especificidad, patrón, compuerta, opioides, endógenos, y teorías de control) que explican la forma en que la nocicepción se recibe, percibe y modula dentro del cuerpo.²⁵ Infortunadamente,

no existen teorías que regulen el alivio del dolor o su control por parte de los profesionales de enfermería.

Good y Moore¹⁵ propusieron una teoría de rango medio enfocada en el alivio y manejo del dolor agudo. Tiene sus bases en las guías de práctica clínica centradas en la resolución del dolor (“Manejo del dolor agudo: procedimientos operativos o médicos y traumatismo. Guías de práctica clínica” del AHCPR);²³ las guías representan el conocimiento más actual acerca del control del dolor posoperatorio y se han desarrollado, instituido y evaluado para lograr su sistematización con la finalidad de mejorar la calidad, oportunidad y efectividad en el cuidado proporcionado a una persona con dolor. Ofrecen una herramienta útil representada en una teoría de enfermería de rango medio, enfocada en el alivio y control del dolor agudo debido a su base empírica y sus claras recomendaciones para la práctica.

POSTULADOS DE LA TEORÍA

PRIMER POSTULADO

Proporcionar el fármaco para el dolor con la potencia adecuada, junto con adyuvantes farmacológicos y no farmacológicos, contribuye al equilibrio entre la analgesia y sus efectos adversos.

De acuerdo con las guías de la práctica clínica para el manejo de dolor agudo de la AHCPR,³ uno de los resultados esperados de las intervenciones para aliviar el dolor es alcanzar un grado de analgesia aceptable para el paciente (es decir, garantizar la efectividad de la intervención pero sin causar ningún daño). Para el alivio o control del dolor intenso a moderado, los pacientes necesitan casi siempre fármacos potentes para el dolor, como los analgésicos opioides o agentes anestésicos a nivel local o epidural. Además, con el fin de mejorar el alivio y reducir así el uso de los fuertes fármacos para el dolor y sus efectos colaterales, es posible administrar al paciente un tratamiento coadyuvante de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), o bien coadyuvantes no farmacológicos como técnicas de distracción (música) o relajación. El resultado deseado es el equilibrio efectivo entre la analgesia y los efectos colaterales.

SEGUNDO POSTULADO

Valorar el dolor y sus efectos de manera regular, así como identificar los métodos inadecuados para el alivio y verificar la regulación de procesos de intervención, revaloración y reintervención, tiene la finalidad de contribuir al establecimiento de un saludable equilibrio entre la analgesia y sus efectos.

Dicho postulado se sustenta en estudios realizados hace 20 años que demuestran que los pacientes con dolor agudo sufren de manera innecesaria. A pesar de

estos hallazgos, el médico no termina su intervención hasta que logra disipar el dolor, incluso si se conocen las graves complicaciones y largos periodos de hospitalización.²³ El fundamento de lo anterior presupone que la administración de fármacos tan potentes y adyuvantes para el dolor agudo no es suficiente para alcanzar el equilibrio en el cuerpo del paciente, dadas las diversas respuestas de cada persona a cada tratamiento de dolor y analgesia. Tampoco la valoración regular del dolor y sus efectos en horarios frecuentes ha demostrado producir algún alivio. El profesional de la salud debe revalorar el momento en que se espera el punto máximo de la intervención; y, si no es posible conseguir un adecuado control de dolor o se presentan efectos inaceptables, el profesional debe considerar reintervenir mediante el aumento de la dosis o la adición de algún adyuvante. Este proceso debe continuar hasta alcanzar el equilibrio entre la analgesia y sus efectos.

TERCER POSTULADO

Proporcionar educación al paciente y establecer objetivos para resolver y controlar el dolor tiene el objetivo de contribuir al establecimiento de un saludable equilibrio entre la analgesia y sus efectos colaterales.

Al educar al paciente y establecer objetivos se alienta al enfermo a lograr el alivio esperado. La educación del individuo debe enfocarse en actitudes y expectativas, informe del grado de dolor, suministro de fármacos y uso de adyuvantes. El planteamiento de objetivos debe ser conjunto: el paciente y la enfermera analizan un objetivo real de alivio, que sea aceptable para la condición y situación del sujeto. La importancia de plantearse objetivos junto con el paciente se basa en un consenso de opiniones de expertos y sus hallazgos acerca de que el dolor no desaparece durante horas si no se sigue una intervención.

A continuación se muestra en la figura 1-1 la representación de los componentes del modelo.

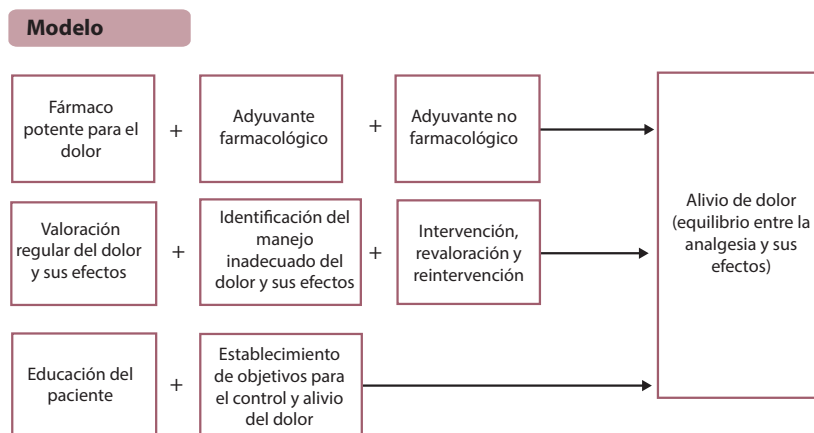


Figura 1-1. Teoría de rango medio acerca del equilibrio entre la analgesia y sus efectos.

SÍNTESIS DE LA TEORÍA

En síntesis, la teoría de rango medio del dolor se diseñó como una herramienta útil para el control del dolor. Se ha demostrado que el dolor intenso es innecesario, afecta los derechos del paciente (en términos éticos no debe haber dolor intenso en ningún paciente, su existencia revela un manejo inapropiado) y favorece la presencia de complicaciones.

Las intervenciones apegadas a los lineamientos de la teoría de rango medio consiguen controlar el dolor mediante procesos enfocados en el cumplimiento de objetivos, diversas formas de alivio, manejo y, sobre todo, la participación activa del paciente.

La teoría se sintetiza en una prescripción. Para lograr el equilibrio entre la analgesia y sus efectos en adultos con dolor intenso a moderado, la enfermera debe administrar un fármaco potente, además de adyuvantes farmacológicos y no farmacológicos. Asimismo, la enfermera debe valorar con regularidad el dolor, sus efectos y educar al paciente acerca de la forma de participar en su tratamiento. Si se presentan efectos no deseados y técnicas poco adecuadas para controlar el dolor, la enfermera debe intervenir, revalorar y reintervenir si es necesario, hasta encontrar un objetivo apropiado junto con el paciente para mitigar el dolor.

A continuación se describen cada uno de los componentes del modelo:

- **Un fármaco potente para el dolor** se refiere al uso de compuestos derivados de la morfina o anestésicos locales o epidurales que el paciente recibe para controlar el dolor posquirúrgico. Como datos relevantes deben incluirse nombre del fármaco, dosis, frecuencia, vía y método de administración o, en su caso, prescripción cada 24 h.
- El **adyuvante farmacológico** corresponde al uso de AINE administrados como adyuvantes del analgésico potente para el dolor. Se requiere el registro del nombre del fármaco, dosis, frecuencia, vía y método de administración, o presencia o ausencia.
- Los **adyuvantes no farmacológicos** son formas alternativas, entre ellas relajación, música, imágenes, masaje o terapia fría como complemento del fármaco potente para el dolor. La información se puede clasificar como presente o ausente, o bien se especifica el tipo de técnica y observación de uso efectivo.
- La **valoración regular del dolor y sus efectos** corresponde al informe de la intensidad del dolor en una escala numérica de 0 a 10 y los efectos colaterales del fármaco para el dolor, además de los efectos que tiene el dolor en la persona y limitaciones que produce. La valoración debe realizarse cada dos horas hasta que el dolor esté bajo control y cada cuatro horas a continuación. Los efectos de la medicación deben notificarse, por ejemplo si el dolor causa limitaciones en aspectos fundamentales, como movilidad, estado de ánimo y sueño.
- La **identificación del manejo inadecuado del dolor** corresponde al informe de un grado de dolor mayor al objetivo establecido o efectos colaterales que no sean seguros para el paciente de acuerdo con el juicio de la enfermera. Una intensidad del dolor que sobrepasa al clasificado como leve o moderado se considera inaceptable y es el reflejo de un control inadecuado. La valoración del manejo del dolor se establece mediante la relación entre su intensidad y el tratamiento farmacológico instituido.

- El índice de control del dolor es una herramienta que permite valorar la efectividad en el manejo del dolor a través de la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia y la intensidad del dolor durante las últimas 24 h. La escala para los analgésicos se determina de la siguiente manera: 0, ningún analgésico; 1, AINE y coadyuvantes; 2, opioides débiles, AINE y coadyuvantes; 3, opioides fuertes, AINE y coadyuvantes. La escala utilizada para la intensidad del dolor se clasifica de la siguiente manera: 0, ausencia de dolor; 1, intensidad de 1 a 3 (dolor leve); 2, intensidad de 4 a 6 (dolor moderado); y 3, intensidad de 7 a 10 (dolor grave o severo). El resultado del índice de valores de cero a números positivos representa un adecuado o efectivo control del dolor, mientras que los números negativos indican uno inadecuado o inefectivo.²⁶
- La **intervención, revaloración y reintervención** corresponden a las medidas oportunas para regular el dolor y sus efectos, revalorar al momento del punto máximo del efecto y reintervenir si el grado de dolor o los efectos son inaceptables. El registro debe incluir el tiempo en el que se presenta el dolor, intensidad y tipo de intervención, como aumento de la dosis del fármaco, reducción del intervalo entre cada dosis o adición de algún AINE o adyuvante no farmacológico.
- La **educación del paciente** incluye una instrucción antes del procedimiento quirúrgico y reforzamiento en el posoperatorio, en relación con las actitudes y expectativas, informe del dolor, abastecimiento del fármaco, prevención de actividades que pueden desencadenar el dolor y uso de adyuvantes. Se deben documentar los temas analizados en el preoperatorio y los reforzados en el posoperatorio, además de los materiales impresos de la información suministrada.
- Los **objetivos para aliviar el dolor** se refieren al establecimiento de un objetivo del grado de dolor que sea realista y seguro, en una decisión tomada de forma conjunta con el paciente y la enfermera, día con día. Es preciso documentar los objetivos mediante la escala de dolor, verificados por el paciente y apropiados para el día del posoperatorio.
- El **alivio del dolor** corresponde al equilibrio entre la analgesia y sus efectos, lo cual se relaciona de manera directa con el control y la satisfacción del paciente respecto del alivio del dolor. El paciente y la enfermera proporcionan un informe de satisfacción y seguridad en cuanto al alivio del dolor, sin efectos no deseados. La escala corresponde a valores de 0 a 10, en la cual el cero se refiere a la ausencia total de satisfacción y el 10 a la máxima satisfacción con el control.

FACTORES PARA MEDIR LA TEORÍA

1. La enfermera y el médico colaboran de manera efectiva para controlar el dolor agudo.
2. Indicación de fármacos opioides o anestesia epidural local, así como adyuvantes farmacológicos.
3. Administración de compuestos para efectos colaterales cuando sea necesario.
4. Los pacientes son adultos con capacidad de aprender, establecer objetivos y expresar síntomas.
5. Las enfermeras cuentan con conocimiento actualizado acerca del control de dolor.

En una teoría de rango medio es importante destacar los supuestos e identificar los límites. La teoría de dolor, por ejemplo, no se enfoca en un tratamiento único para el dolor agudo en niños, adultos mayores o pacientes con problemas especiales, como insuficiencia hepática o renal, choque, traumatismo o quemaduras. El manejo de dolor en los tipos de pacientes mencionados debe especificarse por las guías de la AHCPR y pueden seguramente originar más teorías de rango medio específicas para la atención de este tipo de pacientes.²

Good y Moore¹⁵ (los autores de esta teoría de rango medio) señalan que al tratarse de una propuesta, debe aplicarse en la práctica y después probarse mediante un método adecuado para teorías predictivas. Estos especialistas recomiendan además que cada postulado y la teoría completa se revisen de modo empírico tras considerar las propiedades lógicas y empíricas, utilidad y significancia.

La teoría del dolor necesita respaldo científico para determinar si los tres postulados son necesarios, o si se requieren otros más para conseguir el control adecuado del dolor y su resolución. Es posible explorar la interacción natural de los postulados al revisar publicaciones médicas adicionales e investigaciones de apoyo.

Si bien se considera que el uso de esta teoría en la práctica clínica contribuye al alivio del dolor en el paciente, mejora su recuperación y reduce la incidencia del dolor crónico, complicaciones, tiempo de hospitalización y costos, es indispensable que la teoría se aplique en la práctica y se determinen sus efectos en la salud, morbilidad y costos de atención.

Debido a que esta teoría de rango medio se sustenta en las guías de práctica clínica para el control del dolor, se recomienda revisar de forma periódica el tipo, cantidad y calidad de investigación disponible para fortalecer la teoría.

CONCLUSIONES

El alivio del dolor es un reto en el ámbito clínico, según lo confirman las prevalencias elevadas de dolor agudo en los pacientes hospitalizados y en quienes se someten a procedimientos quirúrgicos. Esto exige que los profesionales de la salud que participan en la atención de individuos con dolor ejerzan un papel activo y contribuyan a la disipación del dolor, que se considera un indicador de calidad.

Las teorías de rango medio son una herramienta de apoyo que permite que el conocimiento disponible se traslade a la práctica por los profesionales de la salud y se consigan resultados efectivos. Las teorías de manejo de dolor de rango medio poseen el potencial de generar conocimiento que los profesionales de enfermería pueden usar de forma eficiente. En el presente capítulo se describió la manera en que las GPC son útiles para generar dichas teorías y crear un cuerpo de conocimiento científico para las enfermeras de la práctica profesional, un conocimiento que puede desarrollarse y, mejor aún, cuantificarse.

REFERENCIAS

1. **Covarrubias-Gómez A:** Manejo farmacológico del dolor perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2007;30(1):240-245.
2. **Bolibar I, Catala E, Cadena R:** El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Revista Española de Anestesiología* 2005;53:131-140.
3. **Arbones E, Montes A, Riu M, et al.:** El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2009;16(6):314-322.
4. **Sada O, Delgado H, Castellanos O:** Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2011;18(02):91-97.
5. **Soler E, Faus MT, Montaner MC, et al.:** Identificación de los factores que influyen en el dolor postoperatorio. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* (2001);48:163-170.
6. **Moreno MG, Interrial GM, Garza EE, et al.:** Intensidad y manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados. *CUIDARTE. Revista de Investigación. Programa de Enfermería UDES* 2012;3(3):355-362.
7. **Montes A, García J, Trillo L:** Tratamiento del dolor postoperatorio: de la Unidad de Dolor Agudo al Programa de Gestión del Dolor Postoperatorio. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2007;14(5):335-337.
8. **White P:** The changing role of non-opioid analgesic techniques in the management of postoperative pain. *Anaesth Analgesic* 2005;1:5-22.
9. **González N:** Analgesia multimodal postoperatoria. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2005;12:112-118.
10. **Sobrino J, Cabadas R, Rodríguez J, et al.:** Pain during the early postoperative period in outpatient major surgery: determining factors. *Revista Sociedad Española del Dolor* 1999;6:175-179.
11. **Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, et al.:** Complicaciones del dolor postoperatorio. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2001;8:194-211.
12. **Puebla D:** Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: dolor iatrogénico. *Oncología* 2005;28(3):139-143.
13. **Peñarrieta I, Del Ángel RE, García M, et al.:** Manejo del dolor y la satisfacción de pacientes postoperados hospitalizados. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2006;14(1):20-26.
14. **Vidal M, Torres L, De Andrés J, et al.:** Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2007;8:550-567.
15. **Good M, Moore SM:** Clinical practice guidelines as a new source of middle-range theory: focus on acute pain. *Nurs Outlook* 1996;44:74-9.
16. **Gallego JL, Rodríguez JC, Vázquez G, et al.:** Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2004;11:197-202.
17. Consejo de Salubridad General. *Estándares para certificar hospitales versión 2012*. México, 2012.
18. **Aréchiga G:** Nuevos conceptos en la certificación del dolor. *Institucionalizando el dolor. Anestesia en México* 2005;17(1):46-52.
19. **Moreno MG, Interrial GM, Saucedo FP, et al.:** Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. *Aquichan* 2011;11(1):40-47.

20. **Fawcett J:** *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Company, 2005.
21. **Suppe F:** Middle range theories: what they are and why nursing science needs them. Paper presented at the 1982 American Nurses Association/Council of Nurse Researchers Symposium. Washington, November 15, 1993.
22. **Walker LO, Avant KC:** *Strategies for theory construction in nursing*. 2nd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1988.
23. Acute Pain Management Guideline Panel: Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline. AHCPR Pub. No. 92-0032. Rockville, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, 1992.
24. **Blasco JA, Andradas E:** Evaluación crítica de guías de práctica clínica. El instrumento AGREE. 2010. Disponible en: www.jano.es
25. **Torres M, Compañ V:** *La experiencia del dolor*. Barcelona: UOC, 2006.
26. **McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL:** The hidden error of mismanaged pain: a systems approach. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:47-58.

METODOLOGÍA PARA TRANSFERIR EL CONOCIMIENTO A LA PRÁCTICA CLÍNICA

*María Guadalupe Moreno Monsiváis
Ma. Guadalupe Interrial Guzmán
María Antonieta Olvera Blanco*

Capítulo 2

INTRODUCCIÓN

Los adelantos tecnológicos disponibles en todo el mundo permiten, a través de los sistemas de información y comunicación, tener de manera constante un mayor acceso al conocimiento científico. Este conocimiento, consultable en diversas fuentes de datos, exige un proceso de transferencia a la práctica clínica; sólo así los profesionales de salud pueden dar respuesta a los problemas de la población con intervenciones sustentadas en datos científicos y sistematizados. La transferencia del conocimiento implica la aplicación de éste a la práctica clínica y su finalidad es fortalecer el sistema de salud mediante servicios eficaces y de calidad perdurable que modifiquen de manera positiva la salud de la población.

De acuerdo con lo anterior, este capítulo tiene como objetivo describir una metodología que pueda emplearse para trasladar el conocimiento a la práctica. Tal metodología tiene como propósito orientar al personal de salud en los aspectos que deben considerar para que la evidencia científica se transfiera a la práctica.

Esta sección describe en primer término y en forma general el proceso de transferencia y a continuación se analizan las seis fases propuestas para el traslado del conocimiento a la práctica.

TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO

La transferencia del conocimiento se define como la síntesis, difusión, intercambio, implementación y sustentación de los conocimientos para favorecer la salud de la población y fortalecer el sistema de salud.¹ Este proceso se lleva a cabo a través de complejas interacciones entre investigadores y proveedores de salud usuarios del

conocimiento y puede variar en intensidad, complejidad y grado de compromiso, según sean la función de la naturaleza de la investigación y los resultados.

Por su parte, el conocimiento se refiere al resultado generado a través de la investigación y experiencia del usuario;² se considera el recurso más valioso dentro de una organización.³ Diversos autores han sugerido la transferencia del conocimiento para facilitar el proceso que subyace a las innovaciones, es decir, promover la introducción de nuevos servicios, procesos o cambios organizacionales basados en el conocimiento existente.⁴⁻⁸ Wandersman *et al.*^{7,8} proponen el modelo del sistema interactivo para la transferencia del conocimiento, el cual comprende tres sistemas: a) síntesis y sistema de transferencia; b) sistema de apoyo; y c) sistema de entrega de la innovación. A continuación se describe cada uno de ellos.

SÍNTESIS Y SISTEMA DE TRANSFERENCIA

La síntesis y sistema de transferencia implican la revisión de las publicaciones médicas con rigor científico para la contextualización e integración de la mejor innovación (dentro del conjunto más amplio de conocimientos sobre el tema) para que la utilicen los proveedores de salud. El propósito de este sistema es satisfacer las necesidades de la población respecto de su salud. Asimismo, Durlak y DuPre,⁵ Fixsen *et al.*⁶ y Wandersman *et al.*^{7,8} incluyen en este sistema a los factores organizacionales, entre ellos la identificación de elementos de las instituciones de salud o comunidades para la aplicación de la innovación, los cuales comprenden a su vez al sistema de investigación, disposiciones institucionales y financiamiento. El sistema de investigación supone la selección de la innovación que mejor se adecue a las necesidades de la población objetivo; las disposiciones institucionales se refieren a los lineamientos corporativos enfocados en la atención y preservación de la salud de la población; y, por su parte, el financiamiento es la asignación de los recursos humanos, materiales e infraestructura para la ejecución de la innovación.

SISTEMA DE APOYO

El sistema de apoyo indica la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades en los proveedores para la ejecución de la innovación.^{5,7,8} Este sistema considera el entrenamiento y la asistencia técnica. El primero hace referencia al momento preciso en el que el proveedor aprende y tiene la oportunidad de practicar los contenidos específicos de la innovación; de igual modo, la asistencia técnica alude al apoyo continuo entre el supervisor o entrenador y el proveedor de salud para mejorar su desempeño durante la innovación.

SISTEMA DE ENTREGA

El sistema de entrega implica la puesta en marcha de la innovación en instituciones de salud o comunidades, de tal modo que el beneficio de la innovación llegue a la

población objetivo. Este sistema está compuesto por la capacidad general de la organización y la capacidad específica de innovación. La primera incluye el nexo con las instituciones para la ejecución de la innovación y asegura el abastecimiento de suficientes recursos humanos capacitados y materiales requeridos para la innovación. La segunda exige que los recursos humanos capacitados tengan el conocimiento exacto y las habilidades para transferir la innovación.^{7,8}

Por su parte, Durlak y DuPre⁵ integran en la transferencia del conocimiento las características del proveedor de salud y las de la innovación. Las características de los proveedores de salud son las cualidades de las personas seleccionadas para aplicar la innovación en su área laboral e incluyen percepción del beneficio que trae consigo la innovación, autoeficacia y capacidad de instituir la innovación. La percepción del beneficio es la concepción favorable del proveedor de salud sobre los resultados de la innovación en la población de interés; la autoeficacia es la capacidad percibida por el proveedor de salud de realizar la innovación de manera exitosa; y la capacidad se refiere a la adquisición de destrezas necesarias por parte del proveedor de salud para la ejecución de la innovación.

En las características de la innovación intervienen los nuevos conocimientos provenientes de la evidencia científica para que se apliquen a la población objetivo. Tales características tienen dos componentes: adaptabilidad y compatibilidad. La primera describe los cambios pertinentes entre los proveedores, instituciones de salud o comunidades para la realización de la innovación; y la segunda establece que la innovación debe ajustarse al contexto y las necesidades de la población a quien se desea beneficiar.

Otro sustento teórico que ayuda conocer el proceso de transferencia es el ciclo *knowledge-to-action*; de acuerdo con Straus *et al.*,⁹ se define como un proceso interactivo, dinámico y complejo acerca de la creación y aplicación del conocimiento. Incluye las fases de las actividades necesarias en la aplicación del conocimiento con el fin de lograr un cambio en grupos que varían en tamaño y composición.

El proceso incluye tres fases: la primera es la investigación de conocimiento disponible y consiste en la obtención de información y artículos científicos acerca de un tema que representa una problemática o necesidad. Por lo general existe en esta etapa una gran cantidad de información que debe revisarse. La segunda fase es la de síntesis, que implica el proceso de revisión de resultados y evaluación de métodos de la evidencia obtenida para conjuntar todos los datos en un solo documento. Por último, en la tercera fase se crea un producto o una herramienta/instrumento, es decir, se presenta la información de forma concisa, clara y comprensible por medio de una guía de práctica clínica o una guía de recomendaciones para pacientes que puede transferirse a la práctica. Una vez que concluyen estas fases, inicia el ciclo de acción para la transferencia del conocimiento a la práctica, el cual tiene fases muy dinámicas que interactúan unas con otras durante todo el proceso.

METODOLOGÍA PARA LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO A LA PRÁCTICA

Tras considerar el sustento teórico anterior, se diseñó la siguiente metodología que integra diversas fases interrelacionadas que pueden adaptarse a cualquier proceso de transferencia de conocimiento a la práctica. Por ejemplo, en relación con el dolor agudo, temática central de este libro, existe suficiente conocimiento disponible para los proveedores de salud; sin embargo, se desconocen los mecanismos de transferencia empleados para aplicar dicho conocimiento a la práctica en beneficio de la población que cursa con dolor. La siguiente metodología es una herramienta de apoyo para transferir el conocimiento a la práctica e intenta obtener los mejores resultados y mantener la innovación en forma permanente.

FASES PARA LA TRANSFERENCIA

En primer término es importante identificar un problema de salud que, de acuerdo con sus perfiles epidemiológicos, exige modelos de prestación de atención que garanticen mayor efectividad, calidad, seguridad y costos sustentables que favorezcan la promoción, prevención y restauración de la salud. En relación con el problema de salud identificado como prioritario, es importante reconocer los procesos de atención realizados y determinar cómo afectan los resultados al paciente, servicio u organización (mortalidad, morbilidad, calidad de vida, calidad de la atención, costos, entre otros); en este punto deben determinarse la utilidad y validez del problema al que se enfrenta el equipo de salud. Esta etapa mantiene una estrecha relación con la práctica clínica, ya que es el lugar en donde se identifican los contrastes entre lo ideal (buenas prácticas según lo señalan las publicaciones médicas) y lo real, es decir, la forma habitual como se realizan los procesos.

Con posterioridad se deben efectuar las siguientes fases para facilitar la transferencia del conocimiento a la práctica:

1. Sustento teórico (revisión sistemática de las publicaciones relacionadas, evaluación y selección de la mejor evidencia, sustento del conocimiento-innovación).
2. Análisis de la situación del servicio en relación con el proceso actual realizado para la atención del problema de salud o proceso seleccionado (observación y medición de la situación actual).
3. Estandarización del proceso (se define el proceso a seguir, se socializa y se incluye al personal).
4. Estandarización de competencias profesionales (entrenamiento orientado a desarrollar en los participantes del proceso las competencias profesionales necesarias para producir los resultados esperados).
5. Aplicar y vigilar el proceso (transferencia del conocimiento, auditoría interna y externa del proceso).

6. Cuantificación de resultados (medición de indicadores de evaluación, determinación del efecto y sostenibilidad del uso del conocimiento en la práctica).¹⁰

En la figura 2-1 se pueden observar las fases y su vinculación.

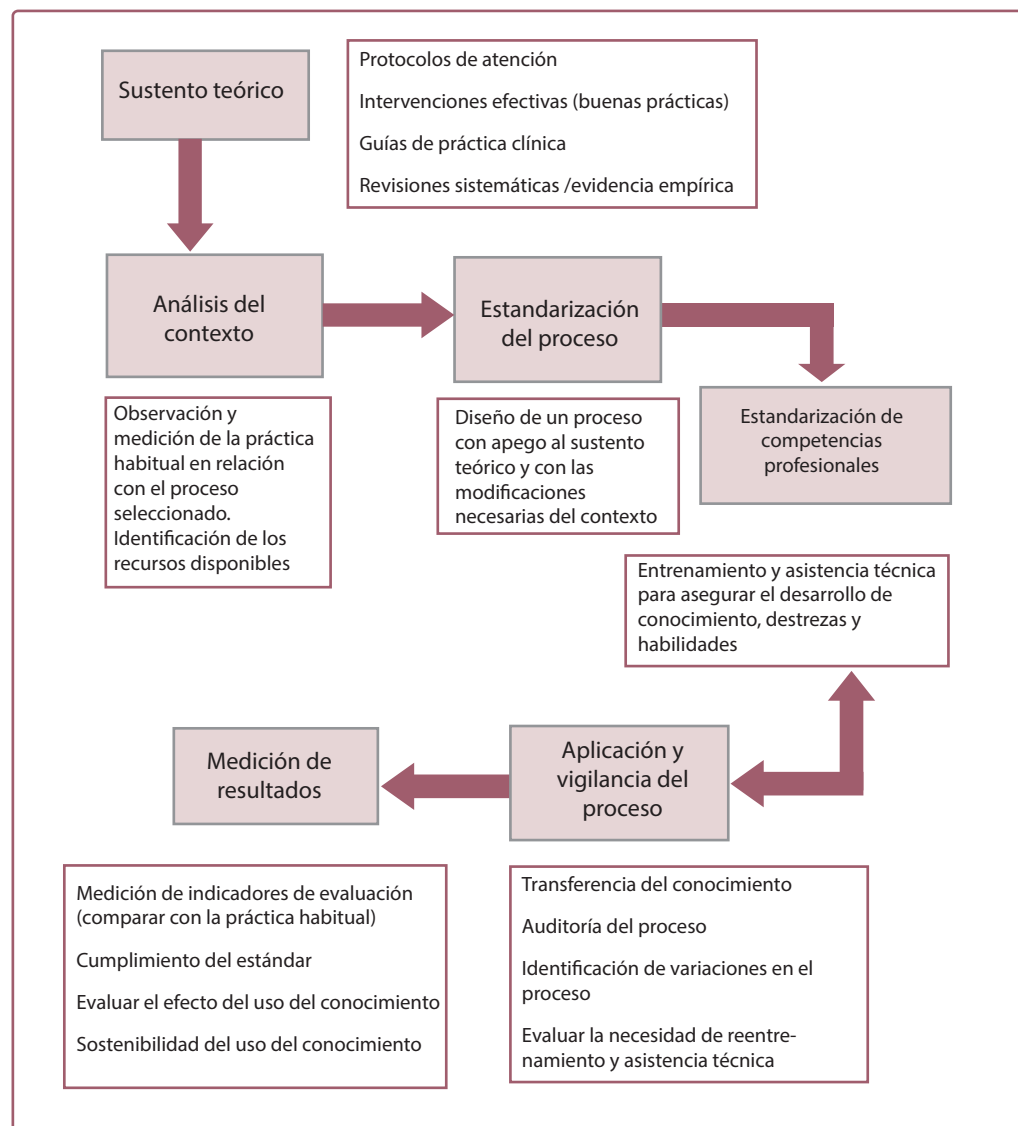


Figura 2-1. Fases de la transferencia del conocimiento a la práctica.

FASE 1: SUSTENTO TEÓRICO

La fase 1 incluye la revisión sistemática de las publicaciones para identificar la evidencia teórica y empírica acerca del conocimiento (innovación) que se busca transferir a la práctica clínica.

Es preciso revisar las obras actualizadas en relación con el conocimiento que se busca transferir a la práctica clínica, de tal forma que se cuente con un adecuado sustento teórico para orientar y avanzar por las fases restantes. Es importante realizar una revisión sistemática de las publicaciones que haga posible sustentar el conocimiento vinculado con la innovación, lo cual establece una visión clara e integrada de la información disponible. La revisión y análisis detallados de las publicaciones (resultados, métodos, teorías o aplicaciones de investigación) posibilitan construir un corpus teórico e identificar la mejor evidencia disponible para integrar conocimientos bien sustentados.¹¹

En esta fase, la revisión de protocolos de atención, intervenciones efectivas y Guías de Práctica Clínica (GPC) disponibles es fundamental. Los protocolos de cuidado son procedimientos ya establecidos para llevar a cabo en forma estandarizada cuidados específicos de acuerdo con las necesidades de los usuarios. Las intervenciones efectivas son aquellas que han demostrado un efecto positivo en los resultados esperados a través de estudios de investigación controlados. Por su parte, las GPC son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y los pacientes a tomar las decisiones apropiadas en circunstancias específicas.¹²

Es relevante asegurar la calidad de las GPC antes de recomendar su utilización en la práctica; la calidad de una GPC se determina con base en la metodología empleada en su desarrollo, la cual garantiza que los sesgos potenciales del desarrollo de la guía se han señalado en forma adecuada, que las recomendaciones son válidas tanto interna como externamente, y que se pueden llevar a la práctica. Una herramienta que ayuda a valorar la calidad de las GPC es el AGREE, un instrumento que evalúa la calidad de la información aportada en el documento, así como la calidad de las recomendaciones emitidas. Ofrece una valoración de la validez de una guía, es decir, la probabilidad de que la guía logre los resultados esperados; es relevante señalar que este instrumento no permite evaluar el efecto de una guía sobre los resultados en el paciente y sólo determina la calidad de las GPC para aplicarse en la práctica clínica.

De acuerdo con Blasco y Andradas,¹² el instrumento AGREE hace posible evaluar:

- La calidad metodológica de las guías de práctica clínica.
- El alcance y el objetivo, esto es, el propósito general de la guía, las preguntas clínicas a responder y la población o condición clínica que se pretende abordar.
- La participación de los usuarios de la guía (especialistas, enfermería e incluso pacientes).
- El rigor metodológico seguido durante la elaboración de la guía clínica, ya sea para la obtención y selección de los artículos o para la síntesis de los resultados y la formulación final de las recomendaciones.
- La realización de una revisión externa por expertos y el procedimiento planteado para la futura actualización de la guía.

- La claridad y la presentación de las recomendaciones y las distintas opciones para la atención de la enfermedad, así como la facilidad para identificarlas en el texto.
- La disponibilidad de herramientas, aplicaciones y formatos reducidos que favorezcan la aplicación de la guía clínica y sus recomendaciones en la práctica asistencial.
- La aplicabilidad de la guía clínica en la atención sanitaria y la identificación de barreras organizativas y costos potenciales de la GPC.
- La disponibilidad de indicadores o criterios clave que permitan evaluar la utilización y el cumplimiento de la guía mediante su vigilancia periódica.
- La independencia editorial del grupo de desarrollo de la guía de práctica clínica respecto de la entidad financiadora y la declaración de conflicto de intereses de sus miembros.

Todos estos aspectos se consideran relevantes para establecer si la GPC satisface los criterios de calidad para transferirse a la práctica.

FASE 2: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL SERVICIO

Observar y medir la práctica habitual en relación con el proceso seleccionado para identificar sus fortalezas y debilidades, además de sus variaciones. Una vez que se ha reconocido y determinado en la fase 1 el grado de evidencia disponible que puede transferirse a la práctica, es importante analizar los factores organizacionales que pueden influir de forma positiva o negativa en la transferencia del conocimiento. Fixen *et al.*,⁶ señala que es esencial explorar el medio ambiente organizacional, así como el lugar donde se aplicará la innovación, a fin de identificar la situación actual respecto del conocimiento que se desea transferir y la manera de abordarlo de acuerdo con los recursos disponibles. Es relevante observar y medir la práctica habitual en términos del conocimiento que se transferirá a la práctica. Entre los aspectos que deben considerarse para el análisis de la situación se incluye el perfil de los usuarios del servicio y sus necesidades (grupo de edad, sexo, escolaridad, diagnósticos más frecuentes, entre otros), perfil del equipo de salud (grado de formación, conocimiento del proceso seleccionado, agentes de cambio, liderazgo, entre otros), disposición y uso de recursos (humanos, materiales y financieros), espacios físicos y apoyo administrativo.¹³

En esta fase, el análisis FODA, una herramienta de la planeación, es útil para identificar las oportunidades y amenazas del medio ambiente externo y las fortalezas y debilidades del medio ambiente interno. Es importante reconocer las fortalezas de la organización y las oportunidades del medio ambiente externo; ambas facilitan o favorecen la transferencia de conocimiento a través del desarrollo de un nuevo proceso; por lo tanto, su identificación hace posible aprovechar al máximo los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta la organización o los que están fuera de ella, pero que deben gestionarse para facilitar el establecimiento del nuevo proceso (innovación).

Por su parte, las debilidades y amenazas son características y situaciones de la organización interna y externa que se convierten en obstáculos o barreras para la transferencia del conocimiento; éstas pueden afectar de manera negativa la implantación del nuevo proceso que se busca transferir y por tanto es importante recono-

cerlas para tomar las acciones necesarias y reducirlas al mínimo o eliminarlas. El uso efectivo de esta herramienta administrativa de planeación permite a las organizaciones competir en el mercado y responder a las demandas de los usuarios.¹⁴

Pérez *et al.*¹⁵ señalan que es esencial llevar a cabo un análisis profundo de la forma en la que opera el proceso vinculado con el conocimiento a transferir; por consiguiente, recomiendan observar y medir la práctica habitual, es decir, de qué forma se efectúan el proceso y sus variaciones. Es esencial considerar lo siguiente:

1. Cómo se ejecuta el proceso (situación actual).
2. Al documentar el proceso es esencial identificar el procedimiento de registro de la información. La documentación permite hacer visibles las acciones desarrolladas y es además una forma de control a distancia que reconoce las desviaciones de las normas establecidas con objeto de aplicar las medidas necesarias para reorientar la acción.¹⁶
3. Auditoría del proceso: es necesario corroborar con otras fuentes, además de lo documentado, que el proceso se ejecutó de acuerdo con lo planeado.
4. Variaciones en el proceso: se refiere a la identificación de la variabilidad en la ejecución del proceso y puede atribuirse a factores vinculados con la estructura organizacional, por ejemplo las características del equipo de salud (grado de formación del personal que participa en el proceso, antigüedad en el servicio y capacitación, entre otras), infraestructura y recursos materiales, y las características del paciente (o población que recibe el servicio).

Esta fase posibilita conocer las prácticas relacionadas con la transferencia del conocimiento que deben conservarse y las que deben modificarse; es decir, no todo lo realizado hasta el momento requiere modificación. Se debe introducir un cambio sólo en los aspectos necesarios que pueden interferir con la transferencia. Las prácticas que son buenas, que ya domina el personal y que han demostrado efectividad no deben eliminarse sino constituirse en una fortaleza importante para el éxito del proceso transferido.

FASE 3: ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO

Esta fase implica definir el proceso a seguir, socializarlo e incorporar al personal en su estandarización para favorecer el cumplimiento del proceso a transferir.

Una vez que se cuenta con el sustento teórico elaborado en la fase 1, y la evidencia de la situación actual realizada en la fase 2, es preciso trabajar con la estandarización del proceso, es decir, homologar la forma en la que se desarrollará en la práctica la transferencia del conocimiento. Es necesario considerar las características del medio ambiente, necesidades de los usuarios y recursos disponibles en los servicios. Algunos autores consideran que este proceso es la adaptación del conocimiento (innovación) al contexto local. Esta etapa supone identificar todas las actividades que es preciso adaptar al contexto local y tomar en cuenta los valores de la organización, utilidad y pertinencia para el grupo a quien se dirige la transferencia del conocimiento. Se deben considerar todos los aspectos necesarios para hacer posible

la transferencia, entre ellos recursos y habilidades necesarios para la implementación, barreras que pueden interferir con la transferencia (falta de conocimiento, motivación, autoeficacia, conductas, entre otras) y adaptaciones que exige el contexto local; este aspecto es esencial, ya que no es posible aplicar el conocimiento sin introducir algunas modificaciones en el contexto en el cual se aplicará.¹⁷

El trabajo desarrollado en esta fase es de suma importancia debido a que hace posible que el proceso a implantar se estandarice de acuerdo con la mejor evidencia científica, sin dejar de lado que es indispensable asegurar que la innovación se adapte al contexto real en el que tendrá lugar la transferencia. Este aspecto es fundamental: se puede disponer de la mejor evidencia científica, pero ante la ausencia de un contexto organizacional, con los recursos necesarios que permitan transmitir el conocimiento, implantación, mantenimiento y sostenimiento, la transferencia no es posible. La innovación adaptada al contexto, es decir, a los recursos disponibles, permite reducir las variaciones en la práctica. En esta fase es vital describir con claridad la forma de instrumentar el nuevo proceso, dado que de ello depende su evaluación.

Homogeneizar el proceso implica establecer las actividades y tareas que deben desarrollarse en la práctica para garantizar los resultados buscados. Después de definir el proceso debe socializarse con el personal participante y es importante permitirle aportar elementos que ayuden a mejorarlo: debe alcanzarse un consenso acerca de la forma de desarrollar el proceso. A partir de ese punto, los criterios establecidos y acordados por los responsables de operar el proceso se vuelven exigibles en la ejecución de todas sus actividades y son los criterios de calidad los que hacen posible mostrar los resultados obtenidos en la implementación del nuevo proceso.¹⁸

Contar con planes de cuidados estandarizados, protocolos clínicos, guías de práctica clínica o vías clínicas de cuidado es de gran utilidad para esta etapa. Estos instrumentos basados en la mejor evidencia disponible permiten planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en la transferencia de conocimiento. Apoyan la estandarización y reducen la posibilidad de variaciones en los procesos. Asimismo, facilitan la identificación de criterios de calidad del proceso, lo cual contribuye a definir los indicadores de calidad para la evaluación de resultados.¹⁹

FASE 4: ESTANDARIZACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Se requiere un programa de entrenamiento que posibilite a los participantes del proceso desarrollar las competencias necesarias para operar de acuerdo con lo establecido. En la actualidad, las organizaciones llevan a cabo tareas regulares de cambio, sea en su administración o en sus procesos de gestión. Cualquier cambio implica la coordinación de todos los recursos disponibles para lograr los objetivos propuestos. Sin duda, el recurso humano representa el principal elemento que debe considerarse como determinante del éxito o fracaso cuando se introduce un cambio.¹⁹ El recurso humano es el eje central en los procesos, lo cual exige que se cuente con capacidades y competencias específicas y que las personas se interrelacionen, se responsabilicen

de sus actos, trabajen en equipo y se interesen por su propio crecimiento personal y profesional. Estas características hacen la diferencia entre un trabajador competente y uno incompetente.

La competencia profesional se define como el conjunto de capacidades, destrezas, actitudes, valores y conocimientos teóricos-prácticos que necesita un profesional de cualquier disciplina. Ser competente supone el dominio de la totalidad de los elementos, no sólo de alguna de las partes. Es importante confirmar que el personal tenga conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas.²⁰ Por lo tanto, cuando se instituye un nuevo proceso, producto de la transferencia del conocimiento a la práctica, es esencial asegurar las competencias profesionales necesarias para garantizar un desempeño adecuado.

La gestión de un proceso de cambio organizacional es compleja, en particular porque la resistencia a éste es inminente y necesita desarrollar primero un entorno que favorezca una cultura organizacional de cambio y propicie que los participantes adquieran la convicción de que éste es necesario. Reconocer la necesidad de un cambio y sus beneficios propicia su adopción, según la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.²¹

Uno de los principales retos en esta fase es que el recurso humano abandone hábitos arraigados y estilos de comportamiento establecidos con anterioridad y que se contraponen al cambio. Cualquier cambio produce alteraciones en el ambiente organizacional y situaciones de incertidumbre;²² sin embargo, es preciso entender que es algo “normal” en todo proceso de transición. Es importante, antes de introducir un cambio, realizar la transición crítica, lo cual se refiere a analizar de forma cuidadosa las prácticas habituales, no para desplazarlas o sustituirlas sino para enriquecerlas y profundizarlas. La transición hacia nuevos modelos implica volver atrás y revisar con detalle la forma en que se han realizado los procesos; esto supone verificar las fortalezas y debilidades y valorar las posibles barreras y trabajar un programa de entrenamiento a partir de este análisis.

La implantación de nuevas formas de trabajar puede exigir ajustes a los procesos ya existentes, conservar lo valioso o generar cambios radicales, si son necesarios. En ambos casos es importante que el programa de entrenamiento desarrollado considere los métodos reconocidos para superar la resistencia al cambio; entre ellos se pueden señalar los siguientes: educación y comunicación, participación e intervención activa, facilitación y soporte, cooperación y negociación y motivación constante. Todos estos métodos permiten lograr el éxito en un proceso de cambio y superarlos de manera apropiada.²³

El programa de entrenamiento debe permitir a los participantes en el proceso desarrollar los conocimientos, capacidades y destrezas necesarias para asumir su función. El conocimiento del personal, su experiencia y la preparación son aspectos clave que generan una ventaja competitiva para las organizaciones. Es importante señalar que no existen “fórmulas estandarizadas” que puedan aplicarse para que todas las organizaciones desarrollen las potencialidades necesarias en el personal participante del cambio; esto se debe a que existen diferencias en la disponibilidad de recursos físicos, económicos, humanos y regionales, estructura organizacional y marcos institucionales que deben considerarse para desarrollar los programas de entrenamiento enfocados en uniformar las competencias de los recursos humanos.^{23,24}

Además de los aspectos señalados con anterioridad, Iranzo (citado en Hernández²³) señala que el entrenamiento debe poseer dos componentes: uno técnico y otro de actitud y gestión. El primero incluye conocimientos propios acerca de la temática, el desarrollo del pensamiento abstracto y la capacidad de manejar conocimientos complejos. El segundo componente se dirige a desarrollar nuevas actitudes en relación con el proceso que se introduce, desarrollo de una actitud de trabajo en equipo, comunicación, iniciativa para enfrentar situaciones inesperadas, sentido de responsabilidad e identificación y compromiso con los objetivos institucionales. Estos dos aspectos son fundamentales debido a que las principales barreras que interfieren con el uso del conocimiento se relacionan con la falta de conocimiento, falta de motivación y autoeficacia hacia el cambio y aspectos de tipo conductual.

Como se ha señalado ya, el recurso humano es pieza clave en las organizaciones, es el capital imprescindible para conseguir los objetivos institucionales. Por lo tanto, el desarrollo de esta fase es de vital importancia debido a que una fuerza laboral debidamente entrenada es clave para obtener ventajas competitivas y lograr los objetivos organizacionales. La participación del personal es una pieza esencial para transformar la práctica y no debe olvidarse que la participación requiere conocimiento.

FASE 5: APLICACIÓN Y VIGILANCIA DEL PROCESO

La medición continua de los indicadores de calidad hace posible identificar las variaciones en el proceso y tomar las medidas pertinentes para apegarse al estándar.

Después del desarrollo de las fases previas se inicia de modo formal la implementación del proceso, de acuerdo con lo establecido en el estándar (fase 3). Según Fixen *et al.*,⁶ sólo cuando la innovación se instituye puede considerarse que existe la transferencia de conocimiento. Es importante que el proceso esté adaptado al contexto y se consideren las barreras identificadas con anterioridad. Una vez que la intervención se ha puesto en marcha, la siguiente fase es la supervisión del uso de conocimiento o la aplicación correcta de la intervención.

La vigilancia es una forma útil para determinar cómo y en qué medida se desarrolla la innovación además de su mantenimiento y sostén. También se utiliza para determinar si las intervenciones son suficientes para alcanzar el cambio deseado o si se requiere una nueva intervención.

Si el grado de utilización del conocimiento es menor al esperado, puede ser útil volver a evaluar las barreras e identificar si se relacionan con el conocimiento, actitudes, capacidades o hábitos de los participantes o bien con aspectos de tipo técnico u organizacional. El análisis ayuda a determinar si es preciso un reentrenamiento con un enfoque técnico o de actitud, asistencia técnica o gestión administrativa.

La vigilancia del proceso (a través de la medición continua de los indicadores diseñados con anterioridad) es la medida de control que hace posible identificar las variaciones y tomar las medidas de solución en forma oportuna. La vigilancia es esencial porque es posible confirmar con oportunidad la forma en que se instituye el nuevo proceso. Esta información permite a los administradores emitir juicios y tomar decisiones que mejoren el cumplimiento de las actividades planteadas en la estandarización del proceso.²⁴ En consecuencia, de acuerdo con Piscoya,²⁵ la vigilan-

cia se puede constituir en una auditoria del proceso, una medida de aseguramiento o garantía de calidad (mantenimiento de calidad) que hace posible identificar las deficiencias en el proceso y proponer soluciones.

Una vez que se proponen y operan las soluciones, debe continuarse la vigilancia hasta constatar que el proceso se conduce en concordancia con lo planeado y con buenos resultados. Durante la vigilancia es necesario conceder especial atención a la forma de responder del personal; una vez que se inicia formalmente con el proceso, es importante considerar que se presenta un “periodo de reajuste”, el cual debe aprovecharse para fortalecer en el personal participante el componente técnico, la actitud y la gestión desarrollados en la etapa previa. Es recomendable que la vigilancia del proceso la realice personal interno y externo al servicio. Al respecto, Fajardo y García¹⁴ señalan que la valoración por personal externo ayuda a configurar un panorama más objetivo de la forma en la que se efectúan los procesos. En esta fase es relevante la asistencia técnica, el reentrenamiento en ciertas habilidades, el apoyo emocional y los mecanismos para promover la solución de problemas.^{5,8}

FASE 6: MEDICIÓN DE RESULTADOS

La medición de los indicadores establecidos permite evaluar el cumplimiento del estándar y plantear medidas que mejoren de manera continua el proceso. Después de confirmar el cumplimiento de las etapas previas y, a través de la vigilancia, la identificación de las variaciones y su reorientación al estándar, es preciso cuantificar los resultados de la implantación del nuevo proceso. Esta fase exige comparar la práctica actual con el estándar y, al mismo tiempo, contrastar la práctica actual con la situación inicial (antes de la introducción de la metodología propuesta); es importante utilizar los mismos instrumentos de medición empleados en la fase 2 correspondiente al análisis de la situación del servicio en relación con el proceso seleccionado. Los instrumentos usados deben captar información confiable que sea interpretable y consolidable con exactitud para efectuar un análisis comparativo de los dos momentos.

En esta última fase es esencial medir los indicadores de acuerdo con los criterios de calidad planteados en la fase 3. La medición de resultados puede llevarse a cabo en diferentes planos, por ejemplo individual, por servicio, institucional, e incluso en múltiples niveles en el caso de varias instituciones. Los resultados obtenidos en esta fase establecen la pauta para reforzar las fases en las que se identificaron áreas de oportunidad no resueltas con anterioridad. Asimismo, hacen posible desarrollar nuevos indicadores que ayuden a mejorar de manera continua el proceso.

La finalidad de esta etapa es determinar si la aplicación del conocimiento introduce en realidad una diferencia en la salud del paciente, en el uso del conocimiento por el personal de salud y el efecto de la utilización del conocimiento en la organización. En relación con el paciente, se incluye, por ejemplo, estado de salud, calidad de vida, duración de la estancia hospitalaria, satisfacción con la atención y, en cuanto al personal de salud, la satisfacción con la práctica y el tiempo que ésta implica. El efecto del uso del conocimiento en la organización puede medirse por el cambio de sistema de atención de salud en términos de tiempo de espera, tiempo

de hospitalización y costo-efectividad de la atención. Evaluar el efecto del uso del conocimiento es la única manera de determinar si la transferencia fue efectiva.

Para garantizar que la innovación sea sostenida, es decir, que continúe su aplicación a lo largo del tiempo, es importante auditar el proceso de forma periódica, verificar la forma de realizarlo, su documentación e identificación de variaciones. El mantenimiento del uso del conocimiento depende de la capacidad de los participantes y la organización para adaptarse al cambio. Los factores clave que pueden influir en la sostenibilidad comprenden la relevancia de la innovación, beneficios, actitudes de los participantes hacia la innovación (paciente, familia, proveedores de atención a la salud), redes (grupos o personas que pueden facilitar la sostenibilidad del uso del conocimiento), liderazgo (acciones de los líderes y directivos para apoyar la sostenibilidad de la intervención), articulación de políticas y aspectos financieros para aplicar, mantener o ampliar el conocimiento.⁹

CONCLUSIONES

La metodología propuesta para la transferencia del conocimiento es una herramienta útil que facilita, a través de sus fases, que el conocimiento disponible proveniente de la evidencia científica se aplique y sostenga en la práctica clínica; el objetivo es favorecer la salud de la población y fortalecer el sistema de salud.

Las fases de soporte teórico y análisis de la situación del servicio constituyen la base para contar, por un lado, con los elementos teóricos necesarios para sustentar la innovación e identificar aquellos aspectos que, de acuerdo con la evidencia empírica, deben considerarse para otorgar una atención de calidad; por otro lado, conocer la situación real del servicio, es decir, sus fortalezas y debilidades en relación con el proceso y los aspectos que deben mantenerse y los que es necesario modificar en la introducción de la innovación.

La estandarización del proceso y las competencias profesionales en el personal de enfermería son dos fases importantes para definir el proceso, socializarlo e incorporar al personal en el desarrollo del estándar y de las competencias necesarias para el éxito del proceso. Por último, las etapas de vigilancia del proceso y la medición de resultados permiten asegurar el apego a la estandarización del proceso y reforzar en los participantes el conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para desarrollar la innovación, además de cuantificar los efectos de la innovación y la capacidad para mantenerse en forma sostenida en la práctica.

Se recomienda el uso de esta metodología como herramienta de apoyo para la transferencia a la práctica del conocimiento disponible para el adecuado control del dolor en los pacientes hospitalizados, en particular porque el dolor es un problema de salud pública por sus elevadas prevalencias, sobre todo en pacientes posoperatorios.

REFERENCIAS

1. Canadian Institutes of Health Research [CIHR]. More about knowledge translation at CIHR. (2013b). Disponible en: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>
2. Canadian Institutes of Health Research [CIHR]. Glossary of funding-related terms. (2013a). Disponible en <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/34190.html>
3. Zack M, McKeen J, Singh S: Knowledge management and organizational performance: an exploratory analysis. *Journal of Knowledge Management* 2009;13(6):392-409.
4. Collins CB, Edwards AE, Jones PL, *et al.*: A comparison of the interactive systems framework (ISF) for dissemination and Implementation and the CDC division of HIV/AIDS prevention's research-to-practice model for behavioral interventions. *AM J Commun Psychol* 2012;50(3-4):518-529.
5. Durlak JA, DuPre EP: Implementation matters: a review of research on the influence on program outcomes and the factors affecting implementation. *AM J Commun Psychol* 2008;41:337-350.
6. Fixsen DL, Blasé KA, Horner R, *et al.*: *Readiness for change. Scaling up brief #3*. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG, SISEP, 2009.
7. Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P, *et al.*: Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *AM J Commun Psychol* 2008;41:171-181.
8. Wandersman A, Chien VH, Katz J: Toward an evidence-based system for innovation support for implementing innovations with quality: tools, training, technical assistance, and quality assurance/quality improvement. *AM J Commun Psychol* 2012;50(3-4):445-459.
9. Straus S, Tetroe J, Graham ID: *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. USA: Wiley-Blackwell, 2009.
10. Moreno MG, Interrial GM, López EJ: Metodología para la implementación del PAE (Cap. 2). En: *Proceso de atención de enfermería. Guía interactiva para la enseñanza*. México: Trillas, 2012.
11. Cooper H: *Synthesizing research. A guide for literature reviews*. 3ª ed. Applied social research methods series, 2. California: SAGE Publications, 1998.
12. Blasco JA, Andrades E: Evaluación crítica de guías de práctica clínica. El instrumento AGREE. 2010. Disponible en: www.jano.es.
13. Barry J: Bringing pragmatics to the implementation of evidence-based practice. *J Nurs Adm* 2011;41(3):100-102.
14. Fajardo G, García E: *Dirección de hospitales*. Cap 8. México: Manual Moderno, 2008.
15. Pérez JJ, García J, Tejedor M: Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Revista Calidad Asistencial* 2002;17(5):305-311.
16. García C: El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica* 2007;6(1):143-154.
17. Moreno MG: Calidad y seguridad de la atención. *Ciencia y Enfermería. Revista Iberoamericana de Investigación* 2013;XIX(1):7-9.
18. Serrano M: Guía metodológica para la identificación y estandarización de competencias laborales para los empleos públicos colombianos. 2008. Disponible en: www.esap.edu.com
19. Villanueva-Bravo NA, Iraola-Ferrer MD, *et al.*: Vía clínica en el infarto agudo de miocardio. Diseño. Ensayo piloto y propuesta definitiva. *Revista Calidad Asistencial*. 2005;20(3):140-151.
20. Grana J, Andina E: Crisis y calidad ¿es necesario el cambio? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2002;21(003):133-135.

21. **Perdomo I, Martínez S:** Estrategia metodológica para evaluar competencias profesionales en especialistas de higiene y epidemiología. Rev Cubana de Salud Pública [en línea]. 2010;36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-34662010000200007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466.
22. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Gestión Clínica de los Cuidados de Enfermería. Federación Española de Gestión Sanitaria 2000:1-15.
23. **Hernández AA:** Flexibilización y organización del trabajo. Revista de Ciencias Sociales 2005;XI(002):256-276.
24. **Márquez G:** Training the worforce in Latin America: GAT needs to be done? Departamento de Investigaciones. 2001. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://www.iadb.org/exr/calendar/conference/panama/seven.htm>
25. **Piscoya J:** Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica. Anales de la Facultad de Medicina 2000;61(003):227-240.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL MANEJO DEL DOLOR

Sofía Guadalupe Medina Ortiz, Leticia Vázquez Arreola

Capítulo 3

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene el objetivo de presentar los efectos de la aplicación de acciones para la gestión de la calidad en el control del dolor, resultado de los procesos de acreditación y certificación de Establecimientos de Atención Médica. Para ello se describe en primer lugar la situación que sustenta la creación y orientación de los estándares en el tema del dolor para la certificación de hospitales. Además, se incluye la revisión de los estándares referentes al tratamiento del dolor de dos organismos certificadores de Establecimientos de Atención Médica: *Joint Commission International* de EUA y Consejo de Salubridad General de México; el objetivo es describir los enfoques y requerimientos de los estándares en el alivio y tratamiento del dolor.

Se presenta además una perspectiva de una institución hospitalaria de los estándares para el control del dolor; de ese modo pueden identificarse los elementos del proceso que promueven la mejora y que son relevantes para que un organismo de salud fortalezca el proceso de atención. Otro aspecto analizado son los retos que enfrentan las organizaciones para conseguir un control y tratamiento efectivo del dolor, una vez que se aplican los estándares. Por último, el capítulo incluye un ejemplo de disposiciones institucionales derivadas de los estándares en los procesos de atención para las personas que sufren dolor agudo posoperatorio, luego de la acreditación y certificación de hospitales. En este sentido, el capítulo puede tomarse como una guía para quienes tienen la responsabilidad de gestionar las medidas a instituir y mantener los estándares en el control del dolor.

ORIGEN DE LOS ESTÁNDARES EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Las publicaciones informan que un 50% de los pacientes sufre dolor posoperatorio de forma innecesaria y de éstos hasta 15% presenta dolor intenso; en consecuencia, el control y tratamiento del dolor se consideran un problema de salud pública.¹ El manejo del dolor perioperatorio se relaciona con la calidad de la atención en el paciente quirúrgico y, en ese aspecto, es fundamental mejorar la calidad de atención respecto del control del dolor, ya que ello permite reducir las complicaciones posoperatorias.^{2,3}

Existen múltiples barreras que dificultan el éxito del alivio y control del dolor, entre ellas obstáculos institucionales, profesionales de la salud, pacientes y familia. En este contexto, las instituciones de atención a la salud consideran que la resolución del dolor es un problema complejo debido a su multicausalidad y gran complejidad, que no reconoce límites territoriales o sociales ni tampoco edad.¹ En cuanto a las barreras institucionales, se han mencionado: la falta de disponibilidad de servicios de dolor agudo durante los fines de semana, diferentes formas de valorar el dolor, falta de protocolos o prácticas establecidas para tratar los síntomas por dolor, como náusea y vómito posoperatorios.⁴

En relación con esto, los médicos y anestesiólogos que dirigen los servicios de dolor agudo consideran que los principales obstáculos para disipar o controlar el dolor son los recursos de la institución y la falta de conciencia sobre la importancia de mitigarlo por parte de los profesionales de la salud, incluidos el personal de enfermería y los administradores. Otras razones por las cuales el manejo del dolor es deficiente se atribuyen a las actitudes culturales, sociales, religiosas y políticas.^{3,5-8}

A pesar de que existe un interés científico y social por aliviar y tratar a las personas que sufren dolor, se requiere un mayor esfuerzo debido a que aún es un problema para el paciente y la familia, además de que los profesionales y las instituciones de salud soslayan o tratan en forma inapropiada el dolor.^{1,9}

Se debe reconocer que el dolor se controla con deficiencia a pesar de la disponibilidad de fármacos eficaces, tratamientos coadyuvantes, interés de los médicos y organizaciones profesionales más capacitadas y publicación de guías de práctica clínica, lo que ha promovido discretas mejoras en las prácticas del control del dolor.¹⁰

Como se mencionó, el tratamiento inefectivo del dolor se considera un problema de la atención en salud; es por ello que en el año 1999, la *Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) inició un plan que incluyó estándares para cumplir con evaluaciones del dolor y disposiciones institucionales para aliviarlo y tratarlo. En este momento, el dolor se considera un estándar muy importante, al declararlo así los responsables de la JCAHO.¹¹

Dicha propuesta se sustentó tras considerar que al orientar los estándares en el tratamiento del dolor, las organizaciones de salud concederían prioridad institucional al tema. En un análisis de la información proveniente de las evaluaciones realizadas por los auditores de JCAHO para conocer el efecto de la inclusión de los estándares relacionados con la atención del dolor en hospitales de EUA, se identificaron diversas causas que todavía persisten en el control ineficiente del dolor y se

clasificaron de acuerdo con tres aspectos: los profesionales, la institución y la documentación. En el primer caso se incluyen en particular los profesionales de medicina y enfermería.^{11,12}

En general, entre las causas que explican la elevada incidencia del dolor posoperatorio causado por los profesionales de la salud se encuentran el miedo a ser objeto de una inspección reguladora sanitaria por prescribir gran número de fármacos de control, falta de seguimiento y reevaluación del estado del dolor; asimismo, se adujeron otras razones como la falta de tiempo, inconsistencia en el uso de escalas de valoración de efectividad no validada, irregularidad en tiempo y modo de valorar el dolor, concesión de baja prioridad (actuando sólo cuando el paciente refiere dolor), controversia en el uso de opioides para resolver el dolor no crónico, presuposición de que el paciente no tiene autoridad para decidir acerca del dolor, falta de conocimiento en procedimientos coadyuvantes y complementarios al tratamiento del dolor y falta de educación básica y continua.¹³

En particular, los problemas que enfrentan las enfermeras en las organizaciones para mitigar el dolor agudo en los pacientes son: falta de conocimiento para identificar la intensidad del dolor, temor a ocultar síntomas por la administración de analgésicos, aceptar la analgesia indicada por el médico sin considerar otras alternativas, falta de registro del dolor de los pacientes, nula disponibilidad de un lugar específico para documentar la valoración o interrupción del tratamiento cuando el individuo se traslada de un servicio a otro; de igual modo, existe desconocimiento de la eficacia de los fármacos y problemas de comunicación entre enfermeras, médicos y pacientes.^{14,15}

En cuanto a los factores de la institución de salud reconocidos con atención poco efectiva del dolor posoperatorio se consideró en particular el siguiente: escasa definición de un responsable para tratar el dolor en los servicios de recuperación y establecer seguimiento durante el internamiento. Sin embargo, en las organizaciones donde sí se dispone de personal de salud con dicha responsabilidad se observaron otros factores, entre ellos la falta de coordinación y fragmentación del cuidado a través de los diferentes servicios de atención.^{1,4,16}

Otros factores vinculados con la institución son la imprecisión de las funciones de los profesionales en la aplicación de fármacos y las medidas que coadyuvan a disipar el dolor, falta de un organismo que supervise la efectividad del tratamiento del dolor, falta de claridad y comunicación de disposiciones institucionales, estándares y expectativas establecidas en las organizaciones de salud. También debe mencionarse la falsa presuposición de que el tratamiento intensivo del dolor incrementa los costos o causa daños físicos colaterales al paciente. Por último, las instituciones que manejan los servicios de salud mediante reembolso se enfrentan al hecho de que no hay reembolso en alta tecnología para controlar el dolor, o bien para ciertos analgésicos y tratamientos.

En cuanto a los factores relacionados con los pacientes y la familia, y que dificultan el manejo efectivo del dolor posoperatorio, en primer lugar debe mencionarse el miedo a incurrir en abuso de sustancias, ya que los pacientes piensan que un efecto del tratamiento es la dependencia física y la tolerancia. Aunado a esto, se desconocen los efectos adversos de los fármacos y se asume que es mejor tolerar el dolor y posponer la administración de los analgésicos hasta que el dolor sea muy intenso.^{1,14}

Otra percepción equívoca es que los fármacos para el dolor provocan somnolencia y, en algunas culturas, el dolor se considera un valor.^{1,4} Es importante reconocer los anteriores factores que enfrentan los profesionales, organizaciones, pacientes y familia en relación con una atención ineficiente del dolor; el objetivo es identificar los estándares que los organismos certificadores de Establecimientos de Atención Médica considera para ayudar a mejorar la experiencia del dolor.

ESTÁNDARES PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN DOS MODELOS DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES

El control del dolor, dado que se considera un problema en la calidad de la prestación de salud, ha generado que organizaciones como el Consejo de Salubridad General (CSG) de México y la *Joint Commission International* (JCI), organismo que desde 2007 ha certificado a hospitales en México, desarrollen normas por las cuales se pretende medir la práctica en el ámbito del manejo y tratamiento del dolor. Los organismos certificadores de Establecimientos de Atención Médica consideran que existe la necesidad de establecer normas de control del dolor para que se considere una prioridad institucional. En este sentido, las normas de tratamiento del dolor representan una importante oportunidad para las mejoras en forma general y, por otro lado, para cumplir de forma permanente la evaluación y control del dolor.¹⁷⁻²³

Si bien la acreditación de hospitales no es un fin, se debe considerar como un medio para proteger a la población y con ello estimular la mejora continua de la calidad en las organizaciones de salud. Es importante señalar que las certificaciones y acreditaciones no garantizan que los resultados de los procesos de atención sean los mejores para el paciente; sólo aseguran que la institución certificada cuenta con una estructura, así como con diseño y operación de sus procesos, de tal manera que se eleva al máximo la probabilidad de producir los mejores resultados en la atención de la salud.¹⁷

En la actualidad, México dispone de un programa nacional de certificación para los establecimientos de atención médica, está regulado y se aplica a través del CSG. La certificación se considera un proceso de carácter voluntario y se aplica a hospitales y otras unidades de atención médica. Los criterios de evaluación se relacionan con la estructura y el proceso de la atención, además de los resultados del servicio. Por otro lado, la JCI de EUA tiene la misión de mejorar la calidad de la atención sanitaria en la comunidad internacional. Asimismo, se considera un proceso voluntario y se aplica a hospitales, departamentos y servicios. Los estándares se organizan de acuerdo con las funciones importantes y comunes de las organizaciones sanitarias.¹⁷

Como antecedente, el CSG fortaleció en el año 2012 sus estándares e incluyó criterios establecidos por la JCI, entre ellos el manejo del dolor.¹⁷ Respecto de los estándares que hacen referencia al control efectivo del dolor, los dos modelos de certificación (CSG y JCI) se encuentran en la sección de estándares centrados en el paciente y se incluyen en diversas áreas de enfoque: derechos del paciente y de su familia (PFR), evaluación de pacientes (AOP), atención de pacientes (COP), anes-

tesia y atención quirúrgica (ASC) y educación del paciente y de su familia (PFE). Ambas organizaciones se comprometen a atender y tratar el dolor en ocho aspectos; a continuación se presentan los compromisos y la referencia del estándar que lo sustenta.

1. Reconocer el derecho de los pacientes a recibir evaluación, tratamiento y atención respetuosa y compasiva apropiados del dolor (cuadro 3-1).

Cuadro 3-1. Estándares relacionados a la evaluación de pacientes

Enfoque	Sigla	Requerimiento (CSG)	Sigla	Requerimiento JCI
Derecho de los pacientes	PFR.2.4	El establecimiento respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados	PFR.2	La institución respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y gestión del dolor adecuados
	PFR.2.5	El establecimiento respalda el derecho del paciente a recibir una atención respetuosa y compasiva hacia el final de su vida	PFR.2.5	La institución respalda el derecho del paciente a recibir una atención respetuosa y compasiva hacia el final de su vida

2. Evaluar la presencia, naturaleza e intensidad del dolor en todos los pacientes (cuadro 3-2).
3. Registrar los resultados de la evaluación del dolor para facilitar la reevaluación y dar seguimiento en forma regular (cuadro 3-2).

Cuadro 3-2. Estándares relacionados con la evaluación de pacientes

Enfoque	Sigla	Requerimiento (CSG)	Sigla	Requerimiento JCI
Evaluación de pacientes	AOP.1.8.2	En todos los pacientes se busca intencionadamente la presencia de dolor como parte de la valoración inicial (de tamizaje), y se evalúan cuando hay dolor	AOP.1.7	Todos los pacientes ingresados y en consulta externa son sometidos a un cribado del dolor y son evaluados cuando hay dolor

4. Determinar y asegurar la competencia del equipo de salud en la evaluación y el manejo del dolor mediante capacitación al personal de nuevo ingreso en forma efectiva (cuadro 3-3).

Cuadro 3-3. Estándares relacionados con la atención de pacientes

Enfoque	Sigla	Requerimiento (CSG)	Sigla	Requerimiento JCI
Atención de pacientes	COP.6	Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor	COP.6	Los pacientes reciben apoyo para la gestión efectiva del dolor
	COP.7	El establecimiento se ocupa de la atención de enfermedades terminales	COP.7.1	La atención del paciente terminal optimiza su comodidad y su dignidad asegura una atención adecuada para quienes padecen dolor o están muriendo
	COP.9	Existen directrices y procedimientos que guían la práctica de acupuntura		

5. Establecer disposiciones institucionales y procedimientos que aseguren la prescripción de fármacos efectivos en el tratamiento del dolor, en los diferentes escenarios de atención (cuadro 3-4).

Cuadro 3-4. Estándares relacionados con la anestesia y atención quirúrgica

Enfoque	Sigla	Requerimiento (CSG)	Sigla	Requerimiento JCI
Anestesia y atención quirúrgica	ASC.3	Hay directrices y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda	ASC.3	Hay directrices y procedimientos que guían la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda
	ASC.3.2	Durante la sedación y el periodo de recuperación se vigila al paciente		

6. Educar a los pacientes y familiares acerca de la importancia del control del dolor en su tratamiento (cuadro 3-5).
7. Considerar las necesidades de los pacientes respecto de los síntomas en el momento del egreso (cuadro 3-5).
8. Obtener datos para evaluar los resultados y definir un plan de mejora continua (cuadro 3-5).

Cuadro 3-5. Estándares relacionados con la educación del paciente y su familia

Enfoque	Sigla	Requerimiento (CSG)	Sigla	Requerimiento JCI
Educación del paciente y su familia	PFE.4	La educación del paciente y su familia incluye los siguientes temas, según sea adecuado para la atención del paciente: uso seguro de fármacos, uso seguro del equipo médico, interacciones potenciales entre fármacos y alimentos, orientación nutricional, control del dolor y técnicas de rehabilitación	PFE.4	La educación del paciente y su familia incluye los siguientes temas relacionados con la atención del paciente: uso seguro de fármacos, uso seguro del equipamiento médico, interacciones potenciales entre fármacos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y técnicas de rehabilitación

En resumen, los estándares sobre el manejo del dolor en los modelos de los organismos certificadores de Establecimientos de Atención Médica, el CSG y la JCI, son equiparables en enfoque, intenciones e indicadores de evaluación, con excepción del estándar denominado “atención de pacientes” del modelo de certificación mexicano del CSG, que reconoce las medidas coadyuvantes al incluir disposiciones institucionales y procedimientos para la práctica de acupuntura.

APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES PARA EL MANEJO DEL DOLOR

La institución de los estándares derivados de los modelos de certificación del CSG y la JCI, vinculados con el dolor, como en los demás estándares, es un proceso que representa un cambio. Por esta razón se presenta en esta sección una perspectiva del cambio organizacional para aplicar estándares enfocados en la mejora de la gestión del dolor. La gestión del cambio se inicia a partir de la decisión voluntaria de la institución de someterse a un proceso de certificación o acreditación. La gestión del cambio no consiste en instituir los estándares que resultan de los modelos de los organismos certificadores de Establecimientos de Atención Médica, sino en aprovechar los cambios en el entorno para mejorar en la institución.¹⁸ Se proponen ocho líneas de trabajo para guiar la institucionalización de los estándares respecto del tratamiento del dolor.

En la primera línea de trabajo se considera que existe convencimiento de los profesionales de la salud y los responsables administrativos para certificar la institución, de lo cual se derivan acciones de cambio. Es necesario establecer comités interdisciplinarios para proponer lineamientos y procesos dirigidos a dar cumplimiento de

los indicadores, derivados de los estándares para el control y tratamiento del dolor; en este caso, se describe a partir de la definición de los equipos interdisciplinarios.

Se reconoce que un enfoque interdisciplinario es fundamental para cambiar patrones en una institución. Como forma de promover el cambio, se debe invitar a todas las disciplinas que tienen alguna responsabilidad en el manejo y control del dolor, entre ellas enfermería, medicina, farmacia y administración. Se recomienda incorporar a personas que siempre oponen resistencia al cambio, de tal modo que participen y comprometan al personal en todos los niveles de la institución. Asimismo, se puede incluir a un paciente y miembros de la familia. Este comité interdisciplinario se establece con el objetivo no sólo de proponer las directrices institucionales y procesos centrados en cumplir estándares, sino de mejorar la calidad del tratamiento y alivio del dolor.¹⁸

La participación de enfermería en estos comités debe estar representada por enfermeras con experiencia en el control del dolor, ya que son las defensoras del paciente que sufre dolor, además de contar con el conocimiento y capacidades en la atención del dolor, conocimiento de la institución, junto con paciencia, persistencia y compromiso, elementos fundamentales para cambiar los procesos de evaluación y manejo del dolor en las organizaciones de salud.¹⁸⁻²⁰

Una segunda línea de trabajo consiste en analizar las prácticas de control del dolor vigentes para asegurar que las personas reconozcan los procesos y problemas de su práctica; con ello se promueve la aceptación de los cambios y la mejora. Se debe contar con información y utilizarla para realizar comparaciones.

La tercera línea de trabajo es la forma de articular e implementar el estándar en la práctica, para lo cual se recomienda primero hacer “visible el dolor”; el personal de salud necesita reconocer que existe el dolor en los pacientes. La forma inmediata de hacer visible el dolor es la aplicación de las escalas de evaluación, apoyadas en guías clínicas para ayudar a los médicos y enfermeras a tomar decisiones en relación con las condiciones de dolor de un enfermo. En esta línea de trabajo es preciso determinar el método para documentar la evaluación y el seguimiento del dolor: cómo y cuándo debe comunicarse el dolor a los profesionales responsables. Por último, es necesario desarrollar las disposiciones institucionales y protocolos específicos para guiar el uso de técnicas especializadas en la administración de analgésicos.¹⁵

La cuarta línea de trabajo se enfoca en la forma de gestionar la calidad del dolor, para lo cual es importante establecer indicadores como el grado de dolor en que disminuye en los pacientes, así como las competencias que deben cumplir los profesionales, por ejemplo habilidades de evaluación y procedimientos para mitigar el dolor. Un punto importante es la inclusión de estas competencias en las evaluaciones de desempeño, descripciones de puestos y manuales de lineamientos y procedimientos para asegurar que la evaluación y el control del dolor no sean sólo responsabilidad de un especialista o un servicio especializado, sino de todos los que atienden a los pacientes en la institución.

La quinta línea se refiere a notificar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas disponibles para los médicos y enfermeras a fin de facilitar la interpretación y ejecución de las indicaciones en el control del dolor. En esta línea también se incluye proporcionar información y educación al paciente y cuidador.

La sexta línea se centra en promover el compromiso entre el personal de salud, paciente, familia y directiva, de responder con rapidez y eficiencia a la necesidad de disipar el dolor. El compromiso del personal de salud se inicia con la declaración acerca del control adecuado del dolor de la alta gerencia y se desarrolla en la medida en que éste es visible en la institución. Como se ha indicado ya, los pacientes y las familias tienen bajas expectativas sobre el alivio del dolor por factores revisados con anterioridad en este capítulo. No debe olvidarse que la educación de los pacientes y sus familias sobre el control del dolor es una parte importante en el cuidado, motivo por el cual el dolor debe informarse y plantear objetivos realistas de alivio con el enfermo y la familia.¹⁸⁻²⁰

La séptima línea de trabajo se refiere a proporcionar educación al personal de salud. Se reconoce que, por sí sola, la educación no cambia en forma inmediata las prácticas de atención del dolor, pero el valor de la educación continua debe ser parte de la cultura institucional. El enfoque de la educación incluye desde las bases fisiológicas y farmacológicas hasta las técnicas de evaluación del dolor. La educación requiere una planificación cuidadosa, para lo que se recomienda utilizar los principios de la educación en adultos y también apoyarse en el proceso de gestión del cambio institucional.¹⁸⁻²⁰

Por último, la octava línea de trabajo considera la mejora continua a partir de los resultados de indicadores y la retroalimentación de los pacientes. Para ello son útiles las encuestas de satisfacción del paciente en relación con el alivio del dolor. El personal responsable de dirigir la gestión de la calidad debe tener conocimientos de administración y programas de mejora continua para desarrollar presentaciones de casos, análisis estadístico de la calidad, además de metodologías de rondas de servicio para identificar el dolor.

El comité interdisciplinario para el tratamiento del dolor debe conocer los resultados y proponer las acciones que aseguren la mejora continua en la institución. Estas ocho líneas que propusieron Gordon y Dahl¹⁸ deben tomarse como una guía, dado que se reconoce que cada institución enfrenta diferentes retos en el proceso de institucionalizar los estándares.

RETOS PARA UN ADECUADO CONTROL Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

En la sección anterior se revisó una forma de implementar los estándares para el manejo del dolor. Sin embargo, se ha reconocido que algunos hospitales pueden tener mejores resultados que otros, puesto que cada institución tiene condiciones y retos particulares; en consecuencia, a continuación se describen los principales retos que pueden enfrentarse para lograr el adecuado manejo y tratamiento del problema, una vez que se han instituido los estándares.

Al principio es sencillo establecer las directrices y procesos porque son acciones deseadas por los participantes, pero se tornan complejas y conflictivas cuando los individuos perciben que sus conductas y hábitos ya establecidos se alteran o em-

piezan a exigir resultados de corto plazo. Continuando con la perspectiva de cambio organizacional, Gordon y Dahl¹⁸ han identificado seis retos relacionados con el control apropiado y tratamiento del dolor: estructural, político, cultural, educativo, emocional, físico y tecnológico, que a continuación se puntualizan.

En cuanto al reto estructural, comprende la planificación y coordinación de las acciones para gestionar la calidad y mejorar los servicios especializados en la atención del dolor, así como la aceptación de las especialidades médicas, que deben ser parte de la estructura organizacional.

Por otro lado, el reto político comprende la negociación de cambio con los participantes durante el proceso de implementación, sin olvidar la fase de mantenimiento y proceso de mejora. Este reto incluye la forma de lograr acuerdos con los objetivos comunes y hacer frente a los conflictos para que las mejoras se desarrollen con rapidez y eficacia a través de la institución.²²

El reto cultural alude al desarrollo de una cultura institucional en el manejo y tratamiento del dolor. La cultura se construye con una base de conocimientos y compromisos, valores de innovación, aprendizaje y colaboración en todo el proceso de mejora. El reto educativo se basa en promover un proceso de aprendizaje formal e informal que haga posible adquirir los conocimientos, habilidades y experiencias necesarias para apoyar la mejora en el control y resolución del dolor. Para ello, los planes de educación continua deben dirigirse en particular a actualizar los conocimientos sobre la fisiología del dolor, farmacología de analgésicos, técnicas de administración y métodos de evaluación.^{4,22}

El desafío emocional implica inspirar y motivar al personal para unirse y apoyar el esfuerzo institucional. Es fundamental desarrollar el entusiasmo e impulsar en forma individual y grupal la mejora en la atención y tratamiento del dolor; una conducta conveniente consiste en designar campeones clínicos y establecer vínculos con redes profesionales y sociales informales relacionados con este problema. El reto físico y tecnológico incluye contar con la infraestructura física y tecnológica, además del uso de la información que mejore la experiencia de los enfermos.^{4,18,19}

Por último, durante la aplicación es importante lograr acuerdos comunes para enfrentar los conflictos y es recomendable que estos acuerdos se reflejen en disposiciones institucionales. Es importante establecer objetivos realistas e integrar en las directrices los elementos que generaron conflictos. La difusión de las disposiciones debe ser rápida y eficiente para toda la institución. Para ello es necesario contar con un proceso claro y ágil en la gestión de lineamientos. En el siguiente apartado se revisa de manera sinóptica el proceso de la gestión de directrices.

DESARROLLO DE DIRECTRICES PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Las disposiciones institucionales ideadas para cumplir los estándares, y con ello certificar a las organizaciones de salud, tienen el riesgo de convertirse sólo en declaraciones y no utilizarse, tal vez porque las desarrolló personal de altas posiciones,

pasaron inadvertidas, no se difundieron o perdieron su vigencia. Por ello se recomienda que las directrices las definan los comités interdisciplinarios y que no sean tan sólo indicadores derivados de los estándares para la atención y tratamiento del dolor. Para este objetivo es preciso reconocer que los lineamientos institucionales son un medio para alcanzar un fin, no el fin mismo.

Otro problema que se enfrenta en la aplicación de las disposiciones es la forma rígida de utilizarlas, es decir, dejan de ser un instrumento o herramienta para convertirse en una barrera. En este sentido, la institución debe desarrollar directrices en forma planeada, dado que se consideran herramientas que orientan y facilitan las decisiones en las funciones y procesos terapéuticos del dolor.^{19,24} En la figura 3-1 se representa el proceso para gestionar las directrices institucionales.

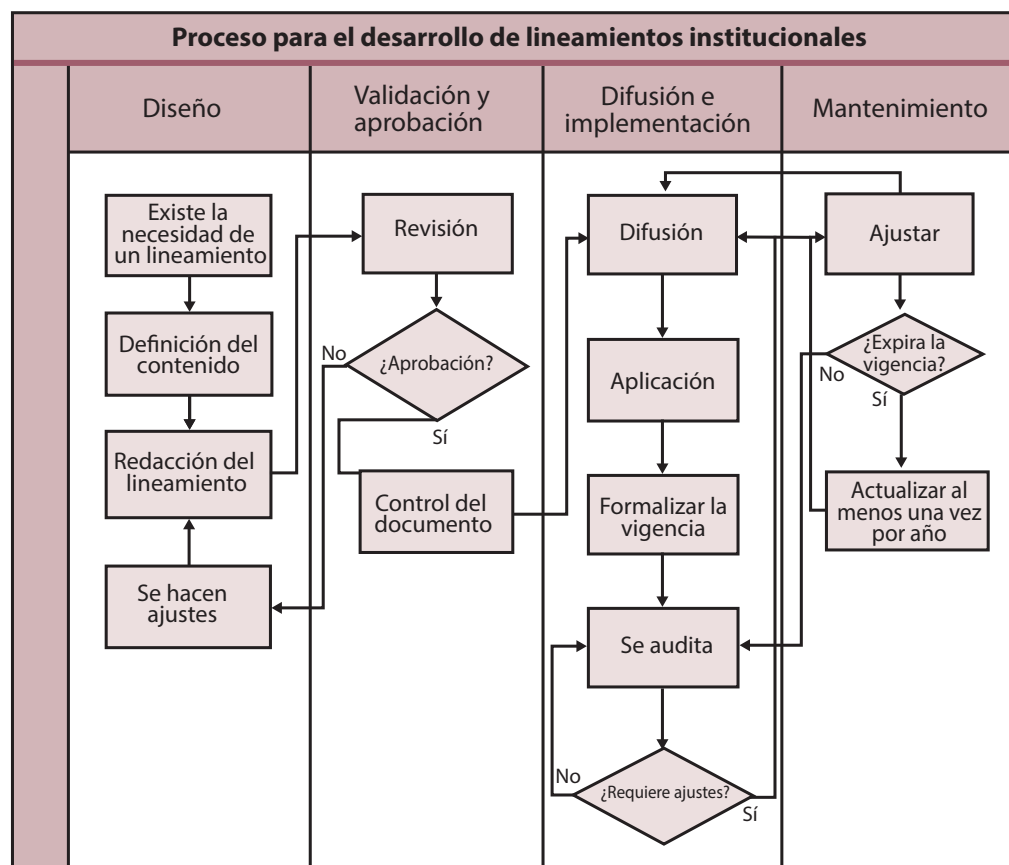


Figura 3-1. Gestión de lineamientos institucionales.²⁴

La importancia de contar con un proceso de gestión de directrices es decisiva, no sólo para el desarrollo y aplicación de los estándares respecto del control del dolor, sino por la necesidad de mejorar de forma continua el proceso de atención y tratamiento del problema.

Las disposiciones institucionales buscan la creación de criterios comunes, para lo que es necesario asignar al comité interdisciplinario la responsabilidad de coordinar e interpretar su aplicación. A continuación se presentan ejemplos de lineamientos y la referencia del requerimiento del estándar que lo sustenta; la finalidad es distinguir en forma general los alcances de la disposición institucional respecto de los compromisos determinados por el CSG y la JCI.

En cuanto a las directrices de los derechos del paciente, es pertinente preguntar: ¿las disposiciones reconocen el derecho de los pacientes a recibir una evaluación, tratamiento y atención respetuosa y compasiva apropiados del dolor? (cuadro 3-6).

Cuadro 3-6. Disposiciones institucionales relacionadas con los derechos de los pacientes

Requerimiento	Ejemplo: directriz de atención y tratamiento del dolor
El establecimiento respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y control del dolor adecuados	Todo paciente tiene derecho a no sufrir dolor y recibir información clara y oportuna del tratamiento instituido, además de los efectos esperados y posibles efectos secundarios. El médico debe notificar las diferentes intervenciones para controlar y tratar el dolor al paciente y su familia

En relación con la evaluación de los pacientes (cuadro 3-7), es adecuado preguntar: ¿permite evaluar la presencia, naturaleza e intensidad del dolor en todos los pacientes? y ¿atribuye la responsabilidad de registrar los resultados de la evaluación del dolor y la reevaluación y dar seguimiento en forma regular?

Cuadro 3-7. Disposiciones institucionales relacionadas con la evaluación de pacientes

Requerimiento	Ejemplo: directriz de atención y tratamiento del dolor
En todos los pacientes se busca intencionalmente la presencia de dolor como parte de la valoración inicial (tamizaje), y se valoran cuando hay dolor	Todos los pacientes deben valorarse sobre los factores y el antecedente del dolor en el momento de la admisión, como parte del procedimiento de valoración inicial y después de acuerdo con el grado de dolor identificado La valoración de la intensidad del dolor debe individualizarse y utilizarse las técnicas de evaluación del dolor por grupos de edad Recién nacidos (cero a un mes): signos conductuales y fisiológicos de sufrimiento Lactantes (un mes a tres años): signos fisiológicos y conductuales de sufrimiento

Cuadro 3-7. Disposiciones institucionales relacionadas con la evaluación de pacientes (continuación)

Requerimiento	Ejemplo: directriz de atención y tratamiento del dolor
En todos los pacientes se busca intencionalmente la presencia de dolor como parte de la valoración inicial (tamizaje), y se valoran cuando hay dolor (continuación)	Preescolares (tres a siete años): signos fisiológicos y conductuales de sufrimiento, más señalamiento verbal propio Escolares y adultos (siete años en adelante): señalamiento verbal propio Adultos bajo sedación: la evaluación del dolor se determina con la escala de Ramsay La enfermera responsable de la atención del paciente pediátrico realiza la valoración del dolor con las diferentes escalas de acuerdo con los grupos de edad: • Cero a tres años: etapa preverbal • Cero a un mes (recién nacidos): escala CRIES • Un mes a tres años: lactantes • Tres a siete años (etapa preescolar): escala facial de Wong- Becker • Siete a 14 años (etapa escolar): escala visual analógica (EVA), escala verbal numérica (EVN) • 14 a 18 años (adolescencia): EVA y EVN • Adulto en estado de coma: escala de Campbell • Adulto bajo sedación: escala de Ramsay

En cuanto a la atención de pacientes (cuadro 3-8) es oportuno preguntar: ¿permiten asegurar la competencia del equipo de salud en la evaluación y el tratamiento del dolor mediante capacitación al personal de nuevo ingreso en forma efectiva?

En relación con la inclusión de diferentes escenarios en las disposiciones institucionales (cuadro 3-9), puede preguntarse lo siguiente: ¿aseguran que la prescripción de analgésicos es efectiva en realidad para tratar el dolor en los diferentes escenarios de atención?

Cuadro 3-8. Disposiciones institucionales relacionadas con la atención de pacientes

Requerimiento	Ejemplo: directriz de atención y tratamiento del dolor
Todos los pacientes reciben apoyo para el control efectivo del dolor	Las descripciones del dolor deben registrarse con las mismas palabras referidas por el paciente respecto de localización, duración, irradiación y factores que lo precipitan o alivian La valoración del dolor es parte de los procesos de atención que proporciona la enfermera al vigilar la evolución del dolor
Existen directrices establecidas y procedimientos que guían la práctica de acupuntura	

Cuadro 3-9. Disposiciones institucionales relacionadas con anestesia y atención quirúrgica

Requerimiento	Ejemplo: directriz de atención y tratamiento del dolor
Hay lineamientos y procedimientos que guían la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda	El dolor calificado como > 3 que afecta la comodidad del paciente debe recibir una acción farmacológica (o no farmacológica) para aliviar el dolor Las acciones farmacológicas se determinan por la evaluación de enfermería, que incluye lo siguiente: cambio de posición, técnicas de relajación, masaje local, aplicación de frío o calor, musicoterapia y técnicas de distracción Todo paciente debe recibir el tratamiento para el alivio del dolor de acuerdo con la responsabilidad de los profesionales de la salud Las órdenes del médico respecto del tratamiento del dolor son parte del expediente clínico y deben cumplir los siguientes criterios: redactadas en forma clara, nombre del principio activo del fármaco, dosis, fecha, horario y validación por la firma del médico responsable de éstas El personal de servicios especializados en analgesia es responsable del manejo de analgésico y equipos utilizados para la administración de analgesia por los siguientes métodos: catéter epidural en infusión, dosis fraccionadas y dosis única, subaracnoidea en dosis única con catéter, epidural caudal, intravenosa en infusión, interpleural en infusión o de plexo en infusión En caso de no localizar al médico responsable de la analgesia, ante una evidente urgencia durante el tratamiento, se activará el código de emergencia rojo o azul, según corresponda La enfermera responsable del paciente con dolor debe cumplir las disposiciones de administración de fármacos antes de administrar cualquier analgésico
	Todo médico que utilice alguno de los métodos de analgesia que requiera un control estrecho y personal especializado es responsable de indicar el procedimiento y supervisar su correcta aplicación La analgesia oral, intramuscular, intravenosa fraccionada o tópica estará a cargo de la enfermera responsable del cuidado del paciente, con previa orden médica, así como de notificar al médico tratante de cualquier efecto adverso posible La administración de opioides fraccionados puede correr a cargo de la enfermera encargada del paciente, con previa orden médica escrita El alivio del dolor es una de las responsabilidades de los médicos y enfermeras, por lo cual el dolor debe valorarse en los siguientes intervalos: 1. Cada cambio de turno 2. Después de cualquier factor conocido que produzca dolor 3. Cada vez que el paciente refiera dolor 4. Después de cada acción para aliviar el dolor, luego de que el tratamiento (analgésico) alcance efecto máximo (p. ej., 15 a 30 min después en una medicación parenteral y 1 h tras la medicación oral o una intervención no farmacológica) 5. Cuando el paciente refiere un dolor inesperado 6. Cada 2 h cuando un enfermo recibe analgésicos, por razón necesaria (PRN) El paciente sometido a un tratamiento del dolor debe evaluar la efectividad de acuerdo con los formatos establecidos

Respecto de la educación del paciente y familia (cuadro 3-10), es apropiado preguntar: ¿asegura la educación de los pacientes y familiares la importancia de controlar el dolor en su tratamiento?, ¿toma en cuenta las necesidades de los pacientes en el manejo de los síntomas al egresar? y ¿determina cómo obtener datos para evaluar los resultados y definir un plan de mejora continua?

En términos de los compromisos establecidos en los estándares del CSG y la JCI, ambas instituciones consideran que las organizaciones se comprometan a manejar y tratar el dolor en ocho aspectos, por lo que reconocen que los lineamientos presentados satisfacen la mayor parte de los compromisos a los que hacen referencia los estándares internacionales de JCI. Sin embargo, no se incluyen las disposiciones y procedimientos para la práctica de acupuntura, además de las directrices relacionadas con evaluar los resultados de las acciones de control y tratamiento y la definición de un plan de mejora continua.

En suma, los estándares sobre el manejo y tratamiento del dolor en los modelos de certificación de hospitales alientan a las organizaciones a obtener mejoras

Cuadro 3-10. Disposiciones institucionales relacionadas con la educación del paciente y su familia

Requerimiento	Ejemplo: directriz de atención y tratamiento del dolor
La educación del paciente y su familia incluye los siguientes temas, según sea adecuado para la atención del paciente: uso seguro de fármacos, empleo seguro del equipo médico, interacciones potenciales entre analgésicos y alimentos, orientación nutricional, control del dolor y técnicas de rehabilitación	La enfermera se encarga de enseñar al paciente y su familia cómo describir el dolor con la escala, de acuerdo con su edad y condición clínica El expediente médico debe registrar la educación del paciente con respecto al tipo de enseñanza proporcionada y la respuesta del paciente y familia a la educación El personal de salud es responsable de educar acerca de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas al paciente y su familia para el egreso El personal de salud es responsable de establecer expectativas reales en el control del dolor con el paciente y su familia
Competencias laborales del profesional de la salud	El personal de salud encargado del control y tratamiento del dolor debe recibir educación y capacitación en cuanto a la valoración, manejo y tratamiento del dolor, durante la orientación de ingreso al hospital y después cada año Después de recibir la educación y capacitación, el personal de salud debe ser capaz de: • Realizar de forma apropiada la valoración y reevaluación del dolor • Conseguir el tratamiento adecuado para controlar y tratar el dolor con el equipo multidisciplinario • Educar al paciente y su familia en forma individualizada en la atención adecuada del dolor

a corto y largo plazos. Respecto de los efectos a corto plazo, los beneficios que se destacan corresponden en particular a contar con apoyo institucional explícito, reconocer el derecho de los pacientes de disipar el dolor, conocer los elementos necesarios de la estructura para mejorar la calidad del control del dolor, delimitar las responsabilidades de los profesionales de la salud que participan en el proceso de atención de dolor, documentar las directrices y procedimientos, desarrollar un proyecto de mejora del tratamiento del dolor posoperatorio, satisfacer al enfermo con la resolución de dolor, disponer de información para los clínicos acerca de la forma de administrar la analgesia, definir las intervenciones no farmacológica en la institución, desarrollar indicadores que señalan los procesos clínicos críticos en el manejo del dolor y reducir la intensidad del dolor en el enfermo.

En cuanto al efecto a largo plazo, los beneficios que se destacan corresponden en especial a estimular y establecer una cultura que permita alcanzar el objetivo de ser un hospital sin dolor. Es aún incipiente el desarrollo e implementación de los estándares nacionales e internacionales en las instituciones de salud en México, en relación con el control del dolor para evaluar sus efectos. Sin embargo, es importante reconocer que las instituciones de salud han ajustado estructuras y procesos en el cuidado médico y de enfermería en términos del dolor.

REFERENCIAS

1. **Faus Soler T, Abasolo M:** El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Revista Farmacia Hospitalaria* 2000;24(3):123-135.
2. **Galinski M, Ruscev M, González G, et al.:** Prevalence and management of acute pain in pre-hospital emergency medicine. *Prehospital Emergency Care* 2010;14(3):334-339.
3. **Todd H, Ducharme J, Choiniere M, et al.:** Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *The Journal of Pain* 2007;8(6):460-466.
4. **Subramanian P, Allcock N, James V, et al.:** Challenges faced by Nurses in managing pain in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd 2011;21(9-10):1254-1262.
5. **Orozco M:** Dolor crónico como problema de salud y su evaluación. *Anestesia (México)* 2005;17(1):9-12.
6. **Vila H, Smith A, Augustyniak J, et al.:** The efficacy and safety of pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? *Anesthesia & Analgesia*. 2005;101(2):474-480.
7. **Durieux P, Bruxelles J, Savignoni A, Coste J, Groupe de travail "douleur à l'hôpital Cochin":** Prevalence and management of pain in a hospital: across-sectional study. *Press Medica Paris* 2001;12(31:30):572- 576.
8. **Warfield A, Kahn H:** Acute pain management: programs in US hospitals and experiences and attitudes among US adults. *Anesthesiology* 1995;83(5):1090-1094.
9. **Sommer M, De Rijke M, Van Kleef M, et al.:** The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *European Journal of Anaesthesiology* 2008;25(4):267-274.

10. **Apfelbaum L, Chen C, Mehta S, et al.:** Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia & Analgesia* 2003;97(2):534-540.
11. **Pasero C, McCaffery M, Gordon D:** Build Institutional Commitment to Improving Pain Management. *Nursing Management* 1999;30(1):27-34.
12. **Gordon D, Pellino A, Miaskowski C, et al.:** A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing* 2002;3(4):116-130.
13. **Usichenko T, Röttenbacher I, Kohlmann, T, et al.:** Implementation of the quality management system improves postoperative pain treatment: a prospective pre-post-interventional study. *British Journal of Anaesthesia* 2013;110(1):87-95.
14. **Gramke F, De Rijke M, Van Kleef M, et al.:** The prevalence of postoperative pain in a cross-sectional group of patients after day-case surgery in a university hospital. *Clinical Journal Pain* 2007;23(6):543-548.
15. **Wells N, Pasero C, McCaffery M:** *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Chapter 17. Improving the quality of care through pain assessment and management. In: Hughes RG, ed. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
16. **Innis J, Bikaunieks N, Petryshen P, et al.:** Patient satisfaction and pain management: an educational approach. *Journal of Nursing Care Quality* 2004;19(4):322-327.
17. Consejo de Salubridad General. *Estándares para la certificación de hospitales*. 2012. Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2>. Consultado el 24 de febrero de 2013.
18. **Gordon D, Dahl J:** Quality improvement challenges in pain management. *Journal Pain* 2004;107(1):1-4.
19. **Megens M, Van Der Werff M, Knappe A:** Quality improvement: implementation of a pain management policy in a university pediatric hospital. *Pediatric Anesthesia* 2008;18(7):620-627.
20. **Weissman D, Griffie J, Gordon A, Dahl J:** A role model program to promote institutional changes for management of acute and cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 1997;14(5):274-279.
21. **Stevenson M, Dahl J, Berry P, et al.:** Institutionalizing effective pain management practices: practice change programs to improve the quality of pain management in small health care organizations. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006;31(3):248- 261.
22. **Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P, Pain and Regional Anesthesia Committee of the French Anesthesia and Intensive Care Society:** A patient- based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Journal Pain* 2008;137(2):441-451.
23. Joint Commission International: *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International*. 4th ed. 2010. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad /JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>. Consultado el 24 de febrero de 2013.
24. **Reyes A:** *Administración de personal 1: relaciones humanas I*. México: Limusa, 2005:201-218.

ASPECTOS ÉTICOS DEL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO

Leticia Vázquez Arreola, Sofía Guadalupe Medina Ortiz

Capítulo 4

INTRODUCCIÓN

El capítulo cuarto analiza los aspectos éticos del manejo del dolor posoperatorio enfocados en el paciente, profesionales de la salud e instituciones. Inicia con un apartado que describe los fundamentos teóricos para el control del dolor posoperatorio y en seguida describe un panorama de los principios bioéticos de la atención del dolor, además de sus fundamentos filosóficos con los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Otro aspecto que se aborda es la presentación de una metodología para resolver problemas de casos éticos-clínicos para tomar mejores decisiones éticas, se incluyen también dos casos clínicos en el control del dolor posoperatorio. Asimismo, otro enfoque mostrado es la perspectiva teórica del cuidado de Watson con la metodología de Tronto y se agrega un ejemplo para resolver disyuntivas éticas-clínicas.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO

El dolor posoperatorio es un tipo de dolor agudo, de gran repercusión en el área de la salud, que afecta tanto a los pacientes quirúrgicos y la familia como a los médicos tratantes, personal de enfermería e instituciones.¹ La *International Association for the Study of Pain* (IASP)² lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión” y, por su parte, la *American Pain Society*³ le concede un carácter tan relevante que propone que se lo considere el quinto signo vital, aplicable de forma

similar como la temperatura corporal, pulso, presión sanguínea y respiración, para destacar la importancia de la gestión eficaz del dolor y aumentar su dimensión entre los profesionales de la salud.

El manejo del dolor posoperatorio es una facultad sustancial de los profesionales de enfermería y los médicos; en realidad, la enfermera es el primer filtro de la experiencia dolorosa ajena y ello la convierte en traductora de una experiencia subjetiva que expresa el paciente. En ocasiones, tal experiencia puede comprenderse mal por distintas razones, entre ellas la propia acepción de la palabra dolor, que puede diferir entre el paciente, la enfermera y el médico; al final esto explica que la atención del dolor sea correcta o insuficiente.⁴⁻⁷

Como gestor del tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud, el profesional de enfermería es pieza fundamental en el proceso del dolor y su alivio. El seguimiento de la respuesta del paciente es una actividad esencial del manejo correcto del dolor y su relación estrecha con el bienestar del paciente, objetivo inherente y primordial de cualquier intervención de enfermería.⁴

Por otra parte, el Consejo de Salubridad General acordó en el año 2012 fortalecer la certificación de hospitales con criterios reconocidos por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) para convertirlo en estándar nacional de calidad en salud. Los estándares constan de tres secciones: 1) objetivos internacionales para la seguridad del paciente, 2) estándares centrados en el paciente y 3) estándares enfocados en la gestión del establecimiento de atención médica. Dentro de los estándares vinculados con el paciente se incluye la atención del dolor y se establece que todos los individuos deben recibir apoyo para tratar el dolor de manera efectiva.⁸⁻¹⁰

En relación con lo anterior, los hospitales deben contar con procesos para evaluar y controlar el dolor en forma adecuada en todos los pacientes e incluir la valoración inicial y las revaloraciones; manejo del dolor conforme a las disposiciones institucionales; comunicación y educación de los pacientes y sus familias respecto del manejo del dolor y síntomas (en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas) y educación de los prestadores de atención médica acerca de la evaluación y disipación del dolor.¹⁰

PRINCIPIOS BIOÉTICOS DEL MANEJO DEL DOLOR

El dolor es una de las causas que más afectan la calidad de vida de las personas y tratarlo de forma inadecuada es un grave problema asistencial y ético de primera magnitud; afecta de forma directa a las personas y atenta contra su dignidad, entendida ésta como la suma de derechos y el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener libre uso de la razón y el juicio que confiere la inteligencia. La ausencia de una adecuada evaluación y control del dolor vulnera los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.¹¹ Es difícil justificar la continuación del dolor innecesario, sin que se considere un acto que menoscabe

la dignidad del individuo. Debido a la gran magnitud del problema, la IASP² considera el alivio del dolor como uno de los derechos humanos fundamentales, además de ser por supuesto una buena práctica médica, de enfermería y ética.

La atención inadecuada del dolor agudo incrementa la morbilidad y mortalidad perioperatoria, prolonga el ingreso hospitalario y proyecta una imagen negativa del medio sanitario en una población cada vez más exigente y mejor informada.⁵ El manejo apropiado es una prioridad en el cuidado de todos los pacientes y los profesionales de la salud, entre ellos el personal de enfermería y los médicos, que tienen la responsabilidad de tratar al enfermo, lo cual significa que deben valorar el dolor y el sufrimiento de todos los pacientes. El sufrimiento depende tanto de los valores del individuo como de sus causas físicas. En el abordaje del dolor, los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del tratamiento antiálgico son componentes determinantes de una buena atención.¹²

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DEL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO

Con el surgimiento de la bioética se han ideado diversos modelos y paradigmas éticos de aproximación como una nueva disciplina, el denominado principalismo; sus autores, Beauchamp y Childress,¹³ toman como punto de partida los principios bioéticos del Informe de Belmont, la carta fundacional de la bioética. En ésta se acepta que la relación de profesionales de la salud-paciente debe regirse por los cuatro principios básicos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.^{13,14}

Estos cuatro principios deben observarse por igual, si bien en situaciones específicas se pueden oponer unos a otros. La ausencia de una adecuada valoración y manejo del dolor vulnera estos principios básicos. A continuación se describen tales directrices y la forma en que se relacionan con los profesionales de la salud.^{15,16}

- 1. Principio de beneficencia.** Busca ante todo el bien del paciente: hay que poner en manos del enfermo todos los medios necesarios que contribuyan a evitar el dolor. Los profesionales de la salud, entre los que está incluida la enfermería, tienen como responsabilidad “hacer el bien” y evitar el mal, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás, curar el daño y promover el bien o el bienestar. Por lo tanto, el personal de enfermería está obligado a valorar el dolor y, de acuerdo con el resultado de cada paciente, elaborar un plan de atención apropiado. La beneficencia tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de los pacientes, prevenir el daño y eliminar condiciones que generen riesgo, malestar y dolor.
- 2. Principio de no maleficencia.** Exige a los profesionales de la salud, incluida también la enfermería, evitar cualquier daño que perjudique al paciente y reducir al mínimo los riesgos de una intervención. En ciertas situaciones es posible evitar el dolor producido por el traumatismo de una intervención y,

en consecuencia, el paciente no sufre un dolor innecesario. Todo profesional de la salud a cuyo cuidado se hallan los pacientes tiene la responsabilidad de estar calificado y actualizado en conocimientos sobre farmacología y otras técnicas que benefician a los enfermos. A falta de este conocimiento, debe asumir la responsabilidad y deber ético de capacitarse o consultar a los profesionales capacitados para mitigar el dolor. Por otro lado, el principio de no maleficencia obliga a mensurar la relación beneficio-riesgo de la medicación y conocer los efectos secundarios de los fármacos y técnicas analgésicas. Los profesionales de la salud, como agentes morales, tienen la responsabilidad ética de tratar a los individuos de tal forma que los beneficios sean mayores que los perjuicios.

3. **Principio de autonomía del paciente.** Se lo debe alentar a participar en su tratamiento (“si un paciente dice que tiene dolor hay que creerle”) y revisar con él las alternativas disponibles para resolver el dolor, además de informar con oportunidad y respetar sus preferencias; esto contribuye a atenuar la ansiedad que produce el dolor y favorece una pronta recuperación. Por otra parte, el dolor destruye a la persona y deteriora su autonomía y la hace más dependiente; en cambio, el tratamiento insuficiente opera en detrimento de la autonomía. Todo lo anterior significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.
4. **Principio de justicia.** Pretende que los profesionales de la salud y las instituciones combatan el dolor de forma adecuada en todos los pacientes por igual. Los enfermos tienen derecho a que se los valore y padezcan el menor dolor posible. La justicia en la atención de enfermería no se refiere tan sólo a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en los planos biológico, espiritual, afectivo, social, psicológico y ético, que se traducen en un trato humano. Este principio permite dilucidar muchas situaciones, desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional, hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Al igual que los principios bioéticos, en relación con los fundamentos filosóficos para el manejo del dolor posoperatorio, tiene enorme importancia el código de ética para enfermeras y enfermeros de México,¹⁷ cuya intención es resaltar los valores heredados de la tradición humanista; es un código que inspira respeto por la vida, salud, muerte, dignidad, ideas, valores, creencias de la persona y entorno. La Comisión Interinstitucional de Enfermería ha propuesto un código que destaca los atributos y valores de la profesión de enfermería.¹⁷ Es importante señalar que el código de ética para enfermeras y enfermeros de México es un documento que establece con claridad los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de práctica y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas para evitar discrepancias.

Por otro lado, es importante mencionar el respeto a los derechos generales de los pacientes¹⁸ y la promoción de una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo cual exige respetar su dignidad y autonomía y garantizar la confiden-

cialidad de la información generada en la relación médico-paciente y profesional de enfermería-paciente para proporcionar atención que reduzca al mínimo los múltiples puntos de espera.

METODOLOGÍA PARA RESOLVER PROBLEMAS ÉTICOS- CLÍNICOS

En la atención de los pacientes surgen dilemas éticos que dificultan las buenas decisiones éticas. Un problema ético-clínico puede definirse como una dificultad para tomar decisiones frente a un paciente y en él intervienen valores o principios que entran en conflicto. Los profesionales de la salud afrontan disyuntivas éticas cuando la cuestión del deber ser se contrapone con el hacer en su práctica clínica. En este sentido, para analizar y resolver los dilemas éticos es necesario hacer referencia a los valores y principios éticos relevantes de la práctica clínica.

A continuación se propone una metodología para el análisis ético-clínico¹⁹ que comprende siete situaciones clínicas concretas:

1. Identificación y descripción del problema ético-clínico que incluye:
 - Formulación operacional de la pregunta
 - Referencia al objeto, fin, circunstancia y consecuencias del acto moral
2. Referencia explícita a los principios o valores éticos de la bioética que entran en conflicto para analizar y resolver el dilema ético-clínico; en primer término se describen los de la bioética personalista.
 - Respeto por la inviolabilidad de la vida humana: este principio antecede a todos los demás
 - Principio de libertad y responsabilidad: obligación moral de cuidar la vida y la salud propia y ajena
 - Principio de totalidad o terapéutico: rige la licitud de todo tratamiento médico y quirúrgico, por lo cual es válido sacrificar una parte en beneficio del todo unitario e integrado del hombre
 - Principio de proporcionalidad terapéutica: existe la obligación moral de instituir sólo aquellas soluciones terapéuticas que guarden la debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Hacen lícita la aplicación de una acción que tiene dos efectos: uno positivo o deseado y otro negativo o sólo tolerado
 - Principio de solidaridad y subsidiaridad: la sociabilidad se entiende como el deber de cuidar del bien propio y el de los demás, y la subsidiariedad como el deber de una comunidad de cuidar al más necesitado

Los principios de la bioética principialista son los siguientes:

- Principio de autonomía: derecho del paciente a tomar decisiones libres e informadas en su atención de salud; supone la necesidad de definir la competencia y subrogación. El reconocimiento de la autonomía de la persona

ocurre ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y el consentimiento informado en el que consta por escrito si el paciente está consciente, si comprende la información y si está debidamente enterado al momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen

- Principio de no maleficencia: no producir daño y prevenirlo, apartar y no infligir daño o maldad; incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidad y evitar transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y las normas institucionales
 - Principio de beneficencia: “hacer el bien” y evitar el mal, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás; curar el daño y promover el bien o el bienestar; es un principio de ámbito privado y su incumplimiento no está penado legalmente
 - Principio de justicia: la justicia en la atención de enfermería no se refiere sólo a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en los órdenes biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano y digno del paciente
3. Análisis de la voluntad y competencia del paciente o sus representantes:
 - Identificación de los valores y prioridades del paciente
 - Evaluación del grado de competencia que tiene el paciente para participar en la toma de decisiones clínicas
 - Identificación de representantes legalmente válidos
 - Situación previsional y red de apoyo social
 4. Análisis de la información científico-clínica éticamente relevante:
 - Certeza de los diagnósticos
 - Alternativas terapéuticas con sus respectivos beneficios y riesgos
 - Pronóstico de supervivencia basado en evidencia
 - Costos: físicos, psicológicos, espirituales y sus resultados
 5. Evaluación de alternativas de acción y sus resultados:
 - Análisis de los posibles cursos de acción en relación con la pregunta ética
 - Referencia al respeto o transgresión final de los valores y principios éticos incluidos en cada uno de los posibles cursos de acción
 6. Resolución del problema:
 - Propuesta del curso de acción que mejor preserve los valores y principios éticos
 7. Aplicación práctica de la solución:
 - Modo en que debe aplicarse la solución propuesta, indicando las circunstancias concretas (p. ej., quién, cómo, dónde, cuándo, entre otros).

DILEMAS ÉTICOS EN EL CUIDADO DEL DOLOR POSOPERATORIO

Debido a la naturaleza del dolor posoperatorio y la forma en que lo perciben el paciente, médico y enfermera, surgen los dilemas éticos; por lo tanto es una prioridad

que el personal de enfermería desempeñe un buen papel para que pueda resolverlos. En la medida en que se perfeccionan las nuevas tecnologías y se agudiza el problema de la asignación de recursos, se justifica prever la necesidad de resolver estos problemas desde un punto de vista ético. El dolor posoperatorio se considera una situación compleja que requiere personal de enfermería con conocimientos básicos de las teorías éticas y los principios relacionados con la profesión, además del desarrollo de un papel ético activo caracterizado por enfermeras que no rehúyan los dilemas éticos del tratamiento del dolor posoperatorio.

Las decisiones éticas son una habilidad, no un concepto abstracto difícil reservado para académicos o filósofos. Se considera una capacidad que puede desarrollarse e interiorizarse para facilitar y alcanzar el mejor resultado posible para un dilema ético específico. No es diferente el aprendizaje de cualquier habilidad; es necesario tener un conocimiento práctico de los elementos de la ética y luego utilizar las herramientas, es decir, tomar decisiones, modelos o marcos.

En este apartado se presentan dos ejemplos de este proceso reflexivo de la toma de decisiones en lugar de uno de tipo intuitivo y reactivo a los dilemas éticos, lo cual proporcionará al personal de enfermería una mejor preparación para resolver los dilemas. Para asegurar la comprensión de las medidas apropiadas que favorecen las buenas decisiones éticas en el control del dolor posoperatorio es importante explicar el concepto de dilema ético, los principios y la forma en que se relaciona con el tratamiento del dolor.

A continuación se muestran dos ejemplos de cómo resolver casos éticos clínicos, tras reconocer que existen múltiples formas de resolverlo. El primer ejemplo se basa en el dolor agudo y el segundo en el crónico. Si bien el presente capítulo está orientado al primero, en el caso del dolor crónico se puede advertir cómo la metodología tiene utilidad para cualquier situación en la que se presentan los dilemas éticos.

DILEMA ÉTICO 1: “VULNERABILIDAD Y PRINCIPIO DE BENEFICENCIA”

Caso clínico

Paciente pediátrico de 10 años con peso de 40 kg; ingresa al hospital con apendicitis aguda y se somete a apendicectomía laparoscópica. Durante el procedimiento se encuentra el apéndice perforado con formación de abscesos. La cirugía laparoscópica se convierte en un procedimiento abierto con una incisión grande en el cuadrante inferior derecho. El anestesiólogo administra analgesia multimodal, incluidos opiáceos, acetaminofeno y antiinflamatorios no esteroideos, y el equipo quirúrgico infiltra por vía subcutánea la incisión con anestésico local. En la unidad de posanestesia se prescriben dosis en bolo de morfina (1.5 mg IV) según sea necesario.

En la unidad de cuidados posanestesia el paciente refiere dolor intenso y la madre solicita a la enfermera la administración de fármaco para aliviar el dolor de su hijo. La enfermera, que en ese momento se encuentra en el cambio de turno, contesta a la solicitud de la madre: “hace 10 minutos le administré el medicamento

y necesitamos esperar a que haga efecto, de lo contrario puede tener problemas respiratorios”. La madre acepta la información de la enfermera y trata de tranquilizar a su hijo. La enfermera continúa con la entrega y le refiere al personal entrante en voz baja: “está recibiendo morfina, es un medicamento muy fuerte para un niño”.

Análisis del dilema ético 1

Análisis ético

1. Identificación y descripción del problema ético-clínico. El paciente pediátrico es vulnerable, no sólo por su edad sino también por estar hospitalizado por una enfermedad que requirió un procedimiento quirúrgico abierto con una incisión grande y padece dolor. En este escenario, que se presenta con frecuencia, la enfermera no realizó una evaluación de dolor y delegó a la madre la responsabilidad de evaluar el efecto de la medicación y decidir con información incorrecta. Un error habitual es emplear escalas de dolor para una edad inadecuada. ¿Es correcto dejar que el fármaco haga efecto mientras el niño sufre dolor?, ¿es correcto que la madre tome la decisión de esperar a que la analgesia haga efecto en su hijo, con información incompleta por parte de la enfermera?
2. Referencia a los principios y valores éticos subyacentes. En este caso, ante la ausencia de una adecuada evaluación y control del dolor, la enfermera desconocía el efecto farmacológico de la medicación y, en este sentido, vulnera los principios éticos básicos de respeto a la persona humana (niño), beneficencia, no maleficencia y justicia.
3. Análisis de la voluntad y competencia del paciente o sus representantes. Un niño de 10 años es capaz de proporcionar información real acerca de intensidad del dolor. La madre vive en ese momento el dolor de su hijo, por lo cual requiere reducir la angustia y estar bien informada.
4. Análisis de la información científico-clínica éticamente relevante. Con un enfoque de analgesia multimodal es posible tratar de manera efectiva la mayor parte de las situaciones de dolor agudo posoperatorio. Este enfoque incluye el uso científico y equilibrado de bloqueos regionales, antiinflamatorios no esteroideos, opioides y acetaminofeno.
5. Evaluación de alternativas de acción y sus resultados. Es necesario establecer un seguimiento en la valoración del dolor. Esta última (uso de las escalas del dolor más convenientes y validadas para la edad del niño) debe ser periódica y la atención al paciente continua, con personal calificado que garantice la calidad. Es preciso tomar en consideración que existen efectos farmacológicos distintos para los analgésicos entre los pacientes prematuros, neonatales y niños mayores; en consecuencia, se requiere especial cuidado en la dosificación de cada uno de ellos. Existen pautas y guías clínicas de dosificación acordes con la edad para este fin.
6. Posible resolución del problema. En este caso, entran en conflicto el principio de beneficencia y el de autonomía (dejar que la madre acepte que el niño no reciba analgésico).

El principio de beneficencia exige que las acciones de salud causen un bien al paciente, valorado como un todo. Por otra parte, el personal de enfermería sabe que

estos fármacos ejercen efectos secundarios graves que pueden causar depresión respiratoria. Sin embargo, si la enfermera desconoce los efectos farmacológicos debe avisar al médico o anestesiólogo para controlar de modo adecuado el dolor.

7. Implementación práctica de la solución. De acuerdo con lo anterior, la mejor conducta de la enfermera debió ser proporcionar información precisa para reducir la ansiedad de la madre y facilitar la resolución del dolor. Advertir que el niño sufre dolor y es capaz de suministrar información verídica obliga a realizar en ese momento vigilancia y valoración (con la escala de dolor adecuada). Otras medidas son estar bien capacitado para llevar a cabo una buena valoración y notificar al médico y anestesiólogo para prescribir tratamiento apropiado del dolor. Es necesario asimismo ser eficiente y responder al llamado, al margen de estar en el cambio de turno.

DILEMA ÉTICO 2: “SEDACIÓN TERMINAL Y PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO”

Caso clínico

Paciente de 16 años, portador de leucemia linfocítica aguda (LLA). Recibe tratamiento con quimioterapia de primera línea; la respuesta es parcial, por lo que se inicia tratamiento con fármacos de segunda línea y la respuesta es completa. En fase de consolidación, presenta un cuadro de cefalea intensa, acompañado de náusea y vómito. Estudios posteriores demuestran recaída del sistema nervioso central (SNC). Se indica quimioterapia de tercera línea y corticoides para la hipertensión intracraneal con respuesta no significativa y notoria toxicidad inducida por los compuestos citotóxicos. En ausencia de más medidas terapéuticas, se decide iniciar tratamiento paliativo.

Dado que el dolor es resistente al manejo médico habitual se plantea suministrar opioides por bomba de infusión continua, de acuerdo con los requerimientos del paciente. Se prevé que las dosis administradas pueden tener efectos secundarios notorios: probable sopor profundo, alteración del patrón respiratorio que necesita complementos de oxígeno y fisioterapia respiratoria (CTR) para el manejo de secreciones de vías respiratorias, sin descartar el uso de sonda de Foley para diuresis o sonda nasogástrica (SNG) para alimentación. Se le notifica a la familia la alternativa de manejo propuesta, así como los riesgos y consecuencias; al final, los allegados aceptan la institución de las medidas analgésicas.

Análisis del dilema ético 2

Análisis ético

1. Identificación y descripción del problema ético-clínico. Si bien el caso presupone diversos dilemas éticos (proporcionalidad de medidas de alimentación en un paciente terminal; competencia de la familia para tomar decisiones; elección del lugar de per-

manencia del enfermo), la pregunta esencial se refiere más bien a las consecuencias de las medidas analgésicas: ¿es correcto privar a alguien de su conciencia sólo para aliviar un síntoma?, ¿es éticamente lícito someter a una persona a medidas paliativas que representan riesgos importantes, incluido el de acortar la supervivencia?

- 2 Referencia a los principios y valores éticos subyacentes. De los cuatro principios tradicionales de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), en este caso entran en juego los tres primeros. Es claro que algunas medidas como la analgesia están destinadas a hacer un bien (beneficencia): suprimir el dolor, lo cual no merecería mayor análisis si no hubiera otras consecuencias. Sin embargo, en este caso el principio de la beneficencia entra en conflicto con los otros dos: no maleficencia y autonomía.

Por un lado, los nefastos efectos indeseables (tendencia a hipoventilar, mal control de secreciones, necesidad de instalar sonda de Foley para derivar la orina, permanencia hospitalaria) pueden ocasionar mayores complicaciones (infecciones respiratorias o urinarias) y al final precipitar la muerte, con lo cual no se observaría el principio de no maleficencia. Por otra parte, el grado de sedación alcanzado con los analgésicos supone privar al paciente de la conciencia, lo que implica la incapacidad de ejercer el principio de autonomía.

Debe considerarse que la conciencia es uno de los principales bienes del hombre, de tal manera que privar a alguien de ella, sin causa muy justificada, es algo extremadamente grave.

3. Análisis de la voluntad y competencia del paciente o sus representantes. El paciente es menor de edad, con deterioro del SNC para tomar decisiones. La familia tiene competencia para decidir sobre las alternativas del cuidado paliativo y elegir su lugar de permanencia.
4. Análisis de la información científico-clínica éticamente relevante. Hay absoluta certeza del diagnóstico y la resistencia de la enfermedad a las medidas terapéuticas disponibles. En este momento no quedan más alternativas de atención curativa (nula respuesta a la tercera línea de quimioterapia, con grave toxicidad) y, por lo tanto, todo tratamiento adicional sólo debe tener intención paliativa.

En este individuo, el dolor se debe a la infiltración de las meninges por células tumorales y al edema causado por esta infiltración. El tratamiento de este síntoma se enfoca en la disminución del número de células malignas (que en este caso no es posible por la falta de respuesta a la quimioterapia y por la irradiación previa en la misma zona afectada como parte del protocolo de tratamiento de LLA), además de la disminución del edema con corticoides (respuesta parcial). En virtud de la escasa respuesta en la paliación de los síntomas a las medidas habituales es necesario administrar analgésicos.

De estos fármacos, los compuestos de menor potencia (AINE, acetaminofeno y opioides débiles) no parecen tener ningún efecto dada la gravedad del cuadro, al igual que los fármacos destinados a atenuar dolores de tipo neuropático (gabapentina, amitriptilina), puesto que es éste el mecanismo que explica el origen del dolor. Los analgésicos que pueden ser efectivos en este caso son los opioides de mayor potencia.

Todos comparten los mismos efectos adversos a dosis equipotentes, en especial retención urinaria, depresión respiratoria y sedación. Es por ello que por lo re-

gular se aplican medidas especiales en pacientes con tales intensidades de opioides: sonda de Foley (para diuresis), SNG (para alimentación), complementos de O_2 y CTR (para control de secreciones de vías respiratorias). Estas medidas no están exentas de complicaciones (infecciones urinarias y respiratorias).

5. Evaluación de alternativas de acción y sus resultados. Con base en la información clínica disponible, es posible plantear tres conductas a seguir:
 - Definir otros síntomas a disminuir, sin utilizar fármacos que afecten el grado de conciencia. El paciente estaría despierto, pero con cefalea incapacitante.
 - Suministrar analgésicos según los requerimientos del paciente, aunque ello signifique un gran compromiso de la conciencia (sopor profundo).
 - Infundir analgésicos con un tope acorde con el grado de conciencia máximo tolerado. Es probable que el paciente experimente un compromiso de conciencia farmacológico de menor intensidad (somnia), confusión y cefalea intensa, sin poder asegurar una adecuada relación con el medio externo.
6. Resolución posible del problema. Esta situación, frecuente en medicina paliativa, pone al médico en la posición de elegir entre realizar o no un determinado acto, sin perder de vista que tiene efectos secundarios evidentemente adversos. En consecuencia, surge la teoría del doble efecto. Este principio señala algunas condiciones que deben conjuntarse para que un acto que tiene dos efectos (uno bueno y uno malo) sea lícito en términos morales. Estas condiciones son las siguientes:
 - Que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente
 - Que el efecto malo previsible no sea directamente deseado, sino sólo tolerado
 - Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo
 - Que el bien buscado sea proporcionado al daño producido final

Por lo tanto, es necesario distinguir con claridad entre el acto mismo, la intencionalidad de la acción, el efecto deseado y los efectos secundarios. En el caso analizado, la motivación consiste en proporcionarle al paciente una mejor calidad de vida, entendida ésta como un bienestar no sólo físico sino también psicológico, social y espiritual.

La acción es la administración al paciente de opioides parenterales en dosis suficiente para conseguir un buen efecto, esto es, eliminar un síntoma deletéreo. Es importante recalcar que la dosis de analgésico suministrada para producir el efecto bueno es tan elevada que produce el efecto malo (privar al individuo de conciencia y al final acortar la supervivencia), aunque la elección del fármaco y dosis no busca tales consecuencias y, si fuera posible, las evitaría.

La relación entre sedación y analgesia no es de causa y efecto, sino que ocurre en forma independiente; el caso sería diferente si se administraran otros fármacos que impidieran al individuo percibir el dolor en virtud de su efecto depresor de la conciencia.

Es probable que lo más difícil de establecer en este caso sea la proporcionalidad entre el bien conseguido y el daño infligido; debe recordarse que los cuidados paliativos buscan el bienestar del paciente como un todo (biológico, psicológico, social, espiritual) y deben asimismo considerarse los intereses que existan en estas otras esferas para evaluar la proporcionalidad de las consecuencias de las acciones. Un sujeto puede preferir mantener la conciencia a pesar del dolor para participar de algunos actos familiares, o bien preferir sentir cierto grado de dolor

porque para esta persona tiene un sentido religioso del que no quiere prescindir. En el caso descrito, la relación médico-paciente establecida permitió tener fundados conocimientos respecto de las preferencias del paciente, por lo que se tomó la decisión junto con la familia de privilegiar las medidas de analgesia aun a costa de la sedación.

7. Implementación práctica de la solución. Para proporcionar al enfermo la máxima comodidad posible no basta con atenuar el síntoma principal: de poco sirve tener a un paciente sin cefalea, pero deshidratado y en agonía. Por lo tanto, se aplicaron no sólo las medidas de analgesia, sino también de alimentación (SNG bien instalada, revisada con frecuencia, por la que se administran papillas), diuresis (sonda de Foley para evitar globo vesical), uso de laxantes (para impedir el estreñimiento inducido por los opioides), complementos de O_2 y CTR. Los requerimientos de analgésicos se determinan cada día, así como el grado de compromiso de conciencia y las medidas complementarias; por lo tanto, la conducta seguida está sujeta a modificaciones según sean las circunstancias a las que se somete el paciente, su familia y el equipo de salud.

PERSPECTIVA TEÓRICA DEL CUIDADO DE WATSON PARA RESOLVER PROBLEMAS ÉTICOS-CLÍNICOS

Otro enfoque en el análisis de los dilemas éticos lo constituyen las perspectivas teóricas propias de la profesión de enfermería, ya que se considera que los conflictos de esta índole la práctica clínica pueden resolverse si se toman decisiones sobre bases éticas y se consideran estas perspectivas. En este sentido, para el personal de enfermería, aplicar sus perspectivas teóricas hace posible sustentar sus bases como profesión; por consiguiente, se analiza la ética del cuidado para que los profesionales determinen cómo aplicar esta teoría ante los dilemas éticos de su práctica.²⁰

En primer lugar se revisa en forma general la teoría del cuidado de Jean Watson.²¹ Esta teoría acerca de la relación enfermera-paciente incluye tres principales elementos: a) factores caritativos del cuidado, b) relación del cuidado transpersonal y c) momento del cuidado. Para Watson,²¹ el factor caritativo del cuidado se caracteriza por el compromiso moral de la enfermera de proteger y promover la dignidad humana; como objetivo de una relación transpersonal le corresponde al profesional de enfermería proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad y la integridad para no reducirla al estado moral de un objeto.²¹

El segundo elemento es la relación del cuidado transpersonal, que puede describirse como la conciencia del cuidado por parte de la enfermera y el compromiso moral de establecer una conexión intencional con el paciente. Sin embargo, algunos profesionales sufren una ceguera moral y no se mueven por el sufrimiento de otros para tomar medidas. Otros clínicos más pueden tener la visión moral, pero no desarrollada en grado suficiente. Para ello se cuenta con los códigos de ética profesional a fin de orientar la relación enfermera-paciente.

El tercer elemento es el momento del cuidado. Una ocasión de cuidado es el momento, espacio y tiempo en que la enfermera y otra persona viven el cuidado

humano. Ambas personas, en su propia individualidad, tienen la posibilidad de establecer una transacción de humano a humano (acompañando al paciente emocionalmente); esta relación se caracteriza por los sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas y consideraciones ambientales.²¹

Se ha reconocido que el cuidado se encuentra en un continuo, con diferentes grados de participación emocional de los individuos en una relación. La ética del cuidado ve a éste como una dimensión necesaria para la sensibilidad moral y las respuestas morales. Tronto²² considera que son necesarias otras herramientas para la resolución de problemas morales y sugiere que existe una relación premoral entre las personas. A partir de ello, el cuidado presenta cuatro fases en la atención de pacientes al incorporar las dimensiones cognitiva, emocional y las medidas de acción: a) preocuparse por; b) el cuidado de; c) cuidado; y d) recibir la atención.

A continuación se muestra un caso clínico-ético para mostrar cómo la combinación de una perspectiva teórica de Watson²¹ y una metodología de fases del cuidado de Tronto²² son de utilidad para abordar los dilemas éticos.

CASO ÉTICO-CLÍNICO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TEORÍA DEL CUIDADO DE WATSON Y LA METODOLOGÍA DE TRONTO

La Sra. Martínez de 57 años ingresa al hospital por dolor abdominal agudo con hematemesis y característica de café molido. Tiene antecedentes de alcoholismo, diabetes e hipertensión no controlada. Presenta amputación en ambas piernas por debajo de la rodilla. Dos meses antes su esposo falleció después de 30 años de matrimonio. La Sra. Martínez refiere que dejó de tomar sus medicamentos y empezó a beber más después de la muerte de su esposo. El informe de enfermería refiere que la paciente solicita con frecuencia analgésicos. La enfermera López ha atendido a la Sra. Martínez con anterioridad y sabe que la paciente requiere un mayor grado de analgesia y es sensible al sufrimiento de la Sra. Martínez; llama entonces al médico para sugerir un cambio de indicaciones.

El médico declina incrementar la dosis de morfina porque considera que puede causar más daño al paciente. ¿Es correcto que la Sra. Martínez tenga dolor a fin de evitar más daños? La enfermera cree que debe responder al cuidado y aceptar a la persona no sólo como es, sino como lo que puede ser. En consecuencia, la enfermera aboga ante el médico por la Sra. Martínez: el resultado fue un aumento de la dosis de morfina. A continuación se analiza el caso mediante la teoría de cuidado de Watson²¹ y la metodología de Tronto.²²

Respuesta basada en el cuidado de Watson y la metodología de Tronto

Preocuparse por: en el caso de la Sra. Martínez, la enfermera reconoció la necesidad de aumentar la medicación mediante la evaluación del dolor (cuidado transpersonal de Watson).

El cuidado de: la enfermera también percibió la responsabilidad de responder para aliviar el grado de dolor que la paciente experimentaba (factor caritativo, la conciencia de cuidar de Watson).

Cuidado: la enfermera tomó acción al solicitarle al médico un cambio en las indicaciones de la analgesia y la dosis de morfina se aumentó (momento del cuidado de Watson).

Recibir la atención: por último, la enfermera evaluó el éxito de la intervención con el paciente (receptor de la atención). Esta última fase ayuda a preservar la relación entre el paciente y la enfermera y es un aspecto distintivo de la ética del cuidado (momento del cuidado de Watson).

CONCLUSIONES

Es necesario que los profesionales de la salud que están al cuidado del paciente, entre los que se encuentra enfermería, tengan una formación humanística y bases éticas y morales, de tal modo que puedan cubrir las expectativas y necesidades del paciente y su familia.

Otro aspecto relevante señala que los profesionales de enfermería deben estar conscientes de que al ofrecer el cuidado a los pacientes con dolor posoperatorio no deben juzgar si el paciente sufre dolor o no; si el enfermo lo refiere hay que efectuar una adecuada evaluación y control del dolor, además de aplicar las mejores prácticas para disiparlo.

Cuando los profesionales de enfermería se enfrenten a dilemas morales, deben estar preparados para tomar las mejores decisiones éticas, luego de considerar los principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) que entran en conflicto con los dilemas morales. Los ejemplos presentados acerca del dolor agudo y crónico con la metodología de análisis clínico-éticos y la teoría del cuidado de Watson y metodología de Tronto ofrecen soluciones posibles al problema y reconocen que existen múltiples formas de resolverlos con una visión humanística.

REFERENCIAS

1. **Finkel DM, Schlegel HR:** El dolor postoperatorio: conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. *Revista del Hospital General de Agudos* 2003;3(1):1-19.
2. *International Association for the Study of Pain (IASP)*. 1973; consultado el 30 de Abril de 2013. Disponible en: www.iasp-pain.org;
3. *American Pain Society (APS)*. 2004; consultado el 2 de Mayo de 2013. Disponible en: <http://www.americanpainsociety.org/about-aps/content/codeethics.html>.
4. **García SI:** Calidad percibida por las mujeres intervenidas de cesárea ante el manejo del dolor postoperatorio en cirugía obstétrica. *Revista NURE Investigación* 2004;(8):1-8.
5. **Muñoz JM:** Manual de dolor agudo postoperatorio. Comisión Hospital sin Dolor. Hospital Universitario La Paz, Madrid. 2010; consultado el 25 de Abril de 2013. Disponible en: http://www.e-analgesia.com/documents/_formación_Manual DolorAgudo_20100309.pdf.

6. **Ortiz AP:** Ética y manejo del dolor en instituciones de salud. *Revista de Medicina Clínica CONDES* 2007;18(3):186-191.
7. **Vidal MA, Torres LM, De Andrés JA, et al.:** Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. *PATHOS. Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2007;14(8):550-567.
8. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de Hospitales. 2012; consultado el 27 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/Estandares-CertificacionHospitales2>.
9. **Kershenobich DS:** El Consejo de Salubridad General. *Gaceta Médica de México* 2012;(148):598-600.
10. **Ruelas EB:** Una nueva era de certificaciones de hospitales en México. *Revista Cirugía y Cirujanos* 2010;78(3):201-202.
11. **Soler EC, Montaner CA:** Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. *Revista Persona y Bioética de la Universidad de la Sabana* 2004;8(20-21):49-64.
12. **Brennan F, Cousins MJ:** El alivio del dolor como un derecho humano. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2005;(12):17-23.
13. **Beauchamp TL, Childress JF:** *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. UK: Oxford University Press Inc., 2001.
14. **Siurana JC:** Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Revista de Filosofía y Teología Veritas* 2004;(22):151-157.
15. **Soler EC:** La cara del dolor. El derecho a no sentir dolor: aspectos éticos en el tratamiento del dolor. *Revista Méthode de la Universidad de Valencia* 2011;(71):92-97.
16. Comisión Nacional de Bioética (2002). Código de bioética para el personal de salud. Consultado el 5 de Marzo de 2013. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_bioetica.pdf.
17. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. 2001; consultado el 15 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.medicathec100.com.mx/publicaciones/codigo-etica-enfermeros.pdf>.
18. Comisión Nacional de Arbitraje en México. 2011. Consultado el 20 de marzo de 2013. Disponible en: [http://salud.edomex.gob.mx/ccamem /cartapacientes.htm](http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm).
19. **Taboada RP, López BR:** Análisis de problemas frecuentes éticos en medicina paliativa. *Revista de Estudios Médico Humanísticos* 2005;(11):43-60.
20. **Lachman V:** Moral courage in action: case studies. *Medical Surgical Nursing Journal* 2007;15(4):275-277.
21. **Marriner A, Raile M:** *Modelos y teorías en enfermería: filosofía y cuidado transpersonal de Watson*. 7ma ed. México: Elsevier-Mosby, 2010:91-112.
22. **Tronto J:** *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York, NY: Routledge, 1993.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR POSOPERATORIO

Eduardo Uhden Layron

Capítulo 5

INTRODUCCIÓN

El dolor posoperatorio es el que se produce como consecuencia del acto quirúrgico, aparece al inicio de la intervención y finaliza con la curación de la afección que lo produjo. Se caracteriza por ser agudo, predecible y de duración limitada; su característica más destacada es que su intensidad máxima se alcanza en las primeras 24 h y disminuye de modo progresivo. En esencia, se trata de un dolor de tipo nociceptivo relacionado con reacciones vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. Si no se trata de forma adecuada, el dolor posoperatorio puede tornarse crónico, lo que tiene consecuencias graves en la calidad de vida de las personas y en los costos sanitarios, sobre todo si el paciente es joven, por razones obvias de esperanza de vida.

El fenómeno doloroso puede considerarse una experiencia fundamentalmente emocional e integrada por dos componentes: el físico, cuyas características se definen por el tipo y la intensidad de la sensación experimentada, y el psicológico, integrado por factores de índole cognitivo y emocional. El influjo físico nociceptivo puede activar sistemas de control central, relacionados de manera estrecha con factores emocionales, cognitivos y motivacionales que contribuyen a facilitar o inhibir dicho influjo; en consecuencia, las propiedades del componente físico del dolor se determinan por los mecanismos psicológicos, lo cual evidencia el predominio del componente emocional en la percepción dolorosa.

En la actualidad, el control satisfactorio del dolor posoperatorio es todavía un reto. A diferencia de otros tipos de dolor, las características e intensidad del dolor posoperatorio son previsibles, por lo que es posible anticiparlo, reducir sus inconvenientes y prevenir sus complicaciones; por ello, entre los objetivos de los profesionales sanitarios debe estar el tratamiento efectivo del dolor posoperatorio a partir de un abordaje multidimensional y multidisciplinario. Todos los profesionales de salud (cualquiera que sea su disciplina) juegan un papel vital en la evaluación y

tratamiento del dolor posoperatorio; su formación, entrenamiento y experiencia en la utilización de técnicas no farmacológicas del control del dolor son claves para potenciar la eficacia de los analgésicos: el apoyo emocional, por ejemplo, reduce la activación emocional durante el periodo perioperatorio e incide sobre los mecanismos que intervienen en la aparición del dolor posoperatorio.

A pesar de que la función de las medidas adyuvantes de la medicación analgésica se limita al dolor agudo posoperatorio, existen numerosas intervenciones no farmacológicas que pueden tener utilidad en su control. Los beneficios que pueden proporcionar las medidas psicológicas dependen en gran medida de la personalidad del paciente y el contexto en el que aparece el dolor. Las maniobras de distracción, concentración de la respiración o relajación muscular pueden ayudar a reducir la tensión y el temor ante el dolor agudo. La hipnosis empleada en los pacientes quirúrgicos también parece reducir las demandas de analgesia y posibilitar un egreso más temprano del paciente.

Este capítulo describe los aspectos psicológicos que caracterizan el dolor posoperatorio, los mecanismos que modulan la percepción del dolor y las variables psicológicas relacionadas con más frecuencia con la experiencia dolorosa: miedo, ansiedad y depresión. Por último, se realiza un breve análisis de los aspectos metodológicos de la evaluación del dolor, desde el punto de vista psicológico, para analizar por último las técnicas más utilizadas en el tratamiento no farmacológico del dolor posoperatorio: relajación, hipnosis, reestructuración cognitiva, higiene del sueño y técnicas de distracción e imaginativas.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR

El dolor trae consigo oscuros sentimientos y emociones.

Una dolencia, en principio física, se convierte en psicológica, e incluso social, dado que el dolor se extiende afectando a las personas más próximas: pareja, familia, amigos...¹

A través de la experiencia personal, cada individuo aprende que el significado del dolor tiene múltiples causas, diversas características anatómicas y fisiopatológicas, y variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales; esto hace difícil su definición y la terminología usada en relación con el dolor es fuente permanente de confusiones. En realidad, la definición del dolor ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de un concepto meramente físico a considerarlo como una sensación.

La *International Association for the Study of Pain* (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial que se describe como ocasionada por dicha lesión”² y unos años más tarde añade la idea de “la dualidad del dolor como experiencia fisiológica y psicológica”.² En esta definición se puede observar un gran avance, al aparecer los componentes sensoriales y emocionales en la experiencia del dolor³ y reconocer que el dolor es una percepción subjetiva, representada como una experiencia sensorial

compleja; allí reside la importancia de considerar las explicaciones verbales de los pacientes para tratarlos de forma apropiada⁴ y controlar su dolor desde una perspectiva multidimensional.⁵

Por lo tanto, en la actualidad el dolor se entiende como un fenómeno complejo y multidimensional, en el cual el individuo no sólo tiene una experiencia perceptiva, sino también afectiva, que depende de múltiples elementos biológicos, psíquicos y socioculturales que interactúan entre sí.⁶ En este sentido, se concede una especial importancia a la subjetividad del paciente que sufre dolor y destaca el papel de los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor, que puede precipitarse o no por procesos biológicos.⁷

Las personas con dolor sufren cambios en las características de su personalidad. Algunos autores sostienen que estos cambios son atribuibles al efecto de la enfermedad física en la estructura de la personalidad. Sin embargo, no ha podido establecerse de forma clara si son determinadas características de personalidad o una personalidad premórbida las que predisponen al dolor o si, por el contrario, las alteraciones en rasgos específicos de la personalidad observados en algunos pacientes con dolor son el resultado del padecimiento y del efecto del dolor en sus vidas.⁸ En cualquier caso, las diferencias individuales detectadas, tanto en la tolerancia como en la percepción de la intensidad del dolor, parecen explicarse más por un conjunto de variables emocionales y cognitivas.

Desde hace décadas se afirma que existen enormes diferencias en el comportamiento de las personas cuando sufren dolor, incluso si pertenecen al mismo grupo cultural. Ya en 1978 Brena afirmaba que “el ser humano es consciente de sí mismo y tiene una personalidad única que le pertenece sólo a él”; por ello, con la aparición de una enfermedad o un traumatismo, no es sólo el órgano afectado el que duele, sino la personalidad entera del individuo queda afectada, algunas veces incluso cambiada por la experiencia. Sin embargo, no sólo es la personalidad del paciente la que afecta la percepción del dolor, sino también su cultura, herencia étnica, estado emocional, de tal forma que las mismas circunstancias en las que se produce una lesión desempeñan una función en la experiencia total de dolor: “No hay una relación directa entre la magnitud del tejido destruido o la lesión producida y la percepción del dolor. Una herida de grado similar en la misma región corporal produce quejas de dolor distintas según el estado emocional del individuo, su historia sociocultural, el significado personal de la enfermedad y las circunstancias en las que se produjo”. Esto hace posible afirmar que “la incidencia, la intensidad y la duración del dolor posoperatorio varían considerablemente de un paciente a otro, de una a otra intervención quirúrgica, de un hospital a otro e incluso de un país a otro”.⁹

Con frecuencia, el dolor es un fenómeno que afecta a todas las áreas de la vida: laboral, familiar, ocio, tiempo libre, sexual, descanso, sueño, entre otras. Es usual que las personas se sientan inútiles, su humor se altere y todo ello incida también en los afectos hasta provocar un deterioro en sus relaciones con los demás; en realidad, muchos pacientes que sufren dolor se sienten incomprendidos no sólo por sus allegados, sino también por los profesionales sanitarios que “no comprenden” su dolor.

Los efectos psicológicos del dolor y el sufrimiento que éste conlleva requieren un abordaje multidisciplinario que analice los factores físicos, psicológicos y sociales incluidos en el dolor, tratado mediante técnicas terapéuticas adecuadas, derivadas

del análisis de estos factores. La intervención psicológica en el paciente con dolor debe ir dirigida a mejorar sus habilidades para afrontarlo, de tal manera que disminuya el efecto de esta experiencia en la vida de la persona. La intervención psicológica encaminada a mejorar tales medidas de afrontamiento también posee un efecto positivo sobre la percepción misma del dolor.¹⁰

MECANISMOS INHIBIDORES QUE MODULAN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR

TEORÍA DE LA COMPUERTA (*GATE CONTROL*)

Para entender y analizar los aspectos psicológicos que acompañan a la persona que sufre una experiencia dolorosa resulta muy útil conocer la **teoría de la compuerta o puerta de entrada** de Melzack y Wall (1965), propuesta para explicar los fenómenos relacionados con el dolor. Es una explicación de la forma en que la mente desempeña un papel esencial en el fenómeno doloroso. Sus autores sugieren que existe un “sistema de bloqueo” en el sistema nervioso central que da origen a que se abran o cierren las vías del dolor: las puertas se pueden abrir para dejar circular el dolor a través de las fibras aferentes y eferentes desde y hacia el cerebro; o bien se pueden cerrar para bloquear los caminos del dolor. Los impulsos eferentes se afectan por una enorme variedad de factores psicológicos y factores externos que influyen en el cerebro y la interpretación que la mente hace respecto del dolor, como emociones y experiencias anteriores relacionadas con el dolor y la ansiedad. De este modo, la teoría de la compuerta explica por qué decrece el dolor cuando el cerebro experimenta una sensación de distracción: en estas circunstancias, la percepción del dolor se atenúa porque la interpretación del dolor se modula por la experiencia agradable de distracción; en realidad, se ha podido demostrar que, cuanto mayor es el catastrofismo de una persona, mayor es la discapacidad que se produce en éste y aún mayor la intensidad del dolor. En consecuencia, en términos generales, el dolor resulta más incapacitante en las personas que presentan un mayor número de pensamientos catastróficos y las distintas áreas de su vida experimentan mayor alteración.¹

TEORÍA MULTIDIMENSIONAL DEL DOLOR

Desde hace más de tres décadas se reconoce que el dolor es una experiencia multidimensional en la que destacan, en esencia, tres dimensiones sobre las que deben basarse conceptualización, evaluación e intervención terapéutica: **dimensión sensorial/discriminadora**, **dimensión motivacional/afectiva** y **dimensión cognitivo/evaluadora**. Cada una de éstas confiere al dolor una serie de propiedades especiales, pero interrelacionadas del tal forma que la experiencia de dolor no puede entenderse de forma completa si no se integran todas.¹¹

- **Dimensión sensorial-discriminadora:** se relaciona de manera directa con los mecanismos anatomofisiológicos y es la encargada de la transmisión de la estimulación nociceptiva: desde la región donde se produce un daño tisular, infección o cualquier otra alteración orgánica o funcional hasta los centros nerviosos superiores. La dimensión sensorial-discriminadora tiene a su cargo la detección de las características espaciales y temporales del dolor, así como de la intensidad y ciertos aspectos de la cualidad del dolor. Los procedimientos de intervención que se basan en esta dimensión del dolor son las técnicas biomédicas tradicionales: analgésicos y algunos procedimientos como la estimulación eléctrica transcutánea de nervios, bloqueos nerviosos, cirugía estereotáxica, cordotomía, entre otros.¹¹
- **Dimensión motivacional-afectiva:** implica la cualidad subjetiva de la experiencia de dolor (sufrimiento, aversión, desagrado). Algunas de las reacciones emocionales vinculadas de modo más directo con el dolor son ansiedad, depresión e ira, que se analizan un poco más adelante de este capítulo. El componente aversivo del dolor desencadena conductas de evitación o escape, que tienen un especial significado para el mantenimiento de las conductas de dolor y la propia experiencia dolorosa. Los procedimientos más utilizados para el tratamiento de esta dimensión del dolor son técnicas psicológicas que pretenden evitar el componente aversivo, entre ellos sugestión, hipnosis, imaginación, retroalimentación.¹¹
- **Dimensión cognitivo-evaluadora:** hace referencia a las creencias, valores culturales y variables cognitivas de la persona, como la percepción de control o autoeficacia. Las técnicas psicológicas de control del dolor preparan al paciente para que experimente el dolor sin catastrofismos y sea capaz de utilizar las medidas de afrontamiento más adecuadas.¹¹

VARIABLES PSICOLÓGICAS DEL DOLOR

Desde 1968, las emociones se han establecido como una de las dimensiones que configuran la experiencia de dolor (Melzack y Casey, 1968). Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son ansiedad, miedo y depresión; además, la presencia de dolor posoperatorio puede dar lugar a insomnio y trastornos de conducta, que contribuyen a dificultar la recuperación normal del paciente después de un procedimiento quirúrgico. Por todo ello resulta obvio el efecto que los factores emocionales tienen sobre la experiencia de dolor, aunque es prácticamente imposible desligarlo del que generan la intervención quirúrgica por sí misma y las circunstancias que la rodean.⁹

En la actualidad se acepta que la “mentalidad” con la que el paciente afronta la intervención quirúrgica puede ejercer una gran influencia sobre la evolución del periodo posoperatorio; esta mentalidad depende sobre todo del grado de ansiedad preoperatoria y el tipo de personalidad, los cuales determinan en mayor o menor medida la respuesta del paciente después de la intervención, así como las consecuencias que se derivan de ésta, por ejemplo el dolor posoperatorio. Sin duda, la intensidad

del dolor está influida por factores físicos, psíquicos y emocionales, aspectos de la personalidad, factores sociales, culturales e interpersonales, así como la existencia de una experiencia frente al dolor.⁹ También se admite que, en la percepción del dolor, los comportamientos y las conductas que las personas manifiestan frente a su dolor intervienen numerosas variables y su importancia radica en el hecho de que, en buena medida, son aprendidas.¹² Este aprendizaje tiene la mediación de factores sociales, en particular por la influencia de las personas cercanas al paciente y las concepciones que éstos tengan del dolor; por ejemplo, quejas, gemidos, gritos, llantos y expresiones faciales de sufrimiento ante las sensaciones aversivas del dolor producen en ocasiones en los pacientes “beneficios psicosociales” por parte de sus familiares, amigos y profesionales sanitarios, como atención, dedicación y amabilidad; esto puede fortalecer e incrementar la frecuencia de las manifestaciones externas de dolor y pueden expresarse al margen de que permanezcan las condiciones de estimulación aversiva que las propiciaron.¹³ Desde este punto de vista, las conductas del dolor no sólo son una respuesta a una estimulación dolorosa (nocicepción), sino que se consideran el producto de la integración de dicha información y la proveniente del aprendizaje en el sistema nervioso central.¹⁰ A este respecto, Fordyce (1999) señala que el dolor, en muchos casos, puede ser más el producto del reforzamiento que un problema físico. Por ello, en la atención a pacientes con dolor es importante realizar una evaluación conductual que permita comprender y determinar las consecuencias que tienen los comportamientos de las personas que lo sufren.¹⁴

MIEDO

El miedo es casi siempre efecto de la angustia de padecer dolor cuando desaparecen los efectos de la anestesia. Infortunadamente, a menudo las molestias dolorosas son muy superiores a las esperadas, lo que establece un fuerte estado de agitación en el paciente, sobre todo si se trata de la primera experiencia quirúrgica. La incertidumbre y el miedo son mayores cuando, en virtud de un déficit de información, el paciente no sabe qué esperar de la intervención. También el ingreso en un hospital suscita miedo, ansiedad y estrés que se traducen en un grado directamente proporcional de dolor posoperatorio; en realidad, el grado de estrés hospitalario parece relacionarse con un entorno desconocido, separación de la familia, carencia de información y experiencia con tratamientos analgésicos inadecuados. Todo ello conduce a un estado de hipervigilancia y ansiedad que reduce el umbral de percepción del dolor y “abre la puerta a un auténtico círculo vicioso”.⁹

ANSIEDAD

En un metaanálisis realizado en 2009 en el que se revisaron los factores predictivos de dolor posoperatorio se analizan aquéllos derivados del paciente, entre los que sobresale la ansiedad.¹⁵ Ésta es muy habitual entre los pacientes con dolor y constituye uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico; en general se acepta que a mayor ansiedad mayor dolor.¹⁵ La ansiedad facilita un aumento de la tensión

y, por lo tanto, de la intensidad del dolor.^{6,16-18} Asimismo, actúa como potenciadora y mantenedora del dolor y se considera que el dolor se percibe como más intenso y desagradable cuanto mayores sean los grados de ansiedad.¹⁹

Aunque la relación entre ansiedad y dolor se ha puesto de manifiesto por numerosos autores, no se ha logrado un consenso absoluto sobre la relación precisa entre ambos; no obstante, en líneas generales, se acepta que a mayor grado de ansiedad mayor dolor.⁹ En apariencia, la ansiedad continua produce un incremento de la tensión muscular, alteraciones del sistema nervioso autónomo y mayor receptividad y aumento de la percepción de los estímulos dolorosos; sus consecuencias son un mantenimiento más prolongado de la sensación dolorosa, aunque el estímulo nociceptivo cese.²⁰

Por consiguiente existe una notoria interrelación entre la experiencia de dolor y la ansiedad hasta tal punto que, como indican Díez y Llorca,¹² “manteniendo constante la intensidad del dolor es el aumento de la ansiedad lo que hace a los pacientes calificar su dolor como insoportable, provocando el consiguiente aumento del consumo de fármacos y complicando aún más su situación; ello implica que la reducción de la ansiedad, de acuerdo con la estrategia terapéutica más adecuada en cada caso, de manera indirecta supone un alivio del dolor”.

DEPRESIÓN

Cuando el dolor posoperatorio no se trata de modo adecuado puede tornarse crónico, lo cual tiene terribles consecuencias en la calidad de vida de las personas y los costos sanitarios generados en el futuro, en especial si el paciente es joven (por razones evidentes de esperanza de vida). La propiedad crónica del dolor produce un estado depresivo como consecuencia de la reducción de las capacidades personales para manejarlo. Esto da lugar a conductas caracterizadas, en esencia, por una visión catastrofista de uno mismo, el mundo y el futuro (la denominada triada depresiva de Beck),²¹ que determinan la aparición de la depresión en los pacientes en relación directa con la discapacidad e intensidad del dolor.²²⁻²⁴

La depresión supone una de las respuestas emocionales más vinculadas con el dolor. La presencia de depresión en pacientes con dolor parece producir un incremento de las conductas manifiestas de dolor, las cogniciones negativas respecto del dolor y la enfermedad, mayor dificultad para expresar sentimientos negativos y menor grado de actividad de los pacientes, todo lo cual contribuye a un mayor grado de interferencia del dolor en sus vidas y un incremento de la dificultad de tratamiento.⁶

La depresión suele manifestarse en forma de humor deprimido, episodios de llanto, baja autoestima, pensamientos de muerte y suicidio, disminución del sueño, apetito y libido, grados bajos de energía y actividad, problemas de concentración, dificultades con la memoria a corto plazo y retraimiento social. Es habitual detectar déficits cognitivos y conductuales semejantes a lentitud en el pensamiento, atención focalizada en su propio problema, déficits de concentración y dificultades en el control de los impulsos.³

FORMAS DE AFRONTAMIENTO

Las formas de afrontar el dolor pueden definirse como los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para superar la situación potencialmente amenazante que supone dicho dolor. Algunos estudios sugieren que la utilización de medidas activas de afrontamiento se relacionan con menor dolor, mientras que otras son más pasivas (p. ej., tener fantasías esperanzadoras, como imaginarse que el dolor terminará pronto, o el rezo) y se acompañan de un mayor dolor.^{22,25-27}

La distracción como forma de afrontamiento obtiene resultados opuestos: mientras algunos estudios indican que se trata de una medida adaptativa, otros muestran lo contrario.^{22,27} La expresión de las emociones también puede considerarse una forma de afrontamiento; algunos estudios sugieren que la nula expresión de emociones se relaciona con un mayor dolor.²⁸ Una de las emociones más estudiadas en este sentido es la ira y se ha observado que la inhibición de su expresión tiene correlación con el dolor.²⁹

La medicación, excesiva o insuficiente (por miedo a sus efectos secundarios) puede considerarse también una forma de afrontamiento,¹ al igual que la búsqueda de apoyo social; en este caso, parece que los pacientes que manifiestan tener mayor apoyo social son los que sufren menos dolor.³⁰

Según Moix-Queraltó,¹ el apoyo social puede ayudar a los pacientes de dos maneras: tener más oportunidades de expresar sus sentimientos en torno del dolor y obtener más información y ayuda para solventar las situaciones problemáticas que se les presentan. En esta misma línea, Moix-Queraltó¹ identifica otro aspecto sobre el que se puede evaluar el fenómeno doloroso: “autoeficacia”. Se trata de la capacidad que un individuo cree tener para solucionar o afrontar una situación concreta. En el caso de pacientes con dolor, hace referencia a lo capaces que se sienten de controlar el proceso doloroso; en este sentido, se ha comprobado que las personas más autoeficaces son las que sienten menos dolor, manejan mejor su dolor y muestran mejores resultados en los tratamientos.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR

El dolor constituye una experiencia universal que afecta a toda la población en algún momento de su vida y resulta de la interacción, recíproca y dinámica, de aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Por ello, la evaluación del dolor debe presuponer que se trata de una experiencia multidimensional, única para cada persona. Asimismo, la evaluación debe abarcar el efecto del dolor en las actividades sociales y laborales, objetivos vitales y la calidad de vida en general del paciente y los familiares.³¹

En términos generales, la valoración del dolor puede efectuarse a través de tres métodos que tratan el dolor desde perspectivas diferentes:

Métodos observacionales: se basan en la valoración de la conducta del sujeto ante el dolor y se acompaña de cambios de la conducta, que son indicativos de

su padecimiento: llanto, gestos, suspiros, absentismo laboral, etc. Estas manifestaciones están influidas por el entorno cultural, estados emocionales y variabilidad psicológica de cada paciente. Los métodos observacionales de medición del dolor utilizan escalas de evaluación consistentes en determinar si han aparecido o no estas conductas, duración, frecuencia e intensidad.³²

Métodos fisiológicos: se usan junto con otras medidas conductuales; estos métodos estudian las respuestas psicofisiológicas del sistema nervioso autónomo (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, concentraciones de endorfinas, catecolaminas o cortisol, termografía, dilatación pupilar, palidez, entre otros) y orientan la situación dolorosa en la que se encuentra un paciente, sobre todo cuando estas respuestas se normalizan al mejorar o desaparecer el fenómeno doloroso.³²

Métodos subjetivos: son los mejores indicadores de dolor y consisten en la obtención de información proveniente del paciente, a través de sus manifestaciones verbales o escritas. Existen dos tipos de modelos: unidimensionales y multidimensionales. Los primeros (escalas cuantitativas o de intensidad) consideran el dolor como una dimensión única y valoran de modo exclusivo su intensidad, son fáciles de aplicar y su fiabilidad es aceptable; su uso se limita a la valoración del dolor agudo, ya que no incluyen la naturaleza multidimensional del dolor. Entre los modelos unidimensionales se encuentran escalas verbales, numéricas y analógico-visuales o de representación de expresiones faciales. Los modelos multidimensionales están indicados sobre todo en el dolor crónico; en ellos se evalúan tres aspectos: sensorial, afectivo y evolutivo. Sus técnicas de medición son complejas y evalúan la intensidad del dolor, cualidad y efectos que éste produce sobre otras variables psicológicas y sociales. Entre las técnicas más utilizadas figuran el cuestionario de McGill, el cuestionario de Dartmouth, la prueba de Lattinen y el inventario breve del dolor.³³

Todas las personas tienen derecho a que se alivie, controle o prevenga el dolor, pero para ello es necesario que reciban atención de profesionales integrados en equipos interdisciplinarios con la debida formación y experiencia en la evaluación y el tratamiento del dolor, en los aspectos clínicos, psicológicos y sociales. La evaluación del dolor es la base que posibilita su control.³¹ En la evaluación del dolor posoperatorio, desde el punto de vista psicológico, resulta clave establecer cuáles son los factores desencadenantes de las conductas de dolor posoperatorio. Entre los factores internos se encuentran los pensamientos racionales o irracionales en torno del dolor, tales como considerarse incapaz de controlar y tolerar el dolor, pobre efecto de los tratamientos, existencia de una enfermedad subyacente no identificada o anticipación de efectos negativos (en pacientes que atienden con demasiado detalle las sensaciones relacionadas con el dolor). Entre los factores externos pueden reconocerse los cambios de temperatura, ruidos, cargas laborales, cambios de rutina, problemas personales, presencia de otras personas o situaciones que provocan estrés.

Además de la utilización de las herramientas adecuadas para la valoración del dolor (escalas, autorregistro, cuestionarios, que se describen en otros capítulos de este libro), la evaluación del dolor debe incluir siempre una entrevista con el paciente y las personas más cercanas a éste (cuidadores, familiares, amigos). La entrevista aporta una información crítica y única y hace posible la exploración de todos los objetivos de evaluación del dolor. También permite obtener datos directos de observación de conductas de dolor

(expresiones faciales, cambios posturales, evitación de actividades, entre otras) y del estado emocional. La entrevista a los cuidadores y miembros familiares aporta una valiosa información que puede contrastar y ampliar los datos aportados por el paciente en varios aspectos, por ejemplo la evaluación de su comportamiento en respuesta a las conductas de dolor. En el caso de pacientes que presentan daños cognitivos o de comunicación, la información de los cuidadores es un requisito imprescindible.³⁴

Desde el punto de vista psicológico, los objetivos de la evaluación del dolor deben ser los siguientes:⁸

- Determinar la frecuencia, intensidad, localización y cronología temporal del dolor.
- Determinar cuál es el estado emocional (ansiedad, depresión, ira u otros), percepciones y conductas ante el dolor (quejas, administración de analgésicos, cumplimiento de tratamientos).
- Determinar los factores, antecedentes internos y externos que aumentan o disminuyen la experiencia dolorosa.
- Identificar las consecuencias, a corto y largo plazos, de las conductas y experiencia del dolor: en los planos personal y familiar y en las actividades.
- Determinar el grado de adaptación al dolor, incluidos el estado emocional, afrontamiento y funcionamiento físico, social, de pareja y familiar.
- Poner de manifiesto el papel de los factores psicológicos en la etiología, mantenimiento y exacerbación del dolor.
- Valorar la probabilidad de desarrollar incapacidad relacionada con el dolor.
- Reconocer las intervenciones terapéuticas más apropiadas para cada paciente, junto con el equipo interdisciplinario; diseñar el plan de tratamiento idóneo y el método para valorar los resultados.

TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR POSOPERATORIO

El tratamiento del dolor ha evolucionado, al igual que su definición. Mientras en un principio el dolor se percibía desde una perspectiva muy fisiológica, el tratamiento se reducía a un tipo de técnicas médicas, como fármacos, intervenciones invasivas, y otras más. Sin embargo, a medida que el dolor se define como una afectación más global, la forma de tratarlo también se amplía.

En la actualidad, el control satisfactorio del dolor posoperatorio es todavía un reto. A diferencia de otros tipos de dolor, las características e intensidad del dolor posoperatorio son previsibles, por lo que es posible anticiparlo, reducir sus inconvenientes y prevenir sus complicaciones; en consecuencia, entre los objetivos de los profesionales sanitarios debe estar el tratamiento efectivo del dolor posoperatorio desde un enfoque multidimensional y multidisciplinario. Cada día son más numerosas las publicaciones que concluyen que los tratamientos interdisciplinarios del dolor son más efectivos,³⁵ de tal manera que los profesionales que intervienen en

la evaluación y el tratamiento del dolor lo hacen desde la perspectiva de sus diferentes disciplinas sanitarias, sociales y otras más. Por ello, todos los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental en la evaluación y tratamiento del dolor posoperatorio: su formación, entrenamiento y experiencia en la aplicación de técnicas no farmacológicas de control del dolor son claves para potenciar la eficacia de los analgésicos (el apoyo emocional, por ejemplo, reduce la activación emocional durante el periodo perioperatorio e incide en los mecanismos que intervienen en la aparición del dolor posquirúrgico).⁹

A pesar de que la función de las medidas adyuvantes de la medicación analgésica es limitada en el dolor agudo posoperatorio, numerosas intervenciones no farmacológicas pueden tener utilidad en su control. Los beneficios que acompañan a las medidas psicológicas dependen en gran medida de la personalidad del paciente y el contexto en el que aparece el dolor. Las maniobras de distracción, la concentración en la respiración o la relajación muscular pueden ayudar a reducir la tensión y el temor ante el dolor agudo. La hipnosis utilizada en los pacientes quirúrgicos también parece reducir las demandas de analgesia y permitir un alta más temprana del paciente. A continuación se describen algunas técnicas cognitivo-conductuales empleadas en el tratamiento del dolor posoperatorio.⁹

RELAJACIÓN

Es una técnica dirigida a romper el círculo establecido entre dolor, tensión y dolor. La más usada es la técnica de Jacobson. La presuposición básica de esta técnica es que la tensión muscular desempeña un papel destacado en el fenómeno doloroso y que se desarrolla un círculo vicioso de “tensión-dolor-tensión”. Esto supone que, ante una lesión dolorosa, se produce una respuesta de tensión muscular en la zona afectada que puede intensificar el dolor y contribuir a elevar la tensión, con repetición del mismo fenómeno de manera sucesiva.³⁶ Las técnicas de relajación tienen por objetivo interrumpir este círculo vicioso, focalizar la atención del paciente en otras tareas distintas de la experiencia dolorosa, reducir los grados de ansiedad del paciente (de tal modo que también decline la sensación dolorosa) e incrementar en el sujeto la percepción de competencia, control y dominio personal. Además, la concentración del paciente en la realización de ejercicios de relajación hace que focalice su atención en éstos, no en la experiencia dolorosa.

Otras premisas teóricas que contribuyen a explicar la efectividad de las técnicas de relajación son las siguientes:^{37,38}

- Relación entre ansiedad y dolor: si la ansiedad potencia la percepción del dolor, al disminuir la ansiedad del paciente también lo hace la sensación dolorosa.
- Autocontrol fisiológico: la relajación produce en el sujeto un cierto sentido de control sobre su organismo y ello contribuye a incrementar en el paciente la percepción de competencia y dominio.
- Problemas de sueño: la relajación puede mejorar las frecuentes alteraciones del sueño que padecen las personas con dolor.

Los procedimientos de relajación consisten, en esencia, en la práctica regular y programada de una serie de ejercicios de contracción y distensión de diferentes bloques musculares, que se reduce de forma gradual; al mismo tiempo, el paciente intenta concentrar su atención en las sensaciones que experimenta durante los ejercicios y diferenciar la sensación de tensión o distensión y la relajación voluntaria de los músculos, al tiempo que es capaz de concentrar su atención en esas sensaciones.³⁹⁻⁴⁴

HIPNOSIS

Esta técnica utiliza la vivencia subjetiva del paciente para distraerlo de su concentración en el dolor por medio del uso de metáforas. Si el paciente es capaz, aunque sea con ayuda, de imaginar una experiencia concreta, ello puede emplearse para contrarrestar la experiencia de dolor y lograr un resultado beneficioso para el paciente.³⁶ Pese a los avances que se han logrado y la mayor efectividad de esta técnica, su uso está condicionado por la capacidad de imaginación de las personas, así como la de los clínicos para suscitar o sacar provecho de esa imaginación.⁴⁰

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Denominadas también “técnicas racionales”, se basan en la idea de que el paciente con dolor (tal y como ocurre en otras muchas afecciones) posee un sistema de creencias, ideas y valores inadecuados, con un predominio claro de pensamientos catastróficos, negativos y fatalistas que deben modificarse. Por lo tanto, la reestructuración cognitiva es un tratamiento dirigido a modificar los pensamientos catastrofistas que tienen los pacientes con dolor, en un intento por promover la creencia de que éste es controlable.⁹ Entre las técnicas usadas, la más común es el tratamiento racional emotivo que propuso Ellis^{12,41} y que consiste fundamentalmente en lo siguiente:

- Revelar al paciente sus presuposiciones sobre el origen del problema
- Ayudarlo a identificar sus pensamientos irracionales mediante la autoobservación y la ayuda
- Persuadirlo de la irracionalidad de sus creencias y promover el abandono de su utilización
- Aplicar todos estos elementos a su vida real

HIGIENE DEL SUEÑO

En muchos casos, el dolor trae consigo problemas para conciliar o mantener el sueño, por lo que es fundamental guiar a los pacientes en la realización de técnicas que promuevan el descanso, reposo y sueño.¹

TÉCNICAS DISTRACTORAS E IMAGINATIVAS

En lo que se refiere a la distracción, esta técnica es un procedimiento que intenta reducir el componente emocional aversivo de la experiencia de dolor y trasladar el foco de atención a otros pensamientos neutrales distintos. El aumento de la tolerancia al dolor mediante técnicas de distracción puede deberse a que evita la focalización en los aspectos desagradables y emocionalmente aversivos de la situación de dolor.⁴²

Dada la capacidad limitada, tanto de la memoria de trabajo como de la conciencia, la atención es un mecanismo de procesamiento de información utilizado para filtrar la información relevante de la irrelevante. En el caso de la intervención en el dolor, si se ocupa la actividad consciente en otros contenidos diferentes del dolor (sin connotaciones adicionales desagradables), se dificulta la aparición de pensamientos relacionados con la experiencia dolorosa y la carga emocional aversiva que lleva consigo.⁴²

La importancia de la distracción como mecanismo de especial relevancia para el control del dolor puede ponerse de manifiesto por el hecho de que una de las consecuencias evidentes del dolor es que dificulta la aparición de otros pensamientos diferentes del propio dolor, las más de las veces acompañados de la consiguiente carga afectiva desagradable.¹¹

Sufrir dolor en un determinado momento afecta incluso a la experiencia emocional relacionada con recuerdos o vivencias anteriores; se ha demostrado que la experiencia de dolor afecta al “recuerdo autobiográfico” de diferentes formas: impide que accedan a la memoria recuerdos agradables, al tiempo que permite el fácil acceso de los recuerdos desagradables o en los que el dolor sea un componente importante.⁴³

La imaginación de escenas, por lo general agradables, ha demostrado su eficacia en la tolerancia al dolor, a través de la realización de técnicas distractoras que dificultan la aparición de pensamientos o reacciones afectivas negativas y generan un estado emocional agradable, contrario al de la experiencia dolorosa. Esto hace que las más de las veces los efectos terapéuticos de este procedimiento sean mejores que los de la simple distracción.⁴³

CONCLUSIONES

El dolor es un fenómeno complejo y multidimensional en el que el individuo tiene una doble experiencia, perceptiva y afectiva, propiciada por múltiples elementos que interactúan: la personalidad del individuo, sus emociones y un buen número de variables psicológicas actúan como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor. Por lo tanto, el dolor no es un problema aislado, sino que afecta a muchas áreas de la vida del individuo y puede producir cambios afectivos y psicológicos profundos, de tal modo que las conductas de dolor forman círculos viciosos difíciles de disolver y que favorecen el mantenimiento del dolor e incluso incrementan su percepción.

El abordaje del dolor posoperatorio desde una perspectiva psicológica debe basarse en una evaluación conductual que permita comprender y determinar las consecuencias que tienen los comportamientos de las personas que sufren dolor. Considerar la influencia que ejercen los factores psicológicos sobre el dolor hace posible comprender cómo el individuo lo enfrenta: el modo en el que el paciente afronta la intervención quirúrgica puede ejercer una gran influencia sobre la evolución del periodo posoperatorio.

El dolor posterior a una operación, como acontecimiento vital complejo, requiere la intervención de diversas disciplinas científicas y debe incluir el apoyo psicológico a los pacientes, en especial después de intervenciones radicales o de pronóstico vital incierto.

REFERENCIAS

1. **Moix-Queraltó J:** Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. Anuario de Psicología (Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia) 2005;36(1):37-60.
2. International Association for the Study of Pain, the subcommittee on taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Pain 1986(suppl. 3).
3. **Miró J:** *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Barcelona: Desclee de Brower, 2002.
4. **Penzo W:** *El dolor crónico: aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca, 2002.
5. **Van-Der Hofsta CJ, Quiles MJ:** Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. Rev Soc Esp Dolor 2001;8:503-510.
6. **Truyols-Taberner M, Pérez-Pareja J, Medinas-Amorós M, et al.:** Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor. Clínica y Salud (Madrid) 2008;19(3).
7. **Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, et al.:** Aspectos psicosociales del dolor. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace 2003;66:46-55.
8. **Cañellas M, García G, Moix J, et al.:** Personalidad y dolor crónico. Psiquis (Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática) 2005;26(3):17-24.
9. **Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM:** Prevalencia del dolor posoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev Soc Esp del Dolor 2000;7(7).
10. **Fordyce MW:** Pain and suffering. American Psychologist 1999;43(4):276-283.
11. **Choliz M:** El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. Ansiedad y Estrés 1994;0:77-88.
12. **Díez A, Llorca G:** *Aspectos psicológicos asociados al dolor*. En: Muriel-Villoria C. Dolor crónico. Arán Ediciones 2007:68-103.
13. **Donker F:** Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico. En Buela-Casal G, Caballo VE, editores. *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI, 1991:27-48.
14. **Bayés R:** *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
15. **Abrishami A, Peng PW, Wong J:** Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. Anesthesiology 2009;111(3):657-77.
16. **Kerns RD, Rosenberg R, Otis JD:** Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. Annals of Behavioral Medicine 2002;24(2):100-105.

17. **McCracken LM, Iverson GL:** Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. *Journal of Pain Symptom Management* 2001;21(5):392-396.
18. **Pérez-Pareja J, Borrás C, Palmer A, et al.:** Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema* 2004;16(3):415-420.
19. **Turk DC, Okifuji A:** Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70(3):678-690.
20. **Ahles TA, Cassens HL, Stalling RB:** Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1997;18(3):215-222.
21. **Corbishley MA, Hendrickson R, Beutler LE, et al.:** Behavior, affect, and cognition among psychogenic pain patients in group expressive psychotherapy. *Journal of Pain Symptom Management* 1990;5:241-248.
22. **Esteve R, López A, Ramírez C:** Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Journal of Health Psychology* 1999;11(1-2):77-102.
23. **Geisser ME, Robinson ME, Keefe F, et al.:** Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain* 1994;59:79-83.
24. **Bishop KL, Ferraro FR, Borowiak D:** Pain management in older adults: role of fear and avoidance. *Clinical Gerontologist* 2001;23(1-2):33-42.
25. **Vallejo M, Comeche MI:** *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1994.
26. **Grant LD, Long BC, Willms JD:** Women's adaptation to chronic back pain: daily appraisals and coping strategies, personal characteristics and perceived spousal responses. *Journal of Health Psychology* 2002;7(5):545-564.
27. **McCracken LM, Goetsch VL, Semenchuk EM:** Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain: immediate assessment following a specific pain event. *Behavioral Medicine* 1998;24(1):29-34.
28. **Rodríguez-Parra MJ, Esteve RE, López AE:** Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta* 2002;26(107):391-418.
29. **Keefe FJ, Lumley M, Anderson T, et al.:** Pain and emotion: new research directions. *Journal of Clinical Psychology* 2001;57(4):587-607.
30. **Casado MI, Urbano MP:** Emociones negativas y dolor crónico. *Ansiedad y Estrés* 2001;7(2-3):273-282.
31. **Amir M, Neuman L, Bor O, et al.:** Coping styles, anger, social support and suicide risk in women with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2000;8:7-20.
32. **López S, López A, Zaballos M, et al.:** Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria ASECMA 2012.
33. **Soler E, Faus MT, Montaner MC, et al.:** Prevalencia, medición y valoración del dolor posoperatorio. Madrid: Ediciones Ergón, 2003:31-55.
34. **Turk DC, Burwinkle TM:** Assessment of chronic pain in rehabilitation: outcomes measures in clinical trials and clinical practice. *Rehabilitation Psychology* 2005;50(1):56-64.
35. **Bradley LA, McKendree-Smith NL:** Central nervous system mechanisms of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders: behavioral and psychologic treatment approaches. *Current Opinion in Rheumatology* 2002;14(1):45-51.
36. **Esteban S:** El dolor crónico y su abordaje interdisciplinar desde una residencia asistida. *Dolor* 1999;14:193-210.

37. **Miró J:** Aportaciones de la psicología al tratamiento del dolor crónico: una revisión selectiva. I. Relajación y biofeedback. C. Medicina Psicosomática 1991;17:7-20.
38. **Amuntio A:** *Teoría y práctica de la relajación*. Barcelona: Martínez Roca, 1998.
39. **Vera NM, Vila J:** Técnicas de relajación. En: Caballo VE, ed. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI, 1991:161-182.
40. **Badia X, Cleeland CS, Muriel C, et al.:** Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. Medicina Clínica 2003;120(2):52-59.
41. **Pear JJ:** Métodos operantes. En: Caballo, VE, ed. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI, 1991:299-327.
42. **Donker FJ:** Tratamiento psicológico del dolor crónico. En: Simón MA, editores. *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999:537-556.
43. **Eich E, Rachman S, Lopatka C:** Affect, pain, and autobiographical memory. Journal of Abnormal Psychology 1990;99:174-178.
44. **Méndez FX, Olivares J, Quiles MJ:** Técnicas de relajación y respiración. En: Olivares J, Méndez FX, eds. *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998:27-78.

MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

Paz Francisco Saucedo Flores

Capítulo 6

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el dolor se considera el quinto signo vital, por lo que su manejo representa un reto importante para los profesionales de la salud, sobre todo para tomar decisiones terapéuticas adecuadas que permitan su control y resolución.

En este capítulo se presentan de modo inicial los aspectos importantes a considerar en el manejo del dolor posoperatorio a partir de su definición; asimismo, se describe la función de enfermería en el manejo farmacológico y no farmacológico. La valoración, revaloración y seguimiento del dolor también son parte muy importante, por lo que se revisan algunas escalas para la valoración de la intensidad del dolor, así como los protocolos para su control farmacológico; por último se describe el manejo del dolor desde las perspectivas farmacológica y no farmacológica.

DEFINICIÓN DEL DOLOR

Según la *International Association for the Study of Pain*, el dolor es “una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos”.¹ En el año 2005, la *North American Nursing Diagnosis Association* añadió que el dolor tiene un inicio súbito o lento de intensidad leve a grave, constante o recurrente, sin un final anticipable o previsible.² El dolor puede considerarse de utilidad cuando sirve como signo de alarma de una alteración orgánica;³ sin embargo, su presencia prolongada puede provocar discapacidades, limitaciones y dependencia en todos los aspectos vitales de la persona: familiar, laboral y social.⁴ Es importante reconocer que el principal dato para valorar el dolor es la indicación del propio paciente y, asimismo, no debe perderse de vista que la intensidad de dolor puede ser variable y muchas veces se relaciona con el estado de

ánimo y una percepción subjetiva, la cual está modulada, entre otros aspectos, por el significado que cada persona tiene de ese dolor.

FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Es importante señalar que si el manejo del dolor es efectivo, mejoran en grado notable las condiciones generales del paciente, lo que facilita una pronta recuperación y disminuye al mismo tiempo la estancia hospitalaria; en cambio, su manejo ineficaz se acompaña de episodios adversos. En consecuencia, la participación del personal de enfermería es fundamental en el manejo del dolor, dado que su proximidad con el paciente constituye una fuente de información relevante para el médico; más aún, es el que valora y documenta el dolor, administra los fármacos, identifica los posibles efectos secundarios y, sobre todo, continúa la vigilancia del dolor, así como su grado de alivio.

Parte relevante de la participación de enfermería es el manejo del dolor farmacológico y no farmacológico. Hoy en día representa un reto para las diferentes instituciones hospitalarias en todo el mundo en cuanto a mejorar sus procedimientos clínicos y administrativos, con el propósito de ajustarse a los estándares de calidad y seguridad que establecen las instituciones nacionales e internacionales reguladoras de salud. La seguridad del paciente se ha convertido en un tema esencial para los sistemas de salud, los cuales han iniciado la aplicación de planes de mejoría en la atención del paciente orientados a eliminar episodios adversos prevenibles, entre ellos en particular la administración de analgésicos.

Por consiguiente, es importante destacar que la labor del personal de enfermería enfocada en el paciente debe garantizar la integridad física, psicológica, social y moral de la persona; de igual modo, el proceso de administración de fármacos es una actividad dependiente que debe realizarse con mucho cuidado, dado que es de gran importancia asumir que el profesional de salud tiene en sus manos la responsabilidad de preservar la vida humana. Hay que añadir también que el correcto desarrollo implica el aseguramiento de la calidad en el cuidado de los pacientes y, por lo tanto, es preciso considerar los “siete correctos”⁵ para el suministro de analgésicos y realizar una labor más eficaz.

Los “siete correctos” para la administración de fármacos permiten al personal de enfermería administrar de manera adecuada analgésicos y disminuir la posibilidad de errores.

IDENTIDAD DEL PACIENTE

Se recomienda al menos el uso de dos datos (identificadores) para reconocer a un paciente, por ejemplo su nombre, número de identificación, fecha de nacimiento, entre otros. En caso de que no se identifique al individuo y padezca alteración del estado de conciencia, los datos pueden encontrarse en los brazaletes de identifica-

ción o membretes.⁵ Por lo tanto, es importante confirmar la identidad de la persona que será objeto de administración de un fármaco.

FÁRMACO PRESCRITO

Es necesario verificar algunos aspectos del analgésico a administrar, como nombre o fecha de caducidad. Se revisa de manera verbal y visual el etiquetado de los fármacos ya preparados antes de su administración; además, se lleva a cabo una doble verificación cuando la persona que prepara el analgésico no es la misma que lo administra.⁵

CADUCIDAD

Se debe confirmar la caducidad del fármaco a administrar.

HORA Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN PRESCRITAS

Es preciso asegurar y verificar que el intervalo de dosificación del fármaco es el indicado.

Asimismo, hay que tomar en cuenta las siguientes indicaciones:

- Rotular las jeringas (si el analgésico se administra con ellas).
- Disponer todos los fármacos a administrar en una sola bandeja al momento de suministrar la medicación, además de que la bandeja debe asignarse a un solo enfermo.
- Nunca deben disponerse en una misma bandeja fármacos pertenecientes a varios enfermos, ya que esto eleva la posibilidad de error.

DOSIS PRESCRITA

El personal de enfermería encargado de la administración de analgésicos debe conocer la dosis a administrar y no perder de vista que algunos fármacos requieren doble revisión.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN INDICADA

La vía seleccionada siempre debe ser la más segura. El personal de enfermería responsable de la administración de fármacos debe conocer la vía indicada para la administración del analgésico.

VELOCIDAD DE INFUSIÓN

Es preciso confirmar la velocidad correcta de infusión. En cuanto a la técnica, la administración de fármacos puede parecer muy simple; no obstante, como responsabilidad del personal de enfermería, es mucho más complicado de lo que parece. Por último, la administración de analgésicos es una de las intervenciones de enfermería más frecuentes en el área hospitalaria, por lo que es fundamental uniformar las normas de realización y asegurar así la calidad de los cuidados proporcionados a los enfermos de forma eficiente y segura.

VALORACIÓN DEL DOLOR

La determinación de la intensidad del dolor puede efectuarse mediante una escala validada. Entre varias disponibles, se recomienda el uso de la **escala visual analógica (EVA)**, que hace posible cuantificar la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre un observador y otro.⁶

Esta herramienta consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se registra la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor. Se le pide al individuo que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimétrica. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros:

Sin dolor _____ Máximo dolor

Por otro lado, la **escala numérica (EN)** es un conjunto de números de cero a 10, en el cual cero es la ausencia del síntoma a evaluar y 10 su mayor intensidad. Se le solicita al enfermo que seleccione el número que mejor califique la intensidad del síntoma que debe determinarse. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.⁶

.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10.....
Sin Dolor Máximo Dolor

Sin embargo, y después de la valoración inicial, es fundamental llevar a cabo una revaloración y registro periódico de la intensidad del dolor y necesidades del paciente, con base en criterios o protocolos establecidos por la misma unidad o institución.

Esta revaloración periódica del dolor hace posible determinar si las medidas utilizadas para su tratamiento son las adecuadas para cada paciente.

Algunos aspectos a considerar en esta revaloración son los siguientes:

- Identificación, localización e irradiación del dolor
- Comienzo, intensidad y evolución
- Factores que lo alivian o agravan

- Determinación de la actitud del paciente y familia
- Tratamiento previo

Es recomendable contar con registros de seguimiento de los pacientes que permitan determinar la eficacia del tratamiento farmacológico, así como los posibles efectos secundarios; esto puede llevar a tomar decisiones sobre los procedimientos analgésicos empleados.

PROTOCOLOS PARA EL MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

Un protocolo para el manejo del dolor farmacológico y no farmacológico permite contar con una herramienta que facilita la atención eficaz y segura del dolor posoperatorio y disminuye el riesgo de eventos adversos relacionados con esta terapéutica.

Existen diferentes métodos o protocolos para el tratamiento del dolor; uno de ellos es la **escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**, también denominada escalera del dolor de la OMS, escalera terapéutica del dolor de la OMS o tan sólo escalera analgésica (es una expresión original [en inglés *WHO's pain ladder* y *WHO's pain relief ladder*] acuñada en el año 1984 en Ginebra y publicada en 1986 por la Organización Mundial de la Salud),^{7,8} para describir un método o protocolo de tratamiento y control del dolor en el cáncer (figura 6-1). No debe confundirse con las escalas de dolor empleadas para conocer el grado y evolución del dolor.

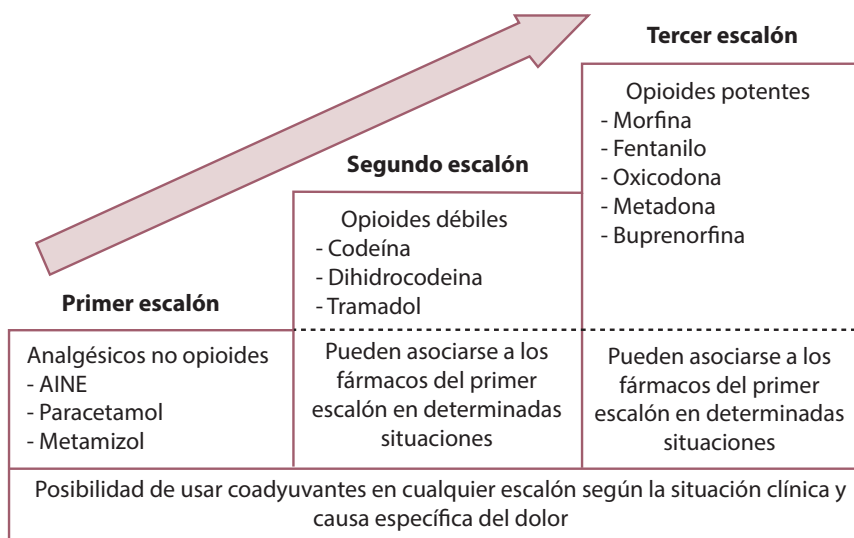


Figura 6-1. Escalera analgésica de la OMS modificada.⁶

En su origen, la escalera analgésica de tres escalones se describió para el tratamiento del dolor del cáncer terminal. Aunque en principio el objetivo fundamental de la OMS era su difusión a los países del Tercer Mundo, su uso por los profesionales médicos se ha extendido y se considera un principio general para el tratamiento de todo tipo de dolor. Con su uso es posible conseguir un porcentaje de alivio de 45 a 100% y se basa en la administración gradual de fármacos analgésicos en relación con la evolución e incremento del dolor con objeto de que el enfermo se libere del mismo.⁷

Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto con fármacos adyuvantes, si fuera necesario. Se deben administrar los fármacos de acuerdo con la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.⁶

Por otro lado, en Europa, y de manera específica en España, el Consejo Interterritorial del SNS creó en el año 2003 el Proyecto Guía-Salud que tiene como objeto tomar mejores decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y la configuración de un registro de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud.⁶ Desde entonces, el Proyecto Guía-Salud ha evaluado a decenas de GPC de acuerdo con criterios explícitos generados por su comité científico.

La guía general para cuidados paliativos (CP), en lo que respecta al control del dolor, establece las siguientes recomendaciones:

1. En la atención del dolor en CP se recomienda llevar a cabo una valoración integral del dolor, incluidos su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y la familia.
2. El equipo de profesionales que trata el dolor en CP debe instruir e incluir al paciente y su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.
3. En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA) o el cuestionario breve del dolor (CBD).
4. Se recomienda usar la escala analgésica de la OMS junto con fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben emplear los analgésicos según sean la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.
5. La administración de analgésicos debe ser pautada. Es necesario vigilar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada.
6. La morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.
7. Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos de elección en el dolor neuropático. En caso de intolerancia o contraindicación se recomiendan los anticonvulsivos (gabapentina). Los opioides pueden prescribirse en el dolor neuropático y son la primera opción que debe considerarse en caso de dolor relacionado con otra causa que exija un grado de analgesia con dichos fármacos. Cuando la respuesta al tratamiento es insuficiente se pueden añadir fármacos con distintos mecanismos de acción, siempre con vigilancia de la respuesta y los efectos adversos.
8. La morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo (1/6 de la dosis total diaria por dosis). El tratamiento alternativo es fentanilo oral transmucoso.

9. Los tratamientos alternativos no constituyen una forma de primera línea para el dolor en pacientes en CP.

En México, además de estas guías de prácticas clínicas, se han desarrollado lineamientos o parámetros de práctica para el tratamiento del dolor, a cargo de grupos de expertos que han establecido las siguientes recomendaciones para el control del dolor.^{9,10}

El dolor que se presenta en el posoperatorio es previsible en buena medida y puede controlarse en forma planificada, para lo cual es importante distinguir a dos grupos de pacientes con dolor agudo posoperatorio:

1. Casos no complejos. Estos individuos requieren esquemas de analgesia básicos que pueden conocerse y aplicarse por el médico anestesiólogo (en condiciones ideales), el cirujano o el médico tratante.
2. Casos complejos. Son necesarios esquemas de analgesia especializados, los cuales deben indicarse, ejecutarse y supervisarse por equipos de trabajo a cargo de un anestesiólogo.

Asimismo, se recomienda seguir los principios básicos.

PLANES PROACTIVOS

Es necesario desarrollar una planificación anticipada del esquema analgésico a administrar; este plan terapéutico debe elaborarse con base en varios aspectos: edad, estado físico, experiencias dolorosas, antecedentes de medicación habitual, tratamientos de dolor previos, posibles adicciones del paciente, entre otros más.

El plan de analgesia debe incluir medidas preanestésicas, transanestésicas y posanestésicas.

ENTRENAMIENTO Y EDUCACIÓN HOSPITALARIA

Contar con un programa de educación continua dirigido al equipo de salud (anestesiólogos, médicos, personal de enfermería, jefes de servicio) incrementa la calidad de la analgesia proporcionada. Este programa debe incluir la difusión y el estudio de las guías terapéuticas para el control de dolor posoperatorio, a fin de facilitar una mayor adherencia por parte de todo el personal.

ENTRENAMIENTO Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL CONTROL DEL DOLOR POSOPERATORIO

Estas medidas inician desde la consulta preanestésica, en la cual se le debe notificar al paciente y su familia su derecho a recibir una analgesia eficaz y segura en el poso-

peratorio; asimismo, se les instruye en cuanto al empleo de las escalas de medición del dolor y otras condiciones inherentes al acto anestésico quirúrgico.

VALORACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSOPERATORIO

Tal vez uno de los conceptos fundamentales en la aplicación de un programa eficaz y seguro de analgesia es la respuesta del paciente a las medidas empleadas, las cuales deben evaluarse de forma sistemática y continua. El control (vigilancia) de esta índole requiere un protocolo hospitalario sobre escalas de cuantificación del dolor y otras variables. De igual modo, el registro de las valoraciones se consigna en instrumentos validados para tal fin (gráficas, hojas de registro, entre otros).

DISPOSICIONES INSTITUCIONALES

La aplicación y seguimiento de estos lineamientos deben considerarse como obligatorios por parte de todo el personal de salud y deben formar parte de las directrices de calidad de los hospitales. La elaboración, seguimiento y aplicación de estos lineamientos deben estar a cargo de las diferentes direcciones del hospital.

La correcta y estricta aplicación de estas disposiciones exige personal médico y de enfermería debidamente entrenado y con conocimiento y dominio de estos campos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico es uno de los recursos más importantes para el manejo del dolor y puede establecerse el control farmacológico de acuerdo con la intensidad del dolor: leve, moderada o grave.

Los analgésicos no son iguales, ya que cada uno tiene sus propias ventajas y riesgos y pueden responder en mayor o menor medida de acuerdo con los tipos de dolor y sus causas. Por otro lado, es importante señalar que cada persona puede reaccionar de forma ligeramente distinta a los analgésicos.

Con la finalidad de comprender de qué modo actúan estos fármacos es necesario saber que las sustancias que contienen bloquean la producción de las prostaglandinas, las cuales tienen la función de desencadenar la sensación del dolor debido a que suprimen la acción de las enzimas ciclooxigenasas; en consecuencia, al mismo tiempo los analgésicos tienen también propiedades antiinflamatorias y antipiréticas (controlan la fiebre).

En forma general, los analgésicos se dividen en dos grupos: narcóticos y no narcóticos. Los primeros requieren prescripción médica y su uso es más frecuente en pacientes hospitalizados; ejemplo de ellos son morfina, fentanilo, hidromorfina, oxicodona y codeína. Tienen como beneficios controlar el dolor moderado a intenso y no causan sangrados; entre sus desventajas figuran causar estreñimiento, sueño,

náusea y vómito, además de que pueden ocasionar problemas urinarios o prurito y reducir la frecuencia respiratoria, sobre todo al inicio de su administración; no obstante, este problema es poco frecuente entre los pacientes que consumen estos analgésicos con regularidad.

ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS

Estos analgésicos comprenden una amplia gama de sustancias y son los de primera elección, adecuados por su utilidad en diversos tipos de dolor, en especial por la seguridad con que pueden emplearse a las dosis recomendadas.

Estos fármacos se conocen como antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o NSAID (por sus siglas en inglés) y algunos se pueden adquirir sin receta médica, como ácido acetilsalicílico, ibuprofeno o naproxeno. Otros pueden necesitar receta médica: flurbiprofeno, diclofenaco, tolmetina, ketoprofeno, nabumetona, dexibuprofeno, indometacina, meloxicam y celecoxib.

Como se ha comentado ya, los analgésicos no narcóticos son los fármacos apropiados para el tratamiento de diversos tipos de dolor, así como la reducción de procesos inflamatorios, espasmos o esguinces musculares, ya que suministran una mayor seguridad al utilizarse en las dosis recomendadas. Los beneficios son el control del dolor leve o moderado y algunos se pueden adquirir sin prescripción médica; como desventajas debe señalarse que algunos de estos fármacos pueden inducir molestias gástricas, como irritación y en algunos casos más graves problemas en la coagulación sanguínea o trastornos renales.

Tiempo de acción de los analgésicos

En general, los analgésicos son sustancias de acción rápida, es decir, que mitigan el dolor media hora después de su consumo en promedio.

Duración de la acción

Existen grandes variaciones; algunos mantienen su efecto durante 24 h y otros durante 6 h; sin embargo, cualquiera de los analgésicos proporciona tiempo suficiente para vigilar otros síntomas relacionados con el dolor y controlarlos.

Administración de analgésicos de acuerdo con el tipo de dolor

Para el dolor leve a moderado, los más prescritos son los AINE, como paracetamol, ácido acetilsalicílico e ibuprofeno.

Para el dolor moderado a intenso se consideran los opiáceos (derivados del opio): morfina, hidromorfina, oxicodona o codeína, sin perder de vista que estos analgésicos se obtienen sólo bajo prescripción médica.

En algunas ocasiones, los narcóticos y no narcóticos pueden utilizarse en combinación para el tratamiento de este mismo dolor.

Consideraciones para el control de efectos secundarios en el tratamiento farmacológico

Es importante recordar que la función primordial de los analgésicos es bloquear la producción de prostaglandinas y que algunas tienen la función de proteger al estómago de la acción de los ácidos y permiten asimismo mantener el buen funcionamiento renal; por lo tanto, hay que considerar que el tiempo en el que se logra atenuar el dolor se puede irritar la mucosa del estómago y con el consumo prolongado o abuso de ellos se puede causar sangrado.

MANEJO DEL DOLOR A TRAVÉS DE ENFOQUES NO FARMACOLÓGICOS

Las modalidades físicas y psicosociales, y algunas otras, pueden emplearse de manera simultánea con el tratamiento farmacológico. Estas intervenciones pueden aplicarse en forma independiente por el personal de enfermería en común acuerdo con el paciente y su familia; en la figura 6-2 se puede observar la clasificación de los enfoques no farmacológicos para el manejo del dolor.

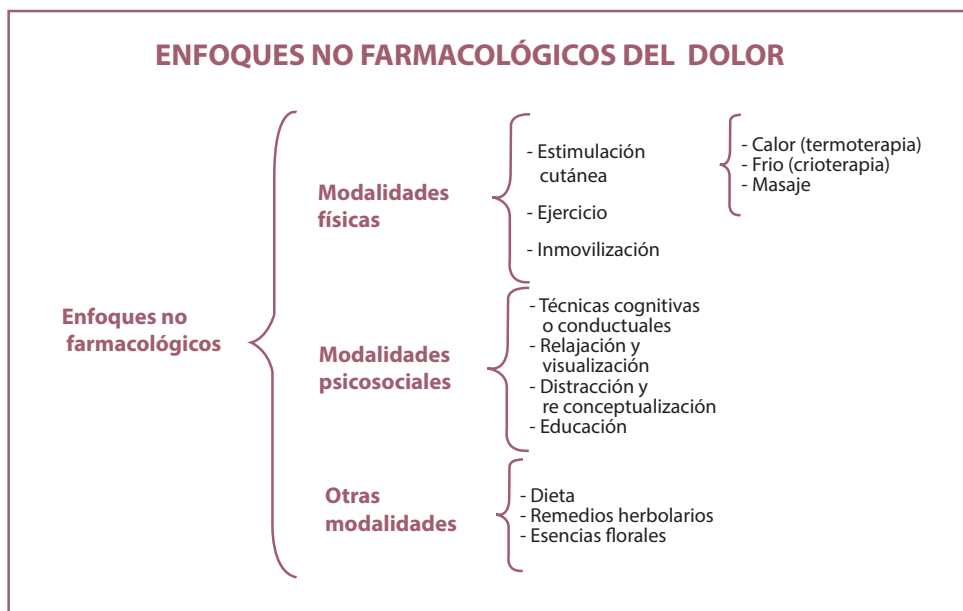


Figura 6-2. Enfoques no farmacológicos del dolor.

MODALIDADES FÍSICAS

Entre las variantes físicas figuran la estimulación cutánea, ejercicio e inmovilización. El uso de estas modalidades físicas puede disminuir la administración de analgésicos, pero nunca deben suspenderse ya que no son sustitutos de los fármacos.

Estimulación cutánea

Dentro de la estimulación cutánea se incluye la aplicación de calor (termoterapia) y frío (crioterapia), pero también están disponibles otros métodos, como masajes, presión y vibración, que pueden ayudar al paciente a relajarse y actuar al mismo tiempo como distractores del dolor. Estos métodos no son invasivos y por lo general se pueden enseñar con gran facilidad al paciente y su familia. La aplicación superficial del calor (si no está contraindicada), actúa a través de conductores o difusión y aumenta el flujo sanguíneo hacia la piel y órganos superficiales, además de reducir el flujo hacia el tejido muscular e inducir vasodilatación para incrementar el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos lesionados (también se reduce la rigidez articular y aumenta la elasticidad muscular).

El calor superficial se aplica con compresas, bolsas de agua caliente, mantas eléctricas (secas o húmedas), paquetes de gelatina e inmersión en agua (tinas de hidromasaje); no obstante, es preciso tener mucho cuidado con todas las fuentes de calor para prevenir quemaduras (p. ej., es necesario envolver las compresas y pedirle al paciente que no se recueste directamente sobre ellas); por consiguiente, se recomienda mantener una vigilancia estricta por parte del personal de enfermería.

La crioterapia produce vasoconstricción e hipoestesia local, que es muy efectiva para reducir la inflamación y el edema después de la lesión y reduce de igual modo el espasmo muscular; se recomienda cuando el calor superficial no es efectivo para su atenuación. Para esta forma terapéutica se pueden emplear paquetes de hielo, toallas mojadas en agua helada o preparaciones comerciales de compresas de gel.

Los paquetes deben sellarse para prevenir la fuga de líquido y deben ser flexibles para adaptarse a las curvaturas del cuerpo; se aplican de tal manera que produzcan una sensación placentera del frío intenso y deben estar adecuadamente envueltos para impedir la irritación de la piel; es importante subrayar que la duración de la aplicación del frío es más corta que la del calor (no más de 15 min) y en la medida en que se consigue enfriar el músculo se produce un efecto más prolongado.

El masaje es un método muy agradable que ayuda a la relajación y por tanto mitiga el dolor, en particular el dolor relacionado con el tratamiento que requiere inmovilización; asimismo, puede reducir el dolor en un área específica al incrementar la circulación superficial.

Algunas técnicas comunes de masaje son los movimientos circulares y distales-proximales, los cuales puede auxiliarse de una loción sin alcohol para reducir la fricción; al paciente se le pide que elija los movimientos que le produzcan mayor alivio.

Es importante recordarle al enfermo que el masaje no puede aplicarse para el fortalecimiento de músculos debilitados y por ende no debe reemplazar al ejercicio y la actividad.

La vibración manual o mecánica puede usarse para incrementar la circulación superficial.

Ejercicio

El ejercicio es importante para el tratamiento del dolor subagudo y crónico y ello se debe a que fortalece músculos débiles, moviliza articulaciones rígidas, ayuda a recuperar coordinación y equilibrio, provee acondicionamiento cardiovascular y por tanto aumenta el bienestar del sujeto. Un punto importante para los pacientes es que deben estimularse para mantenerse activos y participar en el autocuidado en la medida de lo posible (los ejercicios pasivos no se deben ejecutar si acentúan la intensidad del dolor); no obstante, en los periodos de dolor agudo el ejercicio debe limitarse a la amplitud de movimiento tolerada por el individuo.

Los cambios posturales son otro método sencillo que provee bienestar y previene o disipa el dolor. Una de las acciones importante del personal de enfermería es que deben asegurarse de que los pacientes recostados adopten una posición correcta de acuerdo con la alineación corporal y que ellos mismos, hasta donde sea posible, cambien de posición (algunos enfermos pueden necesitar ayuda), por otro lado, vigilar de forma continua las condiciones de la piel y realizar ejercicios de movilidad.

La inmovilización y la restricción del movimiento se emplean en algunas ocasiones para tratar episodios de dolor agudo y estabilizar fracturas o articulaciones.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Las intervenciones psicosociales son una parte importante del acercamiento multimodal en el control del dolor. Sin embargo, como ya se ha mencionado, de ninguna manera estas intervenciones están dirigidas a reemplazar al tratamiento farmacológico sino a utilizarse de forma conjunta con los analgésicos apropiados para mitigar el dolor.

El objetivo primordial de estas técnicas consiste en ayudar al paciente a ganar sentido de control sobre el dolor y cambiar la forma de percibir el dolor y generar un efecto positivo sobre su sensibilidad, emociones y reacciones hacia él.

Se pueden aplicar técnicas cognoscitivas que se enfocan en la percepción y el pensamiento; éstas influyen en la forma como el sujeto interpreta los episodios y las sensaciones corporales y por tanto es recomendable proporcionar al paciente información amplia y suficiente acerca del dolor y su manejo, además de ayudarlo a pensar de modo diferente a través de estas simples técnicas cognoscitivas.

Por otro lado, las técnicas conductuales están dirigidas a ayudar a los enfermos a desarrollar sus capacidades de adaptación para tratar su dolor y modificar sus reacciones.

Al recomendar intervenciones psicosociales, el personal de enfermería debe considerar lo siguiente:

- Intensidad del dolor
- Pronóstico de duración del dolor

- Lucidez mental del paciente
- Experiencia del paciente con estas técnicas
- Capacidad física del paciente
- Deseo del individuo de utilizar técnicas pasivas o activas

RELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN

Las técnicas de relajación y visualización se pueden emplear para lograr un estado de alivio físico y mental. Por un lado, la relajación mental se refiere a la disminución de la ansiedad y, por el otro, la relajación física a la reducción de la tensión muscular.

Dentro de las técnicas de relajación se incluyen ejercicios simples de respiración dirigida, relajación muscular progresiva, meditación y relajación con música; estas técnicas se recomiendan para fases del dolor de corta duración y cuando la concentración del enfermo se encuentra limitada por dolor intenso, ansiedad excesiva o fatiga física.

Otras técnicas, como las imágenes mentales placenteras, pueden usarse para ayudar a la relajación; por ejemplo, los pacientes pueden estimularse para visualizar un escenario agradable y sedante, como el sonido del agua al descender por las rocas o la respiración lenta y profunda a medida que el dolor se disipa.

Estas técnicas han demostrado una disminución considerable de la intensidad del dolor y pueden ser de mayor utilidad al combinarse. Tienen como ventajas no requerir un equipo especial, son fáciles de aprender, el personal de enfermería no necesita un entrenamiento prolongado y los pacientes se adaptan con facilidad.

DISTRACCIÓN Y RECONCEPTUALIZACIÓN

La distracción es una medida que permite focalizar la atención del paciente en un estímulo diferente del dolor o las emociones negativas que lo acompañan. La distracción se puede realizar en forma mental, por ejemplo al cantar mentalmente, rezar, contar o expresar “yo puedo” o bien mediante la utilización de recursos externos (escuchar música, ver televisión, platicar con familiares y amigos o escuchar a alguien leer). Esta técnica se puede emplear como medida única para controlar el dolor leve o en combinación con analgésicos para el dolor intenso tratado por periodos cortos. Asimismo, puede utilizarse para el control del dolor producido por la práctica de algún procedimiento.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Una actividad fundamental del equipo de salud es que debe proporcionarse una amplia información precisa y sencilla acerca del dolor, valoración de éste y uso de fármacos y otros métodos para aliviarlo, tanto al paciente como a su familia, con particular énfasis en que la mayor parte de los dolores puede tratarse con efectividad.

Por otro lado, deben destacarse las principales barreras para el control efectivo del dolor, en especial la resistencia del paciente a hablar del dolor con los profesio-

nales de la salud, así como sus miedos sobre los riesgos de adicción con el uso de opioides, y asegurarles que el dolor puede controlarse sin consecuencias indeseables.

Otro punto importante es que muchos pacientes piensan que, si se quejan de dolor, el personal de salud podría calificarlos como “malos pacientes”, por lo que se les debe explicar que lo deseable es la prevención del dolor.

CONCLUSIONES

Sin duda alguna, el tratamiento del dolor posoperatorio desde un enfoque farmacológico y no farmacológico representa uno de los retos más importantes en las actividades que a diario realiza el personal de enfermería; en consecuencia, es importante considerar siempre todos los aspectos descritos en este capítulo para garantizar la seguridad del paciente y a continuación ofrecer la mejor calidad de atención.

REFERENCIAS

1. **Castillo Bueno MD, Moreno Pina JP, Martínez Puente MV, et al.**: Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. JBI Library of Systematic Reviews JBL000135 2010;8(28):1112-1168.
2. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de enfermería: definiciones y clasificación 2005-2006*. Madrid: Elsevier, 2005.
3. **Rogers FJ**: Osteopathic treatment of low back pain. J Engl J Med (2000;342(11):818.
4. **Londoño C, Contreras F, Delgadillo G, et al.**: Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2005;10(1):25-31.
5. Consejo de Salubridad General. *Estándares para la certificación de hospitales*. México: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, 2012.
6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
7. Organización Mundial de la Salud (WHO). Historia de los orígenes de la escalera analgésica de la OMS. En: Meldrum M (ed). La escalera y el reloj: dolor por cáncer y directivas públicas a finales del siglo XX. J Pain Symptom Manage 2005;29(1):41-54.
8. Organización Mundial de la Salud (WHO). 20° Aniversario de la publicación de la escalera analgésica de la OMS. Cancer Pain Release 2006;19(1).
9. **Guevara López U, Covarrubias Gómez A, Rodríguez Cabrera R, et al.**: Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. Academia Mexicana de Cirugía 2007;75(005):385-407.
10. **Guevara López U, Moyao García D**: Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología (Publicación Oficial de la Sociedad Mexicana de Anestesiología, A.C.) 2002;25(4).

COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR

María Pilar Brea Rivero

Capítulo 7

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido importantes avances en el campo del tratamiento del dolor, tanto por el descubrimiento de nuevos fármacos como por el desarrollo de técnicas y dispositivos que permiten controlar con éxito este problema en la mayor parte de los casos. Sin embargo, en el ámbito del dolor posoperatorio se calcula que en la actualidad más del 30% de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica experimenta dolor leve, 30% dolor moderado y 40% dolor intenso.

El dolor posoperatorio incrementa la morbilidad y mortalidad tras la operación, prolonga la estancia hospitalaria y produce graves consecuencias en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Entre las razones que explican el mal control del dolor posoperatorio se encuentran la formación insuficiente de los profesionales sanitarios, falta de habilidades y destrezas en su atención y una actitud inadecuada para afrontar este problema en la práctica clínica: en suma, la falta de un buen grado de competencia profesional.

En este capítulo se analiza el tema de la competencia desde su marco conceptual, incluidas las competencias en el campo de la enfermería en un segundo apartado. A continuación se describen sus referentes teóricos internacionales y algunos modelos de valoración y acreditación de la competencia profesional. Por último, en la parte final del capítulo se realiza un breve análisis de la situación actual de las competencias de enfermería en el manejo del dolor.

SITUACIÓN ACTUAL

Hoy en día, el dolor afecta a casi un tercio de la población mundial y constituye un grave problema internacional de salud pública debido a la incapacidad funcional que

ocasiona en las personas que lo sufren,¹ así como a sus repercusiones económicas diversas.² En las publicaciones científicas se observa un aumento de la prevalencia de dolor entre la población general en los últimos años,³ hasta alcanzar un reconocimiento mundial en el contexto de los derechos humanos.⁴ En 2003, un informe elaborado a partir de una encuesta efectuada a 46 394 personas adultas de 18 países europeos encontró que uno de cada cinco europeos adultos padece dolor crónico (18% de la población europea).⁵ En el ámbito del dolor posoperatorio, Martínez-Vázquez *et al.* (2000)⁶ afirman que es una evidencia innegable que la mayoría de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica experimenta dolor en un grado variable: “A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes recibe tratamiento de forma inadecuada, por lo que experimenta un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones posoperatorias”.

A pesar de la magnitud del problema y el interés sanitario, científico y social que supone la atención y el tratamiento del enfermo con dolor, múltiples estudios manifiestan que este problema está infravalorado o tratado de forma insuficiente, con un control deficiente del dolor por parte de los profesionales sanitarios, en particular médicos, enfermeras y farmacéuticos.⁷⁻¹⁰

En el ámbito de enfermería, artículos revisados revelan la mala formación de las enfermeras con respecto al dolor y señalan que la valoración de éste se lleva a cabo de forma subjetiva, sin protocolos ni instrumentos de valoración: la intensidad del dolor del paciente se determina en función de diferentes factores, como variables psicológicas, señales vitales, aspecto físico, experiencias y comunicación del paciente.^{9,11,12} Entre otras causas del mal control del dolor también figuran el empleo incorrecto de pautas analgésicas, sea por la reticencia al suministro de analgésicos o por su subutilización.^{11,12} En realidad, aunque en las publicaciones médicas se afirma que, en general, las enfermeras conocen las escalas de valoración del dolor, la falta de administración de la medicación prescrita por parte de las enfermeras podría ser el factor más explicativo del dolor posoperatorio intenso que sufren muchos pacientes; esta conducta se debe con frecuencia al temor a los efectos adversos de los compuestos derivados de la morfina y la adicción en los pacientes.¹³ Según otros estudios, las enfermeras realizan la valoración del dolor de forma inadecuada, bien por subestimar el dolor de los individuos o bien por atender tan sólo el comportamiento doloroso del enfermo (p. ej., fruncir el ceño, gesticular o expresar tensión).¹⁴

En la revisión de las publicaciones realizada por un equipo de investigadores, a partir de 53 artículos considerados relevantes en relación con percepciones y actitudes ante el dolor,¹⁰ se afirma que el objetivo del personal de enfermería con frecuencia no es la eliminación total del dolor sino su mitigación. A menudo los profesionales se consideran satisfechos si logran una reducción de éste, no su completa desaparición. La misma investigación sostiene que “existe reticencia al suministro de analgésicos”; muchas veces la dosis suministrada es inferior a la prescrita, entre otras razones por las siguientes: miedo a atenuar la capacidad del paciente para colaborar, temor a la adicción y los efectos secundarios, indicación de los médicos de esquemas inadecuados o confusos, o renuencia y falta de comunicación de los propios pacientes.¹⁰

CONCEPTO DE COMPETENCIA

El concepto de competencia se originó en 1973: David McClelland, profesor de psicología de la *Harvard University*, fue el primero en acuñar dicho término. El resultado de sus investigaciones lo llevó a aseverar que, para el éxito en la contratación de una persona, no eran suficientes el título que presentara y el resultado de las pruebas psicológicas a las que se sometía. McClelland afirmaba que desempeñar bien el trabajo dependía más de las características propias de la persona que de sus conocimientos, currículo, experiencia y capacidades; intentaba demostrar que los expedientes académicos y las pruebas de inteligencia, por sí solos, no eran capaces de predecir con fiabilidad la adecuada adaptación de una persona a los problemas de la vida cotidiana y, en consecuencia, tampoco de anticipar el éxito profesional. Por consiguiente, McClelland definió la competencia como “la capacidad que se refiere a lo que la persona es capaz de hacer, no a lo que hace siempre en cualquier situación...las competencias abarcan un conjunto de conocimientos (saber), de habilidades, aptitudes o destrezas (saber hacer) y unos rasgos de carácter, actitudes, valores, motivaciones, relaciones interpersonales (ser); todos ellos identificables y medibles”. A partir de la conceptualización de la competencia formulada por McClelland, a lo largo del decenio de 1970, en el marco del programa de investigación en inteligencia artificial de la *University of California*, en Berkeley, Stuart y Hubert Dreyfus desarrollaron un Modelo de Adquisición de Habilidades, MAH en el que se describe el proceso de evolución hacia la competencia, a través de la aplicación de los conocimientos teóricos y la acumulación, el análisis y la discriminación de experiencias vividas. Este modelo define cinco niveles de pericia: aprendiz, principiante, competente, proeficiente y experto.

En las publicaciones científicas pueden encontrarse multitud de definiciones de la competencia, así como diversas clasificaciones de ésta; no obstante, entre las clasificaciones de competencias cabe destacar aquella que diferencia entre las que son específicas y las que son transversales o genéricas. Las primeras caracterizan a una profesión y la distinguen de otras, por lo que son motivo de especial atención en la formación y otorgamiento de un título académico que reconoce socialmente su adquisición y, con ello, el desempeño de una profesión; las segundas son las que rebasan los límites de una disciplina para desarrollarse potencialmente en todas ellas; son capacidades necesarias para ejercer de modo eficaz cualquier profesión.

Al analizar las competencias en el ámbito sanitario, en la bibliografía se afirma que el término competencia puede conceptualizarse desde dos acepciones básicas.¹⁵ La primera incluye la suma de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y en cada situación. Así entendida, la competencia engloba las características y cualidades individuales de una persona, relacionadas con una ejecución efectiva y diferenciada que puede explicar el valor añadido que cada profesional aporta a su práctica y a los resultados clínicos de los pacientes. Con base en la segunda acepción, la competencia puede entenderse en el sentido del ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional, diferenciándolo así de otros. Desde esta perspectiva, las competencias son un marco de referencia,

estándares o normas que guían la práctica, comunes para todos los profesionales de una disciplina determinada; éstos permiten establecer el área de responsabilidad y el compromiso y la garantía del servicio que cada profesión ofrece a la sociedad.

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA

En los últimos años se ha realizado en todo el mundo un notable esfuerzo para establecer qué competencias profesionales deben adquirir los licenciados en ciencias de la salud para asegurar que la formación, en el periodo universitario, se adapta de manera óptima a lo que se requerirá de ellos como graduados.¹⁶

En el campo de la enfermería, diversos autores^{15,16} han reiterado la necesidad de dilucidar diferentes términos referentes a la idea de competencia, como competencia, capacidad y ejecución o desempeño; es decir, un profesional puede acreditar ser competente pero, ante una situación real, no demostrarlo: no demuestra saber, saber estar, saber hacer y buen juicio, por lo que no responde al nivel profesional de calidad exigible en tal situación. Asimismo, la investigación y el desarrollo teórico de la disciplina, además de la definición e identificación de las áreas de actuación de enfermería en su papel autónomo, han sido objeto a lo largo del tiempo del debate sobre los límites entre una competencia y otra.¹⁷

En 1987, Patricia Benner¹⁸ utilizó el modelo de adquisición de habilidades (MAH) de Stuart y Hubert Dreyfus para explicar la forma en que los profesionales de enfermería hospitalarios adquieren pericia clínica a través de las diferentes fases. Benner señaló que, a medida que se adquiere experiencia, los profesionales generan una “sabiduría clínica, una amalgama de saberes prácticos elementales y de conocimientos teóricos no depurados”:^{18,19}

- El aprendiz actúa de forma rudimentaria, mecánica, limitada y bastante inflexible. No tiene experiencia en las circunstancias en las que debe desarrollar su labor. No sabe actuar o lo hace de forma desorganizada ante un imprevisto y replica, sin demasiados razonamientos, aquello que ha aprendido en la formación teórica. La conducta regida por reglas, típica del aprendiz, es en extremo limitada e inflexible. El núcleo de la dificultad radica en el hecho de que, dado que el aprendiz no tiene experiencia en la situación que afronta, es preciso darle directrices claras para que sea capaz de encauzar su actuación.¹⁸
- El principiante empieza a demostrar una ejecución marginalmente aceptable. Actúa de forma más flexible. Se trata de profesionales que han afrontado un número suficiente de situaciones prácticas para reconocer los componentes contextuales significativos, aunque no son por completo capaces de hacerse cargo de la situación en su conjunto; todo es demasiado nuevo y, además, tienen que esforzarse en recordar las pautas que se les ha enseñado. El principiante requiere ayuda en el establecimiento de prioridades. Los cuidados generales que dispensan a los enfermos aún requieren el consejo y la autorización de enfermeras más expertas.¹⁸

- El competente es capaz de cuestionarse la aplicación de los conceptos aprendidos para adaptar su actuación a la situación concreta. Tiene una visión de los aspectos situacionales y sabe priorizar. Actúa de forma organizada y empieza a saber manejar situaciones imprevistas, tiene la sensación de que conoce el trabajo y de que está preparado para afrontar las numerosas contingencias de la práctica clínica. La planificación consciente, característica de esta fase, facilita una labor eficaz y una adecuada organización.¹⁸
- El experto tiene desarrollada la capacidad analítica en grado extraordinario, pero por lo regular su actuación no requiere un principio analítico para que la comprensión de la situación se traduzca en una iniciativa idónea. La acumulación de experiencias le permite captar de modo intuitivo las situaciones y centrarse en el núcleo del problema. El profesional experto se caracteriza por una certeza perceptiva y una seguridad de criterio que, sin hacerlo infalible, le permiten tomar las mejores decisiones y actuar en consecuencia. En palabras de Benner “La enfermera experta, que ha hecho un tremendo acopio de experiencia, capta por vía intuitiva todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema, sin malgastar tiempo en una gran variedad de diagnósticos distintos o soluciones improcedentes”.¹⁸

En los últimos años, la reforma universitaria impulsada por las nuevas directrices europeas de enseñanza superior ha organizado la formación en función de las competencias finales del alumno, modificando la consideración de la enseñanza fundamentada de modo exclusivo en la tarea docente, y se ha inclinado por la basada en el aprendizaje y trabajo del alumno. En consecuencia, el diseño de la formación curricular se realiza en la actualidad a partir de competencias genéricas y específicas.¹⁹

El Consejo Internacional de Enfermería define la competencia como “La aplicación eficaz de una combinación de conocimientos, capacidades y juicios que demuestra una persona en el ejercicio o el desempeño diario de un trabajo. En el desempeño de las funciones de la enfermería la competencia refleja, por una parte, el conocimiento, la comprensión y el juicio; por otra, un conjunto de capacidades cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales; y, por último, un conjunto de atributos y actitudes personales”.²⁰ Entendidas de esa manera, las competencias son un conjunto de comportamientos que engloban a las capacidades, conocimientos, habilidades y atributos personales que, en su conjunto, son esenciales para desempeñar un trabajo eficaz; las competencias son el requisito normalizado para que una persona realice con propiedad un trabajo específico. Las competencias incorporan una serie de conocimientos, capacidades y actitudes esenciales necesarias para el ejercicio o desempeño de un trabajo diario y contribuyen a conseguir los objetivos de resultados.” Por lo tanto, la competencia “se centra en lo que se espera de un empleado en el lugar de trabajo, más que en el proceso de aprendizaje, y engloba la habilidad para transferir y aplicar capacidades y conocimiento a situaciones y entornos nuevos”.²⁰

REFERENTES TEÓRICOS

En un momento como el presente, en el que resulta clave identificar qué competencias debe reunir la enfermera titulada de los años futuros, son relevantes tres referentes teóricos para esta profesión: el Proyecto Tuning (impulsado y financiado por la Comunidad Europea), el Libro Blanco de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y las Competencias Internacionales de la Enfermera Generalista (divulgadas por el Consejo Internacional de Enfermería):

- **Proyecto Tuning (*Tuning Educational Structures in Europe*):** financiado por la Comunidad Europea, en el marco del Programa Sócrates, este proyecto lo elaboró un grupo de expertos cualificados en sus diversos campos, provenientes de 135 instituciones europeas de educación superior de 27 países. La universidad de Deusto y Groninga lo coordinaron y editaron en 2006. Tras la aplicación de una encuesta, se identificaron 40 competencias agrupadas en instrumentales, interpersonales y sistémicas (cuadro 7-1).²¹

Cuadro 7-1. Competencias de la enfermera (*Tuning Educational Structures in Europe*)

Área de competencia	Competencias genéricas
Competencias instrumentales	- Capacidad de análisis y síntesis - Capacidad de organización y planificación - Conocimientos generales básicos - Conocimientos básicos de la profesión - Comunicación oral y escrita - Conocimiento de idiomas - Habilidades en el manejo de una computadora - Habilidades de gestión de la información - Resolución de problemas - Toma de decisiones
Competencias interpersonales	- Capacidad crítica y autocrítica - Trabajo en equipo - Habilidades interpersonales - Trabajo en equipo interdisciplinario - Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas - Reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad - Habilidad para trabajar en un contexto internacional - Compromiso ético
Competencias sistémicas	- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica - Habilidades de investigación - Aprendizaje - Adaptación a nuevas situaciones - Capacidad para generar nuevas ideas - Liderazgo - Conocimiento de culturas y costumbres de otros países - Habilidad para trabajar de forma autónoma - Diseño y gestión de proyectos - Iniciativa y espíritu emprendedor - Motivación por la calidad - Motivación por la consecución de objetivos

Fuente: González J, Wagenaar R. *Tuning Educational Structures in Europe*. Informe final, 2003.

- **Libro Blanco Título de Grado de Enfermería:** surge con el objetivo de realizar estudios y supuestos útiles en el diseño de un título de grado adaptado al espacio europeo. Se presentó en 2004 en el Ministerio de Educación y Ciencia español para su información y consideración. Participó casi la totalidad de las universidades españolas y 2 200 enfermeras (50% trabajaba en el ámbito clínico, 25% correspondía a gestoras y el resto eran formadoras y profesoras), coordinado por las universidades de Zaragoza y Barcelona. Las competencias integradas en este proyecto se valoraron con la misma metodología y el mismo cuestionario empleados por el grupo Tuning de enfermería. En consecuencia, se consideró que el perfil profesional de los titulados en enfermería debe ser generalista y responder a un total de 40 competencias, agrupadas en seis áreas de competencia (cuadro 7-2).²²

Cuadro 7-2. Competencias de la enfermera
(Libro Blanco Título de Grado de Enfermería)

Área de competencia	Competencias genéricas
Competencias relacionadas con los valores profesionales y la función de la enfermera	- Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas éticos o morales en la práctica diaria - Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los individuos o grupos no se vean comprometidos - Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte - Capacidad para reconocer las funciones, responsabilidades y funciones de una enfermera - Capacidad para ajustar su papel y responder de forma efectiva a las necesidades de la población o los pacientes - Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional, mediante la evaluación como medio para reflejar y mejorar su actuación y aumentar la calidad de los servicios prestados
Competencias relacionadas con la práctica de enfermería y las decisiones clínicas	- Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas mediante las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes - Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud, mala salud, sufrimiento e incapacidad de las personas - Capacidad para responder a las necesidades del paciente; planificar, prestar servicios y evaluar los programas individualizados, de forma conjunta con el paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales - Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar de forma crítica un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente - Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcancen los estándares de calidad y que la práctica se base en la evidencia

Cuadro 7-2. Competencias de la enfermera
(Libro Blanco Título de Grado de Enfermería) (continuación)

Área de competencia	Competencias genéricas
Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos	- Capacidad para mantener dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente - Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones y procedimientos de emergencia - Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otros tratamientos - Capacidad para considerar los cuidados emocionales y físicos, satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y el mantenimiento de las actividades cotidianas - Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad - Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes, cuidadores y sus familias
Conocimiento y competencias cognitivas	- Conocimiento relevante y capacidad para aplicar teorías y práctica de enfermería - Conocimiento relevante y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida - Conocimiento relevante y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de salud - Conocimiento relevante y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades - Conocimiento relevante y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados - Conocimiento relevante y capacidad para aplicar disposiciones nacionales e internacionales - Conocimiento relevante y capacidad para aplicar resolución de problemas y tomar decisiones - Conocimiento relevante y capacidad para aplicar principios de investigación
Competencias interpersonales y de comunicación	- Capacidad para una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquéllos con dificultades de comunicación - Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses y que puedan responder de forma adecuada - Capacidad para representar con propiedad la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos - Capacidad para usar de modo apropiado las habilidades de consejo - Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes - Capacidad para reconocer ansiedad, estrés y depresión - Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones - Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados mediante tecnologías adecuadas

Cuadro 7-2. Competencias de la enfermera (Libro Blanco Título de Grado de Enfermería) (continuación)

Área de competencia	Competencias genéricas
Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo	- Capacidad para reconocer que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo sociosanitario de cuidados - Capacidad para dirigir y coordinar un equipo y delegar cuidados de manera apropiada - Capacidad para trabajar y comunicarse de forma efectiva con todo el personal de apoyo, priorizar y gestionar el tiempo de modo eficiente y alcanzar los estándares de calidad - Capacidad para valorar el riesgo y promover de forma activa el bienestar y seguridad de todo el personal del entorno de trabajo - Capacidad de emplear de forma crítica las herramientas de evaluación y auditoría del cuidado, según los estándares de calidad relevantes - Capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y trabajadores sociosanitarios, dentro del contexto clínico

Fuente: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), España, 2004.

- **Competencias internacionales de la enfermera generalista:** en julio de 2001, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)²³ presentó el documento *Competencias internacionales de la enfermera generalista*. Se trata de un marco previsto para el momento de comenzar la práctica de la profesión, después de que el estudiante ha culminado con éxito su programa de formación en su país. Cabe resaltar que el CIE²³ reconoce que “ningún marco de competencias conservará su pertinencia a lo largo del tiempo en los contextos mundiales, rápidamente cambiantes, de la atención de salud y de la enfermería profesional”, por lo que el mismo CIE garantiza su actualización periódica.²³ Según el CIE,²³ disponer de un marco de competencias de enfermería permite proporcionar una imagen clara de las funciones y responsabilidades de la enfermera, promover la responsabilidad profesional individual y colectiva, aportar las bases para la elaboración del plan de estudios y de los procesos de evaluación (tanto en la teoría como en los entornos de la práctica), ayudar a especificar las expectativas profesionales que se vinculan con las funciones de enfermería y aportar las bases para establecer criterios de resultados específicos para cada trabajo.

Aunque las competencias son comunes en muchas funciones distintas, su aplicación y el grado de competencia varían de acuerdo con las funciones y los contextos laborales particulares. Por ejemplo, las competencias necesarias en una enfermera que trabaja en un gran hospital de un centro urbano no son las mismas que las requeridas para una enfermera que labora en una comunidad rural, en una zona alejada: se precisan competencias similares, pero se aplican y expresan de maneras distintas.²³

Estos grandes cambios que se producen en el ámbito sanitario y académico, unidos al desarrollo de las ciencias sociales y las ciencias de la salud, han modificado con fuerza la esfera laboral y producido cambios en los enfoques teóricos de tal

forma que, en la actualidad, dentro de la gestión de recursos humanos, el concepto de competencia y la gestión por competencias saturan todas las áreas de este proceso.²⁰ Como resultado, se han desarrollado múltiples modelos de evaluación de dicha competencia que persiguen, en última instancia, la mejoría de los servicios sanitarios, centros asistenciales y sus profesionales. Estos estándares son las guías teóricas que intentan delimitar el espacio profesional de enfermería en sus diferentes ámbitos de actuación y disciplinas afines.¹⁹

En el plano internacional, en los países anglosajones, el ámbito de responsabilidad de la enfermera lo analizan y reelaboran de manera periódica los profesionales de enfermería a través de sus asociaciones científicas y organismos de representatividad, en respuesta a los avances de la ciencia y las necesidades de la sociedad. La definición de competencias en el Reino Unido, Australia, Estados Unidos o Canadá permite idear el marco regulador de la práctica de enfermería en dichos países, con base en la competencia profesional y el desarrollo de prácticas de calidad que se explicitan en forma de normas o estándares de práctica²³⁻²⁶ (cuadro 7-3).

Cuadro 7-3. Estándares de conducta, competencias y buenas prácticas de las enfermeras y parteras

Estándar	Competencias	Buenas prácticas
Hacer del cuidado de las personas la primera preocupación, tratar a las personas como individuos y respetar su dignidad	- Tratar a las personas como individuos	Tratar a las personas como individuos y respetar su dignidad, sin discriminarlas de ninguna manera Actuar como un defensor de aquellos a quienes cuida, y ayudarlos a tener un acceso adecuado a la salud
	- Respetar la confidencialidad	Respetar el derecho a la confidencialidad y asegurarse de que las personas estén informadas Informar si cree que alguien puede estar en riesgo de sufrir un daño
	- Colaborar en su atención	Escuchar a las personas y responder a sus preocupaciones y preferencias Promover que las personas cuiden de sí mismas, para mejorar y mantener su salud Compartir información con el paciente, de manera que puedan entender lo que desean saber y necesitan saber acerca de su salud
	- Asegurar su consentimiento	Asegurarse de obtener consentimiento antes de comenzar cualquier tratamiento o atención Respetar y apoyar los derechos de las personas a aceptar o rechazar el tratamiento y la atención Garantizar que las personas con problemas de capacidad mental estén totalmente protegidos
	- Mantener claros los límites profesionales	Rechazar cualquier regalo o favor que pudiera interpretarse como intento de obtener un trato preferente

Cuadro 7-3. Estándares de conducta, competencias y buenas prácticas de las enfermeras y parteras (continuación)

Estándar	Competencias	Buenas prácticas
Trabajar con otros para proteger y promover la salud y el bienestar de las personas, familias y cuidadores	- Compartir información con sus colegas	Mantener informados a sus colegas y supervisar su trabajo para mantener la seguridad de los pacientes Ayudar a los estudiantes y otros profesionales a desarrollar su competencia.
	- Trabajar eficazmente como parte de su equipo	Trabajar en equipo y respetar las habilidades, conocimientos y contribuciones de sus colegas Compartir con sus colegas sus conocimientos y experiencia, y consultarlos cuando proceda
	- Delegar eficazmente	Asegurarse de que las personas en las que delega son capaces de llevar a cabo sus instrucciones Confirmar que el resultado de cualquier tarea delegada cumple con las normas exigidas
	- Gestionar los riesgos	Actuar sin demora si la propia enfermera o cualquier otra persona ponen a alguien en riesgo Informar en caso de problemas para evitar que otros trabajen al cumplir los códigos y normas establecidas
Proporcionar un alto grado de cuidado	- Usar las mejores pruebas disponibles	Prestar una atención basada en la mejor evidencia disponible o las mejores prácticas Asegurarse de que el uso de tratamientos complementarios o alternativos es seguro
	- Mantener habilidades y conocimientos actualizados	Tener los conocimientos y habilidades necesarios para realizar una práctica segura y eficaz, y mantenerlos y mejorarlos durante toda su vida laboral Reconocer y trabajar dentro de los límites de su competencia
	- Mantener sus registros claros y precisos	Completar registros después de producirse un problema, tan pronto como sea posible Asegurarse de que los registros sean legibles, estén firmados, tengan fecha, se ajusten a las normas establecidas y se guarden de forma segura

Cuadro 7-3. Estándares de conducta, competencias y buenas prácticas de las enfermeras y parteras (continuación)

Estándar	Competencias	Buenas prácticas
Actuar con integridad y defender la reputación de la profesión	- Actuar con integridad	Demostrar un compromiso personal y profesional con la igualdad y la diversidad Cumplir las leyes del país en el que se practique la profesión
	- Tratar los problemas	Dar una respuesta honesta y constructiva a quien se queje de la atención que ha recibido Actuar de inmediato si alguien ha sufrido daños en la atención por cualquier razón Explicar, honestamente y sin demora, a la persona afectada de lo que ha ocurrido y los probables efectos Cooperar en las auditorías e investigaciones que se realicen
	- Ser imparcial	No abusar de una posición privilegiada Asegurarse de que el juicio profesional no está influido por intereses o consideraciones comerciales
	- Cuidar la reputación de la profesión	Cooperar con los medios de comunicación sólo cuando se pueda proteger la confidencialidad de la información y la dignidad de las personas a su cargo Defender la reputación de su profesión en todo momento

Fuente: Nursing and Midwifery Council (NMC).

En España, la Ley 16/2003 del 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, señala que el desarrollo profesional y la competencia técnica de los profesionales constituyen un aspecto básico de la modernización del Sistema Nacional de Salud, y define la competencia como “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean”. La promulgación de esta ley ha favorecido el desarrollo de múltiples catálogos de competencias para distintos ámbitos de actuación de los profesionales sanitarios: a través del Ministerio de Sanidad y Política Social español se han definido las competencias que conforman el perfil de la enfermera especialista: enfermería obstétrico-ginecológica, familiar y comunitaria, geriátrica, pediátrica, salud mental y enfermería del trabajo.

Por otra parte, varias asociaciones científicas de enfermería españolas han definido los “estándares de la práctica profesional de enfermería” en diversas áreas de especialización concreta. También las escuelas universitarias de enfermería han introducido cambios en los planes de estudio y nuevas metodologías enfocadas en una

educación basada en las competencias finales del alumno, por ejemplo sistemas de aprendizaje basados en problemas, “Prácticum”, o sistemas de evaluación basados en las competencias. La educación basada en las competencias del estudiante genera la necesaria e inevitable renovación de los currículos formativos, así como una nueva organización de las tareas del alumno y el profesor.

Entre los numerosos desarrollos nacionales, en España sin duda hay que destacar el trabajo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que desde 2002 ha elaborado mapas de competencias específicos para cada ámbito de actuación de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Hasta ahora se ha elaborado un total de 78 mapas, en los que se identifican las competencias y buenas prácticas que deben estar presentes en cada puesto de trabajo. Estos mapas de competencias forman parte de un Programa de Acreditación de la Competencia Profesional enmarcado en los Planes de Calidad de la Consejería de Salud y Bienestar Social, como parte de su plan de mejora y garantía de calidad en la atención sanitaria a los ciudadanos.²⁷⁻³⁰ Entre las competencias y buenas prácticas definidas en este modelo se incluyen buenas prácticas de atención al paciente con dolor.^{29,31}

VALORACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL EN EL MANEJO DEL DOLOR

Con el paso del tiempo, la definición de las competencias que deben poseer los distintos profesionales, así como la valoración de la presencia de éstas en cada puesto de trabajo, han dado lugar al desarrollo de modelos que permiten acreditar o certificar que un profesional es poseedor efectivamente de las competencias que requiere para realizar su trabajo, o para hacerlo con determinados grados de calidad y excelencia. En Estados Unidos, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el *American College of Surgeons* definió el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta medida sentó las bases para la creación de organizaciones dedicadas a la gestión de la calidad, como *Avedis Donabedian*, *Joint Commission*, *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), o la *International Society for Quality in Health Care* (ISQUA), entre otras. Por lo tanto, en la actualidad son muchos y variados los sistemas de evaluación y acreditación de la calidad de los servicios sanitarios, así como de la competencia de sus profesionales; en este sentido, diversos autores ponen de manifiesto que no existe un único modelo útil para probar y demostrar la competencia de los profesionales en su práctica.³²⁻³⁶

En el ámbito de la atención al dolor, en las publicaciones médicas pueden encontrarse diversos elementos relacionados con la valoración de las competencias referidas al manejo del dolor por parte de los profesionales sanitarios; éstos son diversos, desde la definición de estándares y recomendaciones de calidad hasta la identificación de buenas prácticas y evidencias clínicas que demuestren dicha com-

petencia.³⁷⁻³⁹ En términos generales, son los organismos oficiales y las organizaciones internacionales dedicadas al dolor las que definen los criterios de calidad que deben cumplir los profesionales sanitarios y los centros sanitarios y unidades dedicados al tratamiento del dolor. La realidad difiere de un país a otro:

- **Reino Unido:** la *British Pain Society* y el *Royal College of Anesthetics* han establecido algunos estándares mínimos de calidad que deben cumplir las unidades para tratamiento del dolor (UTD) ubicadas en el Reino Unido.^{40,41}
- **EUA:** dentro de la especialidad de anestesiología existe una subespecialidad en medicina del dolor, además de sistemas para formar y acreditar conocimientos en esta área; también han elaborado diversas guías de práctica clínica sobre la atención de problemas de dolor complejos (lumbalgia, artritis reumatoide, cáncer, entre otros) dirigidas a los pacientes y los proveedores de atención.^{42,43} Desde 1983, EUA ha establecido requerimientos mínimos para los centros sanitarios de atención al dolor, con base en las indicaciones de la *American Pain Society* y la *Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*.⁴⁴
- **Australia:** el sistema nacional de acreditación de los servicios de salud de Australia también ha desarrollado estándares específicos para valoración y tratamiento del dolor.⁴⁵
- **Canadá:** en la revisión de estándares que efectuó el *Achieving Improved Measurement* del *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) se ha incorporado la gestión del dolor como un estándar específico. Bajo el postulado “existencia de protocolos para valorar y tratar el dolor adecuadamente” se incluyen criterios sobre tratamiento del dolor que deben basarse en la evidencia, con un énfasis mayor en la capacitación y actualización de conocimientos del personal sanitario, así como la información a los pacientes y familiares acerca de las opciones y formas actuales que pueden utilizarse en el tratamiento del dolor. Además, se incluye la gestión del dolor en relación con la seguridad del paciente, con especial referencia a la administración de opioides.⁴⁶
- Por otra parte, el modelo de acreditación de la *Joint Commission* para centros de atención sanitaria incorpora un conjunto de estándares relacionados con la atención de calidad a la persona con dolor, como el reconocimiento del derecho a una atención adecuada, valoración de la situación de dolor, planificación de las actividades y aplicación de tratamientos. Algunos conceptos clave de estos estándares son los siguientes:⁴⁷
 - Reconocer el derecho de los pacientes a una adecuada valoración y control del dolor.
 - Valorar la existencia, naturaleza e intensidad del dolor en todos los pacientes.
 - Registrar los resultados de la valoración de tal manera que facilite una revaloración y seguimiento regulares.
 - Determinar y asegurar la competencia del personal en la valoración y tratamiento del dolor e incluir una valoración y atención del dolor en la orientación del personal nuevo.
 - Establecer lineamientos y procedimientos que apoyen una indicación farmacológica médica adecuada o la solicitud de analgésicos efectivos contra el dolor.

- Educar a los pacientes y sus familias sobre el control efectivo del dolor.
- Resolver las necesidades de los pacientes para el tratamiento del síntoma, en el proceso de planificación del egreso.
- Mantener un plan que permita mejorar los sistemas de control del dolor.
- **España:** además del amplio desarrollo de guías de práctica clínica para la atención de diferentes tipos de dolor, de ámbito internacional, en el entorno español se han elaborado instrumentos basados en la mejor evidencia científica para la mejora de la calidad y seguridad de la asistencia en determinadas situaciones clínicas vinculadas con el dolor. Se trata de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) puestos en marcha en algunos servicios públicos de salud. Cabe hacer referencia especial al proceso de dolor crónico no oncológico, diseñado en la comunidad autónoma de Andalucía, así como el Plan Andaluz Integral de Atención a Personas con Dolor.^{48,49} También en Andalucía debe resaltarse el trabajo que ha realizado la Agencia de Calidad Sanitaria que, en el contexto de su Programa de Acreditación de Competencias Profesionales y dentro de los manuales de competencias que ha elaborado, se ha identificado un total de 13 elementos relacionados con la atención a las personas con dolor.⁴⁸ Por lo tanto, a manera de ejemplo, en el manual de la enfermera del bloque quirúrgico se incluyen las categorías **Registro del nivel del dolor mediante escalas validadas** y **Mejora objetiva de la situación inicial de dolor en los pacientes atendidos** como dos de las evidencias que las enfermeras pueden poner de manifiesto para demostrar su competencia profesional (cuadro 7-4).

Cuadro 7-4. Manual de competencias de la enfermera del bloque quirúrgico

Bloque I. El ciudadano		
Criterio I: orientación al ciudadano (satisfacción, participación y derechos)		
COMPETENCIA	BUENA PRÁCTICA	EVIDENCIA
Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos	Protege la confidencialidad de la información proporcionada por las personas	Adopción de medidas para garantizar la privacidad e intimidad
	Contribuye a mejorar la accesibilidad de los usuarios	Propuesta de medidas para mejorar la accesibilidad del ciudadano
	Cuida la relación con los usuarios y procura satisfacer sus necesidades y expectativas	Ausencia de reclamaciones por "trato incorrecto"
Oferta de servicios y conocimiento organizativo	Orienta al ciudadano acerca de la oferta de servicios en el SSPA	Informa, ofrece o proporciona recursos disponibles o no disponibles en el área asistencial del usuario

Cuadro 7-4. Manual de competencias de la enfermera del bloque quirúrgico (continuación)

Bloque II. Atención sanitaria integral		
Criterio II: promoción de la salud, prevención y atención comunitaria		
Educación para la salud, consejo sanitario y medidas de prevención	Aplica medidas de prevención de riesgos laborales y conservación ambiental	Adopción de medidas de prevención de riesgos laborales en su ámbito asistencial
	Favorece el uso responsable y seguro del fármaco y los dispositivos de ayuda a los cuidados y apoyo terapéutico	Utiliza dispositivos o medidas de protección radiológica para prevenir riesgos laborales
		Intervención sobre uso seguro y riesgos potenciales de los dispositivos de ayuda a los cuidados y apoyo terapéutico
	Lleva a cabo actividades educativas, de detección de riesgos y prevención para promover y mantener la salud	Realiza al menos una intervención educativa en grupos, instituciones, agentes sanitarios, entre otros
	Realiza actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	Realización de intervenciones para garantizar la seguridad
		Seguimiento de las recomendaciones sobre la higiene de manos
		Registro del grado del dolor mediante escalas validadas
		Análisis de un incidente surgido en el desarrollo de su actividad
		Seguimiento de las recomendaciones sobre las normas de higiene en el bloque quirúrgico
		Utilización de dispositivos o medidas de protección radiológica en los pacientes atendidos
		Asegura la conciliación de la medicación en los pacientes atendidos
		Hace uso de las medidas de desinfección y esterilización del material y aparatos
		Utiliza el listado de verificación de seguridad quirúrgica en los pacientes operados

Cuadro 7-4. Manual de competencias de la enfermera del bloque quirúrgico (continuación)

Bloque II. Atención sanitaria integral		
Criterio III: atención al individuo y la familia		
Comunicación o entrevista clínica	Emplea las habilidades de comunicación adecuadas	Manejo adecuado de las habilidades de comunicación
		Proporciona la información necesaria durante el traspaso de pacientes, que permita la continuidad asistencial e impida causar daños
Personalización de los cuidados	Realiza una preparación preoperatoria adecuada	Recepción o admisión de los pacientes a intervenir
		Realización o verificación de la valoración preoperatoria de los pacientes intervenidos
		Conducción de entrevista preoperatoria en pacientes a intervenir
	Considera la diversidad cultural y utiliza medidas de intermediación	Realización de intervenciones de intermediación cultural
		Diseño y puesta en práctica de iniciativas de intermediación cultural
	Valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de cuidados individualizado	Desarrolla actividades dirigidas a mejorar el confort de los pacientes atendidos
	Establece vínculos estables y continuados con el paciente y favorece la continuidad	Asume los cuidados del paciente de acuerdo con sus competencias y la complejidad de los cuidados que requieren, en colaboración con el equipo asistencial
		Realización de intervenciones para controlar la posición intraoperatoria
		Realización de intervenciones ante "riesgo de lesión" o "riesgo de infección" en los pacientes a los que atiende
		Intervenciones encaminadas a reducir la ansiedad/temor en los pacientes atendidos
		Proporciona información clara al paciente/familiares a lo largo del proceso de la intervención, con el objeto de paliar la ansiedad generada por el desconocimiento y fomentar actuaciones que reduzcan al mínimo el dolor

Cuadro 7-4. Manual de competencias de la enfermera del bloque quirúrgico (continuación)

Bloque II. Atención sanitaria integral		
Criterio III: atención al individuo y la familia		
Personalización de los cuidados	Tiene habilidades para la realización de intervenciones frecuentes en su disciplina	Realización de la intervención "tratamiento intravenoso"
		Correcta identificación, procesamiento o envío de las muestras a laboratorio, según el protocolo vigente del centro
		Control o recuento de la totalidad del material e instrumental quirúrgico empleado en la intervención
		Registro de la implantación de prótesis o dispositivos de los pacientes que los requieran
		Realización de la intervención "punción intravenosa"
		Realización de la intervención "regulación de la temperatura intraoperatoria"
		Intervenciones para el control de infecciones intraoperatorias
		Cumple al menos una de las siguientes: - Realización de intervenciones para favorecer la permeabilidad de la vía aérea u oxigenación extracorpórea - Realización de intervenciones para mantener la volemia
Continuidad asistencial	Garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	Registro del acompañamiento realizado al área posoperatoria
		Intervenciones desarrolladas ante complicaciones presentadas al terminar el acto quirúrgico
		Registro de los dispositivos que presenta el paciente al terminar la intervención quirúrgica, en aquellos pacientes que los precisan
Apoyo vital	Aplica los conocimientos para asistir en una emergencia vital	Formación sobre apoyo vital avanzado, según los criterios del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias o el Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar

Cuadro 7-4. Manual de competencias de la enfermera del bloque quirúrgico (continuación)

Bloque II. Atención sanitaria integral		
Criterio IV: gestión por procesos asistenciales integrados		
Visión continuada e integral de los procesos	Participa en el diseño, implantación, desarrollo, o mejoría de los procesos asistenciales o de apoyo y planes integrales en su ámbito asistencial	Participación en grupos de trabajo relacionados con el diseño, implantación, desarrollo o seguimiento de los procesos asistenciales integrados priorizados por el centro hospitalario o distrito de atención primaria
		Cumplimiento de los criterios de calidad previstos en los procesos asistenciales que inciden en su unidad
		Pone en práctica los procesos asistenciales más frecuentes en su ámbito de trabajo
		Cumplimiento de las características de calidad previstas en el proceso de apoyo del bloque quirúrgico
Bloque III. El profesional		
Criterio V: trabajo en equipo y relaciones interprofesionales		
Trabajo en equipo	Colabora con otros profesionales de su equipo	Trabajo compartido con otros profesionales de su centro o unidad
	Colabora con los profesionales de otros equipos asistenciales	Asistencia al menos a una sesión de trabajo programada con otros servicios
		Participación en grupos de trabajo asesores de organismos públicos oficiales de ámbito autonómico, nacional o internacional
		Pertenencia a grupos de mejora de diversos niveles, responsables de áreas de mejora, comisiones hospitalarias, comisiones de cuidados del área
		Participación en comités o grupos de trabajo de sociedades científicas

Cuadro 7-4. Manual de competencias de la enfermera del bloque quirúrgico (continuación)

Bloque III. El profesional		
Criterio VI: actitud de progreso y desarrollo profesional		
Actitud de aprendizaje y mejoría continua	Realiza acciones formativas y mantiene una reflexión activa sobre su trabajo para mejorar la atención sanitaria	Realización de formación continuada acreditada, relacionada con las competencias del puesto
		Presentación de al menos tres sesiones de formación continuada interna
		Aplicación en la práctica clínica de evidencia científica procedente de revisión bibliográfica acerca de un caso concreto atendido
		Realización de al menos de una actividad de formación continuada acreditada en intervención mínima antibaclo
		Realización de al menos una actividad de formación continuada acreditada relacionada con el dolor y su control
		Estancias programadas en otras unidades/centros sanitarios de al menos 10 días para adquirir nueva capacitación en áreas específicas y posterior implantación en su servicio de las habilidades adquiridas o bien elaboración de la memoria de implantación de dicha habilidad
		Realización de actividades de cooperación al desarrollo o ayuda humanitaria en el ámbito de la salud
		Implantación en el servicio/unidad de aquellos conocimientos o habilidades adquiridas a través de programas de formación o en otros centros que mejoran la calidad asistencial y la eficiencia
		Análisis e informe anual de un aspecto de su labor asistencial y comparación con estándares o datos de otros centros
Criterio VII: compromiso con la docencia		
Capacidad docente	Está comprometido con la función docente de su trabajo en el SSPA	Docente en formación continuada acreditada
		Realiza al menos una de las siguientes: coordinador de formación continuada en su centro de trabajo o director de cursos posgrado
		Realiza al menos una de las siguientes: tutor de residentes, docente universitario, tutor clínico de alumnos o tutor de alumnos de posgrado

Cuadro 7-4. Manual de competencias de la enfermera del bloque quirúrgico (continuación)

Bloque III. El profesional		
Criterio VIII: Compromiso con la investigación		
Aplicación de técnicas de investigación	Está comprometido con la función investigadora de su trabajo en el SSPA	Al menos una ponencia o comunicación en congresos o reuniones científicas
		Al menos una publicación en una revista científica indexada o autor de un capítulo de libro o libro completo con ISBN
		Manejo de bases de datos de publicaciones científicas sanitarias y grados de evidencia
		Investigador principal o miembro del equipo de investigación con financiación competitiva o con contrato de I+D+i, o ser miembro de un grupo de investigación del PAIDI
Bloque IV. La eficiencia		
Criterio IX: uso eficiente de los recursos		
Adecuada utilización de los recursos disponibles	Hace uso adecuado de los recursos disponibles	Contribución a la gestión de los residuos y a la optimización de los recursos y promoción del desarrollo sostenible
		Mantenimiento del material y comprobación del correcto funcionamiento del equipamiento y dispositivos necesarios para prestar una adecuada atención
		Análisis de causas de suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas y medidas para evitar esta suspensión
Bloque V. Los resultados		
Criterio X: orientación a resultados en el desempeño profesional		
Orientación a resultados	Orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	Mejoría objetiva de la situación inicial (NOC) en al menos uno de los siguientes diagnósticos: ansiedad o temor/dolor/déficit de volumen de líquidos
		Mejora objetiva de la situación inicial (NOC) en al menos uno de los siguientes diagnósticos: riesgo de lesión perioperatoria/déficits de conocimientos/riesgo de infección/deterioro de la integridad cutánea

Cuadro 7-4. Manual de competencias de la enfermera del bloque quirúrgico (continuación)

Bloque V. Los resultados		
Criterio X: orientación a resultados en el desempeño profesional		
Metodología de la calidad	Realiza actividades de mejoría continua en relación con la evaluación de sus resultados	Introducción de mejoras en algún aspecto concreto de su práctica diaria
		Puesta en marcha de algún proyecto de mejoría de la atención sanitaria
		Participación en el banco de prácticas innovadoras del SSPA, aportando ideas innovadoras que mejoren los procesos convencionales en los productos, servicios o métodos existentes

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ACSA (España), 2012.

Por otra parte, en 2011 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad español elaboró un documento que contiene los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad para las unidades de tratamiento del dolor.³ En este documento se incluyen también competencias, conocimientos y habilidades para diferentes colectivos sanitarios: médicos, psicólogos y enfermeras; para estas últimas se proponen las siguientes competencias:

- Llevar a cabo una historia clínica con elaboración de un plan de cuidados.
- Saber utilizar las escalas de valoración y los cuestionarios validados para identificar y diagnosticar el tipo de dolor, así como conocer las alteraciones que el dolor produce en el individuo y su entorno.
- Comunicarse bien con los pacientes y familiares y notificarles las opciones y finalidad de su proceso doloroso.
- Seguir de manera cuidadosa la evolución del dolor.
- Conocer, administrar y evaluar los tratamientos farmacológicos basados en la evidencia y la analgesia multimodal.
- Conocer las formas de administrar los opioides y prevenir/regular sus efectos indeseables.
- Ser experto en la técnica de recarga de bombas de perfusión.
- Ser capaz de trabajar en una unidad de tratamiento del dolor (UTD) multidisciplinaria y comunicar de modo apropiado con los profesionales que forman parte de ella.
- Ser capaz de diseñar y realizar estudios clínicos controlados en dolor.
- Tener capacidad para enseñar a otros profesionales de la salud los principios básicos necesarios para el adecuado tratamiento del dolor.

CONCLUSIONES

A lo largo de la amplia bibliografía internacional revisada se han podido identificar numerosos catálogos de competencias dentro del contexto de enfermería, que describen competencias, buenas prácticas o intervenciones referidas a aspectos concretos de la práctica: promoción de la seguridad de los pacientes, protección de la diversidad y multiculturalidad, prevención y control de infecciones, uso seguro de los fármacos, confidencialidad y privacidad de la información, registro de los cuidados, entre otros. Sin embargo, han sido muy escasos los catálogos de competencias encontrados en los que se recoge algún elemento específicamente relacionado con la valoración y tratamiento del dolor.

En el alivio del dolor como derecho terapéutico, las actitudes reales o supuestas de los profesionales que intervienen en su valoración y tratamiento son determinantes en las decisiones y, en muchos casos, influyen o modifican los criterios de la indicación terapéutica.

Por todo ello, definir con claridad las competencias que debe poseer una enfermera en el control del dolor de las personas que atiende, incorporar a los currículos formativos módulos relacionados con la gestión del dolor, adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para valorar el dolor de las personas que lo padecen y saber intervenir sobre él son elementos fundamentales para una práctica profesional de calidad.

REFERENCIAS

1. Stucky C, Gold M, Zhang X: Mechanisms of pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2001;98(21):11845–11846.
2. Olivares ME, Cruzado JA: Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud* 2008;19:321–341.
3. Palanca I, Puig M, Elola J, *et al.*: *Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad, 2011.
4. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Consultado el 26 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
5. Cohen, R., Francis, N.: Pain in Europe. A 2003 Report. [Internet]. 2003. Disponible en: www.painineurope.com.
6. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM: Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2000;7:465–476.
7. González-Escalada J, Barutell C, Camba A, *et al.*: Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2009;16(1):7–20.
8. Londoño C, Contreras F, Delgadillo G, *et al.*: Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2005;10:25–31.
9. Montes A, Arbonés E, Planas J, *et al.*: Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2008;15(2):75–82.

10. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. *Percepciones y actitudes ante el dolor postquirúrgico de pacientes, familiares, enfermeras y médicos: una revisión sistemática*. Madrid: TAISS, 2003.
11. **Plaisance L, Logan C**: Nursing students' knowledge and attitudes regarding pain. *Pain Management Nursing* (official journal of the American Society of Pain Management Nurses) 2006;7(4):167-175.
12. **Sánchez-Sánchez R, Pernía J, Calatrava J**: Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2005;12(7):81-85.
13. **Real J, Pulido C, López-Galera S, et al.**: Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2007;14(1):3-8.
14. **Olden AJ, Jordan ET, Sakima NT, et al.**: Patients "versus nurses" assessments of pain and sedation after cesarean section. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 1995;24(2):137-41.
15. **Juvé-Udina ME, Farrero-Muñoz S, Matud-Calvoc CMP, et al.**: ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias profesionales? *Nursing* 2007;25(7).
16. Consejo Internacional de Enfermeras. (2008). Marco y competencias para el continuo de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
17. **Falcó-Pequerolles A**: La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educación Médica* 2004;7(1).
18. **Benner PE**: *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 2001.
19. **Juvé-Udina ME, Olivé-Ollé C, Casado-García AVC, et al.**: Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. *Revista Metas de Enfermería* 2008;11(10):8-15.
20. Nurses I. C. of Marco y competencias para el Continuo de los cuidados de enfermería. (C. I. de E. CIE, Ed.); 2008.
21. **González J, Wagenaar R (coord)**: *Tuning Educational Structures in Europe*. Informe Final. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.
22. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). *Libro Blanco Título de Grado de Enfermería*. [Internet]. 2004. Disponible en: www.aneca.es
23. **Alexander MF, Runciman PJ, Consejo Internacional de Enfermeras**: *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista: informe del proceso de elaboración y de las consultas*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, 2003.
24. **Leprohon J, Lessard LM, Lévesque-Barbès H**: *Mosaic of Nurses' Clinical Competencies*. Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009.
25. Royal College of Nursing. *Advanced nurse practitioners An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation*. [Internet]. 2012. Disponible en: www.rcn.org.uk/direct
26. Nursing and Midwifery Council. *The code: standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives*. Nursing and Midwifery Council. [Internet]. 2010. Disponible en: www.nmc-uk.org
27. **Almazán-González S, Casado-Martínez F**: Programa de acreditación de competencias profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. *AEDIPE: Revista de la Asociación Española de Dirección de Personal* 2005;35(6).
28. **Almazán-González S**: Modelo de acreditación andaluz. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* 2006;2:189-194.
29. **Almuedo-Paz A, Nuñez-García D, Reyes-Alcazar V, et al.**: *The ACSA Accreditation Model: self-assessment as a quality improvement tool*. En: Savsar M, editors. *Quality Assurance*. Rijeka, Croatia: Intech - Open Access Publisher, 2012.

30. **Brea-Rivero P, Sánchez-Sánchez FJ, Almuedo-Paz A:** Acreditación de competencias profesionales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. *Revista Metas de Enfermería* 2009;12(9):55-60.
31. **Almuedo-Paz A, Brea-Rivero P, Buiza-Camacho B, et al.:** Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en el desarrollo profesional continuo. *Revista de Calidad Asistencial* 2011;26(4):221-227.
32. **Bird A, Wallis M:** Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion. *Journal of Advanced Nursing* 2002;40(5):522-531.
33. **Glasper PA:** The RCN's literacy competences for evidence-based practice. *British Journal of Nursing* 2011;20(3):188-189.
34. **Neville C, McCarthy A, Laurent K:** Pain management skills of regional nurses caring for older people with dementia: a needs analysis. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* 2006;13(2):31-36.
35. **Owens MR, McConvey GG, Weeks D, et al.:** A pilot program to evaluate pain assessment skills of hospice nurses. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 2000;17(1):44-48.
36. **Tschannen D, Aebbersold M:** Improving student critical thinking skills through a root cause analysis pilot project. *The Journal of Nursing Education* 2010;49(8):475-478.
37. **Baier RR, Gifford DR, Patry G, et al.:** Ameliorating pain in nursing homes: a collaborative quality-improvement project. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(12):1988-1995.
38. **Zhou Y, Furgang FA, Zhang Y:** Quality assurance for interventional pain management procedures. *Pain physician* 2006;9(2):107-114.
39. Royal College of General Practitioners. Pain Management Services: planning for the future - Guiding clinicians in their engagement with commissioners. [Internet]. 2013. Disponible en: www.britishpainsociety.org/secure/members_commissioning.htm
40. Anaesthetists R. C. of Pain Management Services. [Internet]. 2008; Disponible en: <http://www.rcoa.ac.uk/docs/painservices>.
41. **Society BP:** Recommended guidelines for pain management programmes. [Internet]. 2005. Disponible en: www.britishpainsociety.org
42. American Board of Interventional Pain Physician ABIPP. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.abipp.org>
43. World Institute of Pain. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.worldinstituteofpain.org>
44. American Pain Society. [Internet]. 2011. Disponible en: www.amppainsoc.org
45. Australian Council on Healthcare Standards. (1991). The ACHS accreditation guide: standards for Australian healthcare facilities. Zetland, N.S.W., Australia: The Council.
46. Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud. [Internet]. 2011. Disponible en: www.cchsa.com
47. **Warfield CA:** Iniciativas para un mejor alivio del dolor. *Revista Médica Clínica las Condes* 2007;18(3):193-197.
48. **Brea-Rivero P, Cabalgante R, Almuedo-Paz A, et al.:** Buenas prácticas profesionales en la atención a las personas con dolor. *Sociedad Española del Dolor* 2011;18(5):297-302.
49. **González JA, Ayuso A, Caba F, et al.:** *Plan andaluz de atención a personas con dolor. 2010-2013.* Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2010.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ESTANDARIZAR EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO

*Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, María Guadalupe Moreno Monsiváis,
María Candelaria Betancourt Esparza*

Capítulo 8

INTRODUCCIÓN

El manejo del dolor posoperatorio es todavía un reto para las instituciones de salud y una de sus causas es la falta de capacitación de los clínicos en ese aspecto. Se ha sugerido desarrollar intervenciones educativas orientadas al manejo del dolor que permitan incrementar los conocimientos del personal de enfermería, que juega un papel fundamental en la atención del paciente con dolor posoperatorio, e implantar procesos estandarizados que garanticen una atención homogénea en este grupo de enfermos. En este capítulo se describe la intervención educativa aplicada a la institución, denominada proceso estandarizado del manejo del dolor posoperatorio, realizada en dos hospitales privados de México de los estados de Nuevo León y San Luis Potosí. En la primera parte se describe la intervención educativa y se enfatiza la capacitación para el manejo del dolor posoperatorio y la implantación de su guía crítica; después se señalan los mecanismos de control que se aplicaron para garantizar el apego a la intervención educativa y al proceso estandarizado de la atención del dolor posoperatorio; al final se muestran algunas conclusiones.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

En México, el desarrollo de las intervenciones educativas se considera un campo emergente que es relevante por sus resultados; se utiliza en diferentes áreas, pero destaca la salud porque permite satisfacer las demandas específicas de enseñanza y aprendizaje, formación de hábitos y conocimientos para promover la conciencia ante los diferentes procesos de salud y enfermedad.¹ Se enfoca en diferentes grupos, como los proveedores de salud y los pacientes, y consiste por lo general en una

capacitación. En este apartado se describe una intervención educativa específica para el área de la salud y el dolor como un proceso de salud-enfermedad dirigido al personal de enfermería.

De acuerdo con las publicaciones médicas, es elemental la capacitación acerca del manejo del dolor en el personal de enfermería; cierta evidencia señala que los profesionales con conocimientos de este tema proporcionan una mejor atención.² Es relevante señalar que las enfermeras se han destacado por su participación activa en la atención del dolor³ con acciones dependientes, interdependientes e independientes que se documentan en los registros de enfermería; sin embargo, la mayor parte de las acciones se ha centrado en la administración farmacológica⁴ y responde al cumplimiento de indicaciones médicas o actividades médico delegadas, sin registro de acciones independientes que manifiesten el conocimiento de enfermería para atender a los pacientes con dolor posoperatorio.

Con base en lo anterior se diseñó una intervención educativa para el manejo del dolor posoperatorio que respondiera a las necesidades de las dos instituciones de salud ya señaladas; para ello se acudió primero a un hospital privado de Monterrey, Nuevo León. En esta institución se efectuó un análisis acerca de la atención de enfermería a pacientes con dolor; para ello se revisaron los registros de enfermería y expedientes clínicos; se entrevistó a los pacientes respecto del dolor y la respuesta del personal médico y de enfermería ante esta demanda de atención; y, por último, se aplicó una encuesta del conocimiento del dolor a todas las enfermeras que atendían a individuos con dolor posoperatorio.

Los resultados del análisis mostraron lo siguiente: a) la documentación de la valoración de dolor por parte del personal de enfermería era nula o precaria; b) las enfermeras indicaron que al no identificar gestos de dolor en sus pacientes asignados, era frecuente que no se realizara la valoración porque se asumía la ausencia del dolor; c) faltaba un plan de atención en muchos de los casos con dolor manifiesto; d) no se contaba con una valoración de los casos en que se aplicaron acciones para atenuar la molestia; e) era evidente la falta de instrucción al paciente respecto del control del dolor; f) los pacientes presentaron dolor leve como expresión máxima; y g) el personal de enfermería no tenía conocimientos sobre el manejo del dolor.

Tras considerar todas estas áreas de oportunidad se solicitó el diseño de una intervención educativa, cuyos ejes centrales fueran capacitar al personal de enfermería en cuanto a la atención que se debe brindar al paciente con dolor e instituir el proceso estandarizado de manejo del dolor posoperatorio. La capacitación de enfermería y la estandarización de la atención en los pacientes que cursan con dolor se consideran esenciales para proporcionar una atención de calidad.^{5,6}

Es importante señalar que la intervención educativa es una fase que se aplicó como parte de un estudio de investigación realizado en dos hospitales privados de Nuevo León y San Luis Potosí y que se aplicó en tres momentos: antes, durante y después de la intervención (figura 8-1).

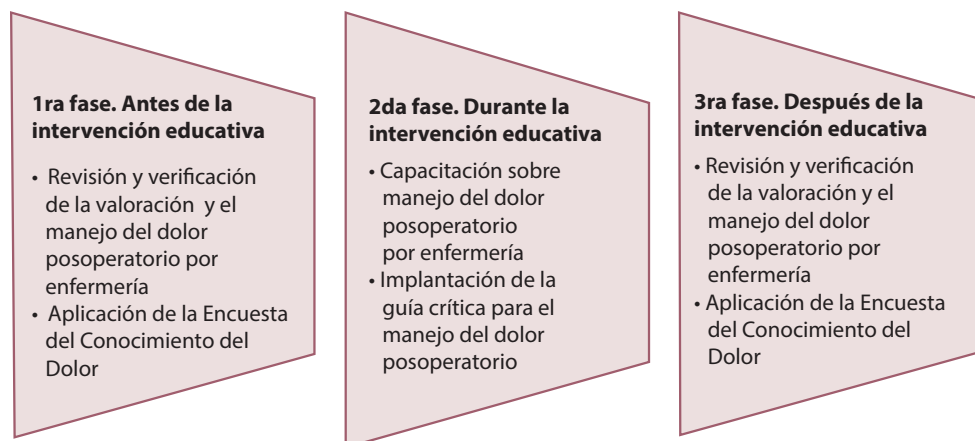


Figura 8-1. Fases del estudio de investigación.

La intervención educativa se dividió en dos etapas: capacitación del manejo del dolor posoperatorio por enfermería y aplicación de la guía crítica para el manejo del dolor posoperatorio. Es importante destacar la participación de los directivos en todo este proceso, dado que es necesario contar con su apoyo incondicional para llevar a cabo todas las gestiones necesarias para alcanzar los objetivos planteados. A continuación se describe cada etapa.

CAPACITACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO POR ENFERMERÍA

El avance que se produce a ritmo constante en el campo de la salud requiere a un personal de enfermería con mayor capacitación.⁷ Para que las enfermeras desarrollen sus funciones y cumplan con sus responsabilidades de una forma eficiente y efectiva es elemental la capacitación; ésta es una actividad planeada cuyo objetivo fundamental es proporcionar el conocimiento y desarrollar las habilidades necesarias para que el personal que labora en las organizaciones pueda responder a las demandas y necesidades de sus pacientes.⁸

Todas las instituciones requieren difundir programas de capacitación, ya que las organizaciones deben proporcionar por regla general las bases para que sus trabajadores tengan la preparación apropiada para enfrentar sus actividades diarias en las mejores condiciones; además, la capacitación es primordial para alcanzar altos grados de productividad y uniformar las distintas formas de trabajo.⁹ Para lograr que el personal de enfermería cuente con las destrezas y capacidades necesarias para un adecuado manejo del dolor posoperatorio se desarrolló un programa de capacitación que garantice que las enfermeras tengan el conocimiento específico para la atención apropiada al paciente con dolor y, por otro lado, habilitarlas en las acciones y cuida-

dos específicos indispensables en la atención de un paciente posoperatorio desde su ingreso al servicio hasta su egreso. Es importante destacar que para la capacitación se consideraron cuatro aspectos principales: contenido, recursos humanos, formación de grupos y evaluación, los cuales se describen a continuación.

1. **Contenido.** El programa de capacitación para el manejo del dolor posoperatorio incluyó los temas necesarios para que el personal de enfermería llevara a cabo su valoración, creara un plan acorde con esta valoración, evaluara el plan y, además, enfatizara la educación del paciente acerca del dolor. Se dividió en dos módulos: valoración y manejo del dolor, y guía crítica para su manejo. El primer módulo comprendió los temas valoración, aspectos éticos de la valoración del dolor en el paciente posoperatorio, en poblaciones especiales, aspectos éticos en la atención del dolor y escalas para su cuantificación; además, se revisaron los temas de fisiología y control del dolor, que incluyeron prácticas basadas en evidencia en el tratamiento, manejo de efectos secundarios en el tratamiento farmacológico y atención del dolor a través de enfoques no farmacológicos, y plan de atención para el manejo del dolor y su evaluación.¹⁰⁻¹⁶

Como parte de los temas se analizaron casos clínicos; su finalidad era verificar la incorporación de los nuevos conocimientos y favorecer la crítica constructiva acerca de la forma como el personal de enfermería respondía a los casos clínicos. Es preciso indicar que después de revisar todos estos aspectos teóricos, necesarios para el manejo adecuado, se capacitó al personal en el segundo módulo, en el cual se revisó la guía crítica para la atención del dolor, así como la educación del paciente sobre este problema.

En cuanto al contenido del programa de capacitación, en la primera sesión se proporcionó un panorama general de la atención del dolor, se destacaron las consecuencias del manejo insuficiente del dolor por parte del personal de enfermería, notificado en muchas publicaciones nacionales e internacionales.^{2,5,6,10,12,14,16} Asimismo, se explica la relevancia de establecer la valoración, como el quinto signo vital. Esto con la finalidad de que el personal reconociera la atención del dolor en su propia institución; además, se le pidió a la enfermera que formulara sugerencias para mejorar el manejo del dolor y que hiciera un intento por introducir cambios en la forma de proporcionar su atención en este proceso.

En el tema de la valoración del dolor se señalaron diferentes métodos para realizarla (subjetiva, objetiva, por un observador independiente y determinaciones bioquímicas)^{17,18} y también se consideró la valoración del dolor de acuerdo con grupos de población vulnerables (pacientes pediátricos, ancianos, enfermos imposibilitados para comunicarse). Es importante destacar que en los aspectos éticos para la valoración del dolor se enfatizó la relevancia de confiar en la propia calificación del dolor del paciente, dado que muchas veces el personal de salud soslaya la indicación del enfermo si no identifica gestos o posturas corporales patentes de dolor, según múltiples publicaciones especializadas; de igual modo, se destacaron los aspectos éticos como prioritarios en el manejo del mismo.

Una vez que el personal reconoce que la atención inadecuada del dolor es una realidad, después de revisar algunos aspectos teóricos y éticos de la valoración del dolor, se analizó el tema de las escalas para su cuantificación, es decir, los

diferentes parámetros descritos en los textos médicos; de todos estos sistemas de calificación, la escala visual numérica (0, ausencia del dolor; 10, máximo dolor percibido) es la más utilizada en el mundo.¹⁹

La segunda sesión se inició con la fisiología del dolor, con objeto de que el personal de enfermería comprendiera los procesos observados en el organismo de un individuo que refiere dolor;^{20,21} a continuación se revisaron todas las medidas farmacológicas y no farmacológicas que son útiles para el tratamiento, de acuerdo con la bibliografía.^{22,23} En esta sesión se revisó el primer caso clínico en el cual las enfermeras aplicaron los conocimientos adquiridos hasta este momento de la capacitación.

En la tercera sesión se revisó el plan de atención para el manejo del dolor y su evaluación. Es importante destacar que se tomó como referencia el modelo teórico SOAP (subjeto, objetivo, análisis y plan), que está incorporado en las notas de enfermería en los expedientes electrónicos de las dos instituciones de salud donde se implementó la intervención educativa. Para la realización del plan de atención se aplicaron los aspectos teóricos de acuerdo con las publicaciones especializadas y, en conjunto con el personal de enfermería, se tomaron acuerdos acerca de los aspectos de la valoración y manejo del dolor que deben abordarse. Asimismo, se especificó la parte de la nota a documentar; en consecuencia, la expresión del paciente acerca de la presencia e intensidad del dolor se consigna como subjetivo; la localización del dolor y las facies y posturas que lo denotan se registran como objetivo; el juicio clínico que se refiere a la identificación de dolor se anota en análisis; y las acciones para controlar el dolor y los resultados se agregan en el plan. A partir de este momento se empieza a estandarizar el proceso para el manejo del dolor; esto resulta muy útil porque se toman en cuenta todas las aportaciones y sugerencias del personal de enfermería; por lo tanto, luego de establecer el proceso se observó una mejor respuesta.

En la cuarta y última sesión se presentó la guía crítica para el manejo del dolor posoperatorio, la cual contenía las actividades que el personal debe efectuar desde el ingreso del paciente con dolor posoperatorio hasta su egreso. Además, en esta sesión también se analizó la educación que debe proporcionarse al paciente acerca del dolor y se indicó que ésta era un componente que debía satisfacerse, según lo señalado en la guía crítica; en consecuencia, todo paciente posoperatorio, incluso si no sufre dolor, debe recibir esta información; el enfermo debe indicar la presencia, intensidad y localización del dolor y recibir atención para ello; asimismo, se le explica que no debe soportar el dolor causado por una intervención quirúrgica.

2. **Recursos humanos.** La selección de los recursos humanos que participan como ponentes es un factor clave para el éxito de la capacitación; es necesario que posean los conocimientos del tema a tratar y las capacidades de explicación y motivación, ya sea para la asistencia o para la participación activa en el grupo.²⁴ Para la capacitación se consideró a cuatro ponentes; cada uno de ellos preparó sus temas asignados en el programa *Power Point* y proporcionó los artículos recomendados de consulta para profundizar en los temas, incluidos en el manual de valoración y manejo del dolor posoperatorio. Todos los participantes que asistieron a la capacitación recibieron este documento el primer día, que incluía el programa, las presentaciones de todos los temas con espacios para tomar notas y los artículos recomendados para consulta.

En cuanto a los recursos humanos que intervinieron como asistentes, se incluyó al total del personal de enfermería que atendía a pacientes posoperatorios. En relación con los recursos humanos que hicieron posible la capacitación, es importante destacar la disposición y apoyo de los directivos de las dos instituciones. En el hospital privado de Nuevo León, el personal directivo tomó en cuenta esta capacitación como parte de su programa anual y la consideró para conceder los estímulos al personal de acuerdo con el total de horas invertidas en la capacitación por año. Los supervisores estuvieron en contacto con su personal y les dieron la oportunidad de decidir el horario en el que acudirían a la capacitación, de acuerdo con la planeación de los cuatro grupos.

Cabe precisar que las autoridades directivas otorgaron todas las facilidades para la capacitación de sus empleados, entregaron un listado con los nombres de todo el personal que atendía a pacientes posoperatorios con la finalidad de planear la formación de grupos para la capacitación, y también asignaron una de las aulas con el equipo requerido, como proyectores y computadoras; asimismo, se encargaron de fotocopiar los manuales de capacitación y ofrecieron un refrigerio en cada una de las sesiones programadas.

- 3. Formación de grupos.** Primero se consideró el horario para la capacitación; mientras algunos autores señalan que lo ideal es ofrecerla durante la jornada laboral, otros consideran que es mejor hacerlo fuera del horario de trabajo, ya que es necesario que el personal esté dedicado por completo a la capacitación para aprovecharla mejor.²⁵ Es relevante señalar que el horario de capacitación del personal de enfermería se eligió junto con el personal directivo de las dos instituciones donde se realizó la intervención educativa.

Al final se decidió ofrecer la capacitación fuera del horario de trabajo y se proporcionó en cuatro sesiones; los horarios de capacitación fueron dos, uno matutino (9 a 12 am) y otro vespertino (3 a 6 pm), los días martes y jueves. En total se programaron cuatro semanas de capacitación; en la primera y tercera semanas se abarcaron las sesiones primera y segunda; en las semanas segunda y cuarta se revisaron las sesiones tercera y cuarta, todas en los horarios matutino y vespertino ya mencionados.

Se planearon cuatro grupos y se elaboraron las listas con los horarios señalados con anterioridad y el personal de enfermería eligió el grupo que más se adaptaba a sus necesidades. Por lo general, los empleados que salían del turno matutino tomaron su capacitación en el vespertino, y viceversa; por su parte, la mayoría de los trabajadores del turno nocturno asistió a la capacitación del vespertino. Es necesario destacar que entre la salida del personal de su trabajo y el inicio de la capacitación mediaba una hora, lo cual resultó acertado porque el personal tenía oportunidad de descansar un lapso antes del inicio de la capacitación.

- 4. Evaluación.** Es relevante evaluar la capacitación para verificar el cumplimiento de los objetivos, áreas de oportunidad, grado de aprendizaje y forma en que el personal de enfermería aplica estos conocimientos en la práctica diaria, además de conocer de qué manera evalúa el personal la capacitación recibida.²⁶ Para evaluar el aprendizaje del personal de enfermería se aplicó la encuesta de conocimiento del dolor en dos momentos: antes y al final de la capacitación. Se logró constatar así que el personal incrementó sus conocimientos, se obtuvieron

mejores resultados y se observó mayor participación del personal en los casos clínicos revisados durante la capacitación.

Para evaluar la aplicación de conocimientos se revisaron las notas de enfermería antes de la capacitación y cuatro semanas después; se encontró mejor documentación del manejo del dolor por parte de las enfermeras luego de la capacitación; y se identificó que todas las notas con algún informe de dolor incluían acciones para disminuirlo. Respecto de la evaluación de la capacitación se encontraron buenos resultados: la mayoría del personal señaló que el curso había cumplido con sus expectativas y que identificaron el conocimiento de los ponentes respecto del tema que presentó cada uno de ellos; de igual modo, la mayor parte calificó como excelentes el tiempo, horario e instalaciones donde se proporcionó la capacitación.

Para obtener buenos resultados en la evaluación de la capacitación es prioritario establecer una buena impresión desde el primer contacto con los asistentes y motivarlos en cada sesión para continuar con su capacitación hasta terminar ambos módulos.

APLICACIÓN DE LA GUÍA CRÍTICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO

La guía crítica es una herramienta para mejorar las decisiones médicas y consiste en plasmar las recomendaciones de expertos que revisan las publicaciones médicas más actualizadas y de diferentes países.²⁷ Existe evidencia que permite planificar y coordinar la secuencia de los procedimientos de enfermería necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial, apoyar la estandarización y reducir las variaciones en el cuidado ofrecido a un grupo de pacientes con diagnósticos similares y un curso clínico previsible.²⁸ Debe señalarse que la implantación de la guía crítica se realizó para estandarizar la atención del dolor posoperatorio; en esta guía se establecieron los criterios necesarios para la valoración, control y documentación del dolor con la finalidad de que la totalidad del personal se apegara a este proceso en cada uno de los pacientes posoperatorios.

Para la realización de la guía crítica para el manejo del dolor posoperatorio se consideraron las publicaciones más actualizadas y los parámetros de práctica clínica de los expertos en el tema y los diferentes organismos encargados de certificar la calidad de las instituciones de salud, como la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO).^{10-13,16-18,22,23,27} De igual manera fue elemental incorporar a todo el personal de enfermería que atiende a pacientes posoperatorios y directivos de la institución.

Después de revisar la guía crítica e incorporar las sugerencias del personal directivo y operativo de las instituciones de salud se le expuso a los directivos de la institución. La guía contenía una estandarización del proceso de valoración y documentación del manejo del dolor en pacientes posoperatorios. A continuación, para su aplicación, se entabló contacto con el personal de enfermería participante durante el proceso de capacitación y se les comentó que todas sus aportaciones se habían incluido.

Como elementos importantes, en la guía crítica se estableció que el personal de enfermería debía realizar al inicio de su turno, y conforme lo señalara la guía, la valoración del dolor en todos los pacientes posoperatorios y documentar su resultado en la nota de enfermería y el expediente electrónico. Después de la valoración, las enfermeras deben proporcionar educación acerca del manejo del dolor, aun en ausencia de éste. Si aparece se aplica un plan de atención individualizado que incluya diferentes acciones de acuerdo con su intensidad y se documentan. Por último, debe evaluarse el resultado del plan de atención y consignarlo.

En las instituciones donde se aplicó la guía crítica para el manejo del dolor posoperatorio se observó que el personal de enfermería participó de forma activa y mejoró este proceso de atención. La disposición del personal para este cambio facilitó la exigencia de los directivos para el cumplimiento de esta nueva herramienta de trabajo.²⁸ Dos aspectos clave para este resultado fueron los siguientes:

1. El personal de enfermería reconoció que el manejo del dolor requería mejorarse. Antes de iniciar los temas de la capacitación se les presentó un panorama general del manejo del dolor posoperatorio basado en las publicaciones médicas más actualizadas y los resultados del análisis efectuado para identificar el manejo del dolor en sus instituciones de salud; se destacaron asimismo todas las fortalezas y se mostraron las oportunidades para mejorar este proceso. Al finalizar esta presentación, tras hacerles preguntas al respecto, las enfermeras señalaron que podrían mejorar la atención del dolor en los pacientes posoperatorios.
2. Participación activa y compromiso del personal de enfermería en relación con la mejor forma de proporcionar atención a los pacientes que refieren dolor posoperatorio. La presentación de la guía crítica durante la capacitación hizo posible que el personal propusiera la forma que consideraba más adecuada para el manejo del dolor posoperatorio; a continuación, cuando se aplicó la guía crítica, se les notificó que era un compromiso satisfacer esos aspectos que ellos mismos habían sugerido. Es pertinente señalar que esta herramienta de trabajo se plasmó en un cartel (tamaño doble carta) que se colocó en cada una de las estaciones de enfermería; el objetivo era evidenciar la forma de proporcionar la atención en los pacientes con dolor posoperatorio.

La guía crítica consta de cuatro apartados: valoración del dolor, plan de atención, evaluación del dolor y educación sobre dolor (cuadro 8-1). En cada apartado se señalan las acciones que debe llevar a cabo el personal de enfermería; es importante destacar que esta guía crítica facilita la estandarización del manejo del dolor posoperatorio, favorece la unificación de la atención para evitar al máximo las variaciones en la práctica clínica y promueve una atención de calidad a todos los pacientes posoperatorios.

Cuadro 8-1. Guía crítica para el manejo del dolor por enfermería

Participación de enfermería en el manejo del dolor	
Valoración del dolor	Preguntar al paciente si sufre dolor En las primeras 24 h posoperatorias, preguntar cada 2 h En el segundo y tercer días posoperatorios, cada 3 a 4 h o de acuerdo con las características del paciente Documentar la presencia o ausencia del dolor en las notas de enfermería y los expedientes electrónico e impreso Si el paciente refiere dolor, valorar sus características Características del dolor: Intensidad: aplicar la escala visual numérica (0, ausencia de dolor; 10, máximo dolor percibido) cada vez que se valora la presencia del dolor Informar en las notas de enfermería y los expedientes electrónico e impreso el número tal y como lo señala el paciente Localización de dolor: En todos los pacientes que refieren dolor, identificar el origen y señalar el área; anotar si es difuso, localizado o irradiado a otra área (p. ej., refiere dolor en herida quirúrgica) Documentar la localización del dolor en la nota de enfermería y los expedientes electrónico e impreso
Plan de atención	Acciones para disminuir el dolor: Aplicar acciones farmacológicas y documentarlas en el expediente (p. ej., se adelanta analgésico indicado; se notifica al cirujano o anestesiólogo responsable del control analgésico el efecto del fármaco) Instituir acciones no farmacológicas y documentarlas en el expediente Documentar acciones no farmacológicas (p. ej., cambio de posición, relajación, distracción, imaginación guiada, entre otras) Administración de fármacos: Administrar el analgésico prescrito y verificar los siete correctos (nombre del paciente, analgésico, caducidad, hora y frecuencia, dosis prescrita, vía de administración prescrita y ritmo de infusión) Valorar el efecto del analgésico administrado por vía parenteral 15 a 30 min después de su aplicación Valorar el efecto del analgésico administrado por vía oral 60 min después de su aplicación Documentar en el expediente el nombre, dosis, vía y horario del analgésico suministrado Documentar si el paciente tiene catéter epidural y el estado de éste (p. ej., catéter sellado o con infusión continua) Valorar la presencia de efectos colaterales propios de la analgesia y notificarlo al médico tratante
Evaluación del plan	Valorar y registrar el efecto del analgésico (p. ej., se administra analgésico indicado y cede el dolor) Evaluar y documentar en los expedientes electrónico e impreso el efecto de las acciones realizadas (p. ej., con la relajación disminuyó el dolor)
Educación sobre dolor	Proporcionar y documentar educación sobre el dolor Entregar el folleto informativo al ingreso del paciente al servicio Confirmar que el paciente tiene claras las indicaciones para el tratamiento en el hogar

MECANISMOS DE CONTROL PARA LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Las publicaciones especializadas muestran que es elemental aplicar mecanismos de control para unificar la intervención educativa que está centrada en una capacitación, sobre todo cuando está dirigida a varios grupos.²⁵ Para la capacitación del personal de enfermería de los cuatro grupos se consideraron varios mecanismos de control, los cuales se describen a continuación.

1. Elaboración de dos manuales para la capacitación del personal de enfermería, uno para los ponentes y otro para los asistentes. El manual para los ponentes (*Valoración y manejo del dolor posoperatorio por enfermería*) contenía toda la información a impartir en cada tema que se organizó de acuerdo con el programa de la capacitación. Antes de cada tema se proporcionaban instrucciones específicas que señalaban el contenido que se trataría y la forma de trabajo grupal; esta información estaba enmarcada en un recuadro y el objetivo era ofrecer la misma información en cada uno de los cuatro grupos. Es relevante señalar que los ponentes expusieron el mismo tema en los cuatro grupos, lo cual facilitó la homogeneidad de la información. El manual para los asistentes (con el mismo título) contenía en la primera hoja el programa de la capacitación que señalaba la hora, tema y ponente de los dos módulos. Incluía también la presentación en *Power Point* de cada uno de los temas a presentar de cada ponente con un apartado en cada diapositiva para que los asistentes hicieran sus notas; en la parte final del manual se agregaron los artículos que recomendaron los ponentes para disponer de una bibliografía de consulta.
2. Trabajo en equipo de los ponentes antes de la capacitación. Es preciso destacar que todos los ponentes se reunieron y revisaron las presentaciones de sus temas y los artículos propuestos para consulta. Esta forma de trabajo posibilitó la discusión en equipo para mejorar la capacitación y asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos. También revisaron la encuesta del conocimiento para confirmar que en la capacitación se abordara todo lo contenido en ella.
3. Control de la evaluación del conocimiento del dolor. Para asegurar la confidencialidad de la información de la encuesta del conocimiento, y que el personal de enfermería sintiera libertad de contestar lo que sabía, se entregó un folio a cada asistente que se añadió a la encuesta del conocimiento aplicada antes y después de la capacitación. Hay que precisar que los folios se incluyeron en la parte interior de la portada de cada manual, los manuales se colocaron en un escritorio y los asistentes tomaban un manual conforme llegaban a la primera sesión; por lo tanto, era imposible identificar los folios. Antes de aplicar la encuesta del conocimiento del dolor se explicó que no era posible identificarlos, pero que se requería que colocaran su número de folio a la encuesta de conocimiento que se aplicaría antes de iniciar la capacitación y al final de la misma que todas sus dudas relacionadas con ese examen se revisarían a lo largo de la capacitación; el folio era necesario para analizar los conocimientos previo y posterior a la capacitación de todo el personal de enfermería, pero sin identificar sus nombres.

CONCLUSIONES

La intervención educativa para la implantación del proceso estandarizado manejo del dolor aplicado en dos instituciones de salud tuvo resultados muy favorables. Se identificó mayor conocimiento del personal de enfermería respecto de la atención del dolor, se incrementó la valoración de éste en los pacientes posoperatorios y se aplicaron acciones específicas para el manejo del dolor. Asimismo, mejoró la documentación en las notas de enfermería; se ofreció de modo inicial la educación sobre el dolor al paciente posoperatorio; y se incrementó la satisfacción del enfermo con el manejo del dolor por enfermería. Estos resultados son muy alentadores; no obstante, es elemental considerar que la implantación de nuevas formas de trabajo en los diferentes procesos de la institución puede requerir ajustes de los procesos ya existentes, rescatar los puntos valiosos e introducir cambios radicales, cuando son necesarios. En ambos casos es importante que el programa de capacitación que se desarrolle considere los métodos reconocidos para vencer la resistencia al cambio, entre ellos educación y comunicación, participación e intervención activa, facilitación y apoyo, cooperación y negociación, y motivación constante. Todos estos métodos hacen posible lograr el éxito en un proceso de cambio y superarlos de manera apropiada.

REFERENCIAS

1. **Negrete T:** La intervención educativa. Un campo emergente en México. *Revista Educación y Desarrollo* 2010;13:35-43.
2. **Salvadó-Hernández C, Fuentelsaz-Gallego C, Arcay-Veira C, et al.:** Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III. *Revista Enfermería Clínica* 2009;19(6):322-329.
3. **Montes A, Arbonés E, Muñoz E, et al.:** Health care professionals and pain: a cross-sectional study on information, assessment and treatment. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2008;15:75-82.
4. **Córdova AG, Ortiz MK, Salazar HM, et al.:** Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicectomía. *Revista Cuidarte* 2012;3(3):287-292.
5. **Sellán MC, Díaz ML, Vázquez A:** Valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, en contextos asistenciales hospitalarios. *Revista Cubana de Enfermería* 2012;28(2):144-155.
6. **Fernández DL, Gordo F, López S, et al.:** Postoperative analgesia treatment during the first 24 hours in a second level hospital. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;13(1):18-23.
7. **Barroso-Romero Z, Colomer Barroso E:** Las competencias: su importancia para la planificación de los programas de capacitación de enfermería. *Rev Cubana Enfer* 2007;23(4):2.
8. **García J:** El proceso de capacitación, sus etapas e implementación para mejorar el desempeño de recurso humano en las organizaciones. *Revista Contribuciones a la Economía*. 2011. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2011b/>
9. **Siliceo A:** *Libro capacitación y desarrollo del personal*. 4ta ed. México, D.F.: Editorial Limusa, 2004:19.

10. **López S, López A, Zaballos M:** *Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria*. 2da ed. Madrid, España: Asociación Española de Cirugía Ambulatoria, 2012.
11. **Covarrubias-Gómez A:** El manejo del dolor agudo postoperatorio: una década de experiencias. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2013;36(1):179-182.
12. Academia Mexicana de Cirugía. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo postoperatorio. *Cir Ciruj* 2005;73(3):223-232.
13. **Fernández DL, Gordo F, López S, et al.:** Postoperative analgesia treatment during the first 24 hours in a second level hospital. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;13(1):18-23.
14. **Fernández DL, Gordo F, López-Galera S, et al.:** Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;14(1):3-8.
15. **Moreno MG, Interrial MG, Garza ME, et al.:** Intensidad y manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados. *Revista Cuidarte* 2012;3(3):355-362.
16. **Zaragoza F, Landa I, Larrainzar R, et al.:** *Dolor postoperatorio en España. Primer documento de consenso*. Madrid, España: AEC, GEDOS, SEDAR y SED, 2005:4-12.
17. **Serrano MS, Caballero J, Cañas A, et al.:** Valoración del dolor (II). *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 2002;9:109-121. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_06.pdf
18. **Serrano MS, Caballero J, Cañas A, et al.:** Valoración del dolor (I). *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 2002;9:94-108. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf
19. **Martínez P, Rivera MV:** *La medición del dolor*. Unidad de Dolor, Hospital Universitario, Vall d'Hebron, Barcelona, España. Disponible en: http://www.academia.cat/pages/academ/vidaacad/publica/mo_me/me12/castella/81-86.pdf
20. **Cerveró F, Laird J:** Fisiología del dolor. En: Aliaga L, Baños J, Barutell C. *Tratamiento del dolor: teoría y práctica*. Barcelona, 1995:9-25.
21. **Chudler E, Bonica J:** Mecanismos supraespinales de dolor y nocicepción. En: Loeser J, Butler S, Champan R, et al. *Terapéutica del dolor*. Vol. I. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003:86-94.
22. **Gutiérrez Á, Valenzuela E:** *Guías sobre el manejo farmacológico del dolor*. 1ra ed. Colombia: Editorial Universidad del Rosario, 2007:12-20, 58.
23. **Sartori AL, Viera F, Almeida NA, et al.:** Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. *Revista Enfermería Global* 2011;21:1-9.
24. **Cruz-Quevedo JE, Onofre-Rodríguez DJ, Gutiérrez-Valverde JM, et al.:** Fidelidad de una intervención educativa: el papel de los facilitadores. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 2008;XXVI(1):61-67.
25. **Sánchez Castañeda A:** La capacitación y adiestramiento en México: regularización, realidades y ritos. *Revista Latinoamericana de Derecho Social* 2007;5:1991-228.
26. **Cadena J, Overa S, Pérez M, et al.** Evaluación de la capacitación de enfermería en dos institutos nacionales de salud. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2012;9(3):15-24.
27. **Cellis-Rodríguez E, Besso J, Birchenall C, et al.:** Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva* 2007;31(8):428-471.
28. **Villanueva-Bravo N, Iraola-Ferree M, Falcón-Hernández A, et al.:** Vía clínica en el infarto agudo de miocardio. Diseño, ensayo piloto y propuesta definitiva. *Revista de Calidad Asistencial* 2005;20(3):140-151.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DEL DOLOR AGUDO POSOPERATORIO

*Aracely Díaz Oviedo, María Candelaria Betancourt Esparza,
Martha Landeros López, Sofía Cheverría Rivera*

Capítulo 9

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermería representa una de las fases indispensables en el proceso de atención, revela la importancia que tienen el juicio y el razonamiento crítico de la enfermera y se ha convertido en una base para los cuidados de enfermería. El personal médico que trabaja bajo normas de calidad para el cuidado requiere centrar su atención en el paciente, valorarlo y al final proponer e instituir el tratamiento. Dicho de otra forma, debe aplicar el proceso de atención. El presente capítulo muestra el significado del diagnóstico de enfermería, así como la metodología para estructurar un diagnóstico que permita idear un plan de cuidado terapéutico específico. Cabe señalar que el énfasis de esta sección recae en el diagnóstico del dolor agudo, ya que éste tiene una enorme relevancia en el quehacer de la enfermería.

SIGNIFICADO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería como segunda fase del proceso de cuidado comprende un elemento fundamental en el cuidado de salud de las personas. Es necesario que el enfermero profesional realice un análisis y síntesis científicos de la información recabada en la fase de valoración. Después de analizarla, los profesionales de la salud requieren en esta fase diagnóstica emitir un juicio clínico acerca del estado de salud del paciente; tal juicio clínico debe formularse desde el enfoque de una valoración específica de enfermería. López y Galindo¹ señalan que el diagnóstico de enfermería es la fase que comprende un proceso de análisis-síntesis para emitir un juicio o conclusión sobre el estado de salud de la persona, sus preocupaciones, necesidades o problemas de salud, reales o potenciales. Los lineamientos NANDA 2012-2014²

mencionan que las enfermeras expresan juicios clínicos considerados como una interpretación o conclusión acerca de las necesidades, preocupaciones o problemas de salud del paciente, o bien como la decisión de aplicar acciones, utilizar o modificar los métodos estándares o improvisar nuevos, según se considere correcto con base en las necesidades del individuo. De acuerdo con la novena conferencia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) en 2009, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base del tratamiento para la consecución de objetivos de los que la enfermera es responsable.³ Por lo tanto, el diagnóstico permite a los profesionales de enfermería expresar juicios clínicos sobre el estado de salud del paciente atendido, quien además exige un cuidado planeado y centrado en actividades propias de la enfermera.

METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA

Como se ha señalado, es indispensable que el profesional de salud lleve a cabo una valoración propia de enfermería para establecer un diagnóstico; en consecuencia, el profesional realiza un razonamiento científico para arribar a ello. Una de las formas lógicas de conseguirlo consiste en seguir de manera gradual los componentes de la valoración, como la obtención de datos y la organización, análisis y registro de estos; al término de dichos pasos, el proceso de cuidado de enfermería hace posible determinar un diagnóstico bajo una metodología específica.

Puede ser difícil para la enfermera profesional comprender el proceso que lleva al reconocimiento de un diagnóstico, en particular en la práctica que establece el contacto con los pacientes o usuarios, sobre todo porque debe contar con datos que sustenten los problemas a resolver y plantearlos conforme a una estructura válida en su disciplina.

Se puede recomendar la siguiente secuencia. Primero debe identificarse el patrón valorado (funciones, aparatos o sistemas, patrón de respuesta humana, entre otros) y a continuación las alteraciones halladas, es decir, el conjunto de indicios o conjunto de signos y síntomas obtenidos en la valoración. Éstos pueden ser datos objetivos y subjetivos, como lo muestra el ejemplo:⁴

Signos

Temperatura: 38.5°C
Recuento leucocitario: 24 000
Enrojecimiento de la incisión
Drenaje purulento

Deducción

La incisión está infectada

La organización de la información anterior permite hacer una deducción con base en los datos obtenidos; por ende, deben considerarse los elementos teóricos y científicos de los signos, además de la experiencia en la obtención de los datos. Muchas de las inferencias se basan en particular en razonamientos clínicos que revelan el estado de salud del paciente.

Una vez que el profesional emite deducciones a partir de la información es indispensable la aplicación de la NANDA I 2012-2014; estos lineamientos guían la estructuración del diagnóstico al elegir el dominio y la clase en la que pueden ubicarse los datos precisos a diagnosticar; es por ello que el uso de la taxonomía NANDA posibilita el establecimiento del diagnóstico. Los 13 dominios representan una esfera de actividad de estudio o interés² y entre ellos pueden mencionarse la promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, sexualidad, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales, seguridad/protección, confort, crecimiento y desarrollo (figura 9-1). Después de identificar el dominio a partir de los datos obtenidos es necesario reconocer la clase, entendida como la subdivisión de ese grupo mayor que es el dominio; entonces pueden analizarse e identificarse las posibilidades para elegir la clase correspondiente y con ello etiquetar el diagnóstico (con base en las definiciones de las etiquetas diagnósticas posibles).³

Para finalizar, se estructura el enunciado diagnóstico sin perder de vista que puede tratarse de un diagnóstico real, un riesgo para el bienestar o un síndrome. Esto tiene la intención de poder estructurar el enunciado de dos o tres partes; un ejemplo de la metodología para el diagnóstico es el siguiente:

Patrón funcional valorado	Signos	Deducción	Dominio NANDA	Clase NANDA	Etiqueta NANDA	Enunciado diagnóstico
---------------------------	--------	-----------	---------------	-------------	----------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO

De acuerdo con el razonamiento diagnóstico ya expuesto se recomienda utilizar esta metodología para la estructuración del diagnóstico de enfermería del dolor agudo; este último lo define la NANDA I 2012-2014 como “la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses”. Parte de la definición del dolor agudo proviene del proceso de analizar datos objetivos y subjetivos de un paciente que manifiesta física y sensitivamente datos complementarios de dolor, como facies, gesticulaciones, movimientos y verbalización del dolor. Para la estructuración del diagnóstico de enfermería, la NANDA 2012-2014 propone que se relacione con agentes lesivos de índole biológico, químico, físico y psicológico que justifiquen y fundamenten la presencia del dolor; un ejemplo es el siguiente (cuadro 9-1):

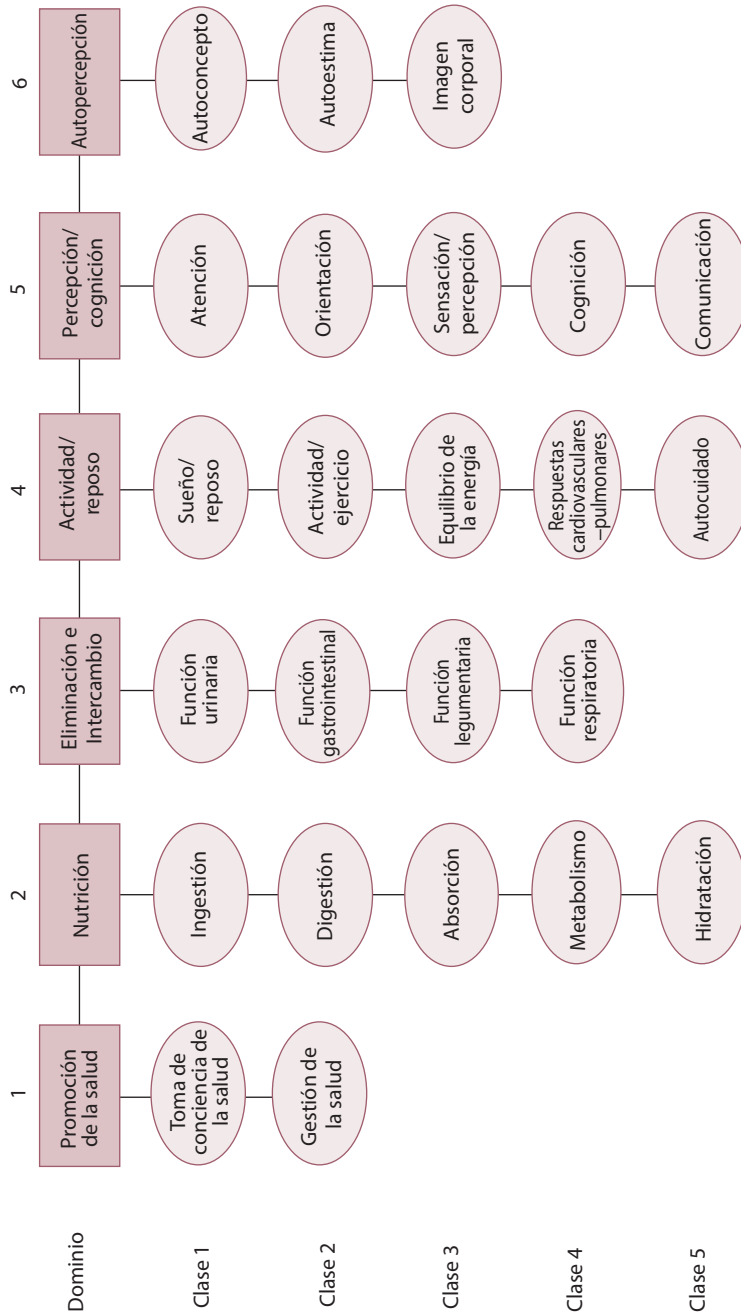


Figura 9-1. Dominios y clases de la taxonomía NANDA.

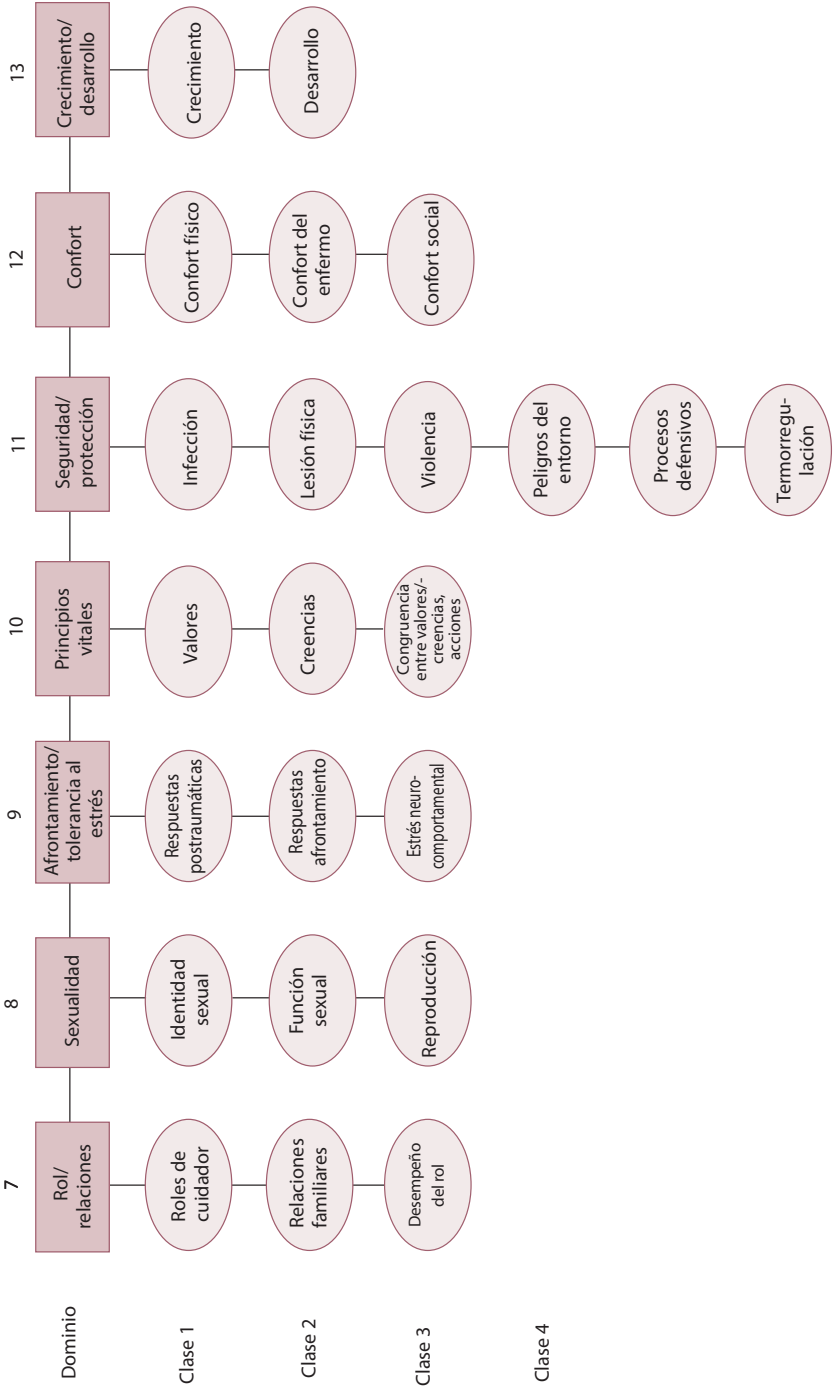


Figura 9-1. Dominios y clases de la taxonomía NANDA (continuación).

Cuadro 9-1. Ejemplo de la estructuración del diagnóstico de enfermería

Patrón funcional valorado	Signos	Deducción	Dominio NANDA	Clase NANDA	Etiqueta NANDA	Enunciado diagnóstico
Cognitivo perceptual	Angustia Ansiedad Alteración del sueño Verbaliza dolor Escala de EVA: 8 Localiza el dolor	Presencia de malestar físico localizado	12 (Confort)	Clase 1 (Confort físico)	Dolor (Agudo)	<i>Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico manifestado por observación de evidencia de dolor, expresión de dolor y trastorno del patrón de sueño</i>

De manera general, el proceso para la identificación de diagnósticos de enfermería ha tenido una mayor limitación, así como su construcción. A continuación se ejemplifica un enfoque de razonamiento que puede llevar al diagnóstico en el contexto del ambiente clínico hospitalario (cuadro 9-2).

Cuadro 9-2. Razonamiento para establecer diagnósticos clínicos de enfermería

Contacto inicial: identificación de signos de la apariencia general y los aditamentos (gesticulaciones, informe verbal de dolor, posición corporal de protección, drenes visibles, entre otros)		
Primera inferencia: patrones funcionales afectados (cognitivo perceptual)		
Identificación de valoraciones focalizadas para validación de datos del primer contacto:		
Interrogatorio: Análisis del síntoma Escala de intensidad del dolor (EVA)	Exploración física: Signos vitales, inspección de la herida	Laboratorios y otros estudios: Biometría hemática Cultivos Química sanguínea
Inferencia analítica: deducción de problemas concretos mediante pensamiento crítico y razonamiento clínico (dolor agudo producto de estimulación de nociceptores e incremento de la respuesta por variabilidad en la percepción individual)		
Diagnósticos de enfermería validados mediante acuerdo con el paciente. Etiquetas diagnósticas que pueden estar relacionadas: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, ansiedad, retraso en la recuperación quirúrgica		

Es posible señalar que este tipo de diagnóstico puede establecerse desde el proceso mismo de valoración realizado a un paciente y que, en virtud de sus características, puede elegirse el factor relacionado y la característica que lo define.

Se trata de un problema que, dadas sus frecuencias y familiaridad con las características definitorias, debe analizarlo con mayor profundidad el personal de enfermería, toda vez que el agente lesivo, área topográfica, signos de la herida y percepción individual del paciente modifican la forma de intervenir para mejorar la comodidad o malestar de la persona.

Es aconsejable que esta etiqueta se emplee en cualquier momento que el paciente experimente dolor y sea posible reducir la intensidad de éste o aumentar la eficacia del tratamiento médico, ya sea mediante técnicas invasivas o no invasivas (visualización, distracción, relajación, fitoterapia, aplicación de calor, frío, masajes), al margen de que el dolor se halle bajo manejo con fármacos o técnicas invasivas.^{3,4}

Un aspecto considerado en escasa medida por las instituciones de salud, pero muy exigido como criterio de calidad, es el adecuado manejo del dolor; su tratamiento inadecuado es una de las principales quejas de los usuarios y esto se relaciona con la elevada proporción de pacientes (60%) que acuden a solicitar algún servicio de salud por causa del dolor. En cuanto al dolor posoperatorio, la incidencia es elevada: 40 a 60%.^{5,6}

Algunos autores concluyen que las dificultades señaladas por el personal de enfermería para utilizar una sistematización de la asistencia están vinculadas con la capacitación para su ejecución y comprensión de su importancia, además de dificultades infraestructurales de las instituciones y necesidades de conocimiento sobre el proceso de enfermería; estos aspectos se reflejan también al evaluar los registros realizados por el profesional de salud.^{7,8}

IMPLICACIONES DEL DOLOR ANTE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Durante la etapa perioperatoria, el dolor es un dato clínico persistente y se describe como una sensación desagradable relacionada con una parte específica del organismo.⁹ La *International Association for the Study of Pain* (IASP) también define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión”. Esta definición la emplea asimismo la NANDA-I para la etiqueta diagnóstica de “dolor”.²

Sin embargo, la experiencia doliente por daño al tejido de manera intencional, como el caso de las lesiones por intervención quirúrgica, no es nociceptiva pura, ya que también incorpora la emotividad de la situación y la subjetividad de la vivencia. Por esta razón, el dolor se acompaña de otros signos o características definitorias que dan sustento a otros diagnósticos.

El dolor no controlado impide trabajar de manera productiva, disfrutar la recreación o desempeñarse en los planos familiar y social; por consiguiente, es evidente que un control adecuado del dolor tiene múltiples beneficios porque modifica de modo directo la calidad de vida.¹⁰

En el área quirúrgica, el manejo adecuado del dolor es una preocupación constante dado que su atención insuficiente produce a menudo ansiedad, depresión, desesperación, pérdida de la movilidad, hipersensibilidad y otros efectos que alteran la calidad de vida. Algunos especialistas indican que el manejo del dolor posoperatorio es insatisfactorio en la mayoría de los países, lo cual atribuyen a la falta de una valoración y documentación efectiva por medio del personal de salud que interviene en el cuidado del paciente, a un inadecuado control debido a indicaciones analgésicas

cas insuficientes para la intensidad del dolor referido por los pacientes y a la falta de educación del enfermo y su familia.^{11,12}

Los problemas que confluyen alrededor del proceso quirúrgico se vinculan con el dolor agudo por el proceso inflamatorio de la herida y el riesgo de infección que supone la elusión de las defensas primarias.¹³ También es previsible que ocurran otros problemas secundarios, como “riesgo de lesión perioperatoria” o “retraso en la recuperación quirúrgica”, según la definición de la NANDA-I, en los que el “dolor” es parte de sus características definitorias y un factor relacionado.¹⁴

La IASP define el dolor como una experiencia desagradable con un componente emocional y otro sensorial, sea éste actual, potencial o definido en términos de tal daño.⁶ Es muy difícil definir la sensación de dolor, dado que éste se considera un fenómeno subjetivo o depende de la opinión de la persona acerca de una experiencia sensorial o emocional desagradable relacionada con una lesión real o potencial. Sin embargo, algunos autores señalan que el dolor es tan sólo lo que la persona dice sentir; la descripción subjetiva del propio paciente es tal vez el mejor indicador del dolor. Por regla general, si un individuo refiere dolor debe asumirse que efectivamente lo tiene.^{10,15-17}

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DEL DOLOR

Según Krivoy,¹⁸ las concepciones de dolor y su manejo han estado muy ligadas a la cultura y los sucesos mágico-religiosos, como en todas las antiguas civilizaciones. Es posible que este síntoma sea el más antiguo como expresión de sufrimiento, desde el nacimiento hasta la muerte. También se ha descrito como la principal causa de queja médica y un determinante en el desarrollo de las ciencias de la salud.

El dolor se refiere a la confirmación verbal del paciente de su presencia o ausencia al momento de la anamnesis y durante las primeras 24 h del posoperatorio.

Intensidad es el grado de dolor expresado de forma verbal por el paciente posoperatorio en una escala numérica del 0 al 10 y se clasifica como sigue: 0 = ausencia de dolor; 1 a 3 = dolor leve; 4 a 6 = dolor moderado; y 7 a 10 = dolor grave.

La persona que tiene dolor experimenta además un desgaste físico y emocional que opera en detrimento de otras capacidades o actividades que modifican los patrones de comportamiento cotidiano, como la concentración, socialización, recreación y aun la degustación de los alimentos; estas razones obligan a establecer el diagnóstico preciso en el menor tiempo posible. En realidad, la información del “dolor” por el propio paciente ya permite iniciar medidas de búsqueda para su resolución.

De acuerdo con la definición de dolor de la NANDA I 2012-2014, cabe señalar que la identificación, diagnóstico y buen manejo del dolor agudo en un enfermo con afectación quirúrgica tienen enorme importancia para la práctica de enfermería; en consecuencia, todo profesional que participa del cuidado del paciente con expresión verbal de dolor debe proporcionar una atención apropiada tras el diagnóstico de dolor.

CONCLUSIONES

Definir los problemas del paciente después de un proceso de razonamiento clínico y pensamiento crítico permite al profesional de enfermería tomar decisiones de cuidado específico en relación con esta sensación o síntoma corporal. Es indudable que la identificación de dolor especialmente agudo se acompaña de otros problemas inherentes a la experiencia de vivir un proceso de dolor, entre ellos el temor y la ansiedad, que constituyen un desafío para las enfermeras que cuidan de una persona con dolor.

La subjetividad de la intensidad del dolor se basa en experiencias, en contraste con el umbral expresado por el paciente, si se considera que el dolor existe en el paciente siempre que éste lo refiera. Los individuos que tienen una herida quirúrgica poseen además una memoria de dolor que incrementa su sensación. Los profesionales de enfermería deben valorar y diagnosticar estos problemas frecuentes en un sujeto sometido a un procedimiento quirúrgico o un proceso patológico causante de dolor. Por lo tanto, este capítulo ha delineado la posibilidad de diagnosticar de modo adecuado el dolor agudo.

REFERENCIAS

1. López E, Galindo C: Diagnóstico. En Andrate C, López E. *Proceso de atención de enfermería, guía interactiva*. México, D.F.: Trillas, 2012:71-72.
2. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones 2012-2014*. España: Elsevier, 2013.
3. Luis R: *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. España: Elsevier, 2008.
4. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D: *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 3ra ed. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana, 1995.
5. Apfelbaum JL, Chen C, Metha SS: Dolor postoperatorio: un problema sin resolver. *Postoperative pain experience: results from a National Survey Suggest* 2003;97:534-540.
6. Chaparro GLE, Rey SA: *Manejo del dolor*. (2003). Disponible en: <http://www.fepafem.org.ve>.
7. Takahashi AA, Barros AL, Michel JL, *et al.*: Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2008;21(1):32-38. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-21002008000100005.
8. Setz VG, D'Innocenzo M: Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2009;22(3):313-317. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012-&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-21002009000300012.
9. Melzack R, Kats J: Pain assesment in adult patients. En: Wall PD, Melzack R (ed). *Textbook of pain*. 5th ed. Edimburg, UK: Elsevier Churchill Livinsston, 2006:291-304.
10. Innis, J., Bikaunieks, N., Petryshen, P., Zellermeier, V., & Ciccarelli, L. (2004). Patient satisfaction and pain management: An educational approach [Electronic version]. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 322-327.

11. Gallego JL, Rodríguez TMR, Vásquez-Guerrero JC, *et al.*: Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2004;11:197-202.
12. Wallis, C., (2005). La manera derecha (e incorrecta) de tratar el dolor. Nueva York. 165(9), 46-7.
13. Yushimito L: *Ciencias básicas en cirugía*. Lima, Perú: Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, 2006.
14. López Aguilar EM, Mentrída Ruiz EM: Diagnósticos asociados al proceso vital de intervención quirúrgica. *El Lenguaje del Cuidado* 2010;2(8):15-46.
15. Daly L: The physiology of pain. *Australian Nursing Journal* 1999;7(3):27-30.
16. Fernández R: Estrategias para el manejo del dolor. *Physical Therapy* 2004;84(10):997-999.
17. McCaffery, M. & Pasero, Ch. (1999). *Pain Clinical Manual*, (2a. ed.), St. Louis, Missouri.: Mosby.
18. Kriboy S, Tabasca M, Wallens A, *et al.*: *El dolor en la historia*. Caracas, Venezuela: Editorial Ateproca, 2010.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: DOLOR AGUDO POSOPERATORIO EN LA MUJER

Julia Teresa López España, Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

Capítulo 10

En este capítulo se revisa el diagnóstico de enfermería del dolor agudo en la mujer, secundario a cesárea o histerectomía. La primera intervención es una incisión en el útero que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y se indica por complicaciones que alteran la fisiología del parto y obligan a practicar este procedimiento. La histerectomía es la extirpación del útero y se lleva a cabo en trastornos como miomas, sangrados disfuncionales, cáncer de endometrio, cáncer cervicouterino, entre otros. Éstos son los tratamientos quirúrgicos más comunes en ginecoobstetricia.

Este capítulo está estructurado de la siguiente manera, inicia con la definición de dolor y una explicación científica de éste en la mujer, desde los puntos de vista físico y psicosocial. También se revisa el control del dolor en términos de enfermería, para lo cual se utiliza el proceso de atención de enfermería, con particular énfasis en la etapa de valoración en la que se muestran las diversas formas de determinar el dolor. En la fase del diagnóstico de enfermería se plantean las posibles alteraciones derivadas del diagnóstico principal del dolor agudo, según la experiencia de la práctica de enfermería. La etapa de planeación propone los resultados probables para cada diagnóstico, así como las intervenciones para cada uno de ellos.

DEFINICIÓN Y CAUSAS DEL DOLOR EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

El dolor es un síntoma; se considera el máximo representante del dolor agudo al que resulta de un acto quirúrgico y por tanto se trata como un caso “especial” en las guías clínicas de la atención del dolor.¹ El dolor posoperatorio se define por su carácter agudo, consecutivo a una lesión directa producida durante una intervención quirúrgica.² La *International Association for Study of Pain* (ASP) señala que el dolor

es una “experiencia desagradable sensitiva y emocional, relacionada con daño tisular real o potencial descrita como efecto de dicha lesión”.

El dolor es todavía una de las situaciones más comunes en los servicios de cirugía y ginecoobstetricia en distintas instituciones de salud, a pesar de que en los últimos años se ha estudiado y se han propuesto modelos de atención. Asimismo, al margen de los avances tecnológicos, persiste la queja del dolor en este grupo de pacientes debido a que durante el trabajo de parto 60% de las mujeres primíparas y 36% de las multiparas experimentan dolor intenso a muy intenso o intolerable; de igual modo, en los pacientes hospitalizados sometidos a cirugía mayor, el dolor se presenta en más del 50% de los casos en algún momento del posoperatorio, si bien los porcentajes varían de acuerdo con el tipo de operación (traumatología-ortopedia, obstetricia y ginecología, o cirugía general).³⁻⁵

El dolor posoperatorio se presenta de formas diferentes, ya que influyen por un lado la respuesta de los pacientes y por otro el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado.⁶ En general, el dolor intenso en el posoperatorio aún es una de las situaciones más comunes en los servicios de cirugía y ginecoobstetricia; es un fenómeno complejo, dado que intervienen factores vinculados con la variabilidad del dolor por la interacción de aspectos psicológicos, fisiológicos y socioculturales; además, se ha relacionado con la codificación y la percepción de los parámetros de los estímulos (localización, intensidad y cualidad) y por ello su percepción es diversa. Las investigaciones han permitido formular que la nocicepción abarca una estructura homeostática que se añade al dolor; en consecuencia, la persona que lo sufre no sólo lo manifiesta sino que se acompaña de otros síntomas, como ansiedad y manifestaciones vegetativas.⁷

Entre los factores relacionados con la variabilidad del dolor en las mujeres posoperadas se encuentran estado de ansiedad, predisposición a la somatización de síntomas, edad y aspectos genéticos; por lo tanto, puede haber un componente sensitivo y afectivo, de tal forma que la interacción de factores cognitivos, emocionales, estímulos somáticos y viscerales dan origen a la percepción e intensidad.²

Palmeira *et al.*⁸ señalan que en estudios de imagen cerebral se han delineado las diferencias a la percepción del dolor, de acuerdo con el género y reconocen una diferencia entre hombres y mujeres en el estándar espacial y la intensidad de la respuesta al dolor agudo.⁹ De las diversas hipótesis formuladas para explicar por qué el dolor se manifiesta de diferentes formas en hombres y mujeres, algunas se enfocan en las hormonas femeninas (estrógenos), cuya fluctuación se vincula con cambios en la experiencia del dolor. Sin embargo, se ha notificado que no hay diferencia en la incidencia del dolor intenso con respecto a técnicas analgésicas por género, dado que en el primer día del periodo posoperatorio las mujeres experimentan más dolor pero se controla con menor dosis de opioides,¹⁰ lo que apoya quizá la falsa presuposición según la cual las mujeres son capaces de soportar el dolor de parto.¹¹ Esa misma idea es una de tantas que han llevado en muchas ocasiones a que las mujeres reciban menos asistencia médica para el dolor.

El dolor se puede considerar como la integración de tres componentes: sensitivo, cognitivo y emotivo-afectivo. El componente sensitivo hace referencia al impulso desencadenado desde los receptores del dolor; el cognitivo se relaciona con el aprendizaje cultural respecto del dolor y con las conductas que se toman en

relación con éste, en el que se integran factores como el entorno social y cultural; por último, el componente emotivo-afectivo alude a las emociones frente al dolor y la forma en que éstas pueden influir en su interpretación.¹² Al respecto, Fainz *et al.*¹³ encontraron que hay efectos directos e indirectos del estado de ansiedad posoperatoria con la presencia del dolor, ya que observaron que las mujeres primíparas con ansiedad preoperatoria señalaron más altos grados de dolor; por consiguiente, es de mucha importancia el apoyo psicológico porque se ha encontrado que el control de la ansiedad preoperatoria tiende a reducir los requerimientos analgésicos en el posoperatorio y facilita la recuperación.¹⁴

VALORACIÓN DEL DOLOR POSOPERATORIO

El proceso de atención de enfermería es el método utilizado para proporcionar el cuidado de enfermería y se inicia con la valoración, que es la primera etapa del propio proceso. Cuando la mujer con dolor debe someterse a una valoración multidimensional de dolor posoperatorio, que permite establecer diagnósticos de enfermería y planear intervenciones oportunas, debe realizarse a intervalos regulares, según sean las particularidades de cada paciente, y tomar en cuenta el tipo de intervención quirúrgica y tratamiento analgésico utilizado; asimismo es esencial no omitir información al paciente (oportuna, clara, precisa y concisa) sobre el dolor posoperatorio.

Para la evaluación del dolor son necesarios datos objetivos (cambios en los signos vitales, como alteración en la respiración, frecuencia cardíaca, temperatura y y subjetivos (son predominantes); en el cuadro 10-1 se presentan los datos subjetivos del dolor.

Cuadro 10-1. Indicadores fisiológicos y conductuales del dolor

Indicadores de dolor	Observaciones
Comportamientos verbales	Expresar dolor, defensa, enojo, rezo, repetición de frases, quejas, gemidos, llanto, gritos, suspiros
Facies	Ojos apagados, expresión abatida, apretar dientes y labios, mirar fijamente y fruncir el ceño
Conductas dirigidas a reducir el dolor	Deambulación de un lado a otro, búsqueda de otras personas, actividades repetitivas, giro de la parte del cuerpo afectada, posturas para evitar el dolor, balanceo, refiere tener poco o nada de conocimiento del dolor y forma de afrontarlo, desconocimiento del manejo del dolor, farmacológico y no farmacológico
Limitación de la actividad	Tratar de estar en un lugar, evitar alejarse, buscar con la mirada al personal de salud

Los otros aspectos a valorar son la respuesta psicológica, cognitiva y social, con objeto de tener un panorama completo y planear de manera adecuada las intervenciones (cuadro 10-2).

Cuadro 10-2. Otros aspectos de la valoración del dolor

Emocionales	Depresión, insomnio
Sociales	Aislamiento, reducción de la interacción con las personas y el entorno
Cognitivas	Atención desmedida, distracción

Informes subjetivos de dolor. Es el método más usado en la evaluación clínica. Se trata del informe verbal del paciente acerca de la intensidad del dolor y puede ser de diferentes tipos:

1. Escala descriptiva simple o escala de descriptores verbales (EDV); clasifica el dolor en cuatro, cinco o más categorías. Se le solicita al paciente que seleccione la palabra o frase que describan mejor su dolor (ausente, leve, moderado e intenso); la limitación de la EVD radica en que el paciente debe ser capaz de comprender el significado de esas palabras.¹⁵
2. Escala visual análoga (EVA)¹⁶ o escala analógica visual (VAS). La ideó Scott-Huskinson en 1976 y se compone de un dibujo con una línea continua con los extremos marcados por dos líneas verticales que indican la experiencia dolorosa. Consiste en una línea recta, por lo regular de 10 cm de longitud, con las leyendas “sin dolor” y “dolor máximo” en cada extremo. El paciente anota en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo con su percepción individual y cuantifica el dolor en centímetros desde el punto cero (“sin dolor”): el dolor leve se considera en el intervalo de 1 a 3; el dolor moderado se encuentra en el intervalo de 4 a 6; el dolor intenso se registra en el intervalo de 7 a 10 (figura 10-1):

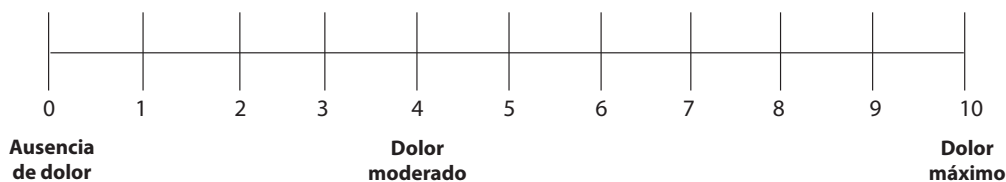


Figura 10-1. Escala visual análoga de Scott-Huskinson.

3. Escala de expresión facial del dolor.¹⁷ En el anverso se representan nueve expresiones faciales que muestran diferentes grados de comodidad y dolor. En el reverso se muestra la puntuación según la intensidad del dolor, se explica a la persona el procedimiento con un lenguaje apropiado a su condición y se le sugiere que elija la cara más adecuada a su estado. Cada tipo de cara representa una puntuación que por lo general suele ser de cero a 10 (figura 10-2).



Figura 10-2. Escala de expresión facial del dolor. Reproducida con permiso de © 1983 Wong-Baker FACES® Foundation, www.WongBakerFACES.org. Publicada originalmente en *Whaley & Wong's Nursing Care of Infants and Children*. © Elsevier Inc.

4. Escala combinada de tipo termómetro: esta escala combina la EVA y la escala de intensidad del dolor, tiene orientación vertical y el paciente elige el número que represente su dolor. Se le solicita que describa qué tanto dolor sufre y la intensidad (figura 10-3).



Figura 10-3. Escala combinada de tipo termómetro.

5. El cuestionario del dolor de McGill lo desarrollaron Melzack y Torgerson como un instrumento para la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad (la versión española es una adaptación de Lázaro *et al*).¹⁸ Cada uno de los términos descriptivos tiene asignado un número o intervalo que permite obtener una puntuación de acuerdo con las palabras escogidas, con lo cual se obtiene el denominado *Pain rating index* (PRI) o “índice de valoración del dolor”. Esta puntuación refleja el modo en que el paciente califica su propia experiencia dolorosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Una vez que se ha valorado el dolor se destacan los síntomas más relevantes para determinar el diagnóstico de enfermería de acuerdo con la taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*).¹⁹ El dolor posoperatorio es en sí mismo un diagnóstico de enfermería, pero puede producir otros, es decir, puede ser el factor etiológico que da origen a otros diagnósticos, como patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la movilidad física, ansiedad, conocimiento deficiente, disposición para mejorar la comodidad.

A continuación se presentan los diagnósticos que se relacionan con el dolor posoperatorio y la forma en que se pueden construir; para establecer después el plan de cuidados se incorporan las clasificaciones NOC²⁰ y NIC (cuadro 10-3).²

Luego de establecer los diagnósticos de enfermería se deben validar de dos formas. La primera contrasta en forma teórica los datos encontrados con los que señala la NANDA y define los siete ejes de la taxonomía diagnóstica y a continuación se deben validar con el paciente.²²

PLANEACIÓN DE ENFERMERÍA

Después de la validación de los diagnósticos de enfermería es preciso determinar las prioridades para realizar el plan de cuidados de enfermería. Cabe señalar que si se trata primero el dolor agudo es probable que los otros diagnósticos no se presenten, aunque se buscan para establecer una pronta intervención. También debe considerarse la selección de resultados e intervenciones el tratamiento farmacológico prescrito de la paciente; esto se debe a que algunos tratamientos pueden desencadenar otros diagnósticos de enfermería enfocados en las complicaciones que pueden producir en la mujer y su hijo.

El plan de cuidados de enfermería debe contener NOC y NIC; a continuación se presentan los planes de cuidados por cada diagnóstico de enfermería. Es importante señalar que se ejemplifican los diagnósticos de dolor agudo, patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la movilidad, conocimiento deficiente y disponibilidad de mejorar la comodidad. Los resultados e intervenciones de enfermería son los recomendados para cada diagnóstico y quedan a consideración del personal de enfermería (cuadro 10-4).

Cuadro 10-3. Diagnósticos de enfermería vinculados con el dolor posoperatorio

Características definitorias	Interrelación de datos	Diagnóstico de enfermería
1. Informe codificado de dolor EVA de 3 a 4	1, 3, 5, 6	1. Dolor agudo posoperatorio de la mujer relacionado con cesárea o histerectomía
2. Cambios en la frecuencia respiratoria y cardíaca	1, 2, 3, 8	2. Patrón respiratorio ineficaz de la mujer posoperada relacionado con dolor agudo en sitio de incisión quirúrgica
3. Inquietud, gemidos		
4. Expresión abatida		
5. Expresa dolor	1, 4, 5, 7, 10	3. Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con dolor agudo posoperatorio
6. Diaforesis		
7. Observación de signos de dolor		
8. Postura para evitar dolor	1, 3, 5, 7, 8	4. Ansiedad de la mujer después de cesárea
9. Deterioro de la capacidad para cambiar de posición		
10. Expresión de deseos de mejorar la comodidad	1, 5, 8, 11, 12	5. Conocimiento deficiente del dolor relacionado con falta de exposición (primigesta o primera operación), poca familiaridad con los recursos de salud
11. Expresión de dudas sobre el manejo del dolor		
12. Desconocimiento de las medidas farmacológicas y no farmacológicas	1, 5, 8, 10	6. Disposición para mejorar la comodidad de la mujer posoperada con dolor agudo

CONCLUSIÓN

Por último, para mantener una atención de calidad y calidez que responda a las disposiciones de calidad de las instituciones, el proceso de atención de enfermería es la herramienta necesaria para proporcionar el tratamiento. La valoración exhaustiva de dolor se basa en establecer las características definitorias para determinar los diagnósticos de enfermería correctos y sobre todo la validación de las pacientes.

Al establecer el diagnóstico correcto se puede realizar un plan de atención de enfermería que reduzca los efectos del dolor agudo posoperatorio, ya que afectaría de manera significativa el bienestar de la mujer, y en caso del posparto también del recién nacido, debido a que la presencia del dolor retrasa la deambulación y la ventilación muestra un patrón restrictivo que produce acumulación de secreciones y desarrollo de complicaciones.

Sin duda, la analgesia es importante en el tratamiento del dolor posoperatorio; la evidencia científica señala que la mayor parte de los tratamientos no farmacológicos no es invasiva y parece segura para la madre y el feto; no obstante, son pocos los estudios sobre el tema. Por lo tanto, los tratamientos farmacológicos están avalados por un grado mayor de evidencia, pero pueden tener más efectos secundarios.²³ Asimismo, en las publicaciones médicas se recomienda el abordaje farmacológico, pero es necesario evaluar para que sea seguro para la madre y el neonato en virtud de las concentraciones del compuesto en la leche materna y los efectos neonatales a estas concentraciones por la ingestión.²⁴

Al controlar el dolor se cumple con la disposición de calidad de las instituciones, por lo que el personal de enfermería debe tener los protocolos establecidos en las instituciones hospitalarias para su abordaje y conservar la calidad y calidez en el cuidado.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ³		
Manejo del dolor (1400)		Administración de analgésico (2210)
Actividades • Asegurar que el paciente reciba el analgésico prescrito • Utilizar estrategia de comunicación terapéutica, para reconocer la experiencia del dolor • Considerar la experiencia cultural sobre la respuesta del dolor • Enseñar los principios de control del dolor • Seleccionar una técnica no farmacológica para aliviar el dolor (relajación, musicoterapia, acupresión, aplicación de calor/frío, masajes) entre otras • Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia • Enseñar el uso de medidas no farmacológicas (relajación, musicoterapia, acupresión, aplicación de calor/frío, masajes), antes, después y durante el dolor	Actividades • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al fármaco, dosis, frecuencia del analgésico prescrito • Determinar la selección del analgésico según el tipo e intensidad del dolor • Elegir la vía para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor • Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos narcóticos • Administrar analgésicos a la hora adecuada para evitar elevaciones de analgesia • Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso	

³ Material adaptado de BULECHEK, CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC), 6a edición. ISBN: 978-84-9022-413-7. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Diagnóstico de enfermería (NANDA) ¹	Resultado (NOC) ²	Indicador Puntuación diana					Escala de medición
		Mantener a	1	2	3	4	
Patrón respiratorio ineficaz de la mujer posoperada relacionado con dolor agudo en sitio de incisión quirúrgica (00032) Dominio 4: actividad/reposo Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares	Estado respiratorio (0415) Dominio: salud fisiológica Clase: cardiopulmonar	Indicadores					Escala b
		Frecuencia respiratoria					1. Desviación grave del intervalo normal
		Ritmo respiratorio					2. Desviación sustancial del intervalo normal
		Profundidad de la inspiración					3. Desviación moderada del intervalo normal
		Saturación de oxígeno					4. Desviación leve del intervalo normal
		Objetivo esperado con el espirómetro de incentivo					5. Sin desviación del intervalo normal
							NA
		Uso de músculos accesorios					Escala n
		Disnea					1. Grave
		Ruidos respiratorios accesorios					2. Sustancial
		Inquietud					3. Moderado
		Acumulación de esputo					4. Leve
		Espiración alterada					5. Ninguno
							NA

¹ Material reproducido de la obra NANDA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. 2012-2014. ISBN: 978-84-9022-026-9. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

² Material reproducido de MOORHEAD, CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Medición de resultados en Salud, 5ª edición. ISBN: 978-84-9022-415-1. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ³		
Vigilancia respiratoria (3350)		Favorecer la ventilación (3390)
Actividades • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración • Anotar el movimiento torácico y registrar simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares • Identificar posibles respiraciones ruidosas • Palpar si la expansión pulmonar es igual • Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimientos paradójicos) • Auscultar ruidos respiratorios • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o disnea • Comprobar la capacidad del paciente para toser de modo eficaz • Vigilar las secreciones respiratorias	Actividades • Mantener la vía área permeable • Colocar al paciente en posición que facilite la concordancia ventilación/perfusión • Promover los cambios frecuentes de posición • Favorecer una respiración lenta y profunda • Ayudar con espirómetro de incentivo • Auscultar ruidos respiratorios y registrar las zonas de disminución o ausencia de ventilación • Iniciar y mantener complementos de oxígeno, según prescripción • Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar hipoventilación • Enseñar técnicas de respiración	

³ Material adaptado de BULECHEK, CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC), 6a edición. ISBN: 978-84-9022-413-7. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Diagnóstico de enfermería (NANDA) ¹	Resultado (NOC) ²	Indicador Puntuación diana Mantener a _____ aumentar a _____					Escala de medición
		Indicadores	1	2	3	4	
Deterioro de la movilidad en la cama de la mujer posoperada relacionado con dolor agudo (00091)	Realización de transferencia (0210)	Traslado de una superficie a otra en posición sedente					Escala a 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido NA
		Traslado de la cama a la silla					
		Traslado de la silla a la cama					
Dominio 4: actividad/reposo	Dominio: salud funcional Clase: movilidad						
Clase 2: actividad/ejercicio	Posición corporal: autoiniciada (0203)	De supino a sedente					
		De sedente a supino					
		De un costado a otro					
		De supino a prono					

¹ Material reproducido de la obra NANDA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. 2012-2014. ISBN: 978-84-9022-026-9. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

² Material reproducido de MOORHEAD, CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Medición de resultados en Salud, 5ª edición. ISBN: 978-84-9022-415-1. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ³	
Cambios de posición (0840)	Ayudar a los autocuidados: transferencia (1806)
Actividades • Alentar al paciente a realizar cambios de posición • Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición • Colocar en la posición terapéutica específica para facilitar la ventilación • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida • Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad • Colocar los objetos de uso frecuente al alcance	Actividades • Revisar en las indicaciones las órdenes de actividad • Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse • Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente • Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el grado máximo de independencia • Enseñar las técnicas de traslado de una zona a otra • Realizar una demostración de la técnica si está indicado • Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos • Ayudar al paciente a caminar • Alentar para que aprenda a trasladarse de forma autónoma

³ Material adaptado de BULECHEK, CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC), 6a edición. ISBN: 978-84-9022-413-7. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Diagnóstico de enfermería (NANDA) ¹	Resultado (NOC) ²	Indicador Puntuación diana Mantener a _____ aumentar a _____					Escala de medición
		Indicadores	1	2	3	4	5
Ansiedad de la mujer después de cesárea (00146)	Nivel de ansiedad (1211)						Escala n 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
	Dominio: salud psicosocial	Impaciencia					
		Inquietud					
		Manos húmedas					
	Clase: bienestar psicosocial	Aprensión verbalizada					
		Trastornos del sueño					
Clase 2: respuestas de afrontamiento		Tensión facial					Escala m 1. Nunca demostrado 2. Rara vez demostrado 3. Algunas veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
	Autocontrol de la ansiedad (1402)						
		Vigilar la intensidad de la ansiedad					
	Dominio: salud psicosocial	Buscar información para reducir ansiedad					
		Utilizar técnicas de relajación para disminuir ansiedad					
	Clase: bienestar psicosocial	Dormir de forma adecuada					
		Control de la respuesta de ansiedad					

¹ Material reproducido de la obra NANDA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. 2012-2014. ISBN: 978-84-9022-026-9. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

² Material reproducido de MOORHEAD, CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Medición de resultados en Salud, 5ª edición. ISBN: 978-84-9022-415-1. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ³		
Disminución de la ansiedad (5820)	Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)	
Actividades • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que debe experimentar durante el procedimiento • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico • Proporcionar objetos que simbolicen seguridad • Escuchar con atención • Crear ambiente que facilite confianza • Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Identificar los cambios en el grado de ansiedad • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad • Controlar los estímulos, si proceden de las necesidades del paciente • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad	Actividades • Informar al paciente acerca del tiempo y lugar del procedimiento • Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado • Determinar las experiencias anteriores del paciente y el grado de conocimientos relacionados • Explicar el propósito del tratamiento • Describir las valoraciones, procedimiento/tratamiento • Describir las actividades del procedimiento/tratamiento • Obtener el consentimiento informado del paciente para el tratamiento de acuerdo con las disposiciones de la institución • Enseñar a la mujer formas de cooperar; actividades posteriores al procedimiento y fundamento de éstas • Informar al paciente sobre la forma de ayudar en la recuperación • Corregir las expectativas irreales del procedimiento/tratamiento • Revisar tratamientos alternativos, si es posible • Incluir a la familia; recibir muestras afectivas si es oportuno	

³ Material adaptado de BULECHEK, CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA (NIC), 6a edición. ISBN: 978-84-9022-413-7. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Diagnóstico de enfermería (NANDA) ¹	Resultado (NOC) ²	Indicador Puntuación diana					Escala de medición
		Mantener a	1	2	3	4	
Disposición para mejorar la comodidad de la mujer posoperada con dolor agudo (00183) Dominio: 12 Clase: confort físico	Conocimientos: manejo del dolor (1843) Dominio: conocimiento y conducta de salud Clase: conocimientos sobre salud	Indicadores					Escala u
		Causas y factores que contribuyen al dolor					1. Ningún conocimiento
		Signos y síntomas del dolor					2. Conocimiento escaso
		Estrategias para controlar el dolor					3. Conocimiento moderado
		Régimen de medicación prescrita					4. Conocimiento sustancial
		Efectos terapéuticos de la medicación					5. Conocimiento extenso
		Efectos adversos de la medicación					
		Restricciones en la actividad					
		Precauciones en la actividad					
		Técnicas de relajación efectivas					
		Distracción efectiva					

¹ Material reproducido de la obra NANDA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. 2012-2014, ISBN: 978-84-9022-026-9. Versión española Copyright©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

² Material reproducido de MOORHEAD, CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Medición de resultados en Salud, 5ª edición. ISBN: 978-84-9022-415-1. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ³		
Mejoría de la autoconfianza (5395)		Manejo del dolor (1400)
Actividades • Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar conducta deseada • Identificar obstáculos en el cambio de conducta • Proporcionar información sobre la conducta deseada • Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción • Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta • Utilizar medidas de enseñanza adecuadas a la cultura y la edad • Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la aplicación de la conducta • Proporcionar oportunidades para dominar la experiencia	Actividades • Realizar una valoración exhaustiva del dolor • Observar claves no verbales de molestias • Confirmar que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes • Explorar el conocimiento y las creencias sobre el dolor • Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor • Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor • Proporcionar información acerca del dolor • Enseñar principios del control del dolor • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación, ruidos)	

³ Material adaptado de BULECHEK, CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC), 6a edición. ISBN: 978-84-9022-413-7. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Diagnóstico de enfermería (NANDA) ¹	Resultado (NOC) ²	Indicador Puntuación diana Mantener a _____ aumentar a _____					Escala de medición
		Indicadores	1	2	3	4	5
Conocimiento deficiente del control del dolor relacionado con falta de exposición (00173) Dominio: 5 Clase: 4	Conocimientos: manejo del dolor (1843) Dominio: conocimiento y conducta de salud Clase: conocimientos sobre salud	Causas y factores que contribuyen al dolor					Escala u 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso
		Signos y síntomas del dolor					
		Estrategias para controlar el dolor					
		Régimen de medicación prescrita					
		Efectos terapéuticos de la medicación					
		Efectos adversos de la medicación					
		Restricciones en la actividad					
		Precauciones en la actividad					
		Técnicas de relajación efectiva					
		Distracción efectiva					

¹ Material reproducido de la obra NANDA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. 2012-2014, ISBN: 978-84-9022-026-9. Versión española Copyright©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

² Material reproducido de MOORHEAD, CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Medición de resultados en Salud, 5ª edición. ISBN: 978-84-9022-415-1. Versión española Copyright ©2013 Elsevier España, S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S.L.U., Barcelona.

Cuadro 10-4. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ³	
Manejo al dolor (1400)	Aplicación de calor y frío (1380)
Actividades - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o intensidad del dolor y factores desencadenantes - Observar claves no verbales de molestias - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes - Utilizar formas de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar aceptación de la respuesta del paciente al dolor - Explorar el conocimiento y las creencias del paciente acerca del dolor - Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor - Determinar el efecto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de funciones) - Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor - Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento - Proporcionar información acerca del dolor, como causas, tiempo de duración e incomodidades previsibles debido a los procedimientos - Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos) - Enseñar los principios de control del dolor - Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una medida de alivio - Alentar al paciente a vigilar su propio dolor e intervenir en consecuencia - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) - Estimular la capacidad de realizar ejercicios de relajación e imaginación guiada a través de musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia - Aplicar calor/frío y masaje antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas	Actividades - Explicar la utilización del calor o frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará los síntomas - Realizar valoración para identificar contraindicaciones al calor o frío, como disminución o ausencia de sensibilidad, menor circulación y reducción de la capacidad de comunicación - Seleccionar un método de estimulación que resulte conveniente y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido; paquetes de gel congelado; paños o toallas en frigorífico para enfriarlas; botella de agua caliente; almohadilla de calefacción eléctrica; compresas húmedas calientes - Determinar la disponibilidad y buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío - Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o esté contraindicada la estimulación - Seleccionar el sitio de estimulación y considerar lugares alternativos cuando la aplicación directa no sea posible - Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde - Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor/frío, cuando corresponda - Enseñar a evitar el daño de tejidos relacionado con el calor/frío - Comprobar la temperatura de la aplicación, en especial cuando se utiliza calor - Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, conducta y aspectos - Sincronizar todas las aplicaciones de forma cuidadosa - Aplicar calor/frío directamente cerca del sitio afectado, si es posible - Inspeccionar el sitio con cuidado por signos posibles de irritación dérmica o daño tisular durante los primeros 5 min y luego con frecuencia durante el tratamiento - Evaluar el estado general, seguridad y comodidad durante el tratamiento - Colocar de tal manera que haya movimiento desde la fuente de temperatura, si es necesario - No ajustar la temperatura de forma independiente sin instrucciones previas - Cambiar el sitio de aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue el alivio - Dejar claro que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos 5 min después de la estimulación inicial. - Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación - Enseñar a evitar lesiones en la piel después de la estimulación - Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío

³ Material adaptado de BULECHEK, CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC), 6a edición. ISBN: 978-84-9022-413-7.

REFERENCIAS

1. Toledano R, Kodali B, Camann W: Anesthesia drugs in the obstetric and gynecologic Practice. *Rev Obstet Gynecol* 2009;2(2):93-100.
2. Navarro R, Eslava-Schmalbach J, Tejada E: Dolor agudo postoperatorio obstétrico y ginecológico. En: *Dolor en la mujer*. Colombia: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, 2008:55-72.
3. Fernández M: *Analgesia para el trabajo de parto*. Departamento de Anestesiología y Reanimación Institut Universitari Dexeus. Disponible en: http://www.scartd.org/arxiu/analg_part05.pdf
4. Guerra de Hoyos JA: *Plan andaluz de atención a las personas con dolor: 2010 – 2013*. Sevilla: Consejería de Salud, 2010.] Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_de_atencio_al_dolor/plan_atencion_dolor.pdf
5. Calderón M, Zamora R, Zavaleta M, *et al.*: Analgesia posoperatoria en ginecoobstetricia. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(2):82-88.
6. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, *et al.*: Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Calidad Asistencial* 2009;24(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/valoracion-dolor-agudo-postoperatorio-13140668-originales-2009?bd=1>
7. Vilas L, Lima G, Casanova P, *et al.*: Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo. *Rev Cubana Med Milit* 2003;32(3):197-203.
8. Cohen L, Fouladi RT, Katz J: Preoperative coping strategies and distress predict postoperative pain and morphine consumption in women undergoing abdominal gynecologic surgery. *J Psychosom Res* 2005;58(2):201-9.
9. Palmeira C, Ashmawi A, De Paula I: Sexo e percepção da dor e analgesia. *Rev Bras Anestesiol* [online]. 2011;61(6):820-828. ISSN 0034-7094. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942011000600014>.
10. Theodorescu S, Hanusch D, France M, *et al.*: Gender difference in postoperative pain during the first 24 hours according to different analgesic techniques. *European Journal of Anaesthesiology* 2010;27(47):221.
11. Gutierrez LW, Gutierrez VS: Diferencia de sexo en el dolor, una aproximación clínica. *Rev Colomb Anestesiol* 2012;40(3):207-12 - DOI: 10.1016/j.rca.2012.05.
12. Pérez T, Castañeda J: Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos. *Rev Cubana de Anestesiol y Reanima* 2012;11(1):19-26.
13. Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, *et al.*: Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J Psychosom Res* 2000;49(6):417-22.
14. Muñoz F, Salmerón J, Santiago J, *et al.*: Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp del Dolor* 2001;8(3):194-211.
15. Montero R, Manzanares B: *Escala de valoración del dolor Centro de Salud Villa de Vallecas*. Madrid. España. JANO. 2005. 48(1553) Disponible en <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/68/1553/41/1v68n1553a13072240pdf001.pdf>
16. Bijur PE, Silver A, Gallagher EJ: Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med* 2008;8(12):1153-7.
17. López V, García CJ, Muñoz RJ, *et al.*: Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2006;53:408-418.

18. **Serrano MS, Caballero J, Cañas A, et al.:** Valoración del dolor. Rev Soc Esp Dolor 2002;9(2):67-79.
19. **NANDA Internacional.** *Diagnósticos de enfermeros: definición y clasificación 2012 -2014.* España: Elsevier, 2013.
20. **Moorehead S, Johnson M, Maas M, et al.:** *Clasificación de resultados de enfermería (NOC).* 4ª ed. España: Elsevier, 2009.
21. **Bulechek G, Butcher H, McCloskey J:** *Clasificación de intervenciones de enfermería.* 5ª ed. España: Elsevier, 2009.
22. **Andrade RM, López JT:** *Proceso de atención de enfermería.* México: Ed. Trillas, 2012.
23. **Smith C, Collins C, Crowther C, et al.:** Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Resúmenes Cochrane. Publicado agosto, 2011. Disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD009232/acupuntura-o-acupresion-para-el-tratamiento-del-dolor-durante-el-trabajo-de-parto>.
24. **Templo LA, Deldado M:** Comparación entre buprenorfina y morfina peridural para manejo de dolor postoperatorio en paciente sometida a cesárea. Rev Mex Anes 2008;31(3):172-178.

ÍNDICE

NOTA: Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

A

- Acetaminofeno, 53, 56
- Ácido acetilsalicílico, 87
- Activación emocional, 73
- Acto quirúrgico, 63
- Acupresión, **149**
- Acupuntura, **34**, 35
 - procedimientos para la práctica de, 43
- Adultos bajo sedación, **41**
- Adyuvante
 - farmacológico, 8
 - no farmacológico, 8
- Afrontamiento, 70
 - formas de, 70
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)*, 4
- AINE (antiinflamatorios no esteroideos), 6, 56, 87
- Alivio del dolor, 9
- Amitriptilina, 56
- Analgesia, 6, 57
 - efectos colaterales, 7
 - intramuscular, **42**
 - intravenosa fraccionada, **42**
 - multimodal, 53, 54
 - oral, **42**
 - personal de servicios especializados en, **42**
 - tópica, **42**
- Analgésicos
 - administración de acuerdo con el tipo de dolor, 87
 - duración de la acción, 87
 - no narcóticos, 87
 - tiempo de acción de, 87
- Análisis
 - de la información científico-clínica éticamente relevante, 52, 54
 - de la voluntad y competencia del paciente, 54
 - del dilema ético, 54
 - FODA, 19
- Anestesia, **34**
 - disposiciones institucionales relacionadas con, **42**
 - estándares relacionados con, **34**
- Anestesiólogo, 53
- Ansiedad, 2, 64, 67, 91, 137
 - autocontrol de, **154**
 - disminución de, **155**
 - preoperatoria, 143
 - procedimiento/tratamiento, **155**
- Antidepresivos tricíclicos, 84
- Antiinflamatorios no esteroideos, 6, 53, 87
- Aparato respiratorio, 2
- Apendicectomía laparoscópica, 53
- Apoyo emocional, 73
- Arritmias, 2
- Artritis reumatoide, 106
- Atención
 - al individuo y la familia, **109**, **110**
 - de pacientes, **35**
 - disposiciones institucionales relacionadas con, **41**

- del dolor en hospitales, 30
- médica, 29
 - acreditación y certificación de establecimientos, 29
- quirúrgica, **42**
 - disposiciones institucionales relacionadas con, **42**
 - estándares relacionados con, **34**
- sanitaria, 32, **114**
- integral, **108**, **109**, **110**, **111**
- Autocontrol fisiológico, 73

B

- Baja autoestima, 69
- Bienestar psicosocial, **154**
- Bioética, 49
 - personalista, 51
 - principalista, 51
 - principio,
 - de autonomía, 51
 - de beneficencia, 52
 - de justicia, 52
 - de no maleficencia, 52
 - valores éticos de la, 51

C

- Cáncer
 - cervicouterino, 141
 - de endometrio, 141
- Carta fundacional de la bioética, 49
- Catecolaminas, 71

- Cefalea intensa, 55, 57
- Cesárea, 141
- ansiedad de la mujer después de, **154**
- Choque, 2
- Ciclooxigenasas, 86
- Cinesiterapia respiratoria (CTR), 55
- Cirugía
- general, 2
- maxilofacial, 2
- Codeína, 86
- Códigos de ética
- para enfermeras, 50
- profesional, 58
- Comisión interinstitucional de enfermería, 50
- Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), 30
- Competencia(s), 95
- Internacionales de la Enfermera Generalista, 98
- Comportamientos verbales, **143**
- Conciencia de cuidar de Watson, 60
- Conducta(s)
- de salud, **156**
- dirigidas a reducir el dolor, **143**
- Confort físico, **156**
- Confusión, 57
- Conocimiento científico
- análisis de la situación del servicio, 19
- aplicación y vigilancia del proceso, 23
- aplicar y vigilar el proceso, 16
- auditoría del proceso, 20
- cuantificación de resultados, 17
- estandarización,
- de competencias profesionales, 16, 21
- del proceso, 16, 20
- fases,
- de la transferencia a la práctica, 17
- para la transferencia, 16
- garantía de calidad, 24
- mantenimiento de calidad, 24
- medición,
- de los indicadores, 24
- de los resultados, 24
- metodología,
- para la transferencia a la práctica, 16
- para transferir el, 13
- periodo de reajuste, 24
- práctica clínica y, 13
- proceso de transición normal, 22
- síntesis y sistema de transferencia, 14
- sistema,
- de apoyo, 14
- de entrega, 14
- sustento teórico, 16, 18
- transferencia del, 13
- transición crítica, 22
- variaciones en el proceso, 20
- vigilancia del proceso, 23
- Consejo
- de salubridad general, 32
- Internacional de Enfermería (CIE), 98, **101**
- Consentimiento informado, 52
- Control del dolor, intervenciones psicosociales, 90
- Corticoides, 56
- Cortisol, 71
- Crioterapia, 89
- CSG (consejo de salubridad general), 32, **33**
- Cuestionario
- breve del dolor, 84
- de Dartmouth, 71
- de McGill, 71
- del dolor de McGill, 146
- Cuidado, 60
- de Watson, 59
- respuesta basada en, 59
- transpersonal de Watson, 59
- Cultura
- institucional, 38
- organizacional, 22
- D**
- Depresión, 64, 67, 69, 137
- respiratoria, 2
- Derechos de los pacientes, **33**
- disposiciones institucionales relacionadas con, **40**
- Desesperación, 137
- Diaforesis, **148**
- Diagnóstico de enfermería, 131
- Dilema ético, 53
- Dimensión psicológica del dolor, 64
- Distracción, 91
- Diuresis, 58
- Dolor
- acciones para disminuir el, **127**
- administración de fármacos, **127**
- agudo,
- de la mujer, **148**
- diagnóstico, 133
- en el posoperatorio, 1
- manejo del, 1
- medio para el alivio y manejo del, 3
- teoría de rango medio para el alivio, 1
- agudo posoperatorio, 29, 54
- casos complejos, 85
- casos no complejos, 85
- diagnóstico de enfermería del, 131
- en la mujer, 141
- alivio del, 2, 9
- ansiedad que produce el, 50
- ante un procedimiento quirúrgico, 137
- atención, 1
- inadecuada del, 49
- ausencia de, 9, 138
- ayudar a los autocuidados, **153**
- beneficio-riesgo de la medicación, 50
- cambios de posición y, **153**
- características del, **127**
- control del, 1
- de moderado a intenso, 2
- definición de términos del, 138
- del cáncer terminal, 84
- diagnósticos de enfermería, 146
- dimensión,
- cognitivo-evaluadora, 66, 67
- motivacional-afectiva, 66, 67
- psicológica del, 64
- sensorial-discriminadora, 66, 67
- directriz de atención, **41**
- educación del paciente, 9, 91
- efectos psicológicos del, 65
- en ginecología, 141
- definición y causas del, 141
- en obstetricia, 141
- definición y causas del, 141
- enfoques no farmacológicos del, 88
- modalidades físicas, 89
- escala para la intensidad del, 9
- evaluación psicológica del, 70
- farmacológico, 80, 83
- gestión de la calidad en el manejo del, 29
- grave, 138
- severo o, 9
- guía crítica para el manejo del, **127**

hospitales que erradiquen el, 1
 identificación del manejo in-
 adecuado del, 8
 implicaciones del, 137
 indicadores fisiológicos y con-
 ductuales del, **143**
 índice de control del, 9
 inhibidores que modulan la
 percepción del, 66
 innecesario, 48
 intensidad del, 82, **127**
 intenso, 2, 3, 30, 93, 142
 intervención, revaloración y re-
 intervención, 9
 irruptivo, 85
 leve, 9, 93, 138
 limitación de la actividad, **143**
 localización de, **127**
 manejo,
 efectivo del, 4
 farmacológico, 79
 no farmacológico, 79
 máximo, 144
 metodología diagnóstica, 132
 moderado, 2, 9, 93, 138
 a intenso, 4
 muy intenso, 2
 no crónico, 31
 no farmacológico, 80
 nociceptivo, 63
 objetivos para aliviar el, 9
 perioperatorio, 30
 plan de atención, **127**
 poshisterectomía, **148**
 posoperatorio, 1, 30, 47, 53, 121
 abordaje del, 76
 aspectos éticos del manejo
 del, 47
 aspectos psicológicos del, 63
 diagnósticos de enfermería
 vinculados con, 147
 dilemas éticos del tratamien-
 to del, 53
 dilemas éticos en el cuidado
 del, 52
 documentación del trata-
 miento del, 86
 entrenamiento del paciente
 y familiares en el control
 del, 85
 estandarizar la atención del,
 125
 fundamentos filosóficos del
 manejo del, 49
 fundamentos teóricos para el
 manejo del, 47

intensidad y duración del, 2
 intenso, 94
 manejo del, 2, 121
 marco de referencia para el
 manejo del, 1
 participación del paciente y
 familiares en el control
 del, 85
 por enfermería, 121
 técnicas para el tratamiento
 no farmacológico del, 72
 tratamiento no farmacológi-
 co del, 72
 valoración del, 143
 valoración del tratamiento
 del, 86
 posquirúrgico, 5, 73
 protocolos para el manejo,
 farmacológico, 83
 no farmacológico, 83
 técnicas de evaluación del, 37
 teoría multidimensional del, 66
 tratamiento, **41**
 intensivo del, 31
 valoración, 82
 regular del, 8
 variables psicológicas del, 67

E

Educación

del paciente y su familia, 35
 estándares relacionados con,
 35
 hospitalaria, 85
 sobre dolor, **127**

Ejercicio(s), 90
 de relajación, 73
 pasivos, 90

Emociones, 70
 negativas, 91

Endorfinas, 71

Enfermedades terminales, **34**

Enfermera(s)

actitud de progreso y desarrollo
 profesional, **112**
 asegurar su consentimiento, **102**
 código de ética para, 50
 colaborar en su atención, **102**
 compartir información con sus
 colegas, **103**
 competencias de, **98, 99, 100**
 instrumentales, **98**
 internacionales de enfermera
 generalista, **101**
 interpersonales, **98**

interpersonales y de comuni-
 cación, **100**
 sistémicas, **98**
 compromiso,
 con la docencia, **112**
 con la investigación, **113**
 conocimiento y competencias
 cognitivas, **100**
 del bloque quirúrgico, **107**
 delegar eficazmente, **103**
 eficiencia, **113**
 estándares de conducta, com-
 petencias y buenas prácti-
 cas, **102**
 experta, 97
 gestión por procesos asistencia-
 les integrados, **111**
 gestionar los riesgos, **103**
 habilidades para la realización
 de intervenciones, **110**
 mantener,
 claros los límites profesiona-
 les, **102**
 habilidades y conocimientos
 actualizados, **103**
 sus registros claros y precisos,
 103
 manual de competencias de,
 107
 personalización de los cuidados,
 110
 prevención y atención comuni-
 taria, **108**
 profesional, **112**
 promoción de la salud, **108**
 realiza una preparación preope-
 ratoria adecuada, **109**
 relaciones interprofesionales, **111**
 respetar la confidencialidad, **102**
 resultados en el desempeño
 profesional, **113, 114**
 trabajar eficazmente como par-
 te de su equipo, **103**
 trabajo en equipo, **111**
 tratar a las personas como indi-
 viduos, **102**
 usar las mejores pruebas dispo-
 nibles, **103**
 uso eficiente de los recursos, **113**
 utiliza medidas de intermedia-
 ción, **109**
 valora e identifica las necesida-
 des de la persona, **109**
 Enfermería, 1, 36, **115**
 competencias, 96
 relacionadas con la práctica, 99

decisiones clínicas, 99
 diagnósticos de, 141
 en el manejo,
 farmacológico, 80
 no farmacológico, 80
 estructuración del diagnóstico
 de, **136**
 función de, 80
 planeación de, 146
 razonamiento para establecer
 diagnósticos clínicos, **136**
 Entrenamiento hospitalaria, 85
 Entrevista clínica, **109**
 Equipo médico, **35**
 Escala(s)
 analógica visual (VAS), 144
 combinada,
 de EVA, 145
 de tipo termómetro, 145
 CRIES, **41**
 de Campbell, **41**
 de descriptores verbales (EDV),
 144
 de dolor, 55
 de expresión facial del dolor,
 144, 145
 de intensidad del dolor, 145
 de medición, **150**, **152**
 de Ramsay, **41**
 descriptiva simple, 144
 facial de Wong- Becker, **41**
 numérica, 82
 para la intensidad del dolor,
 ausencia de dolor, 9
 intensidad de 1 a 3, 9
 intensidad de 4 a 6, 9
 intensidad de 7 a 10, 9
 verbal numérica, **41**
 visual,
 análoga, 84, 144
 análoga de Scott-Huskinson, 144
 analógica, **41**, 82, 84
 numérica, 123
 Escalera
 analgésica, 83
 de la OMS modificada, 83
 del dolor de la OMS, 83
 Establecimientos de atención mé-
 dica, 32
 Estado emocional, 65, 72
 agradable, 75
 Estimulación
 cutánea, 89
 hormonal, 2
 Estrés afrontamiento/tolerancia al,
 154

Estrógenos, 142
 Evaluación(es)
 de la calidad y acreditación
 (ANECA), 98
 de pacientes, **33**
 disposiciones institucionales
 relacionadas con, **40**
 estándares relacionados con,
 33
 del conocimiento del dolor, 128
 psicológica del dolor, 70
 Evidencia científica, 13
 Expediente
 electrónico, 126
 médico, **43**
 Experiencia emocional, 75

F

Facies, **143**
 Farmacia, 36
 Fármaco(s)
 administración de, 81
 caducidad del, 81
 dosis prescrita, 81
 hora y frecuencia de adminis-
 tración prescritas, 81
 prescrito, 81
 velocidad de infusión, 82
 vía de administración indicada,
 81
 Farmacología, 50
 Fatiga muscular diafragmática, **151**
 Fenómeno doloroso, 70
 Fentanilo, 85, 86
 Función pulmonar, 2

G

Gabapentina, 56, 84
 Gate control, 66
 GPC (guía de práctica clínica), 4,
 18

Guía

crítica para el manejo del dolor,
 127
 de práctica clínica, 4, 18
 general para cuidados paliati-
 vos, 84

H

Habilidades de comunicación ade-
 cuadas, **109**
 Herencia étnica, 65
 Hidromorfina, 86

Higiene del sueño, 64, 74
 Hipersensibilidad, 137
 Hipertensión
 arterial, 2
 intracraneal, 55
 Hipnosis, 64, 73, 74
 Histerectomía, 141
 Hormonas femeninas, 142
 Hospitales
 certificación de, 32
 en México, 32
 estándares para el manejo del
 dolor en, 32
 sin dolor, 44
 Humor deprimido, 69

I

Ibuprofeno, 87
 Índice
 de control del dolor, 9
 de valoración del dolor, 146
 Informe de Belmont, 49
 Insomnio, 2
 Inteligencia artificial, 95
*International Association for Study
 of Pain (ASP)*, 64, 141
 Inventario breve del dolor, 71
 Investigación, fases del estudio de,
 121
 Ira, 70

J

*Joint Commission
 International (JCI)*, 32, 43
*on Accreditation of Healthcare
 Organizations (JCAHO)*,
 48, 125

L

Laxantes, 58
 Lesión(es)
 dolorosa, 73
 perioperatoria, 138
 tisular,
 potencial, 79
 real, 79
 Leucemia linfóide aguda (LLA), 55
 Ley de ejercicio profesional, 50
 Libro blanco título de grado de en-
 fermería, 99
 Liderazgo, 25
 Llanto, 69
 Lumbalgia, 106

M

Manejo del dolor, 35
 a través de enfoques no farmacológicos, 88
 administración de analgésico, **149**
 aplicación,
 de calor y frío, **159**
 de estándares para, 35
 competencias del personal de enfermería para, 93
 evaluación del plan, **127**
 manuales para la capacitación del personal de enfermería, 128
 mecanismos de control para la intervención educativa, 128
 mejoría de la autoconfianza, **157**
 participación de enfermería en, **127**
 posoperatorio, 122
 aplicación de la guía crítica para, 125
 descripción de la intervención educativa, 119
 intervención educativa para estandarizar, 119
 por enfermería, 128
 programa de capacitación para, 122
 principios bioéticos del, 48
 valoración y acreditación de la competencia profesional, 105
 Manual de competencias de la enfermera, **107**
 Medicina, 36
 del dolor, 106
 Memoria de trabajo, 75
 Mentalidad, 67
 Metodología de Tronto, 59
 Método(s)
 fisiológicos, 71
 observacionales, 70
 subjetivos, 71
 Miedo, 64, 67
 Miomas, 141
 Modelo
 de adquisición de habilidades (MAH), 96
 teórico SOAP, 123
 Momento del cuidado de Watson, 60
 Morfina, 53, 59, 84, 86, 94
 oral, 84
 Mujer posoperatoria, **150**
 Musicoterapia, **149**

N

NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), 132, 146
 Naproxeno, 87
 Narcóticos, 86
 Náusea posoperatoria, 30

O

Opioides, 142
 débiles, 56
 fraccionados, **42**
 parenterales, 57
 Organización Mundial de la Salud (OMS), 83
 Oxidodona, 86

P

Paciente(s)
 beneficios psicosociales, 68
 con dolor posoperatorio, 120
 derecho de los, **33**
 identidad del, 80
 pediátrico, 53
Pain rating index (PRI), 146
 Parteras
 asegurar su consentimiento, **102**
 colaborar en su atención, **102**
 compartir información con sus colegas, **103**
 delegar eficazmente, **103**
 estándares de conducta, competencias y buenas prácticas, **102**
 gestionar los riesgos, **103**
 mantener,
 claros los límites profesionales, **102**
 habilidades y conocimientos actualizados, **103**
 sus registros claros y precisos, **103**
 respetar la confidencialidad, **102**
 trabajar eficazmente como parte de su equipo, **103**
 tratar a las personas como individuos, **102**
 usar las mejores pruebas disponibles, **103**
 Pensamiento(s)
 catastróficos, 74
 de muerte, 69
 de suicidio, 69

Percepción del dolor, 66
 mecanismos inhibidores que modulan la, 66
 Personal
 de enfermería, 119, 126
 de salud, 36, **43**, 122
 Personalidad
 características de, 65
 premórbida, 65
 Plan de cuidados de enfermería, **148**
 Posoperatorio, 1, 3
 Preescolares, **41**
 Preoperatorio, 3
 Principismo, 49
 Principio(s)
 de autonomía, 51
 del paciente, 50
 de beneficencia, 49, 52
 de justicia, 50, 52
 de libertad y responsabilidad, 51
 de no maleficencia, 49, 52
 de proporcionalidad terapéutica, 51
 de solidaridad y subsidiaridad, 51
 de totalidad o terapéutico, 51
 del doble efecto, 55
 Problema(s)
 de sueño, 73
 éticos-clínicos, 51
 identificación y descripción, 51
 metodología para resolver, 51
 perspectiva teórica del cuidado de Watson para resolver, 58
 referencia explícita a los principios, 51
 implementación práctica de solución, 55
 Procesos Asistenciales Integrados (PAI), 107
 Profesionales de la salud, **42**, 49
 principio,
 de autonomía del paciente, 50
 de beneficencia, 49
 de justicia, 50
 de no maleficencia, 49
 Prostaglandinas, 86, 88
 Proyecto Tuning, 98
 Prueba(s)
 de Lattinen, 71
 psicológicas, 95
 Puerta de entrada de Melzack y Wall, 66
 Punción intravenosa, **110**

Q

Quimioterapia, 55

R

Reconceptualización, 91

Recuerdo(s)

agradables, 75

autobiográfico, 75

desagradables, 75

Recursos humanos, 123

Reestructuración cognitiva, 74

Relación

entre ansiedad y dolor, 73

médico-paciente, 51

profesional de enfermería-paciente, 51

Relajación, 73, 91, **149**

mental, 91

muscular, 64

muscular progresiva, 91

Reto educativo, 38

S

Salud

fisiológica, **150**

psicosocial, **154**

Salud-paciente, 49

Sedación, 57

moderada, **42**

profunda, **42**

terminal, 55

Servicios de salud, 1

Sistema(s)

cardiovascular, 2

de bloqueo, 66

digestivo, 2

nervioso,

autónomo, 71

central (SNC), 55, 66

SOAP (subjetivo, objetivo, análisis y plan), 123

Somnolencia, 32, 57

Sonda

de Foley para diuresis, 55

nasogástrica, 55

Sopor profundo, 57

Sueño

disminución del, 69

higiene del, 64, 74

problemas de, 73

T

Tamizaje, **41**

Taxonomía NANDA, 136, 146

dominios y clases de, 134, 136

Técnica(s)

de Jacobson, 73

de relajación y visualización, 91

distractora, 75

imaginativa, 75

muscular, 73

de dolor, 10

de la compuerta, 66

de rango medio,

de enfermería, 6

del dolor, 8

equilibrio entre la analgesia y sus efectos, 7

factores para medir la, 9

para el alivio del dolor, 5

para el manejo del dolor, 5

postulados de, 6

primer postulado, 6

proceso para el desarrollo de, 3

segundo postulado, 6

síntesis de la, 8

tercer postulado, 7

del cuidado de Jean Watson, 58

del cuidado de Watson, 59

caso ético-clínico desde la perspectiva, 59

metodología de Tronto, 59

descriptivas del dolor, 5

multidimensional del dolor, 66

Teórica del cuidado de Watson, 47

Termografía, 71

Termoterapia, 89

Tinas de hidromasaje, 89

Toma de decisiones clínicas, 52

Tratamiento del dolor, 30, **40**

desarrollo,

de directrices para, 38

de lineamientos institucionales, 39

disposiciones institucionales, 86

educación del paciente y su familia, **43**

en escolares y adultos, **41**

en preescolares, **41**

farmacológico, 86, 88

control de efectos secundarios, 88

gestión de lineamientos institucionales, 39

lineamientos institucionales, 39

origen de estándares en el manejo, 30

retos para un adecuado control, 37

Tratamiento intravenoso, **110**

Triada depresiva de Beck, 69

Tuning

de enfermería, 99

Educational Structures in Europe, 98

U

Unidades de tratamiento del dolor (UTD), 106, 114

V

Valoración del dolor, **127**

Vigilancia respiratoria, **151**

favorecer la, **151**

Visualización, 91

Vómito posoperatorio, 30

Vulnerabilidad, 53