



Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería del paciente con dolor crónico: abordaje desde la Atención Primaria

*Standardized Nursing Care Plan for the patient with
chronic pain: approach from Primary Health Care*

Grado Universitario en Enfermería

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria

Curso académico 2024-2025

Autor: *Hugo Barreiro Escárcega*

Directora: *Raquel Sarabia Lavín*

Índice de contenidos

Índice	
Aviso de responsabilidad de la Universidad de Cantabria	Página 3
Resumen	Página 4
<i>Abstract</i>	Página 4
Introducción	Páginas 5-6
Capítulo I - El dolor	Páginas 7-12
1.1. Definición del dolor	Página 7
1.2. Anatomía-fisiopatología del dolor	Páginas 7-8
1.3. Clasificación del dolor	Páginas 9-10
1.3.1. Según su duración	Página 9
1.3.2. Según su patogenia	Página 9
1.3.3. Según su localización	Página 9
1.3.4. Otras clasificaciones	Páginas 9-10
1.4. Diagnóstico y valoración del dolor	Páginas 10-12
1.4.1. Métodos subjetivos	Página 10
1.4.1.1. Escalas unidimensionales	Página 10-11
1.4.1.2. Escalas multidimensionales	Página 11-12
1.4.2. Métodos objetivos	Página 12
Capítulo II - El dolor crónico	Páginas 13-19
2.1. Definición del dolor cónico	Página 13
2.2. Prevalencia del dolor cónico en la población española	Página 13
2.3. Factores de riesgo asociados al dolor crónico	Páginas 13-15
2.4. Tratamiento farmacológico ante el dolor crónico	Páginas 15-16
2.5. Tratamiento no farmacológico ante el dolor crónico	Páginas 16-19
2.5.1. Actividad física	Páginas 16-17
2.5.2. Alimentación	Páginas 17-18
2.5.3. Descanso	Páginas 18-19
2.5.4. Terapias complementarias	Página 19
Capítulo III - Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería	Páginas 20-33
3.1. Introducción	Página 20
3.2. Valoración de Enfermería	Páginas 20-22
3.3. Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes en fase “debut”	Páginas 22-29
3.4. Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes en fase de “consolidación”	Páginas 30-32
3.5. Juicio clínico	Páginas 32-33
3.6. Conclusiones	Página 33
Anexos	Páginas 34-40
Referencias bibliográficas	Páginas 41-47

Aviso de responsabilidad de la Universidad de Cantabria

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

Resumen

El dolor crónico, afección que padece más del 25% de la población española, consiste en cualquier tipo de dolencia, que se extienda por un periodo mayor de tres meses ininterrumpidamente. Resulta más frecuente en mujeres, siendo la edad media 52 años.

Tanto la prevención como el tratamiento resultan imprescindibles para reducir estas cifras. Existen ciertos factores ya conocidos que no sólo predisponen hacia la enfermedad, sino que, estos mismos factores de riesgo, pueden actuar como exacerbantes. Algunos de ellos son factores socioeconómicos, que desde la perspectiva sanitaria resultan de difícil intervención. Otros, en cambio, son factores relacionados con los hábitos de vida, cuyo cambio se encuentra al alcance de muchos.

Aquí es donde interviene la Enfermera de Atención Primaria. La Atención Primaria, es el servicio más concurrido por estos pacientes, y por lo tanto el lugar perfecto para llevar a cabo intervenciones de Enfermería que ayuden a los pacientes a tratar su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Este trabajo se centra en la elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado para aquellos pacientes que sufren de dolor crónico. Utilizando la taxonomía NANDA, se han identificado los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en estos pacientes.

Palabras clave: *Dolor Crónico, Plan de Cuidados de Enfermería y Atención Primaria.*

Abstract

Chronic pain, a condition affecting more than 25% of the Spanish population, refers to any type of pain that persists continuously for more than three months. It is more prevalent in women, with an average age of 52 years.

Both prevention and treatment are essential to reduce these figures. Certain well-known factors not only predispose individuals to the condition, but can also act as aggravating factors. Some of these are socioeconomic factors, which, from a healthcare perspective, are difficult to address. Others, however, are related to lifestyle habits, which many individuals have the capacity to change.

This is where the Primary Care Nurse plays a crucial role. Primary Care is the most frequently used service by these patients, making it the ideal setting for nursing interventions aimed at helping patients manage their condition and improve their quality of life.

This project focuses on the development of a Standardized Care Plan for patients suffering from chronic pain. Using the NANDA taxonomy, the most common Nursing Diagnoses in these patients have been identified.

Key words: *Chronic Pain, Standardized Care Plan and Primary Health Care.*

Introducción

El papel de la Enfermería en el abordaje y, sobre todo, la prevención del dolor, cualesquiera que sean sus etiologías, es fundamental. Sobre todo, a la hora de trabajar todos aquellos factores controlables por la persona, como son los hábitos de vida, donde la labor de la enfermera de Atención Primaria es vital para prevenir y tratar (de forma no farmacológica) todas aquellas dolencias que puedan sufrir los pacientes que acudan a su consulta.

La Atención Primaria es el lugar idóneo donde llevar a cabo las intervenciones de Enfermería necesarias a la hora de tratar y prevenir principalmente, todo tipo de dolor. La independencia que otorga este tipo de servicio a la enfermera genera el cúmulo de circunstancias perfecto para la aplicación de los cuidados de Enfermería de manera totalmente autónoma. Sí que es verdad, que ciertas intervenciones de Enfermería derivarán en complicaciones potenciales, las cuales, se deberán de resolver con el trabajo conjunto del equipo multidisciplinar, en mayor o menor medida, dentro de las posibilidades de cada centro en cuestión de profesionales sanitarios.

El dolor, y en concreto, el dolor crónico, es una afección la cual padece una gran cantidad de la población. Preocupa, la cantidad de personas que en nuestra sociedad conviven a diario con algias de todo tipo, las cuáles afectan tanto a su vida laboral, como social, y a su bienestar tanto físico, como mental.

Es por ello por lo que la introducción precoz, en cualquiera edad, de los hábitos de vida saludables, así como el tratamiento específico de cada tipo de patología, es fundamental para ayudar a estas personas a sobrellevar mejor sus “padeceres”, y tan importante es hacerlo desde una perspectiva holística, de valoración y trabajo de puntos a mejorar, como desde el acompañamiento, empatía hacia la persona y comprensión de la afección.

Las personas que sufren a diario no sólo buscan en nosotros, como profesionales, soluciones (las cuáles debemos ofrecerles) sino que también buscan ser escuchados, comprendidos...

Desde la Enfermería debemos ofrecer cuidados e intervenciones basadas en la más reciente evidencia, desde fuentes válidas y contrastadas, que nos permitan otorgar a los pacientes las herramientas necesarias para mejorar, ellos mismos, de su propia mano, su calidad de vida. Ello mejorará la autoestima y el sentido de percepción de independencia de la persona, ayudándola no sólo a superar sus dolencias dentro de la medida de lo posible, sino cualquier otro problema que enfrente a lo largo de su camino. Igual de importante es ofrecer un lugar seguro para expresar sus miedos y emociones, sus sentimientos acerca de la enfermedad, problemas y ofrecer una visión más cercana, humana y empática de la situación.

El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es elaborar un plan de cuidados estandarizado para aquellos pacientes que padezcan de dolor crónico. El ámbito de intervención escogido ha sido la Atención Primaria, por las características antes descritas del servicio, que son las más propicias para las intervenciones que se describirán en propio plan.

El trabajo se divide en tres capítulos, cada uno de ellos divididos en subcapítulos, que tratarán diferentes cuestiones.

- *Capítulo I. El Dolor:* este primer apartado describe las generalidades más importantes sobre el dolor, yendo desde la propia definición de este, pasando por los mecanismos fisiopatológicos que lo desencadenan, sus diferentes clasificaciones y demás.
- *Capítulo II. El Dolor Crónico:* esta segunda parte se adentra con mayor profundidad en el tema principal de este trabajo, ya que el plan de cuidados girará en torno a este concepto. Aquí se hablará más en profundidad del dolor de tipo crónico, qué es, la prevalencia de este en nuestra población, qué factores lo propician y de qué tipos de vías terapéuticas se poseen para combatirlo. Tras realizar este breve repaso teórico

sobre los conceptos principales que asentarán los cimientos de la parte principal del trabajo.

- **Capítulo III. Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería:** en el cual se verá reflejado un plan de cuidados estándar para un paciente “tipo” de Atención Primaria que acude a la consulta de Enfermería y refiere dolor crónico.

Respecto a la estrategia de búsqueda bibliográfica, se muestra un esquema que explica de forma gráfica los criterios de búsquedas, fuentes consultadas y artículos empleados para la elaboración de esta monografía:



**Las entradas bibliográficas con fechas previas al año 2014 incluidas en este trabajo han sido consideradas como fuentes válidas debido a su interés en la materia a tratar, así como resultar mejor opción frente artículos de más reciente publicación, pero que no poseían la profundidad buscada en el ámbito requerido.*

Como gestor bibliográfico se utilizó el programa informático *Mendeley Reference Manager*, tanto en sus versiones de escritorio como de navegador y como extensión de los programas ofimáticos de Microsoft Office 365, conjunto de herramientas utilizadas para elaborar esta monografía.

Capítulo I – El dolor

1.1. Definición del dolor

Acudiendo a la Real Academia de la Lengua Española (RAE), máxima institución dentro de la lengua castellana, la definición de dolor que esta suministra es la siguiente; *“Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.”* (1) La RAE acusa el dolor a dos causas fundamentales, física o espiritual. Pero, ¿qué dicen las máximas instituciones sanitarias sobre el dolor?

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), quienes en 2020 revisaron y modificaron la definición de dolor, el dolor es: *una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial* (2). Pero esta definición presenta ciertos matices a aclarar como los siguientes (3,4) (Ver Anexo 1. *Revision of the IASP Definition of Pain and Notes*):

1. *El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.*
2. *El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes.*
3. *El dolor no puede inferirse únicamente de la actividad en las neuronas sensoriales.*
4. *A través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor. La manifestación de una persona que afirma sentir dolor debe ser respetada. Aunque el dolor generalmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.*

Estas puntualizaciones en la nueva definición propuesta por el subcomité de la IASP en el año 2020 denotan el nuevo enfoque dado al dolor, primero, teniendo en cuenta que este no siempre tiene por qué estar sujeto a un daño tisular real (*“...asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial...”*), y segundo pero no menos importante, que el dolor es una percepción subjetiva condicionada por las experiencias del individuo (*“a través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor”*) y que este, aparte del propio daño físico en caso de que este sea “real” (entendiendo un daño físico real como una lesión tisular manifiesta), tiene repercusiones en el bienestar de la propia persona.

1.2. Anatómo-fisiopatología del dolor

Al revisar bibliografía acerca del dolor, sin especificar la causa de este, la gran mayoría de los estudios meramente fisiológicos de esta afección llevan al dolor asociado a un daño tisular real, a una causa manifiesta. Según Ferrándiz (5), especialista de la unidad clínica del dolor del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) el dolor es: *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial”*.

El artículo publicado por Zegarra (6) en SciELO Perú en el año 2007, trata la fisiología del dolor de la misma forma que trata Marta Ferrándiz este en su estudio, bajo la premisa de que el dolor es causado por una lesión tisular, a contracorriente de lo dictado por la IASP.

En función de los mecanismos fisiopatológicos del dolor, este se divide en dos grupos; 1. Nociceptivo, y 2. Neuropático. El primero de los dos sería el causado por lesión somática o visceral, mientras que el otro sería aquel procedente de una lesión que, junto a una alteración en el sistema de transmisión de la información, desencadena una respuesta dolorosa mayor de lo común (7).

Se pueden incluir dos tipos más de dolor; el dolor psicógeno y el introducido recientemente, dolor nociplástico, de los que se hablará más profundamente en el apartado 1.3. *Clasificación del dolor*.

En el proceso fisiológico conocido que regula la formación, transmisión y expresión de la señal nociceptiva, participan tanto Sistema Nervioso Central como Periférico, y se divide en las siguientes fases (6,8):

- 1. Transducción:** el estímulo nociceptivo es convertido en señal eléctrica en las terminaciones periféricas de las fibras nerviosas sensoriales. Estos estímulos son llamados *noxa*s y pueden ser de 3 tipos diferentes; térmico, mecánico o químico, y son estas *noxa*s las encargadas de activar los respectivos nociceptores. La función de los nociceptores es la de diferenciar entre los estímulos inofensivos y aquellas que puedan generar un daño de mayor importancia. Se clasifican según el tipo de estímulo que los activa y/o según su localización; cutáneos, musculo-articulares y viscerales.
- 2. Transmisión:** la información periférica es transmitida desde las fibras aferentes primarias hasta el SNC*¹ donde se realiza la primera sinapsis en la médula espinal, concretamente en la asta dorsal de la misma.
- 3. Percepción:** interpretación de la información nociceptiva en los centros nerviosos supra espinales, lo cual otorga al individuo conciencia del estímulo doloroso. Las neuronas aferentes secundarias de la médula espinal hacen llegar el estímulo al tálamo, el cual, a través de las neuronas aferentes terciarias, harán llegar la señal a la corteza cerebral. Existen diversas áreas corticales encargadas de interpretar el dolor implicando gran cantidad de estructuras supra espinales estando unas más asociadas con el espectro discriminativo del dolor, como la corteza somatosensorial, mientras que otras áreas como la corteza del cíngulo anterior e insular abarcan aspectos emocionales.
- 4. Modulación:** cambios que ocurren en el sistema nervioso en respuesta a un estímulo nociceptivo. Existen 2 tipos de modulación nociceptiva;
 - Modulación excitatoria: aumenta la intensidad del estímulo doloroso.
 - Modulación inhibitoria: disminuye la intensidad del estímulo doloroso.Estas modulaciones tienen como objetivo controlar la transmisión nociceptiva.

*¹Ver Anexo 2. *Mecanismo fisiológico del estímulo doloroso*

Como se puede observar por lo visto anteriormente, el proceso anatomo-fisiopatología del dolor es extremadamente complejo. Este, no sería posible sin las moléculas que conducen los estímulos por todas estructuras y vías. Estos son los conocidos como “neurotransmisores”.

Los dos principales neurotransmisores del Sistema Nervioso son el glutamato; de acción excitatoria (activa y desencadena el estímulo doloroso), y el GABA o *ácido γ-aminobutírico*; inhibidor nociceptivo principal. Ambos neuromoduladores se encuentran estrechamente relacionados con las reacciones inflamatorias asociadas a daños tisulares “reales” y las consecuencias que esto conlleva en cuanto a la activación de nociceptores periféricos, modificación de estructuras y demás (8–10).

1.3. Clasificación del dolor

Tras repasar de una forma breve en el apartado 1.2. *Fisiopatología del dolor*, los mecanismos fisiológicos a través de los que se transmiten los estímulos dolorosos, el siguiente paso será indagar en los tipos de dolor conocidos, cómo se clasifican y sus características principales.

1.3.1. Según su duración (7,11-13)

Dolor subagudo	Dolor agudo	Dolor crónico
<ul style="list-style-type: none"> - Limitación temporal, inferior a los 15 días de duración. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitación temporal, inferior a los 3 meses de duración. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin limitación temporal, dolor persistente a un periodo mayor de 3 meses. - Importante componente psicológico.
<ul style="list-style-type: none"> - Escaso componente psicológico. - Por “norma general”, asociados a un daño tisular real, causante de la activación de los nociceptores y del consecuente estímulo doloroso. 		<ul style="list-style-type: none"> - Asociado a, una lesión tisular continua (cuya gravedad no siempre determina la intensidad del dolor manifiesto) o, a una alteración del sistema nervioso periférico y/o central.

1.3.2. Según su patogenia (7,12,14-16)

Dolor neuropático	<i>Resultado del daño o la disfunción del sistema nervioso periférico o central, en lugar de la estimulación de los receptores para el dolor.</i>
Dolor nociceptivo	<i>Dolor causado por una lesión tisular real, que se clasifica en otros dos subtipos; somático o visceral. (Ver 1.3.3.)</i>
Dolor psicógeno	<i>(Dolor) que no resulta de una estimulación nociceptiva ni de una alteración neuronal, sino de una causa psíquica.</i>
Dolor nociplástico	<i>Término de reciente introducción en el ámbito de estudio del dolor. Aceptado por la IASP en diciembre del año 2017, el dolor nociplástico hace referencia a “aquél dolor que surge de la nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que cause dolor.” Este nuevo término nace como alternativa al dolor neuropático, ya que describe aquel tipo de dolor no causado por un daño tisular real en sistemas somatosensoriales normofuncionantes. (Ver Anexo 3. El Dolor Mixto)</i>

1.3.3. Según su localización (7,17)

Dolor somático	Dolor visceral
<ul style="list-style-type: none"> - Causado por la activación de los nociceptores en piel, tejido subcutáneo, músculo o hueso. - Dolor agudo y bien localizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Causado por la excitación anormal de nociceptores viscerales. - Dolor continuo y mal localizado. - Puede irradiarse hacia zonas al lugar donde se originó.

1.3.4. Otras clasificaciones (7,12,18,19)

El dolor es valorable de diversas formas como se ha visto anteriormente. El dolor es clasificable también dependiendo de su grado de intensidad; calificándolo como leve, moderado o severo, o mediante escalas que cuantifican el dolor según la experiencia del paciente, como la Escala Visual Analógica (EVA), que miden este en valores que van desde el 0 (ningún dolor) al 10 (“el peor dolor imaginable”) (Ver Anexo 5. *Escala EVA*).

También se puede clasificar el dolor de las personas según el curso de este, pudiendo este ser un dolor continuo (persiste a lo largo del día y no desaparece) o un dolor irruptivo (dolor transitorio o intermitente). Un subtipo del dolor irruptivo, es el dolor incidental, que es aquel que aparece asociado a alguna acción corporal, como la movilización de un miembro lesionado que sólo presenta sintomatología dolorosa a la movilización.

1.4. Diagnóstico y valoración del dolor

Recordando lo establecido por la IASP respecto a la definición de dolor (4): *Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial*. Esto implica, que siempre y cuando el paciente refiera dolor, este esté relacionado con una causa física o no, debemos creerlo y dar por supuesto que sus afirmaciones son verídicas.

En una primera instancia, antes de proceder a la realización de pruebas diagnósticas más específicas (como radiografías, TACs... en busca de evidencia de daño tisular “real”) la primera herramienta de la que se dispone para la valoración del dolor son las escalas y los cuestionarios validados.

Existen múltiples tipos de cuestionarios y escalas para valorar el dolor. Algunos valoran sólo la esfera sensorial. Otras herramientas van más allá y se adentran en otras dimensiones del dolor como la afectiva y la evaluativa. Un breve repaso de las 3 principales esferas del dolor*² (20,21);

5. **Dimensión sensorial:** o “discriminativa”, tal y como indica su nombre, permite diferenciar el tipo, intensidad y localización del dolor.
6. **Dimensión afectiva:** o “emocional”, esfera de mayor valor subjetivo que la sensorial, debido a su componente emocional. Encargada de informar de la “desagradabilidad” del dolor.
7. **Dimensión evaluativa:** o “cognoscitiva”, se basa en las experiencias previas del paciente, sus valores culturales y creencias... responsable de la atención, anticipación y memoria de experiencias previas.

*²Ver Anexo 4. *La experiencia multidimensional del dolor*

En base a esto, se clasifican las múltiples escalas como unidimensionales o multidimensionales, en función del número de dimensiones del dolor que aborde la misma. Este tipo de escalas y cuestionarios se engloban dentro de lo que serían calificados como “métodos subjetivos”.

1.4.1. Métodos subjetivos

Aquellos que obtienen la información a través de las declaraciones verbales de las personas. Son los mejores indicadores de dolor. De uso preferente ante los métodos “objetivos” en pacientes que presenten un estado cognitivo suficiente para el autoinforme (8).

1.4.1.1. Escalas unidimensionales (8,20,22–24)

Estas escalas valoran el dolor teniendo en cuenta sólo la intensidad de este por lo que exploran sólo la dimensión sensorial de la nocicepción. Son escalas sencillas y bastante fiables, que nos van a permitir examinar la evolución en cuanto a intensidad se trata de la percepción dolorosa a lo largo del tiempo. Entre ellas se encuentran las presentes*³:

Escala EVA	<i>Línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Será leve hasta 4 cm, Moderada de 5-7cm y severa si es mayor de 7cm.</i>
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Escala verbal categórica	<i>El paciente elige la palabra que mejor describa la intensidad de su dolor. Cada palabra está asociada a un valor numérico que permite la cuantificación y registro.</i>
Escala facial de Wong-Baker	<i>Se utiliza sobre todo en la edad pediátrica y muestra la representación de una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría al llanto, a cada una de las cuales se le asigna un número del 0 (no dolor) al 6 (máximo dolor). El paciente tiene que indicar la cara que mejor representa la intensidad de su dolor en el momento del examen.</i>
Escala de grises de Luesher	<i>Test acoplable a las Escalas Visuales Analógicas que se basa en una serie de tonalidades grises. Proporciona información sobre el estado anímico del paciente y su nivel de dolor referido, siendo el blanco el máximo bienestar correspondiendo al nivel 0 de algia, y el negro en el otro extremo que significa máximo dolor. Los colores grises son mediciones intermedias entre los 2 extremos, representando el gris "puro" la indiferencia.</i>

*³Ver Anexos 5-8.

1.4.1.2. Escalas multidimensionales (8,20,22,23)

Estas escalas valoran el dolor a través de las tres dimensiones de la experiencia dolorosa (sensorial, afectiva y evaluativa). (22) Son escalas y cuestionarios más laboriosos pero que ofrecen una mayor comprensión de la experiencia individual de la persona y están indicadas principalmente en pacientes que sufran de dolor crónico. Entre ellas se encuentran*⁴;

Cuestionario de Dolor de McGill	<i>Consta de tres categorías (emocional, sensorial y evaluativo), con una serie de descriptores que permiten a los pacientes describir su dolor con mayor precisión.</i>
Cuestionario de Dolor en Español	<i>Cuestionario autoadministrado con varias dimensiones; sensorial, afectiva y evaluativa.</i>
Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico	<i>Test que recoge 6 factores con un total de 31 ítems a valorar. Dentro de estos 6 factores encontramos los siguientes aspectos; religión, "catarsis" (búsqueda de apoyo emocional), distracción, autoafirmación, autocontrol mental y búsqueda de información, todos ellos en relación con la experiencia del paciente con el dolor crónico, desde la búsqueda de consuelo en la religión y la creencia, hasta la adquisición de conocimiento empírico en búsqueda de un mejor control de la enfermedad.</i>
Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale	<p><i>Es un cuestionario de autoinforme. Implica una evaluación que no sólo aborda aspectos de intensidad del dolor y de tipo psico-afectivo, sino también de orden conductual en relación con dolor crónico 15. Consta de 52 variables, agrupadas en tres secciones, que abarcan un total de 13 escalas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La sección 1 consta de 20 ítems y evalúa seis aspectos: intensidad del dolor, su interferencia con la vida del paciente, insatisfacción con el nivel funcional, evaluación del apoyo familiar, percepción del control del paciente sobre su propia vida, y estrés afectivo.</i> - <i>La sección 2 estima la percepción del paciente sobre las respuestas y conductas de sus familiares más cercanos hacia el cuadro de dolor del paciente y consta de 21 variables.</i> - <i>La sección 3 consiste en un listado de 18 actividades cotidianas que van de lo doméstico a lo social y recreacional.</i>

Test de Lattinen	<i>Utiliza un lenguaje simple y fácil de comprender por el paciente. Se realizan 5 preguntas sobre: intensidad subjetiva del dolor, frecuencia de presentación del mismo, consumo de analgésicos, discapacidad e influencia del dolor sobre el sueño. Cada pregunta tiene 4 posibles respuestas, a las que se les asigna un número de 0 a 4, siendo posible obtener un valor máximo de 20 puntos.</i>
Nottingham Health Profile	<i>Cuestionario corto que consta de 2 partes. La primera mide discomfort en 6 áreas: dolor, movilidad física, sueño, energía reacciones emocionales y aislamiento social. La segunda parte está enfocada a áreas de la vida diaria, tales como trabajo, cuidado de la casa, vida social, de hogar y sexual.</i>

*⁴Ver Anexos 9 y 10.

Existen ciertos cuestionarios validados que no se encasillan dentro de ninguno de los dos grupos de métodos subjetivos anteriormente vistos. Entre ellos, se encuentra el *Test de Lee* el cual resulta de interesante mención. El *Test de Lee* valora de forma indirecta el dolor articular; mide los niveles de compromiso funcional de articulaciones y estructura periarticulares.

“El paciente debe realizar 20 movimientos estandarizados (peinarse, abrir un cajón, bajar un picaporte, pasar la página de un libro, subir y bajar escalones, etc) a los que se asigna una puntuación de 0 a 2, dependiendo de la ausencia o presencia de compromiso funcional.” (Citado textualmente del documento original) (Ver Anexo 11. Test de Lee)

1.4.2. Métodos objetivos

La medición objetiva de la nocicepción no existe como tal. Este es un reto para el ámbito de los profesionales de la salud, ya que el único método fiable del que se dispone hoy en día para la valoración del dolor es el autoinforme, la expresión y descripción verbal de la sensación de dolor, así como del tipo y localización e intensidad de este.

En los casos en los que el autoinforme del dolor no es posible, como sucede por ejemplo con los lactantes, niños menores de 3 años (por norma general) o personas con un nivel de desarrollo suficiente pero que presentan deterioros a nivel cognitivo o estados de no plena consciencia... la única forma de la que disponemos de obtener una valoración fiable del estado de dolor del paciente es la exploración física y la observación de signos.

Como cita la Sociedad Española del Dolor (SED) en su artículo *“La medición objetiva del dolor, un reto necesario para la optimizar el diagnóstico”* de palabra del profesor Fernando Cerveró; *“El dolor solo puede ser medido mediante el reporte del paciente. No tenemos medios objetivos. Podemos explorar al afectado y averiguar si existen lesiones internas o externas que justifiquen el dolor, pero en muchos casos no encontramos una relación directa entre la intensidad del dolor y las lesiones que pueden o no existir.”* - (25).

Algunos de los signos que se pueden observar durante la valoración de la nocicepción cuando el autoinforme no sea viable es la observación de los signos faciales, el tono muscular, comportamiento del individuo... véase, la *Escala FLACC*, la *NVPS* o la *Escala de Andersen*. Ciertos parámetros vitales pueden variar bajo experiencia dolorosa (como la frecuencia cardíaca, tensión arterial...), estos se encuadrarían dentro de los métodos “fisiológicos” de valoración de la nocicepción. El principal problema de estos métodos, entre los cuales se encuentran por ejemplo otros biomarcadores como las catecolaminas o los niveles de cortisol, es que no son por sí mismas indicadores “puros” del dolor, por lo que su interrelación y causalidad queda en entredicho (8,20,25–27).

Capítulo II – El dolor crónico

2.1. Definición del dolor cónico (7,11,27)

Como bien se describió en el *Capítulo I. El Dolor: Apartado 1.3. Clasificación del dolor*, el dolor crónico es una dolencia sin limitación alguna en el tiempo, que comienza por un dolor de tipo agudo que se prolonga más allá de la frontera de los 3 meses de duración. Este tipo de dolor causa grandes estragos psicológicos en quien lo padece, pues afecta a su vida diaria, en lo laboral, social y personal. Puede estar, al igual que el dolor agudo (o subagudo) relacionado o no con un daño tisular real, ya que este puede proceder de otro tipo de causas. Lo único certero en este caso es que nos encontramos ante una persona que refiere un algia, que no cesa y que se ha prolongado en el tiempo.

2.2. Prevalencia del dolor cónico en la población española (28)

Para poder cuantificar el impacto socioeconómico del dolor crónico, debemos remitir las ideas hacia los datos estadísticos más frecuentes. Según el barómetro del dolor crónico*⁵ en España del año 2022, el 25'9% de la población española comprendida entre los 18 y los 85 años, padece de esta condición. Esto indica que algo más de un 1/4 de nuestra población adulta padece de algún tipo de algia que se ha extendido en el tiempo durante un periodo mayor de 3 meses. Los grupos de edad con mayores prevalencias son el intervalo entre los 55 a los 75 años, con casi 1/3 de la prevalencia total, seguidos de cerca por los intervalos comprendidos entre los 35 y 54 años y a partir de los 75 años. La media de edad se sitúa en los 51'5 años.

Según el estudio realizado en el año 2022 por la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, los tipos de dolores más frecuentes entra la población española son; el dolor lumbar, la contractura muscular, el dolor cervical, la artrosis y la osteoporosis, entre otros. Las localizaciones anatómicas más habituales de las dolencias son las extremidades y las articulaciones, la espalda y el dolor generalizado.

Otro aspecto que cabe destacar de este estudio, son los recursos sanitarios que utilizan este tipo de pacientes. En primer lugar, tenemos la Atención Primaria, con una tasa de uso del 87%, la más alta de los diferentes niveles de atención sanitaria. En segundo lugar, se encuentra la Atención Especializada, con casi un 20% menos de tasa de uso (69'4%), siendo los servicios especializados más acusados; Traumatología y Fisioterapia.

*⁵Ver Anexo 12. *Barómetro del Dolor Crónico en España 2022*

2.3. Factores de riesgo asociados al dolor crónico

¿Existen unas condiciones predisponentes a las algias de forma crónica? ¿Hay un perfil de paciente en el que sea más probable que acaben por padecer dolor crónico? ¿Son estos factores previsibles y modificables?

Estas son preguntas que se realiza toda la sociedad científica del ámbito de la salud ante esta enfermedad. Y es que si se sabe con certeza qué condiciones son más predisponentes a la hora de desarrollar dolor, se puede actuar sobre ellas de forma precoz realizando así un tratamiento preventivo de la enfermedad, o en la fase latente de la misma, tratar sus factores desencadenantes para aliviar al paciente.

Según los más recientes estudios publicados por diferentes entidades científicas, existe una fuerte correlación entre diversas variables sociodemográficas y la presencia de dolor crónico, así como relaciones positivas a modo de factor protector de otras variables ante el dolor crónico.

Analizando muestras de la población que sufre de esta patología, podemos ver que la mayoría de estas son mujeres. Aunque la prevalencia en los varones también es alta, la proporción entre

ambos géneros se decanta hacia el femenino. La edad media dentro de los pacientes que sufren de dolor crónico se encuentra en los 50-55 años según diferentes estudios, no habiendo una diferencia significativa entre hombres y mujeres, aunque en ellos la edad de diagnóstico sea inferior a la de ellas. Esto puede venir derivado de un infra diagnóstico de la enfermedad en el sexo femenino o proceder del propio patrón de comportamiento de las mujeres, siendo estas las que aguanten más tiempo sin acudir a los servicios de salud, acudiendo ellos en una fase más temprana de la enfermedad (28,29).

Respecto a las variables socioeconómicas, existe una fuerte correlación entre las bajas rentas y el dolor crónico. Además, dentro de las muestras seleccionadas, sólo 1/3 de la misma era laboralmente activa, predominando dentro de los trabajadores las jornadas completas, las cuales se relacionan con mayores tasas de dolor crónico que los trabajos a tiempo parcial. De la mano de la situación laboral viene el nivel de estudios, el cual, en la mayoría de los encuestados, eran de nivel bajo (Educación Secundaria Obligatoria), no llegando siquiera al 15% los estudios universitarios. Otro dato relacionado con los anteriores es el número de personas a cargo del encuestado, teniendo más del 50% de los encuestados 2 o más personas a su cargo.

En cuanto a los hábitos de vida, estos parecen tener una alta correlación con las variables socioeconómicas, siendo estas, factores limitantes ante ciertos comportamientos que, en caso de ser más prevalentes, reducirían la prevalencia de la enfermedad. El uso del tiempo libre es un indicador muy interesante de evaluar, ya que el fin de este puede darnos indicios de por dónde debemos actuar. El 63% de las mujeres dedican su tiempo libre a tareas domésticas, a consecuencia de ciertos roles de género que todavía no se han erradicado el todo en nuestra sociedad. Dentro de la población con dolor crónico, el deporte y el ejercicio físico son grandes damnificados, practicando deporte de forma habitual en sus ratos libres tan sólo el 27'5% de los hombres y el 12'5% de las mujeres.

Y es que el artículo publicado en el año 2022 por Garzón-Sánchez et al. (29) en la revista de la SED concuerda con otros estudios recientes, como el realizado en Reino Unido en el año 2019 por Mills E.E. et al. (30). Ambos relacionan bajos recursos económicos, trabajos a tiempo completo y otras condiciones sociales como bajos niveles de estudios, con mayores tasas de dolor crónico, sobre todo dolores de tipo músculo esquelético focalizados en cervicales y lumbares predominantemente.

El estudio realizado por González (31) correlaciona ciertos factores psicosociales con la presencia del dolor crónico y un peor pronóstico de este. Condiciones estresantes para el cuerpo y mente humana como; miedo, ansiedad, depresión, junto con otros factores de un carácter más cultural y/o social como actitudes frente al dolor (creencias y asociaciones negativas, "catastrofización", expectativas de recuperación bajas, etc.), falta de empatía y apego interpersonal hacia el afectado y demás, generan un cúmulo de situaciones que preparan la tormenta perfecta bajo la cual se sume aquella persona con dolor crónico la cual, sin ayuda profesional e interdisciplinar, difícilmente va a ser capaz de recuperarse. El estudio realizado en Salamanca en el año 2020 también mencionó la comorbilidad psiquiátrica, aunque la muestra no fuera lo suficientemente grande como para establecer una relación causal (29).

Abordando la comorbilidad, el dolor crónico es más prevalente en aquellas personas las cuales ya presentan patologías de base, presentando el 60% de los encuestados como mínimo, una enfermedad añadida al propio dolor crónico. Más prevalente la comorbilidad en mujeres que en hombres, las patologías más mencionadas son la Hipertensión Arterial y la Dislipemia en ambos sexos, el Asma en hombres y el Hipotiroidismo en mujeres. Respecto al tratamiento, todos los pacientes tenían prescrito un tratamiento farmacológico, poseyendo casi la mitad de la muestra (el 48'6%) 4 o más tratamientos concomitantes. También es mayor la prevalencia de esta situación en mujeres (55'4%) que en hombres (37'5%) (29).

Es evidente que los indicios demuestran una alta correlación entre los hábitos de vida y la prevalencia de la patología, siendo en gran número de ocasiones limitados estos hábitos de vida por el aspecto socioeconómico. Las bajas rentas y la alta tasa de desempleo podrían condicionar altamente el acceso a recursos como alimentos de calidad o el tiempo disponible para dedicar al cuidado de uno mismo a través del ejercicio y el descanso físico, y mental. Además, estos se correlacionan con las enfermedades concomitantes más prevalentes como la Hipertensión o la Dislipidemia, que se pueden prevenir a través de una buena alimentación y ejercicio físico regular. También cabe mencionar la alta comorbilidad con las patologías psicológicas, como la depresión y la ansiedad, que aparte de ser un factor de riesgo de la propia enfermedad, derivan en complicaciones futuras como un mal afrontamiento de la enfermedad, una dificultosa tarea de intervención y un peor pronóstico de esta. Es por ello, que aparte de las intervenciones que se deben llevar a cabo sobre los hábitos de vida saludables, también es un deber ofrecer apoyo psicológico/psiquiátrico a todas aquellas personas que sufran de enfermedades mentales que estén conviviendo con el proceso del dolor crónico o que, debido a esta patología, muestren indicios de deterioro mental por su propio sufrimiento, con motivo de prevención del agravamiento de la propia situación.

2.4. Tratamiento farmacológico ante el dolor crónico (32)

Entendemos el tratamiento farmacológico por aquella vía terapéutica que usa cualquier sustancia diferente a los alimentos con vistas de prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal. (33)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acuña dos términos, los cuáles son perfectamente intercambiables en función del estado del paciente; la escala analgésica y el ascensor terapéutico.

Según el tipo de dolor que se enfrente, se utilizarán unos tipos de vías farmacológicas u otras. En el caso del dolor nociceptivo, se dispone de tres principales líneas terapéuticas en función de la severidad del algia (Ver Anexo 13. *Líneas terapéuticas frente al dolor no oncológico*):

1. **Paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)*⁶ como Naproxeno e Ibuprofeno:** indicados en dolor leve y leve-moderado, solos o asociados a otros analgésicos como los opioides, en dolor moderado y moderado severo. Poseen techo analgésico. Se aconseja utilizar la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible. Se suspenderán si no son útiles para controlar el dolor.

**⁶Tratamientos tópicos: las pomadas de sustancias rubefacientes pueden considerarse en situaciones que otras terapias no hayan funcionado.*

2. **Opioides débiles (Tramadol y Codeína):** cuando no se consigue control con el tratamiento optimizado con paracetamol y AINEs; dolor nociceptivo de intensidad moderada no controlada. Se pueden asociar a paracetamol o AINEs (existen fármacos combinados) para potenciar la analgesia. Se debe iniciar con dosis bajas e ir titulando progresivamente.
3. **Opioides potentes*⁷:** dolor de moderado a intenso, o pacientes con dolor no controlado. Antes de iniciar tratamiento se deben establecer los objetivos de tratamiento, con metas realistas. Reevaluación constante de riesgos/beneficios, así como revisión de la pauta teniendo en cuenta que no se debe aumentar más de un 25-50% de dosis en cada sesión, yendo desde las menores dosis posibles siguiendo una titulación adecuada. Para la administración de opioides potentes se ha de obtener el consentimiento informado del paciente antes de comenzar con la terapia. No poseen techo analgésico.

**⁷Las formas transdérmicas deben dejarse para pacientes con disfagia, dificultades para cumplimiento terapéutico y en insuficiencia renal.*

De forma general, los opioides, tanto débiles como potentes, deben ser rotados cuando se evidencien efectos adversos o tolerancias al tratamiento. (Ver Anexo 14. *Tabla de equivalencias de dosis de opioides y morfina*)

El dolor de tipo neuropático presenta una mayor complejidad debida a la variabilidad en la eficacia de ciertos fármacos entre sus diversos tipos. La recomendación es el inicio con monoterapia para poder llegar a asociar varios fármacos en caso de que fuera necesario. (Ver Anexo 15. *Líneas terapéuticas frente al dolor neuropático*)

Se disponen de dos líneas de tratamiento que podrían diferenciarse en tres al igual que en el dolor de tipo nociceptivo:

1. **Antidepresivos y fármacos antiepilépticos:** el antidepresivo más utilizado es la Amitriptilina; de uso limitado por sus efectos secundarios. Como alternativas están la Duloxetina (neuropatía diabética) y la Venlafaxina.
2. **Fármacos tópicos y Tramadol:** Capsicina 8% en zonas localizadas y parches de Lidocaína 5% para neuropatía post herpética localizada. Tramadol cuando se dé el caso de que no se produzca mejoría con la combinación de varios fármacos de primera línea.

Este tipo de líneas terapéuticas basadas en la aplicación de un tratamiento farmacológico han de tener un seguimiento constante, estando siempre bajo constante revisión y valoración en busca de posibles efectos secundarios/adversos, tolerancias o ineficacias del tratamiento.

Aparte de la elección del fármaco y pautas idóneas, se ha acompañar la terapia con un programa de seguimiento y mejora de los hábitos de vida, con el objetivo de alcanzar metas realistas y mejorar la calidad de vida del paciente.

2.5. Tratamiento no farmacológico ante el dolor crónico

La más reciente bibliografía del dolor crónico realiza hincapié en aquella parte del tratamiento no relacionada con el intervencionismo puramente médico, sea a través de fármacos o terapias más invasivas como la cirugía. Este ámbito de intervención en el paciente con dolor crónico es lo que se denomina “consejo breve en dolor”: *intervención de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional* (Citado textualmente del documento original) (34).

El deber de los profesionales sanitarios en este ámbito es del mostrar empatía con el paciente, comprender el proceso por el que está pasando, hacerle entender qué es lo que le ocurre y motivarle al cambio, ya que la modificación de los hábitos es una variable controlable y con un gran impacto en este tipo de pacientes. Este enfoque, además de salirse del enfoque “clásico” más intervencionista, otorga al paciente el papel de protagonista, dándole las riendas de su propia vida ya que se le dispone de las herramientas necesarias para cambiar su vida.

A continuación, se tratarán los ámbitos de intervención más comunes, y que, según los estudios científicos más recientes, presentan una mayor correlación con la mejoría del dolor en aquellos pacientes que lo sufren.

2.5.1. Actividad física (35–47)

La Asociación Española del Dolor (AED), en el XV Congreso celebrado en mayo de 2018 en La Palma, recomendó encarecidamente la pauta de actividad física a todo aquel paciente que sufra de dolor, ya que la evidencia es muy clara, dejando constancia de la correlación positiva entre actividad física y dolor. Este, según explica la AED, ha de ser adaptado al paciente, tanto en modalidad como en su intensidad y cantidad, para evitar posibles complicaciones añadidas, que no harían más que entorpecer el proceso de recuperación.

La OMS, recomienda para la población general (adultos entre los 18 y 65 años), 30 minutos diarios de actividad física moderada, incluyendo tanto ejercicios de tipo aeróbico como trabajo de fuerza y musculación. Obviamente, los pacientes que sufran dolor crónico no están exentos de esta recomendación pese a su condición, y todavía más tras ver lo dicho por la AED.

La más reciente bibliografía demuestra la correlación positiva entre la reducción de los hábitos sedentarios y el inicio de la actividad física con una reducción del dolor (sobre todo en aquellos de tipo musculoesquelético), tanto en intensidad como en número de localizaciones, así mismo como la reducción del riesgo como factor preventivo e incluso mejoras en la movilidad articular y el retraso del deterioro neurológico. Los beneficios del ejercicio físico son incuestionables, tanto en materia de salud física como mental, al igual que para la población general como para aquellos pacientes que sufran de dolor crónico. La cantidad, intensidad y tipo de ejercicio físico deberán ser evaluados y personalizados a la persona en cuestión, con el objetivo de maximizar la eficacia de este en el tratamiento de la enfermedad. Se deben de encontrar aquel tipo de actividades que permitan al paciente comenzar a realizar ejercicio físico sin que el dolor sea un impedimento en la realización de este. Distintos estudios abarcan distintos tipos de dolor y distintos tipos de ejercicios (entrenamiento de fuerza, aeróbico, fuerza pasiva, estiramientos y movilidad articular, etc.). La recomendación principal ha de ser la de realizar algún tipo de actividad física, sea cual sea (salir a caminar, ir al gimnasio, natación...) siendo lo óptimo no dejar al lado ningún tipo de actividad y realizar un trabajo general que vaya desde el trabajo de la musculatura y la fuerza, hasta la capacidad aeróbica y la movilidad articular.

2.5.2. Alimentación (48–55)

La OMS para mantener una dieta saludable recomienda el consumo de frutas y verduras a diario, la reducción del total de grasas a un 30% de la ingesta total diaria sustituyendo en la mayor parte las grasas saturadas (máximo 10%) y *trans* (máximo 1%) por grasas insaturadas, especialmente aquellas poliinsaturadas. Consumir entre un 20-25% de proteína, y el resto de los menús completarlos con fuentes de hidratos de carbono (preferiblemente complejos o de “larga duración”) evitando el consumo de azúcares “libres”, presentes en aquellos productos que presenten azúcares refinados como las bebidas azucaradas, la bollería industrial y demás. La ingesta de sodios a través de la sal, que puede venir ya incluida en los propios alimentos o se añadida por el usuario a la hora de preparar estos, debe reducirse lo máximo posible: el objetivo es consumir menos de 5g de sodio al día. Evitar las frituras y promover la cocción al vapor o a la plancha también son aspectos para tener en cuenta ya que van a ayudar a reducir el contenido en grasas, al igual que el evitar salsas y condimentos altos en sal nos ayudará a reducir el contenido de sodio de las comidas.

Las investigaciones más recientes indican un alto beneficio en la ingesta de ciertos nutrientes a la hora de combatir el dolor. El consumo de azúcares “complejos” o de liberación prolongada ha demostrado ser un factor protector ante el dolor, siendo estos uno de los contribuyentes en la secreción de la serotonina que contribuye al buen estado emocional, aparte de disminuir y prevenir la sensación nociceptiva. Dietas con un alto consumo de proteínas de alto valor biológico también han demostrado ayudar a reducir la inflamación (uno de los principales causantes del dolor articular) y contribuyen como ya se sabía a la reparación tisular. El triptófano, uno de los aminoácidos que componen las cadenas que constituyen las proteínas, contribuye al igual que los carbohidratos complejos, a la secreción de serotonina y dopamina, mejorando de la misma forma el estado humoral de la persona. Los ácidos grasos Omega-3, un tipo de ácidos grasos poliinsaturados, presentes en los frutos secos y los pescados azules, también tienen propiedades antiinflamatorias, por contra de los ácidos grasos saturados, actúan como factores proinflamatorios, los cuáles por ello deben reducirse lo máximo posible. Micronutrientes como la vitamina D (reguladora de los niveles de calcio corporales y, por lo tanto, factor fundamental en la densidad ósea), vitamina B (juega un papel fundamental dentro del sistema nervioso que

podría afectar a la modulación de los estímulos dolorosos), Magnesio y Zinc, son también factores protectores ante el dolor los cuáles se deben tener en cuenta en la dieta. (52,53) Dietas con restricción de carbohidratos y de calorías también han demostrado tener un efecto positivo sobre el dolor, disminuyendo el mismo además de ayudar en la pérdida de peso, factor protector ante las algias.

La Dieta Mediterránea cumple todos los requisitos para poder ser recomendada, tanto en la población general como para aquellos pacientes que sufran de dolor; baja ingesta de calorías, consumo de granos completos (que abundan en carbohidratos complejos y fibra alimentaria) y ácidos grasos poliinsaturados (entre ellos el Omega 3) a través del aceite de oliva, el pescado y los frutos secos. Consumo de abundantes frutas y verduras a diario, que aportan fibra y vitaminas, además del uso de producto frescos que constituyen fuentes de proteína saludables como el pollo, pavo o el vacuno, y los lácteos, que aportan vitaminas y minerales (Calcio, Magnesio y Zinc, entre otros). Aparte, múltiples estudios avalan su eficacia en el tratamiento de los síntomas del dolor crónico.

Los hábitos alimenticios son de vital intervención a la hora de tratar el dolor crónico. El efecto de cambios en la dieta, inculcando los principios básicos de la Dieta Mediterránea son indiscutibles, y es porque ello que es de suma importancia realizar modificaciones en las comidas para tratar, y prevenir, la enfermedad.

2.5.3. Descanso (43,56–59)

Las recomendaciones de la OMS respecto al descanso, en población adulta general desde los 18 a los 65 años, es de dedicar al sueño entre 6-8h diarias.

Como también se vio anteriormente, *los Institutos Nacionales de Salud* de los Estados Unidos (*National Institutes of Health*, o conocido por las siglas NIH), en su artículo “Buenos hábitos de sueño para una buena salud” recalcan la importancia de un debido descanso para cuidar la salud física y mental. Un descanso suficiente y efectivo actúa como factor protector frente a enfermedades cardiovasculares u otras patologías como la obesidad, o incluso la demencia. El NIH recomienda un mínimo de 7 horas de sueño en adultos para un descanso óptimo. La institución también recomienda mantener unos horarios regulares de sueño, incluyendo los fines de semana, evitando las siestas (hábito recurrente en la cultura española). Evitar los excitantes como la nicotina, el alcohol, la cafeína y las “luces azules” (procedentes de dispositivos electrónicos como televisiones, teléfonos móviles o computadoras entre otros), así como las comidas copiosas, mínimo 1 o 2 horas antes de irse a dormir es una buena práctica para un mejor descanso. Realizar actividad física a diario que no sea previa a la hora de dormir también favorece el sueño, así como salir diariamente y recibir la luz solar, favorecen una mejor conciliación del sueño y un mejor descanso. Existe cierta creencia popular de que, con la edad, se deben dormir menos ya que no es necesario dormir tanto, y es falsa. En la vejez, al igual que en la adultez, la recomendación es de descansar un mínimo de 7 horas diarias. En muchas ocasiones, las dificultades que se presentan en la vejez para conciliar y mantener el sueño vienen relacionadas con el consumo de ciertos fármacos que interfieren en el descanso. Es por ello, que indiferentemente de la edad de la persona, si se presentan problemas con el descanso ha de revisarse la terapia farmacológica en caso de que la hubiera, ya que este podría ser el factor causante del mismo.

Al consultar los estudios más recientes respecto a dolor crónico y descanso, estos refuerzan la relación positiva entre un correcto descanso (igual o mayor a 7 horas de sueño diarias) y la reducción del dolor crónico, así como su papel preventivo, reduciendo el riesgo de padecerlo. Estas investigaciones también destacan el riesgo de padecer dolor crónico que suponen las alteraciones del sueño, y la importancia de detectarlas y tratarlas a tiempo para poder prevenirlo. Además, la evidencia científica indica que un correcto descanso actúa como factor

protector ante enfermedades mentales, las cuáles, como se pudo ver en el *Apartado 2.3. Factores de riesgo asociados al dolor crónico*, dentro de los hábitos de vida saludables; *descanso*, se correlacionan con las algias crónicas, por lo que la prevención de patologías de salud mental también será de ayuda a la hora prevenir y tratar el dolor crónico. Por todo es que es fundamental intervenir en los hábitos de sueño tanto de la población general como de los pacientes que ya padecen de dolor crónico, con el fin de prevenir y tratar esta patología. Una buena higiene del sueño proporcionará a la persona un descanso reparador, tanto físico como mental, que contribuirá a aliviar los síntomas y prevenir complicaciones asociadas tanto de la propia enfermedad como del propio mal hábito de sueño, evitando también así futuras complicaciones y mejorando su pronóstico.

2.5.4. Terapias complementarias (60–67)

Existe un grupo de terapias, no englobadas dentro de lo que se denomina “Medicina convencional u ortodoxa”; *sistema de atención de la salud que ponen en práctica los profesionales médicos con un título de licenciado en Medicina o en Medicina Osteopática*.

Estas se denominan como “Medicinas complementarias y alternativas” o CAM; *amplia y compleja combinación de intervenciones, filosofías, enfoques y terapias que adoptan un punto de vista holístico de la atención: el tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu*.

Estas prácticas no presentan el respaldo de toda la comunidad médica por su bajo respaldo científico, ya que no se basan en hechos puramente fisiológicos, sino que son una combinación entre ciencia y creencia. Es por ello, que nunca serán un tratamiento único o individual, sino que siempre se verán acompañadas de una terapia convencional, siendo esta la principal línea de tratamiento y, como su nombre bien indica, las CAM serán una línea de tratamiento complementaria a la principal.

Debido a su baja rigurosidad científica, no se entrará en detalle del estudio de las CAM, pero sí merecen especial mención, como recursos que puedan utilizar ciertos pacientes para paliar sus síntomas, pero siempre, acompañando a las líneas terapéuticas principales (tanto no farmacológicas como farmacológicas).

Ejemplos de terapias complementarias serían; el *Tai-Chi*, la musicoterapia y la aromaterapia, acupuntura, técnicas de relajación y liberación de estrés, hipnosis, masajes... entre otras.

Capítulo III – Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería

3.1. Introducción

El presente capítulo muestra el Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería para aquellos pacientes que sufran de dolor crónico, todo ello contextualizado en el ámbito de la Atención Primaria, aunque gran parte de las intervenciones pudiesen ser extrapoladas y aplicables a cualquier ámbito de intervención profesional sanitaria. Desarrollado íntegramente mediante el proceso de Enfermería (68), tratando un caso real de un paciente “tipo”, el cual representa un ejemplo práctico que comparte características y problemas similares a los que poseen aquellos pacientes que se puedan atender en una consulta de Atención Primaria.

Durante la fase de valoración se ha utilizado el modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson (69). Posterior a esta fase de evaluación inicial de las necesidades del paciente, se realiza el paso a la formulación de los Diagnósticos de Enfermería, Problemas de Autonomía, Problemas de Colaboración y Complicaciones Potenciales, utilizando siempre la taxonomía de la *North America Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Los objetivos son formulados mediante taxonomía *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y las intervenciones propuestas mediante taxonomía *Nursing Interventions Classification* (NIC) (70).

Se debe tener presente que un Plan de Cuidados Estandarizado será siempre de gran ayuda para la enfermera a la hora de llevar a cabo la labor asistencial, pero que, como cualquier otro, este siempre debe ser personalizado, individualizado y adaptado a las necesidades concretas del paciente concreto.

Este Plan de Cuidados Estandarizado, enfocado en pacientes con diagnóstico de dolor crónico, contempla dos posibles situaciones las cuáles constituirán dos tipos diferentes de planes de cuidados acordes a cada momento de la enfermedad. El primer de los casos trata a un paciente estándar que “debuta” en sus dolencias y acude por primera vez a la consulta de Enfermería. El segundo de los casos contempla a aquel paciente que lleva conviviendo con este proceso durante un largo tiempo y el cual ya es un habitual en las consultas de Enfermería. Es de vital importancia diferenciar estos dos momentos de la patología, ya que tanto los diagnósticos, como los objetivos e intervenciones que se plantearan serán diferentes conforme tan establecida esté la enfermedad en la persona.

3.2. Valoración de Enfermería

Los siguientes datos son aquellos susceptibles de valoración en el paciente con dolor crónico. Estos indicarán aquellos problemas que deban tratarse de forma autónoma como aquellos que abarquen múltiples intervenciones de carácter interdisciplinar.

La valoración será llevada a cabo siguiendo el modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Respecto a cada necesidad, se valorarán los aspectos abajo citados de las mismas:

Necesidad 1 – Respirar normalmente
<ol style="list-style-type: none"> 1. Patrón respiratorio (frecuencia respiratoria, ritmo y profundidad de las respiraciones) 2. Constantes vitales básicas (frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de oxígeno...) 3. Presencia de alteraciones como: disnea, ruidos respiratorios anormales, expectoración, secreciones, etc.
Necesidad 2 – Comer y beber
<ol style="list-style-type: none"> 1. Medidas antropométricas (peso, talla, Índice de Masa Corporal, pliegues cutáneos...) 2. Hábitos dietarios como: patrón alimentario, ingesta de líquidos y preferencias dietéticas, así como cualquier tipo de alergia y/o intolerancia alimenticia.

<ol style="list-style-type: none"> 3. Estado de la boca (dentición, presencia de prótesis dental...) 4. Dificultades para la ingesta de líquidos y/o sólidos 5. Presencia de alteraciones como; pérdida/aumento de peso excesivo, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCAs), vómitos y/o regurgitaciones... 6. Determinaciones bioquímicas (glucemia basal, Hemoglobina Glicosilada, niveles de colesterol total/LDL/HDL y triglicéridos...)
Necesidad 3 – Eliminación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Patrón de eliminación fecal/urinaria (frecuencia, características...) 2. Presencia de alteraciones como: estreñimiento/diarrea, disuria/poliuria/oliguria... dolor abdominal, incontinencia de tipo fecal y/o urinaria, etc.
Necesidad 4 – Moverse
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad para mantener una posición corporal adecuada de manera autónoma 2. Capacidad para desplazarse de un punto A → B 3. Uso de dispositivos de asistencia a la movilización como: bastón, muletas, andador, etc. 4. Limitaciones al movimiento (inmovilidad, fuerza y/o coordinación deficientes, alteraciones hemodinámicas como edemas, etc.) 5. Patrón de actividad física habitual (frecuencia y características del tipo de ejercicio, así como dificultades percibidas ante este)
Necesidad 5 – Reposo/Sueño
<ol style="list-style-type: none"> 1. Patrón habitual de sueño y hábitos relacionados 2. Presencia de dificultades ante el descanso como: insomnio, dificultades para la conciliación del sueño, apnea del sueño, sonambulismo, narcolepsia...
Necesidad 6 – Vestirse/Desvestirse
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad física para vestirse y desvestirse autónomamente
Necesidad 7 – Temperatura
<ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura corporal 2. Capacidad para mantener una temperatura corporal adecuada
Necesidad 8 – Higiene/Piel
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de integridad cutánea (hidratación/coloración de piel y mucosas, presencia de alteraciones cutáneas como: eritema, erupciones, úlceras, laceraciones...) 2. Hábitos de higiene corporal 3. Capacidad física para realizarse la higiene de manera autónoma
Necesidad 9 – Evitar peligros/Seguridad
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad tanto física como mental para evitar aquellos peligros ambientales y garantizar su seguridad e integridad física 2. Alergias de carácter alimenticio/medicamentoso/ambiental 3. Consumo de terapia farmacológica (medicamentos, dosis y posologías) así como los hábitos relacionados con la misma 4. Hábitos tóxicos como: enólico, tabáquico o consumo de otras drogas 5. Valoración de posibles riesgos asociados a otros problemas, como es el riesgo de caídas 6. Valoración holística del dolor mediante entrevista personal (puede incluir el uso de cuestionarios del dolor aceptados por la comunidad científica)
Necesidad 10 – Comunicación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conciencia y orientación en las tres esferas (tiempo, espacio y persona) 2. Capacidad para comunicarse de manera eficaz (claridad y cohesión del lenguaje) 3. Alteraciones de la visión y/o la audición, así como de la cognición
Necesidad 11 – Creencias/Valores
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prácticas habituales 2. Valores y creencias

Necesidad 12 – Trabajar/Realizarse
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actividad ocupacional habitual 2. Sentimiento de realización respecto a su ocupación 3. Dificultades presentes percibidas ante su ocupación habitual
Necesidad 13 – Recrearse
<ol style="list-style-type: none"> 1. Entorno familiar y social 2. Gustos y preferencias 3. <i>Hobbies</i> o actividades que realice habitualmente con fines lúdicos 4. Sentimientos percibidos acerca de esta esfera
Necesidad 14 – Aprender
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de conocimiento actual del proceso/enfermedad 2. Capacidad para asimilar conceptos e ideas a lo largo del tiempo 3. Interés por aprender en cualquier ámbito (especial interés sobre su proceso) 4. Posibles dificultades percibidas en el aprendizaje

3.3. Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes en fase de “debut”

Este Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería del paciente con dolor crónico se divide en 2 “subplanes” que abordarán la enfermedad desde perspectivas diferentes.

El siguiente y primer plan de cuidados tiene como objetivo aquellos pacientes recién identificados como crónicos y que entran por primera vez a la consulta de Enfermería tras ello. En sintonía con el contexto de la persona y su situación actual, estarán formulados los presentes diagnósticos, resultados e intervenciones planteadas.

Previo a la formulación del principal diagnóstico, cabe hacer especial mención de este. [00193] *Dolor Crónico* será el pilar fundamental de este Plan de Cuidados. Al ser la patología principal y el objetivo donde se pone el foco de actuación con cada Intervención de Enfermería, su formulación contiene numerosos indicadores e intervenciones NOC & NIC (4 de cada uno para ser exactos). Además, los elementos de valoración e intervención enfermeros han sido seleccionados de manera que la actuación sea plenamente autónoma respecto a otros profesionales sanitarios. También es de mencionar que los indicadores NOC en este plan de cuidados no cuentan con un “tiempo esperado” de mejora de estos. Esto es debido a que cada paciente es único, y no se pueden estandarizar unos tiempos teniendo en cuenta que habrá personas que asimilen y apliquen antes los conceptos que otras, teniendo resultados evaluables y notables antes o después en el tiempo según quienes.

[00133] Dolor crónico	
Definición	Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o parecida a la asociada a un daño tisular real o potencial, con una duración superior a 3 meses.
Características definitorias:	Factores relacionados:
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la habilidad para continuar con las actividades - Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente - Expresión facial de dolor - Informes de personas próximas sobre la conducta del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo - Fatiga - Malnutrición - Malestar psicológico - Manejo repetido de cargas pesadas - Aislamiento social
	Condiciones asociadas:
	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades musculoesqueléticas crónicas - Enfermedades del sistema nervioso

<ul style="list-style-type: none"> - Expresa alteración del ciclo sueño–vigilia - Atención centrada en el yo 	Población en riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Personas > 50 años de edad - Mujeres
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resultados NOC 1	
[1605] Control del dolor	
Definición	Acciones personales para eliminar o reducir el dolor.
Indicador	[160514] Describe los factores que contribuyen al dolor [160515] Obtiene información sobre el control del dolor [160516] Describe el dolor [160503] Utiliza medidas preventivas contra el dolor [160526] Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces
Escala 13 de Frecuencia de aclaración por informe o conducta	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
	Puntuación inicial: 1-2
	Puntuación diana: 3-4
Intervenciones NIC 1	
[1415] Manejo del dolor: crónico	
Definición	Alivio o reducción del dolor persistente que continúa más allá del período normal de curación, supuestamente de 3 meses, a un nivel aceptable para el paciente.
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo provocan. - Usar una herramienta válida y fiable para la valoración del dolor crónico (p. ej., cuestionario abreviado <i>Brief Pain Inventory</i>, cuestionario abreviado del dolor <i>McGill</i>, Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia). - Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida (p. ej., sueño, apetito, actividad, cognición, estado de ánimo, relaciones, desempeño en el trabajo y desempeño de roles). - Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p. ej., farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda. - Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, <i>TENS</i>, hipnosis, relajación, imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia lúdica, terapia de actividades, acupresión, aplicación de calor y frío, masaje) y opciones farmacológicas como medidas de control del dolor. - Colaborar con el paciente, la familia y otros profesionales de la salud para seleccionar y poner en marcha medidas de control del dolor. - Evaluar la eficacia de las medidas de control del dolor mediante el seguimiento continuo de la sensación dolorosa. - Estar atento a los signos de depresión (p. ej., insomnio, pérdida de apetito, falta de emociones o ideación suicida). - Estar atento a los signos de ansiedad o miedo (p. ej., irritabilidad, tensión, preocupación, miedo al movimiento). - Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando sea apropiado. - Evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor a intervalos específicos. 	

Resultados NOC 2		
[1854] Conocimiento: dieta saludable		
Definición	Grado de conocimiento transmitido sobre una dieta nutritiva equilibrada.	
Indicador	[185402] Rango de peso personal óptimo [185403] Relación entre dieta, ejercicio y peso [185404] Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas [185405] Ingesta calórica adecuada a las necesidades metabólicas [185411] Recomendaciones dietéticas sobre una ingesta saludable de grasas, proteínas e hidratos de carbono	
Escala 20 de Grado de información cognitiva que se comprende	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado	Puntuación inicial: 2
	4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso	Puntuación diana: 4-5
Intervenciones NIC 2		
[1100] Manejo de la nutrición		
Definición	Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.	
Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. - Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos (p. ej., pirámide de alimentos vegetarianos, pirámide de los alimentos y pirámide de alimentos para personas mayores de 70 años) más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales. - Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario. - Ajustar la dieta (es decir, proporcionar alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas y especias como una alternativa a la sal; proporcionar sustitutos del azúcar; aumentar o reducir las calorías; aumentar o disminuir las vitaminas, minerales o suplementos), según sea necesario. 		

Resultados NOC 3		
[0003] Descanso		
Definición	Grado y patrón de la disminución de la actividad para la recuperación mental, física y espiritual.	
Indicadores	[301] Tiempo del descanso [302] Patrón del descanso [303] Calidad del descanso [309] Recuperación de la energía tras el descanso [313] Entorno favorable al descanso	
Escala 01 de Grado de deterioro de la salud o el bienestar	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido	Puntuación inicial: 1-2
	4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Puntuación diana: 4

Intervenciones NIC 3	
[1850] Mejora del sueño	
Definición	Facilitación de ciclos regulares de sueño y vigilia.
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el patrón de sueño y actividad. - Tener en cuenta el ciclo regular de sueño y vigilia en la planificación de los cuidados. - Explicar la importancia de un sueño adecuado durante diferentes fases y acontecimientos de la vida (p. ej., embarazo, enfermedad, situaciones de estrés psicosocial, etc.). - Indicar que se limite el uso de dispositivos electrónicos (p. ej., teléfono, internet, televisión). - Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales a la hora de irse a la cama, los indicios de inicio de sueño y los objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, un baño caliente, etc.), según corresponda. - Indicar que se eviten los alimentos y las bebidas que interfieran en el sueño a la hora de irse a la cama (p. ej., bebidas con cafeína, alimentos con alto contenido de azúcar, alimentos formadores de gas). - Considerar combinaciones de dispositivos, medidas de confort y mejoras no farmacológicas. - Favorecer el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. - Instruir acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el patrón del sueño. - Guiar en el desarrollo de un protocolo de higiene del sueño (p. ej., seguir un horario regular de sueño, levantarse de la cama cuando no se pueda dormir, no pasar demasiado tiempo en la cama, evitar tareas excesivas en la cama, hacer que el dormitorio sea cómodo). 	

Resultados NOC 4		
[0208] Movilidad		
Definición	Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente, con o sin dispositivos de ayuda.	
Indicadores	[20810] Marcha [20804] Movimiento articular [20802] Mantenimiento de la posición corporal [20814] Se mueve con facilidad	
Escala 01 de Grado de deterioro de la salud o el bienestar	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Puntuación inicial: 2-3
		Puntuación diana: 4

Intervenciones NIC 4	
[0200] Favorecimiento del ejercicio	
Definición	Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las creencias y deseos de salud sobre el ejercicio físico. - Investigar experiencias deportivas anteriores. - Determinar la motivación para empezar o continuar con el programa de ejercicios. - Explorar los obstáculos para el ejercicio. - Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad de este. - Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. - Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. - Ayudar a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. - Ayudar a integrar el programa de ejercicios en la rutina semanal. - Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. - Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el profesional sanitario y/o el fisioterapeuta. - Instruir acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio. - Instruir en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados. - Reforzar el programa para potenciar la motivación (p. ej., estimación del aumento de la resistencia, pesajes semanales). 	

[00400] Ansiedad excesiva		
Definición	Preocupación desproporcionada y persistente por situaciones y acontecimientos percibidos como amenazantes.	
Características definitorias 1:	Características definitorias 2:	Características definitorias 3:
<ul style="list-style-type: none"> - Angustia - Llanto - Disminución de la productividad - Pérdida de la condición física - Inseguridad - Estado de ánimo irritable - Nerviosismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención centrada en uno/a mismo/a - Alteración del patrón respiratorio - Alteración del ciclo sueño-vigilia - Opresión en el pecho - Mareos - Cefaleas 	<ul style="list-style-type: none"> - Apetito inadecuado - Aumento de la tensión arterial - Aumento de la frecuencia cardíaca - Temblor - Confusión - Disminución de la atención - Falta de memoria
Factores relacionados:	Población en riesgo:	
<ul style="list-style-type: none"> - Estrés excesivo - Dolor - Necesidades no satisfechas 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas que experimentan crisis situacionales - Personas con predisposición familiar 	
Resultados NOC		
[1211] Nivel de ansiedad		
Definición	Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.	
Indicadores	[121101] Inquietud [121144] Falta de confianza en sí mismo [121108] Irritabilidad [121117] Ansiedad verbalizada [121126] Disminución de la productividad	

Escala 14 de Grado de un estado o respuesta negativo o adverso	1. Grave	Puntuación inicial: 2
	2. Sustancial	
	3. Moderado	Puntuación diana: 4
	4. Leve	
	5. Ninguno	
Intervenciones NIC		
[5270] Apoyo emocional		
Definición	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.	
Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> - Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional. - Garantizar la intimidad y la confidencialidad. - Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias. - Explorar qué ha desencadenado las emociones. - Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado. - Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Explorar medidas para afrontar la situación. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional. 		
[00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas		
Definición	Reducción de la estimulación, interés o participación en las actividades recreativas o de tiempo libre	
Características definitorias:	Factores relacionados:	
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración del estado anímico - Aburrimiento - Expresa descontento con la situación 	<ul style="list-style-type: none"> - El entorno habitual no permite implicarse en actividades - Malestar físico - Malestar psicológico 	
Condiciones asociadas:	Población en riesgo:	
<ul style="list-style-type: none"> - Restricción de la movilidad prescrita 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con edades extremas 	
Resultados NOC		
[1604] Participación en actividades de ocio		
Definición	Uso de actividades relajantes, interesantes y agradables para promover el bienestar.	
Indicadores	[160401] Participa en actividades distintas del trabajo habitual [160414] Participa en actividades sociales con otras personas [160415] Participa en aficiones [160412] Selecciona actividades de ocio de su interés [160407] Identifica opciones recreativas	
Escala 13 de Frecuencia de aclaración por informe o conducta	1. Nunca demostrado	Puntuación inicial: 1-2
	2. Raramente demostrado	
	3. A veces demostrado	Puntuación diana: 4
	4. Frecuentemente demostrado	
	5. Siempre demostrado	
Intervenciones NIC		
[5100] Mejora de la socialización		
Definición	Facilitación de la capacidad de una persona para interactuar con los demás.	

Actividades	
	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. - Fomentar las actividades sociales y comunitarias. - Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos. - Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine. - Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

A continuación, se formularán dos Diagnósticos de Riesgo los cuales serán de vital importancia para la segunda parte de este Plan de Cuidados. Estos diagnósticos como bien formula su definición indican la susceptibilidad de una persona a desarrollar con el tiempo una respuesta humana no deseada, la cual se detecta mediante la valoración de Enfermería y se realiza una labor preventiva mediante las intervenciones enfermeras.

[00299] Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad	
Definición	Susceptible de experimentar resistencia insuficiente para completar las actividades requeridas de la vida diaria.
Factores de riesgo:	Población en riesgo:
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la fuerza muscular - Síntomas depresivos - Temor al dolor - Dolor - Pérdida de la condición física - Estilo de vida sedentario 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con antecedentes de disminución de la tolerancia a la actividad - Adultos mayores
Resultados NOC	
[0005] Tolerancia de la actividad	
Definición	Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.
Indicadores	[521] Fuerza en las manos [516] Fuerza en la parte superior del cuerpo [517] Fuerza en la parte inferior del cuerpo [518] Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria [522] Facilidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria
Escala 01 de Grado de deterioro de la salud o el bienestar	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
Intervenciones NIC	
[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo	
Definición	Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.
Actividades	
	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. - Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica. - Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada. - Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta -

[00480] Riesgo de autoestima crónica inadecuada	
Definición	Susceptible de percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno/a mismo/a.
Factores de riesgo:	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la aceptación consciente - Estrés excesivo - Fatiga - Deterioro de la resiliencia - Eficacia personal insuficiente - Impotencia
Población en riesgo:	<ul style="list-style-type: none"> - Personas en desventaja económica - Personas que experimentan fracasos repetidos
Problemas asociados:	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos mentales - Afección física
Resultados NOC	
[1302] Afrontamiento	
Definición	Acciones personales para manejar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.
Indicadores	<p>[130224] Manifiesta confianza en sí mismo</p> <p>[130203] Manifiesta sensación de control</p> <p>[130208] Se adapta a los cambios de la vida</p>
Escala 13 de Frecuencia de aclaración por informe o conducta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
Intervenciones NIC	
[5230] Mejora del afrontamiento	
Definición	Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. - Proporcionar un ambiente de aceptación. - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés. - Fomentar un dominio gradual de la situación. - Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión). - Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. - Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. - Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel. - Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual. 	

3.4. Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes en fase de “consolidación”

Con el fin de no caer en la repetición y la redundancia, este segundo plan de cuidados se desarrollará de una forma distinta al previo, combinando tanto la expresión escrita en forma de texto como en tablas para la formulación de diagnósticos nuevos respecto al anterior.

Siguiendo la línea de lo ya mencionado, el Diagnóstico de Enfermería principal es el [00133] *Dolor crónico**⁸, acompañado de cuatro resultados NOC e intervenciones NIC relacionadas con los ámbitos de trabajo autónoma de la Enfermería sobre la patología como son:

- **El manejo personal del dolor crónico** → NOC [1605] *Control del dolor* y NIC [1415] *Manejo del dolor: crónico*
- **La nutrición** → NOC [1854] *Conocimiento: dieta saludable* y NIC [1100] *Manejo de la nutrición*
- **El descanso físico y mental** → NOC [0003] *Descanso* y NIC [1850] *Mejora del sueño*
- **La actividad física** → NOC [0208] *Movilidad* y NIC [0200] *Favorecimiento del ejercicio*

*⁸Las características definitorias, factores relacionados, condiciones asociadas y población riesgo también se mantienen los mencionados en el primer Plan de Cuidados Estandarizado.

Como segundo y tercer Diagnóstico de Enfermería también se presentarán [00400] *Ansiedad excesiva* y [00097] *Disminución de la implicación en actividades recreativas* con sus respectivos objetivos e intervenciones de Enfermería específicas.

En este plan de cuidados el cambio reside en los Diagnósticos de Riesgo. En los pacientes los cuales el Dolor Crónico como enfermedad está más arraigado (con “arraigado” se refiere a aquellas personas las cuales conviven con el diagnóstico, el proceso y sus consecuencias durante años), los Diagnósticos de Riesgo tienen altas probabilidades de convertirse en Diagnósticos de Enfermería focalizados en el problema, al convertirse en un problema “real”. Un Diagnóstico de Riesgo se define como: “Juicio clínico en relación con la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.” Con el tiempo, es más probable que estos diagnósticos se conviertan en problemas reales, que se desarrolle esa respuesta humana no deseada, y es por ello por lo que los Problemas de Riesgo mencionados en el anterior Plan de Cuidados Estandarizado ([00299] *Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad* y [00480] *Riesgo de autoestima crónica inadecuada*) pasarán a convertirse a Diagnósticos de Enfermería focalizados en el problema, tratándolos, así como problemas reales en el momento de la valoración de la persona.

[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad	
Definición	Resistencia insuficiente para completar las actividades requeridas de la vida diaria.
Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad cuando se requiere actividad - Malestar por esfuerzo - Debilidad generalizada 	Factores relacionados: <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la fuerza muscular - Síntomas depresivos - Temor al dolor - Deterioro de la movilidad física - Masa muscular insuficiente - Malnutrición - Dolor - Estilo de vida sedentario
Condiciones asociadas: <ul style="list-style-type: none"> - Neoplasias - Enfermedades neurodegenerativas 	
Población en riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Personas con antecedentes de disminución de la tolerancia a la actividad - Adultos mayores 	

Resultados NOC		
[0005] Tolerancia de la actividad		
Definición	Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.	
Indicadores	[521] Fuerza en las manos [516] Fuerza en la parte superior del cuerpo [517] Fuerza en la parte inferior del cuerpo [518] Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria [522] Facilidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria	
Escala 01 de Grado de deterioro de la salud o el bienestar	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Puntuación inicial: 1-2
		Puntuación inicial: 4
Intervenciones NIC		
[1665] Mejora de la capacidad funcional		
Definición	Maximizar el funcionamiento físico para evitar una disminución en las actividades de la vida diaria.	
Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer objetivos funcionales realistas con un plan para alcanzarlos. - Abordar los factores de riesgo que afectan al logro de los objetivos (p. ej., efectos secundarios de la polimedición, reciente hospitalización, depresión, deterioro cognitivo, problemas nutricionales, miedo a las caídas). - Abordar los procesos de la enfermedad (p. ej., enfermedad tiroidea, infección, afecciones cardíacas o pulmonares, trastornos metabólicos, anemia) que puedan ser la causa del deterioro funcional. - Abordar los problemas en el ciclo sueño-vigilia (p. ej., siestas diurnas excesivas, vigilia nocturna), según sea necesario. - Abordar el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. - Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios apropiado para satisfacer sus necesidades. - Aconsejar a los pacientes sobre los beneficios cognitivos del compromiso social, una nutrición equilibrada y las actividades físicas. - Fomentar las visitas programadas regularmente a sus servicios de salud. - Proporcionar retroalimentación positiva a los esfuerzos del individuo. 		

[00483] Autoestima crónica inadecuada	
Definición	Percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno/a mismo/a.
Características definitorias:	Factores relacionados:
<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas depresivos - Desesperanza - Insomnio - Falta de propósito - Verbalizaciones de negación de sí mismo - Subestimación de la habilidad para gestionar la situación 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la aceptación consciente - Alteración de la imagen corporal - Estrés excesivo - Temor al rechazo - Deterioro de la resiliencia - Inadecuada pertenencia a grupos - Eficacia personal insuficiente

Población en riesgo:		Problemas asociados:	
<ul style="list-style-type: none"> - Personas en desventaja económica - Personas que experimentan fracasos repetidos 		<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos mentales - Afección física 	
Resultados NOC			
[1215] Conciencia de uno mismo			
Definición	Reconoce las propias fortalezas, limitaciones, valores, sentimientos, actitudes, pensamientos y conductas en relación con el entorno y los demás.		
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> [121501] Diferencia el yo del entorno [121503] Reconoce las capacidades físicas personales [121504] Reconoce las capacidades mentales personales [121509] Reconoce patrones personales de conducta [121518] Reflexiona sobre los sentimientos para descubrirse a sí mismo [121522] Comunica sus necesidades a los demás 		
Escala 13 de Frecuencia de aclaración por informe o conducta	1. Nunca demostrado		Puntuación inicial: 2
	2. Raramente demostrado		
	3. A veces demostrado		Puntuación diana: 4
	4. Frecuentemente demostrado		
	5. Siempre demostrado		
Intervenciones NIC			
[5270] Apoyo emocional			
Definición	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.		
Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional. - Garantizar la intimidad y la confidencialidad. - Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias. - Explorar qué ha desencadenado las emociones. - Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado. - Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Explorar medidas para afrontar la situación. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 			

3.5. Juicio clínico

Tanto el dolor como el dolor de tipo crónico son afecciones muy prevalentes en nuestra sociedad. Es por ello, que abordar este problema desde la Atención Primaria (servicio al que más acuden las personas afectadas), y, sobre todo, desde la consulta de Enfermería, es fundamental.

Este Plan de Cuidados Estandarizado se basa única y exclusivamente en intervenciones puramente Enfermeras, focalizados en la identificación y tratamiento de los problemas principales de estos pacientes. Desde los 3 principales pilares de los hábitos de vida saludable; alimentación, actividad física y descanso, se atacan las principales flaquezas que predisponen en gran parte a padecer este tipo de enfermedad, sin olvidar, el acompañamiento que esperan recibir del personal enfermero, y que merecen este tipo de personas puesto que no es para nada fácil convivir con esta enfermedad a diario.

Los Diagnósticos de Enfermería, así como sus NOC y NIC, han sido seleccionados cuidadosamente, con el objetivo de mantener la línea de trabajo propuesta en las fases previas a la elaboración de los planes de cuidados. El Dolor Crónico es el diagnóstico principal tal y como se ha indicado antes ya que múltiples objetivos e intervenciones girarán en torno a él. Desde los

3 principales pilares de los hábitos de vida saludable antes mencionados hasta el propio manejo del dolor brindando herramientas al paciente que le permitan identificar e intervenir en aquellos efectores que agudicen sus dolencias. Tanto el diagnóstico “*Ansiedad excesiva*” como “*Disminución de la implicación en actividades recreativas*” responden a patrones comportamentales descritos en los estudios citados, que en gran parte comparten la mayoría de los pacientes que sufren de dolor crónico y como personal de Enfermería podemos intervenir sobre estos problemas, que derivan de la afección principal. En el caso de los Diagnósticos de Riesgo que derivarán en la segunda fase del plan de cuidados en Diagnósticos de Enfermería (*Disminución de la tolerancia a la actividad* y *Autoestima crónica inadecuada*) resulta de importancia su precoz identificación e intervención, puesto que son problemas derivados del propio dolor.

3.6. Conclusiones

Como broche final a esta monografía, caben resaltar ciertas conclusiones obtenidas durante el proceso de búsqueda, cribado y adquisición de conocimientos que han permitido conformar este trabajo.

Pese al carácter puramente enfermero de este, cabe recalcar que el dolor crónico es una afección que se ha de abordar desde una perspectiva multidisciplinar. Tanto el tratamiento farmacológico como otras terapias complementarias pueden requerir de la colaboración de otros profesionales como pudieran ser médico/as, fisioterapeutas, psicólogo/as, nutricionistas... y es por ello por lo que las intervenciones expuestas en el Plan de Cuidados actúan sobre el tratamiento no farmacológico, aunque abren puertas a la intervención interdisciplinar si fuera precisada.

Y es que, como se puede observar, el poder del cambio que poseen los hábitos de vida sobre la nocicepción es para tener muy en cuenta. El estilo de vida actual no colabora, siendo trepidante, y dejando poco tiempo disponible a las personas para cuidarse a sí mismas. El entorno en el que habita la población es poco favorecedor para estos hábitos de vida, que se sabe más que contrastadamente que ayudan a tener una vida de calidad, y, sobre todo, libre de dolor.

Como fin a este trabajo, se propone la siguiente línea de investigación, ya que, tras la elaboración de este, existe una sensación de vacío en este campo: “Respecto a la esfera psicológica del dolor, ¿qué resulta primero, la afección mental o la física? Qué predispone a qué; ¿el dolor a la ansiedad y la depresión, o la patología mental es la causa de la exacerbación de la nocicepción?”. Podría resultar de gran interés encauzar futuras investigaciones en este camino, lleno de incógnitas por el momento.

Anexos

1. Revision of the IASP Definition of Pain and Notes (3)

Four Decades Later: Revision of the IASP Definition of Pain and Notes

The currently accepted definition of pain was originally adopted in 1979 by the International Association for the Study of Pain (IASP)

1979 Definition of Pain

An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage

2020 Revised Definition of Pain

An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage

In 2018, IASP constituted a 14-member multi-national task force with expertise in clinical and basic science related to pain, which sought input from multiple stakeholders to determine: "Does the progress in our knowledge of pain over the years warrant a re-evaluation of the definition?"

Stakeholders: Expert consultants, IASP council, The public

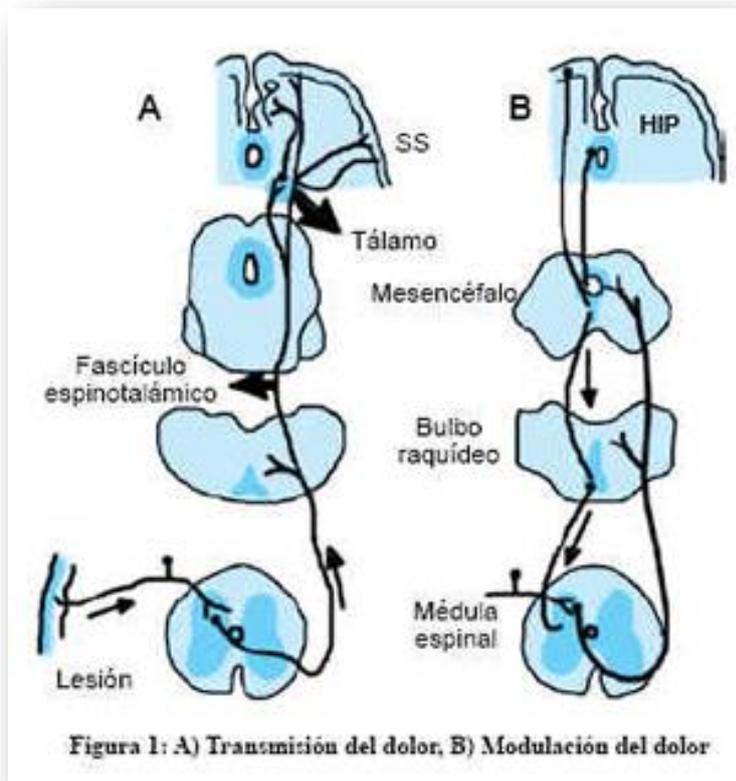
2020 Revised Definition of Pain Notes

- Pain is always a personal experience that is influenced to varying degrees by biological, psychological, and social factors
- A person's report of an experience as pain should be respected
- Pain and nociception are different phenomena. Pain cannot be inferred solely from activity in sensory neurons
- Although pain usually serves an adaptive role, it may have adverse effects on function and social and psychological well-being
- Through their life experiences, individuals learn the concept of pain
- Verbal description is only one of several behaviors to express pain; inability to communicate does not negate the possibility that a human or a nonhuman animal experiences pain

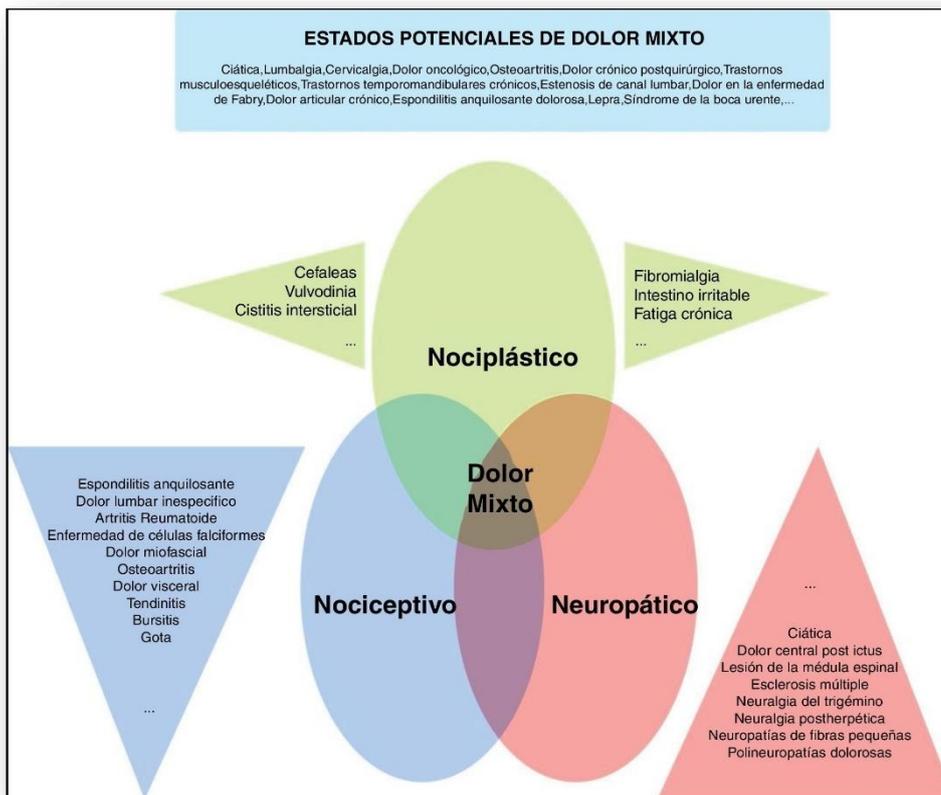
The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises
Raja et al. (2020) | Pain
DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939

PAIN

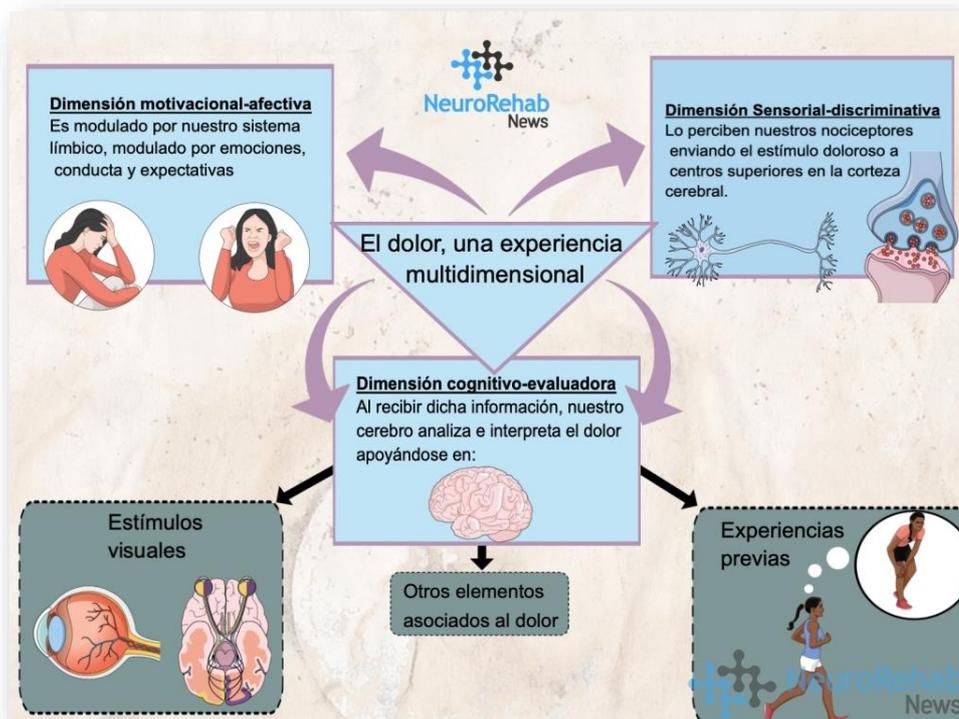
2. Mecanismo fisiológico del estímulo doloroso (6)



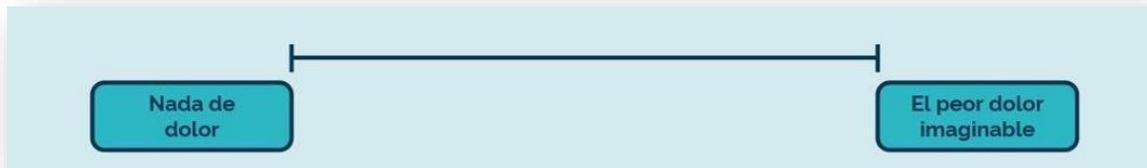
3. El Dolor Mixto (16)



4. La experiencia multidimensional del dolor (21)



5. Escala EVA (24)



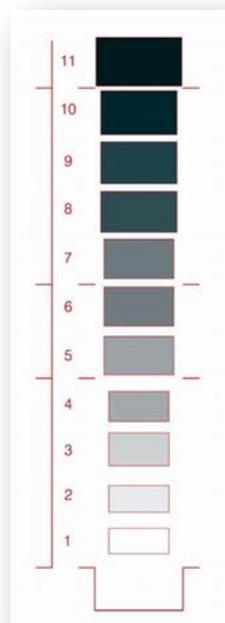
6. Escala verbal categórica (24)



7. Escala Facial de Wong-Baker (24)



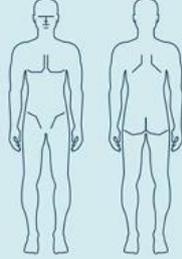
8. Escala de grises de Luesher (23)



9. Cuestionario de Dolor de McGill (24)

Nombre paciente _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm

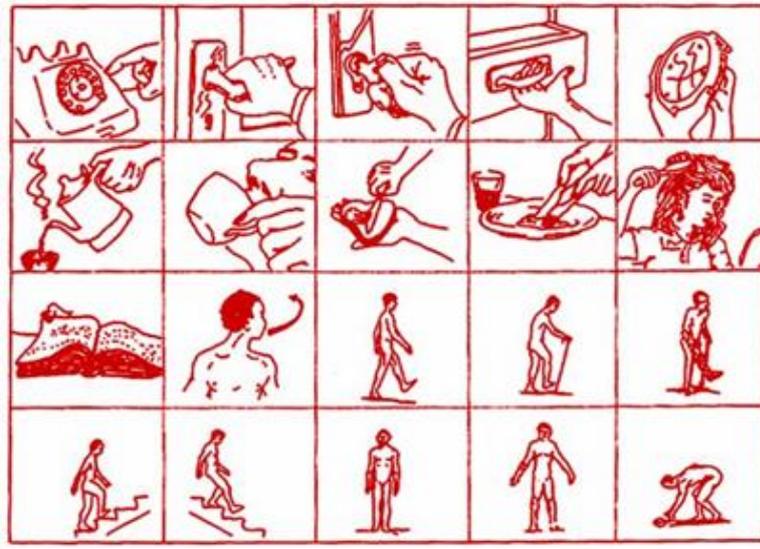
PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI (T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

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

10. Test de Lattinen (23)

		Fecha
1 Intensidad subjetiva:	Ligero	1
	Moderado	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
2 Frecuencia:	Pocas veces	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
3 Consumo de analgésicos:	Continuo	4
	Ocasional	1
	Regular, pocos	2
	Regular, muchos	3
4 Incapacitación:	Muchísimos	4
	Ligera	1
	Paro forzoso	2
	Necesita ayuda	3
5 Reposo nocturno:	Incapacitado	4
	Duerme	0
	Se despierta	1
	Se despierta mucho	2
	No duerme	3
	Hipnóticos	+1
Total		

11. Test de Lee (23)

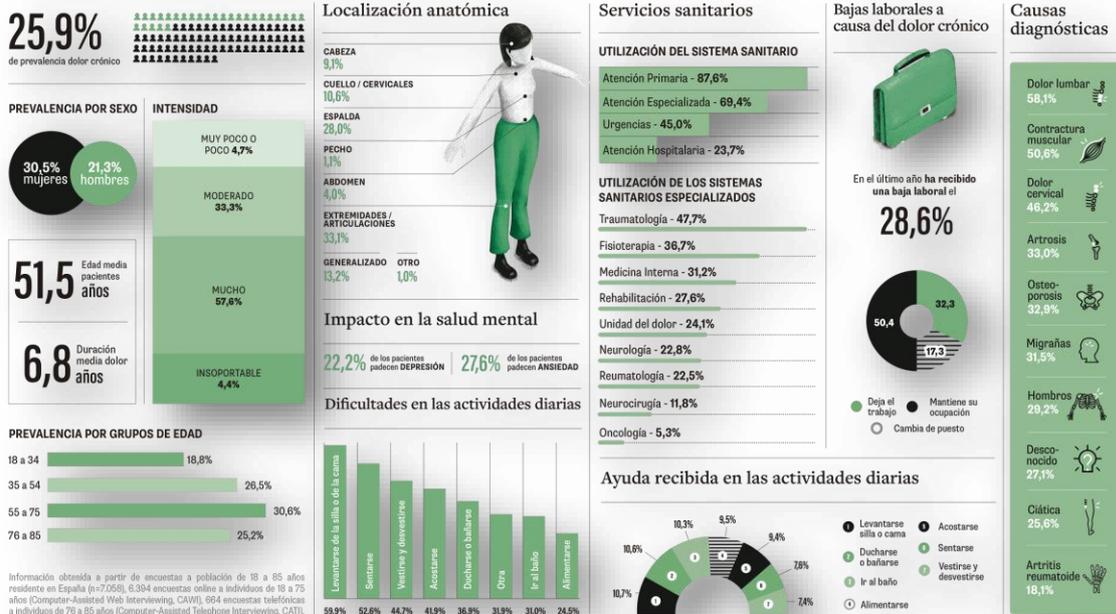


12. Barómetro del Dolor Crónico en España 2022 (71)

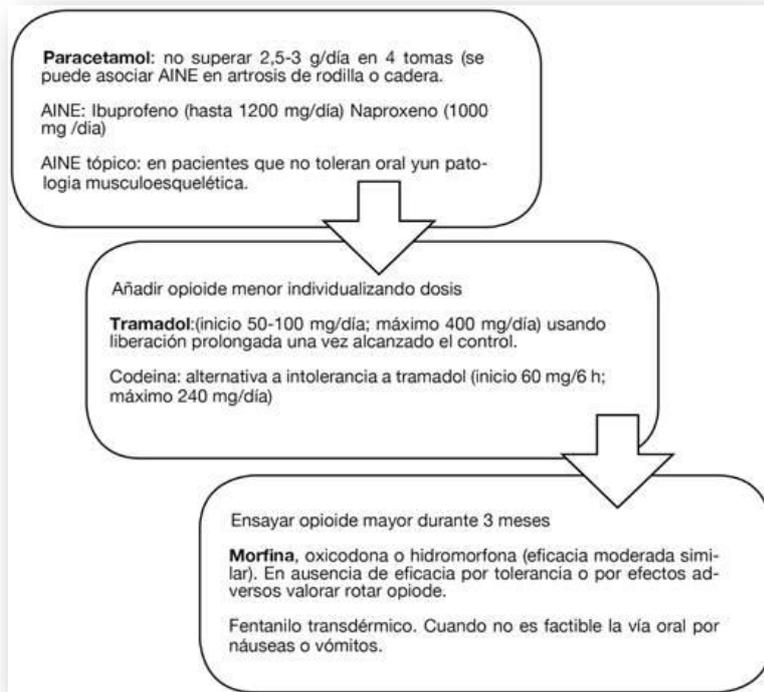
Barómetro del dolor crónico en España 2022

Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional

FUENTE: Fundación Grünenthal y Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz



13. Líneas terapéuticas frente al dolor no oncológico (32)



14. Tabla de equivalencias de dosis de opioides y morfina (32)

Fármaco	Dosis			
	30-60 mg/día	90 mg/día	120-150 mg/día	200 mg/día
Morfina oral	30-60 mg/día	90 mg/día	120-150 mg/día	200 mg/día
Fentanilo transdérmico	25 µg/hora	50 µg/hora	75 µg/hora	100 µg/hora
Oxycodona oral	20 mg/día	60 mg/día	80 mg/día	160 mg/día
Hidromorfona oral	6-12 mg/día	18 mg/día	24-30 mg/día	40 mg/día
Buprenorfinatransdérmica	35 µg/hora	52,5 µg/hora	70 µg/hora	2x75 µg/hora
Tramadol oral	150-300 mg/día	450 mg/día	600 mg/día	
Dihidrocodeína oral	100-200 mg/día	300 mg/día	400 mg/día	
Tapentadol*	75-150 mg/día	225 mg/día	300-375 mg/día	

15. Líneas terapéuticas frente al dolor neuropático (32)



2024];25(4):687-97. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-que-como-evaluar-al-paciente-S0716864014700902>

13. Blanco-Tarrío E. Tratamiento del dolor agudo. Med Fam SEMERGEN [Internet]. 2010 [citado 3 de diciembre de 2024];36(7):392-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tratamiento-del-dolor-agudo-S1138359310002133>

14. Manual MSD. Dolor neuropático - Trastornos neurológicos [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neuro%C3%B3gicos/dolor/dolor-neurop%C3%A1tico>

15. Pérez Trullén JM, Arilla Aguilera JA, Vázquez André ML. Dolor psicógeno. Psiquiatría Biológica [Internet]. 2008 [citado 3 de diciembre de 2024];15(3):90-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-dolor-psicogeno-13120446>

16. Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ. Comprensión actual del concepto de «dolor nociplástico». Med Fam SEMERGEN [Internet]. 2019 [citado 3 de diciembre de 2024];45(6):361-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-compresion-actual-del-concepto-dolor-S1138359319301522>

17. Clínica Universidad de Navarra. Dolor: síntomas, causas y escalera analgésica [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dolor>

18. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva [Internet]. 2006 [citado 3 de diciembre de 2024];30(8):379-85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Escobar Álvarez Y, Biete I Solà A, Camba Rodríguez M, Gálvez Mateos R, Mañas Rueda A, Rodríguez Sánchez CA, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2013 [citado 3 de diciembre de 2024];20(2):61-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462013000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

20. García Romero J, Jiménez Romero M, Fernández Abascal A, Fernández-Abascal Puente A, Sánchez Carrillo F, Gil Fernández M. La medición del dolor: una puesta al día. Med Integral [Internet]. 2002 [citado 8 de diciembre de 2024];39(7):317-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-medicion-del-dolor-una-13029995>

21. Losana A. El Dolor, una Experiencia Multidimensional. NeuroRehabNews [Internet]. 2018 [citado 8 de diciembre de 2024];(Octubre). Disponible en: <https://publicaciones.lasallecampus.es/index.php/NeuroRehabNews/article/view/548>

22. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018 [citado 8 de diciembre de 2024];25(4):228-36. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23. Rebollar RE. Escalas de Valoración de Dolor [Internet]. 2015 [citado 8 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/321462394>

24. Comunidad de Madrid. Escalas de evaluación del dolor. Hospital Universitario de Fuenlabrada [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/fuenlabrada/file/3872/download?token=I0A3SXC5>
25. Sociedad Española del Dolor. La medición objetiva del dolor, un reto necesario para optimizar el diagnóstico [Internet]. [citado 24 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/la-medicion-objetiva-del-dolor-un-reto-necesario-para-optimizar-el-diagnostico/>
26. Felipe T, Caballero RC, Isabel M. Valoración del dolor. Gerencia de Área del Salud de Plasencia. 2006 [citado 24 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.areasaludplasia.es/wasp/pdfs/7/711026.pdf>
27. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Definición de catecolamina - Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. [citado 26 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/catecolamina>
28. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Definición de cortisol - Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. [citado 26 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cortisol>
29. García Espinosa MV. Hablando del dolor crónico. Aten Primaria [Internet]. 2017 [citado 26 de diciembre de 2024];50(5):318. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6836905/>
30. Fundación Grünenthal. Barómetro del dolor crónico en España 2022 [Internet]. [citado 2 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/con-la-ciencia/barometro-dolor-cronico-espana-2022>
31. Garzón-Sánchez A, Rodríguez-Arenas M, Garzón Sánchez J, Díaz-García R, Sánchez-Montero F, Fresneña-López N, et al. Estudio transversal sobre factores relacionados con el dolor crónico y su atención, según sexo. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2022 [citado 28 de diciembre de 2024];29(2):61-70. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462022000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. Br J Anaesth. 2019;123(2):e273-83.
33. González AM. Dolor crónico y psicología: actualización. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2014 [citado 29 de diciembre de 2024];25(4):610-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-cronico-psicologia-actualizacion-S0716864014700811>
34. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Definición de terapia farmacológica - Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. [citado 3 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-farmacologica>
35. Abordaje del dolor crónico no oncológico. Rev Med Fam [Internet]. 2018 [citado 3 de enero de 2025];20(3):154-61. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154
36. García Espinosa MV, Prieto Checa I. Tratamiento no farmacológico del dolor crónico no oncológico en atención primaria. Una propuesta de uso sistemático del «Consejo breve en

dolor». Aten Primaria [Internet]. 2024 [citado 4 de enero de 2025];56(12). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-tratamiento-no-farmacologico-del-dolor-S0212656724002610>

37. Sociedad Española del Dolor. El ejercicio físico en pacientes con dolor reduce su intensidad y mejora la función física y calidad de vida [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/ejercicio-fisico-pacientes-dolor-reduce-intensidad-mejora-la-funcion-fisica-calidad-vida/>

38. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 31 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886>

39. Organización Mundial de la Salud. Actividad física [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

40. Osborne D, Jadhakhan F, Falla D. The effects of neck exercise in comparison to passive or no intervention on quantitative sensory testing measurements in adults with chronic neck pain: A systematic review. PLoS One [Internet]. 2024 [citado 5 de enero de 2025];19(5):e0287012. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38701102/>

41. Juhlin S, Mannerkorpi K, Bergenheim A. Factors promoting improvements in symptoms and health in women with fibromyalgia and chronic widespread pain: a qualitative interview study. Disabil Rehabil [Internet]. 2024 [citado 5 de enero de 2025];46(11):2234-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37264559/>

42. Marques RLDS, Rezende ATDO, Junger AL, Noll M, De Oliveira C, Silveira EA. What is the relationship between physical activity and chronic pain in older adults? A systematic review and meta-analysis protocol. BMJ Open [Internet]. 2022 [citado 5 de enero de 2025];12(11):e062566. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36384087/>

43. Fjeld MK, Årnes AP, Engdahl B, Morseth B, Hopstock LA, Horsch A, et al. Consistent pattern between physical activity measures and chronic pain levels: the Tromsø Study 2015 to 2016. Pain [Internet]. 2022 [citado 5 de enero de 2025];164(4):838. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10026831/>

44. Nah S, Park SS, Choi S, Jang HD, Moon JE, Han S. Associations of walking and resistance training with chronic low back pain in older adults: A cross-sectional analysis of Korean National Health and Nutrition Examination Survey data. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2022 [citado 5 de enero de 2025];101(11):e29004. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35356936/>

45. Otones P, García E, Sanz T, Pedraz A. A physical activity program versus usual care in the management of quality of life for pre-frail older adults with chronic pain: randomized controlled trial. BMC Geriatr [Internet]. 2020 [citado 5 de enero de 2025];20(1):392. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33032532/>

46. Jiang X, Tang L, Zhang Y, Bai Y, Luo H, Wang R, et al. Does sedentary time and physical activity predict chronic back pain and morphological brain changes? A UK biobank cohort study in 33,402 participants. BMC Public Health [Internet]. 2024 [citado 5 de enero de 2025];24(1):2685. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39354455/>

47. Chen J, Fang X, Zhang F, Shen J, Liu Y, Xu P, et al. The associations of chronic pain and 24-h movement behaviors with incident mental disorders: evidence from a large-scale cohort study. BMC Med [Internet]. 2024 [citado 5 de enero de 2025];22(1):254. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39075461/>

48. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
49. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Definición de serotonina - Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. [citado 7 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/serotonina>
50. Stubbs A, Clauw DJ. Nutrients and Nocioception: Diet in the management of pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2024;38(1):101963.
51. Bautista A, Lee J, Delfino S, LaPreze D, Abd-Elseyed A. The Impact of Nutrition on Pain: A Narrative Review of Recent Literature. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2024 [citado 7 de enero de 2025];28(10):1059-66. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-024-01275-x>
52. Wiggins AM, Strath LJ, McPherson GE, Gower BA, Goss AM, Goodin BR, et al. The effect of a low-carbohydrate diet on evoked pain and quality of life in Non-Hispanic black women with knee osteoarthritis: a pilot study. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2024 [citado 7 de enero de 2025];25(1):456. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39702235/>
53. Proietti E, Rapallo F, Molinari E, Mucci V, Marinelli L, Borgarelli C, et al. Online Questionnaire with Fibromyalgia Patients Shows Negative Correlations between Disease Severity and Adherence to Mediterranean Diet. *Nutrients* [Internet]. 2024 [citado 7 de enero de 2025];16(7):1078. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/7/1078>
54. Carreira D. Diet Composition's Effect on Chronic Musculoskeletal Pain: A Narrative Review [Internet]. [citado 7 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.painphysicianjournal.com/>
55. Field R, Field T, Pourkazemi F, Rooney K. Low-carbohydrate diets and chronic pain: A narrative review. *Pain Physician* [Internet]. 2023 [citado 7 de enero de 2025];26(5):E591-600. Disponible en: <https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=MTYwNw%3D%3D&journal=142>
- Los Institutos Nacionales de Salud. Buenos hábitos de sueño para una buena salud [Internet]. [Salud.nih.gov](https://salud.nih.gov); 2021 [citado 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/buenos-habitos-de-sueno-para-una-buena-salud>
57. Varallo G, Giusti EM, Manna C, Castelnuovo G, Pizza F, Franceschini C, et al. Sleep disturbances and sleep disorders as risk factors for chronic postsurgical pain: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2022 Jun 1 [citado 7 de enero de 2025];63:101610. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35594644/>
58. Whale K, Dennis J, Wylde V, Beswick A, Gooberman-Hill R. The effectiveness of non-pharmacological sleep interventions for people with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2022 Dec 1 [citado 7 de enero de 2025];23(1):1072. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35546397/>
59. Burgess HJ, Burns JW, Buvanendran A, Gupta R, Chont M, Kennedy M, et al. Associations Between Sleep Disturbance and Chronic Pain Intensity and Function: A Test of Direct and Indirect Pathways. *Clin J Pain* [Internet]. 2019 Jul 1 [citado 7 de enero de 2025];35(7):569-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30913041/>

60. Bradt J, Leader A, Worster B, Myers-Coffman K, Bryl K, Biondo J, et al. Music Therapy for Pain Management for People With Advanced Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Psychooncology* [Internet]. 2024 Oct 1 [citado 7 de enero de 2025];33(10):e70005. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39450934/>
61. Oz M, Ulger O. Yoga, Physical Therapy and Home Exercise Effects on Chronic Low Back Pain: Pain Perception, Function, Stress, and Quality of Life in a Randomized Trial. *Percept Mot Skills* [Internet]. 2024 Dec 1 [citado 7 de enero de 2025];131(6):e003151252412201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39405445/>
62. Niles BL, Busser C, Paszkiewicz M, Ting M, Pless Kaiser A, Keane TM, et al. Protocol for remote Tai Chi and wellness for PTSD and pain in veterans. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2024 [citado 7 de enero de 2025];15(1):2411140. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39466656/>
63. Eaton LH, Jang MK, Jensen MP, Heitkemper MM, Doorenbos AZ. Perceptions of the effects of recorded hypnosis and relaxation interventions for cancer survivors with chronic pain. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2024 Nov 1 [citado 7 de enero de 2025];57:101789. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39284247/>
64. Khan K, Ahmad A, Mohseni Bandpei MA, Kashif M. Comparison of the effects of dry needling and spinal manipulative therapy versus spinal manipulative therapy alone on functional disability and endurance in patients with nonspecific chronic low back pain: An experimental study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2024 Sep 20 [citado 7 de enero de 2025];103(38):e39734. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39312369/>
65. Burton W, Wayne PM, Litrownik D, Long CR, Vining R, Rist P, et al. Integrating Chiropractic Care and Tai Chi Training for the Treatment of Chronic Nonspecific Neck Pain in Nurses: A Single-Arm Mixed-Methods Pilot Trial. *J Integr Complement Med* [Internet]. 2024 [citado 7 de enero de 2025];30(12):e20230536. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39169834/>
66. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Medicina complementaria y alternativa (MCA) [Internet]. [citado 7 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/mca>
67. Martínez Sánchez L, Martínez Domínguez G, Gallego González D, Vallejo Agudelo E, Lopera Valle J, Vargas Grisales Molina Valencia NJ, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2014 Nov 1 [citado 7 de enero de 2025];21(6):338-44. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
68. Elsevier. Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>
69. Hernández Martín C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica Enfermera [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2016 [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711>
70. Elsevier. NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
71. Fundación Grūnenthal España, Observatorio del Dolor, bio innova Consulting. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional. 2022:10-146 [Internet]. [citado 2 de

marzo de 2025]. Disponible en:
<https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/barometro-dolor-cronico-espana-2022.pdf>