
 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

## VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

		Firmas
Elaborado	<p><b>AUTORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruiz García, M<sup>a</sup> Victoria (1)</li> <li>• Córcoles Jiménez, M<sup>a</sup> Pilar (3)</li> <li>• Alcañiz Mesas, Ana Isabel (8)</li> <li>• Caballero García, M<sup>a</sup> José (4)</li> <li>• Cuartero Monsalve, Gema (7)</li> <li>• Cebrián tendero, M<sup>a</sup> Pilar (6)</li> <li>• Martínez García, M<sup>a</sup> Carmen (6)</li> <li>• López Megías, Patricia (6)</li> <li>• Roldán Arroyo, M<sup>a</sup> De Los Llanos (4)</li> <li>• Serrano Moreno, Ana Antonia (4)</li> <li>• Muñoz Escribano, Inmaculada (4)</li> <li>• Herreros Sáez, Lucía (4)</li> <li>• Gómez Tomás, Alicia (2)</li> <li>• Segovia Gil, M<sup>a</sup> Isabel (4)</li> <li>• López Simón, Julia (4)</li> <li>• Gómez Hontanilla, Mercedes (2)</li> <li>• Villanueva Velasco, Rosa M<sup>a</sup> (2)</li> <li>• Martínez Fajardo, Celia (2)</li> <li>• Olivares Mesas, Mercedes (2)</li> <li>• Belmonte Lorenzo, José Antonio (5)</li> <li>• Nieto Mejías, Llanos (6)</li> <li>• Corominas Clemente, Cristina (2)</li> <li>• Castillo García, M<sup>a</sup> Dolores (7)</li> </ul> <p>(1) Servicio de Urgencias.  (2) Unidad de Neurocirugía, Neurología y Otorrinolaringología  (3) Unidad de Investigación y F. Continuada.  (4) Unidad de Cirugía General y Vascular.  (5) Unidad de Anestesia y Reanimación.  (6) Unidad de Traumatología y Cirugía Maxilofacial.  (7) Unidad de Urología y Ginecología.  (8) Unidad de Oncología y Hematología.</p>	

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>          Fecha: 15/06/ 2022          Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

<b>Revisado</b>	Comisión de Cuidados GAIAB	
<b>Aprobado</b>	Dirección Enfermería	
<b>Fecha entrada en vigor</b>	06/2022	


Control del documento

**HOJA DE CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES**

Versión	Fecha Aprobación	Fecha próxima revisión	MODIFICACIONES SOBRE LA VERSION ANTERIOR	FIRMA
1	Oct 2013	Oct 2016		
2	Junio 2022	Junio 2025		

**Distribución del Documento / Alcance**

- Personal de las Direcciones Médicas, Enfermería y de Gestión.
- Personal de las Unidades de Hospitalización quirúrgica.
- Personal Sanitario de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete.


 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

## Índice

1. [INTRODUCCIÓN.](#)
2. [POBLACIÓN DIANA.](#)
3. [OBJETIVOS.](#)
4. [PERSONAL.](#)
5. [MATERIAL.](#)
6. [PROCEDIMIENTO.](#)
  - 6.1. Valoración del dolor.
  - 6.2. Manejo farmacológico del dolor.
  - 6.3. Manejo no farmacológico del dolor.
  - 6.4. Prevenir el dolor causado por procedimientos.
  - 6.5. Educación al paciente y familia.
  - 6.6. Recomendaciones al alta.
  - 6.7. Recomendaciones para la formación de personal sanitario.
7. [PROBLEMAS POTENCIALES.](#)
8. [PUNTOS A REFORZAR.](#)
9. [INDICADORES DE EVALUACIÓN.](#)
10. [SISTEMA DE REGISTRO.](#)
11. [NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN.](#)
12. [ALGORITMOS Y RESUMEN DE RECOMENDACIONES.](#)
13. [ANEXOS.](#)
14. [BIBLIOGRAFÍA.](#)

## OTROS PROTOCOLOS CON LOS QUE SE RELACIONA

CÓDIGO	DENOMINACIÓN

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

## 1. INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión” <sup>(1)</sup>. En consecuencia, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse por declaración de quien lo sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona <sup>(2)</sup>.

En pacientes hospitalizados, la prevalencia de dolor se ha estimado en un 61,4%, sin diferencias por sexo; la mayoría presentaban dolor leve. Los pacientes postquirúrgicos tenían más prevalencia de dolor que los no quirúrgicos, aunque la intensidad se mantenía en niveles de dolor moderado <sup>(3)</sup>. El porcentaje de dolor con intensidad de moderado a severo en pacientes de distintas áreas fue: 38,8% en el área médica, 62,6% en el área quirúrgica, 32,4% en psiquiatría y 56,6% en los pacientes ingresados en el área de larga estancia <sup>(4)</sup>.


Otros estudios cifran la prevalencia de dolor postoperatorio entre el 46 y el 53% <sup>(5)</sup>. En pacientes ingresados en Unidades Quirúrgicas se han encontrado prevalencias del 56,5% de dolor moderado-severo <sup>(6)</sup>. Las consecuencias de este sentimiento desagradable son el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación.

En la práctica puede haber una baja calidad asistencial en el tratamiento del dolor, debido entre otras causas a problemas organizativos, falta de tiempo, falta de motivación, complejidad en el manejo, dificultad para medir el dolor o escaso conocimiento de los mecanismos de acción de los distintos analgésicos y, en general, del tratamiento global del dolor <sup>(7, 8)</sup>. En particular, el dolor postoperatorio se sigue tratando de forma inadecuada, objetivándose un deficiente uso de analgésicos opiáceos, por desconocimiento sobre sus características farmacológicas, miedo a efectos secundarios como la depresión respiratoria, vías de administración o pautas inadecuadas <sup>(5)</sup>.

Entre pacientes hospitalizados la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no sólo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en las altas, con el consiguiente incremento en los costes asistenciales <sup>(9)</sup>. Entre las repercusiones del dolor postoperatorio se han objetivado diversos efectos adversos, entre los que destacan el deterioro de la función respiratoria y las complicaciones cardiocirculatorias por la liberación de catecolaminas causada por la hiperactividad simpática asociada al dolor, sin olvidar complicaciones psicológicas por el impacto emocional del dolor <sup>(5)</sup>, así como un retraso en la recuperación y rehabilitación del paciente tras la cirugía <sup>(10)</sup>. El 33,3% de los pacientes hospitalizados refirió bastante o mucha limitación, como consecuencia de su dolor, en las actividades personales de la vida diaria durante su ingreso (levantarse, lavarse, pasear, hablar, leer, etc.) <sup>(4)</sup>.

Por tanto, una correcta valoración y un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general. En distintas publicaciones se recoge cómo la estandarización de programas para el manejo del dolor resulta efectivo, para mejor control del dolor, así como estandarización de cuidados y registros <sup>(8, 9, 10, 11)</sup>.

Un manejo adecuado del dolor empieza por el cribado en busca de la presencia de dolor. En la actualidad y en un esfuerzo por superar esta barrera y hacer del dolor una prioridad, los principios de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) apoyan la

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

valoración del dolor como quinta constante vital <sup>(13)</sup>.

Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en el manejo del dolor a través del conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor. Además, tienen la obligación legal y ética de velar por que se utilicen los medios más efectivos con el fin de lograr el bienestar y el alivio del dolor en los pacientes <sup>(14)</sup>.

En este sentido, la Gerencia de Atención Integrada de Albacete (GAI) se ha unido a la iniciativa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO<sup>®</sup>) para la implantación de recomendaciones basadas en la evidencia que nos ayuden a prevenir, mitigar y tratar el dolor en nuestros pacientes, convirtiendo el alivio del dolor en una prioridad. *Nivel evidencia IV. Recomendación 6.1* <sup>(14)</sup>

## 2. POBLACIÓN DIANA

Toda persona mayor de 14 años ingresada en la GAI de Albacete.

## 3. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- Unificar criterios para la valoración y manejo del dolor del paciente ingresado en la GAI de Albacete, proporcionando recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, dirigidas tanto a profesionales sanitarios, no sanitarios, pacientes, familiares y/o cuidadores.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Prevenir el dolor.
- Disminuir el porcentaje de pacientes con dolor durante el ingreso y su intensidad.
- Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia priorizar el alivio del dolor.
- Optimizar el manejo adecuado de analgesia y evitar efectos secundarios no deseados.

## 4. PERSONAL

El manejo del dolor debe tener un enfoque multidisciplinar. *Nivel evidencia III. Recomendación 2.2.* <sup>(14)</sup>.

### ENFERMERAS/OS:


- Valoración y manejo, administrando el tratamiento prescrito y siguiendo las pautas del manejo no farmacológico del dolor establecidas en la Unidad.

### PERSONAL MÉDICO:

- Valoración y manejo del dolor, estableciendo la pauta analgésica en función del tipo de dolor, intensidad y plan de cuidados.

### SUPERVISORES DE LA UNIDAD:

- Velar por el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en este protocolo.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

#### TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CELADORES.

- Colaborar en el manejo no farmacológico del dolor.
- Movilización del paciente evitando posturas que puedan resultar dolorosas.

#### FISIOTERAPEUTAS Y PERSONAL DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN:

- Colaborar en el manejo no farmacológico del dolor y aplicación de técnicas fisioterapéuticas.

## 5. MATERIAL

Las instituciones sanitarias deben asegurar que hay recursos disponibles para toda persona, familia o cuidador, y personal sanitario, con el fin de proporcionar una valoración y manejo del dolor efectivos. *Nivel evidencia IV. Recomendación 6.4* <sup>(14)</sup>

- Registro de la valoración del dolor (intensidad y características): formulario de constantes y parámetros. (**Anexo I**).
- Escalas para la valoración del dolor validadas (**Anexo II**).
- Agrupación de cuidados “Valoración y manejo del dolor”. (**Anexo III**).
- Registro de diuresis, ingesta, náuseas/vómitos, deposiciones y enemas para controlar los posibles efectos adversos de los opioides en el formulario de constantes y parámetros. (**Anexo I**).

## 6. PROCEDIMIENTO


### • 6.1. VALORACIÓN DEL DOLOR:

Se debe detectar la presencia, o el riesgo, de cualquier tipo de dolor, después de un cambio en la situación clínica y antes, durante y después de un procedimiento. *Nivel evidencia Ib. Recomendación 1.1* <sup>(14)</sup>.

La **valoración inicial del dolor** se realizará **al ingreso**, en el “formulario de constantes y parámetros” (**Anexo I**). Los parámetros del dolor que valoraremos serán:

- Presencia de dolor.
- Localización de dolor.
- Factores desencadenantes.
- Irradiación del dolor.
- Intensidad del dolor.
- Tipo de dolor (Agudo vs Persistente).
- Medicación para alivio del dolor y efectos adversos.
- Frecuencia temporal (intermitente, continuo).
- Medicación para alivio del dolor y efectos adversos

Para **valorar la intensidad del dolor** se utilizará una herramienta sistemática y validada. *Nivel de evidencia Ib y III. Recomendación 1.2 y 1.3.* <sup>(14)</sup>. Utilizaremos la Escala Numérica (NRS), la Escala Visual Analógica (EVA), Escala Facial y Escala PAINAD en función de las características de las

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional y de lenguaje) (**Anexo II**). El resultado numérico (0-10) de la valoración de la intensidad del dolor se registrará en el formulario de constantes vitales (**Anexo I**).

La enfermera responsable del paciente valorará estos parámetros, los registrará en la Historia Clínica (formulario de constantes y parámetros) y asignará la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada (“Agrupaciones: GAI Albacete: Dolor: Valoración y Manejo”) (**Anexo III**).

En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 1.2* <sup>(14)</sup>. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho autoinforme, se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia y/o cuidador. *Nivel de evidencia*

*III. Recomendación 1.3.* <sup>(14)</sup>.


**Se comunicará al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor**, el alivio o la ausencia de éste, obtenido con el tratamiento, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en el enfermo, mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 4.2* <sup>(14)</sup>.

Con ayuda del equipo interdisciplinar estableceremos un **plan de cuidados** compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los resultados de la valoración.
- Las características basales del dolor.
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 4.2* <sup>(14)</sup>
- La etiología.
- Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas.
- La intervención para el manejo del dolor.
- Los principales planes de cuidados actuales y futuros. *Nivel evidencia III y Ib. Recomendación 2.2 y 3.1.* <sup>(14)</sup>

Abogaremos a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia que fundamenta la necesidad de ese cambio. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 4.2.* <sup>(14)</sup>.

**La valoración y revaloraciones periódicas** del dolor las establecerá tanto médico como enfermera, de forma programada c/4, 6 u 8 horas, en función del estado clínico del paciente, dejándolas reflejadas en la programación de las actividades diarias a realizar al paciente (Agrupación de cuidados: valoración del dolor c/4-6-8h). Se validará la intervención registrando intensidad del dolor (formulario de constantes) y añadiendo observaciones (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento...). La revaloración se realizará añadiendo otra nueva toma en el “formulario de constantes y parámetros”. Si no procede realizar la intervención (Ejemplo: el paciente duerme), se anulará y anotará motivo.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---


Se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La detección del dolor se realizará a través de autoinforme, preguntando al propio paciente o a la familia y/o cuidador, sobre la presencia de dolor, molestias o malestar. *Nivel de evidencia Ib y III. Recomendación 1.2 y 1.3<sup>(14)</sup>*
- Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados. *Nivel de evidencia I Ib. Recomendación 4.0<sup>(14)</sup>*
- **Tras la intervención quirúrgica**, la valoración se realizará **a su llegada** a la Unidad y **cada 6 horas postintervención** (aumentar frecuencia según situación clínica del paciente.). La enfermera que recibe al paciente realizará la valoración del dolor, la registrará en el formulario de constantes vitales y realizará los cuidados para el manejo del dolor protocolizados. Si no procede realizar la intervención, se anulará y anotará motivo. *Nivel de evidencia Ib. y IIa. Recomendación 1.1 y 1.5<sup>(14)</sup>*
- El dolor agudo postoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que alcanza su máximo efecto. *Nivel de evidencia I Ib. Recomendación 4<sup>(14)</sup>*.
  - 60 minutos después de la administración de la terapia por vía parenteral
  - 30 minutos después de una intervención no farmacológica

La intensidad del dolor se revalorará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, antes, durante y después de un procedimiento, después de un cambio en la situación clínica, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces.

Los siguientes parámetros se incluyen en las valoraciones periódicas del dolor: *Nivel de evidencia I Ib. Recomendación 4.1<sup>(14)</sup>*

- Tipo dolor (agudo vs crónico o persistente).
- Intensidad del dolor actual, calidad y localización.
- Grado de alivio del dolor conseguido – respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor).
- Los efectos del dolor en el sueño y el estado de ánimo.
- Los efectos adversos de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento).
- El nivel de sedación.
- Las estrategias, farmacológicas como no farmacológicas, utilizadas para aliviar el dolor.
- La estabilidad de la situación clínica de paciente.
- Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre. *Nivel de evidencia I Ib. Recomendación 4.1<sup>(14)</sup>*, ponerlo en conocimiento del equipo médico responsable y registrarlo en el formulario de constantes vitales (**Anexo I**) y en la Historia Clínica. *Nivel de evidencia I Ib Recomendación 4.2<sup>(14)</sup>*

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

Debemos confirmar con los pacientes y/o cuidadores, que las conclusiones de la valoración del dolor (obtenidas por el personal sanitario, el paciente y el cuidador), reflejan realmente la experiencia vivida por el propio paciente. *Nivel de evidencia IIa. Recomendación 1.4* <sup>(14)</sup>

• **6.2. MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR:**

El personal facultativo responsable del paciente, establecerá cual será el manejo farmacológico del dolor, dependiendo de las características del mismo y respuesta del paciente, dejando constancia de la pauta a seguir.

Hay que asegurarse de que la **elección de analgésicos se adapta a cada persona**, teniendo en cuenta el tipo de dolor (agudo o crónico, irruptivo, nociceptivo, neuropático, ...) (**Anexo IV**), la intensidad del dolor, los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (la edad, enfermedad...), el estado general de salud, los problemas concomitantes de salud, la respuesta a la medicación previa o actual, los costes para el paciente, la familia y el lugar donde se realizan los cuidados. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.1* <sup>(14)</sup>

Aconsejar el uso del **programa más sencillo para la dosificación de los analgésicos** y las **modalidades de manejo del dolor menos invasivas:**

- Utilizar la forma más eficaz y menos invasiva para la administración de los analgésicos.
- La vía oral es la ruta preferida para el dolor crónico y el dolor agudo en la fase de curación.
- Tras una cirugía mayor suele elegirse la administración parenteral por vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua.
- La vía intramuscular no es recomendable en adultos, es dolorosa y poco fiable.
- Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando no pueda hacerse a través de la vía oral


Considerar la aplicación de un enfoque analgésico multimodal, incluyendo analgésicos no opioides, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), opioides y medicamentos adyuvantes, para conseguir maximizar la eficacia analgésica y reducir al mínimo los efectos adversos. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.1.* <sup>(14)</sup>

- En situaciones de dolor complejas, el uso rutinario de los no opioides no es excluyente y puede ser utilizado en combinación con otras modalidades.

• **6.3. MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR:**

Las intervenciones no farmacológicas, ya sean físicas o psicológicas, se utilizan a menudo junto con las intervenciones farmacológicas para controlar el dolor. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.2* <sup>(14)</sup>  
Se obtienen mejores resultados cuando se tienen en cuenta los siguientes factores:

- El tipo de dolor de la persona
- Estado de salud
- Creencias culturales
- Grupo de edad
- Determinar el potencial de interacciones farmacológicas prescritas.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

Otros aspectos a tener en cuenta son:

- Los tratamientos no farmacológicos no se deben utilizar como sustituto del tratamiento farmacológico adecuado.
- La selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en las preferencias del paciente, así como en los objetivos del tratamiento.
- Se debe explorar las creencias del paciente sobre el uso de formas complementarias o alternativas de cuidados.
- Antes de aplicar cualquier método no farmacológico, hay que tener en cuenta las contraindicaciones potenciales del mismo.

Se deben establecer estrategias específicas con una eficacia reconocida para ciertos tipos de dolor como son la aplicación superficial de calor o frío, masajes, relajación, visualización, y presión o vibración, salvo contraindicaciones.

Dentro de las intervenciones no farmacológicas encontramos dos grandes grupos: físicas y psicológicas.

### **6.3.1. INTERVENCIONES FÍSICAS**

Las intervenciones físicas deben considerarse junto con las farmacológicas para reducir el dolor, mejorar el sueño, el estado de ánimo y el bienestar general.

#### **A) APLICACIÓN DE FRÍO.**

- Contribuye a bajar la inflamación y calmar el dolor.
- El frío puede ser húmedo (compresas) o seco (bolsa de hielo).
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación.
- En aplicaciones secas nunca se pone directamente sobre la piel (envolver en una toalla osávana).
- Colocarlos durante 15-20 min. de forma discontinua cada 2 horas.
- Al terminar secar la piel con cuidado y por presión, nunca frotando.
- Registrar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción.

#### **Indicaciones:**


- Reducir o prevenir inflamaciones por traumatismos (esguinces, bursitis, roturamuscular...)
- Disminuir el dolor asociado a esas inflamaciones.
- Controlar pequeñas hemorragias
- Cefalea.
- Hematomas.

#### **Contraindicaciones:**

- En áreas con circulación pobre (pie diabético).
- Durante la aplicación de radioterapia, se puede utilizar en esta área a los 5 días posteriores a finalizar el tratamiento, siempre que la piel no esté escamosa roja o sensible.
- Sobre una herida que este en proceso de cura.
- Síndrome de Raynaud.

#### **B) APLICACIÓN DE CALOR**

- Contribuye a aliviar el dolor y los espasmos musculares.
- El calor puede ser húmedo (compresas, baño de agua) o seco (botellas de agua caliente)

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación
- Colocarlos durante 15-20 min de forma discontinua cada 2 horas.
- Anotar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción.

**Indicaciones:**

- Disminuir el dolor en las inflamaciones no traumáticas de las articulaciones (artritis).
- Acelerar la maduración de procesos infecciosos y facilitar que una colección de pus drene al exterior.
- Relajar una musculatura contraída (contractura).

**Contraindicaciones:**

- En cualquier zona que sangre.
- En zonas con disminución de la sensibilidad.
- En las primeras 24h después de producirse una herida.
- Si se está utilizando algún producto que contenga mentol.
- Durante la aplicación de radioterapia, se puede utilizar en esta área a los 5 días posteriores a finalizar el tratamiento, siempre que la piel no esté escamosa, roja o sensible.
- Evitar aplicar sobre prominencias óseas.

Enfermería valorará la utilización de estos métodos, teniendo en cuenta que muchos pacientes pueden pensar que no se les está dando importancia a su dolor. Tiene que ser capaz de dar una explicación adecuada para que el paciente sepa que es un método adyuvante a su tratamiento farmacológico.

**6.3.2 CAMBIOS POSTURALES**

Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor (Ej: peritonitis) en los que el paciente tiende a la inmovilidad.

Algunas posturas como:

- Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas.
- Anteflexión del tronco, puede mejorar el dolor en procesos de origen pancreático.

**6.3.3. MEDIDAS AMBIENTALES CONFORTABLES**


Temperatura de la habitación confortable, luz ambiental tenue, evitar ruidos, ropa de cama sin arrugas, seca y limpia...

**6.3.4. INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS**

Al usar intervenciones más especializadas como TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) o acupuntura, se debe consultar con equipo interdisciplinar apropiado.

**6.3.5. PSICOLÓGICAS**

Las intervenciones psicológicas (psicosociales), como la terapia cognitivo-conductual, la música, la distracción, técnicas de relajación y la educación deben considerarse en el manejo del dolor ya que afectan a la forma en que una persona piensa, siente y responde ante el dolor.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

Implantar al inicio del tratamiento intervenciones psicosociales que faciliten la adaptación del paciente y la familia y establecer intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor <sup>(14)</sup> pueden ser de gran utilidad.

Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la *ansiedad*, el *miedo* y la *depresión*, lo cual enfatiza la importancia de prestar apoyo psicológico a los pacientes, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto. <sup>(15)</sup> En líneas generales la **intervención psicológica** en el paciente con dolor tiene las siguientes finalidades <sup>(14)</sup>:

- Aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor.
- Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
- Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
- Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas adaptativas.
- Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.


El **apoyo social** dota a las personas de una red de ayuda, oportunidades y cuidados que también influyen sobre el dolor y su control. Las consecuencias positivas del apoyo social (permitir la descarga emocional, generar sentimientos positivos, proporcionar información sobre procedimientos y acontecimientos, facilitar oportunidades...) contribuyen indirectamente a mejorar los niveles de dolor y a disminuir la intensidad de los cuadros depresivos asociados a ese dolor. Sin embargo, en ocasiones, la necesidad de aprobación social y de búsqueda de apoyo puede ser un factor que, en vez de contribuir al alivio del dolor, suponga una variable incrementadora del mismo, al convertirse el dolor en una llamada de atención que acarrea empeoramiento de la enfermedad. <sup>(17)</sup>

Debemos valorar las *conductas de dolor* de los pacientes y su *relación con el apoyo social*. <sup>(16)</sup> Conocer el clima afectivo que predomina en el entorno familiar puede ayudarnos a orientar el plan de cuidados.

El personal sanitario debe **reforzar comportamientos adaptativos** como la actividad y el ejercicio (si no está contraindicado), mientras debe dejar de prestar atención a los desadaptativos y entrenar a los familiares. Frecuentemente se observa cómo algunos familiares prestan atención de forma sistemática a las quejas, peticiones de ayuda y demás conducta de dolor de los pacientes, relevándoles de muchas de las actividades que requieren esfuerzo.

Las **intervenciones educativas** ayudan a aliviar el estrés, el dolor y a mejorar el bienestar del paciente hospitalizado. <sup>(17)</sup> Estas intervenciones se pueden dividir en tres tipos:

- a) **Facilitar información sobre la asistencia sanitaria.** Se debe proporcionar más información al paciente, especialmente por escrito: Información durante la preparación para la cirugía, tiempo de los procedimientos, funciones y roles de los profesionales sanitarios, acciones de autocuidado, información sobre dolor/incomodidad... Siempre en función de las demandas y necesidades del paciente y familia. <sup>(17, 19)</sup>

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

La información reduce el miedo y la ansiedad del paciente y facilita su colaboración. Se deben explicar los pasos del procedimiento, proporcionar información sobre la percepción sensorial y la importancia de informar de la percepción de dolor.

- b) **Aprendizaje de habilidades** <sup>(17)</sup>. Las intervenciones psicológicas relacionadas con la educación han demostrado ser de ayuda en el afrontamiento y mejora de la capacidad de la persona para auto-manejar la disminución del dolor (el dolor postquirúrgico). Algunas técnicas que se pueden emplear son:


Técnicas de regulación fisiológica:

- **Respiración:** Se usa generalmente para reducir ansiedad. En el tratamiento del dolor tienen cabida como una forma de romper el ciclo ansiedad-dolor-ansiedad (como estrategia previa a la relajación <sup>(18)</sup> (**Anexo V**))
- **Relajación:** Comprende una serie de técnicas que pretenden controlar ciertas variables fisiológicas por medio de ejercicios corporales y cognitivos (tensión- distensión muscular, respiración e imaginación de escenas).<sup>(18)</sup> El propósito fundamental es conseguir que el sujeto sea capaz de discriminar entre los estados de tensión y de relajación para que posteriormente pueda localizar aquellos focos de tensión de su cuerpo y relajarlos <sup>(17)</sup> (**Anexo V**). La relajación (al igual que la respiración) implica concentrar la atención en procesos concretos. Esto obliga a excluir del campo atencional a los estímulos dolorosos (**Distracción:** hablar de temas no relacionados con el procedimiento, desviar la atención), lo que elimina o reduce sensiblemente la experiencia de dolor.

Tratamiento de los aspectos conductuales:

- **Programación de actividades.** Con ellas se pretende aumentar las actividades gratificantes y distractoras.
  - **Técnicas cognitivas.** Son un conjunto de intervenciones que tratan de modificar las creencias y pensamientos acerca de uno mismo, su situación presente y futura (reestructuración cognitiva) <sup>(16)</sup>. Los objetivos fundamentales son: Informar al paciente de sus supuestos sobre el origen del problema.
  - Ayudarle a identificar sus pensamientos irracionales mediante la autoobservación y ayuda.
  - Persuadirle sobre la irracionalidad de sus creencias y “desafiarle” a que deje de utilizarlas.
  - Aplicar a situaciones concretas de su vida real los puntos anteriores. <sup>(16, 17)</sup>
- c) **Modificación del recuerdo:** Replantear de forma más positiva los malos recuerdos de procedimientos anteriores. Reducir la angustia.

Tener en cuenta que las estrategias cognitivo-conductuales combinadas con un programa de rehabilitación multidisciplinario son un método importante para el tratamiento del dolor crónico benigno.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

La enfermera registrará las medidas no farmacológicas empleadas en las actividades realizadas al paciente, seleccionando esta intervención dentro de la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor (“Agrupaciones: GAI Albacete: Dolor: Valoración y Manejo”) (**Anexo III**), y confirmándola como ejecución no programada.

#### **6.4. PREVENIR EL DOLOR CAUSADO POR PROCEDIMIENTOS:**

Por parte del equipo interdisciplinar es importante anticiparse al dolor que pueda aparecer durante ciertos procedimientos y combinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas como medida preventiva. *nivel de evidencia Ib. Recomendación 1.1.* <sup>(14)</sup>. En aquellos procedimientos que se prevean dolorosos se consultará al facultativo responsable del paciente la pauta analgésica a seguir, administrando el analgésico 30 minutos antes de realizarel procedimiento y utilizando las medidas no farmacológicas que se prevean eficaces.

Valorar la utilización de los analgésicos y/o los anestésicos como la base del tratamiento farmacológico de procedimientos dolorosos (Ej. Punciones lumbares, colocación de gripper en Port-a-Cath®, bloqueo regional con mepivacaína para desbridamientos, aplicación decrema anestésica con lidocaína, tipo Emla®. Consultar éste último, en [www.chospab.es](http://www.chospab.es)). Los ansiolíticos y los sedantes se utilizan específicamente para la reducción de la ansiedad asociada. Si se utilizan de forma individual, tanto los ansiolíticos como los sedantes, afectan a las respuestas conductuales sin aliviar el dolor. La enfermera puede registrar las actividades realizadas al paciente para evitar dolor, seleccionando las intervenciones “valoración del dolor después de procedimientos”, y “canalizar vía venosa con analgesia local”, estas intervenciones se encuentran dentro del catálogo de agrupación de cuidados (GAI Albacete: Dolor: Valoración y Manejo) (**AnexoIII**).

#### **6.5. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA:** <sup>(12)</sup>

Asegurarse que los pacientes entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos. *Nivel de evidencia III Recomendación 1.4.* <sup>(14)</sup>

Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.3* <sup>(14)</sup>

Inclusión del control del dolor en el Plan de Acogida del paciente, como parte fundamental dela garantía de sus derechos.

Verificar la comprensión de la información transmitida.

Establecer un acuerdo terapéutico con el paciente marcando objetivos en el tratamiento del dolor. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 2.1.* <sup>(14)</sup>

Implicar al paciente y familia en su seguridad, haciéndoles partícipes de todo el proceso. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.3* <sup>(14)</sup>

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

Entregar y explicar folleto de control del dolor de la GAI Albacete. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.3* <sup>(14)</sup> (Anexo VI).

La ansiedad es un factor muy importante a tener en cuenta ya que, la ansiedad provocada por la incertidumbre, el miedo a lo desconocido puede provocar un manejo del dolor menos efectivo y puede ser aliviada proporcionando información. El paciente, familiar o cuidador debe ser informado de todo su proceso de manera objetiva: intervención a la que va a ser sometido, situaciones a las que se va a enfrentar, alternativas... Aprovecharemos el momento de la entrega del consentimiento informado para la autorización de realizar la intervención quirúrgica para proporcionar, tanto médico como enfermera (dentro de sus competencias), toda la información que requiera el paciente.

#### **6.6.RECOMENDACIONES AL ALTA:**

Proporcionar al paciente o a la familia informe de alta con las recomendaciones para manejo farmacológico y no farmacológico en función del tipo de dolor que presente el paciente, así como los signos y síntomas de alerta por los cuales debe consultar. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.3* <sup>(14)</sup> Para aumentar la comunicación efectiva al alta con los profesionales implicados en el traspaso del paciente, se debe realizar el informe de alta de enfermería con información clave referente a la valoración del dolor del paciente, diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería.

#### **6.7.RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO:**

Objetivos: Concienciar al personal sanitario y no sanitario sobre la importancia de la valoración y manejo del dolor de los pacientes durante la hospitalización, a través de cursos formativos periódicos, sesiones clínicas y dentro del Plan de Acogida para el personal de nueva incorporación en las Unidades.

- Los tutores-profesores asociados a la Universidad incluirán las recomendaciones en sus sesiones formativas dirigidas a los estudiantes de Enfermería en cada Unidad. La formación sobre la valoración y manejo del dolor debe estar incluida en el plan de estudios de enfermería y en la formación continuada. *Nivel de evidencia IIb. Recomendación 5.1.* <sup>(14)</sup>
- Llevar a cabo reuniones periódicas de equipo para revisar el seguimiento del protocolo de valoración y manejo del dolor, analizar incidentes ocurridos al respecto. Poner en marcha un plan de mejora, implantarlo y volverlo a evaluar; trabajando con el ciclo de garantía de calidad.
- Fomentar en la GAI de Albacete la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad en el manejo del dolor. *Nivel de evidencia IV. Recomendación 6.1.* <sup>(14)</sup>
- Impulsar la investigación en el manejo efectivo del dolor.
- Realizar sesiones de formación en registro de historia clínica para la valoración y tratamiento del dolor. *Nivel de evidencia IV. Recomendación 5.4* <sup>(14)</sup>

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

## 7. PROBLEMAS POTENCIALES

**El personal debe prevenir, valorar y manejar los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides y otros fármacos.** *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.1.*<sup>(14)</sup>

Monitorizar a los pacientes que tomen opioides para prevenir los posibles efectos secundarios más comunes como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia, y poner en conocimiento del médico responsable para iniciar el tratamiento profiláctico adecuado.

Identificar y tratar todas las posibles causas de los efectos secundarios teniendo en cuenta los medicamentos que potencian los efectos secundarios de los opioides.

- Sedación: sedantes, tranquilizantes, antieméticos.
- Hipotensión postural: antihipertensivos, antidepresivos tricíclicos.
- Confusión: fenotiazinas, tricíclicos, antihistamínicos y otros anticolinérgicos.


### 1. Náuseas y vómitos

- Valorar a aquellos pacientes que toman opioides para comprobar si tienen náuseas o vómitos, prestando especial atención a la relación entre el síntoma y el momento de la toma.
- Asegurarse de que a los pacientes que toman analgésicos opioides de manera regular se les ha prescrito un antiemético “a demanda”; en caso de que las náuseas y los vómitos persistan, se administrarán de forma fija.
- Saber que los antieméticos tienen diferentes mecanismos de acción y que la correcta selección del antiemético se basa en el entendimiento de esto y de la etiología del síntoma.
- Comprobar con cierta frecuencia el efecto del antiemético para determinar el grado de alivio de las náuseas o vómitos y recomendar futuras valoraciones si el síntoma persiste a pesar de que el tratamiento sea el adecuado.
- Consultar con un médico el cambio de antiemético si se determina que las náuseas o vómitos están directamente relacionados con los opioides y no se produce una mejora con las dosis apropiadas de antieméticos.

### 2. Estreñimiento

Establecer unas medidas profilácticas para tratar el estreñimiento, salvo que existan contraindicaciones, y hacer un seguimiento constante para prevenir su posible aparición.

- Laxantes como medida preventiva, para los pacientes que sigan un tratamiento regular con opioides, los laxantes deben ir con prescripción y aumentar su dosis cuando sea necesario hasta alcanzar el efecto deseado.
- Los laxantes osmóticos ablandan las deposiciones y estimulan el peristaltismo, y podrían ser una alternativa válida para aquellos pacientes que tengan dificultad a la hora de administrar un volumen creciente de pastillas.
- Los laxantes estimulantes podrían estar contraindicados en caso de impactación fecal. Los enemas y supositorios podrían ser necesarios para solucionar la impactación antes de reanudar los estimulantes por vía oral.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

- aconsejar a los pacientes sobre posibles ajustes en la dieta para mejorar el peristaltismo intestinal, teniendo en cuenta las circunstancias personales (los pacientes gravemente enfermos podrían no tolerarlo) y preferencias.
- Derivar urgentemente al médico a aquellas personas con estreñimiento que no respondan al tratamiento y que además padezcan dolores abdominales y/o vómitos.

### 3. Somnolencia/sedación

Tener en cuenta que la sedación transitoria es normal e informar al paciente y a la familia o al cuidador de que la somnolencia es muy común al inicio de un tratamiento con opioides y, en consecuencia, cuando se aumenta la dosis. *Nivel de evidencia Ib.Recomendación 3.3.* <sup>(14)</sup>


Valorar la somnolencia que persiste y determinar la causa subyacente y notificar al médico si va acompañada de confusión o alucinaciones.

**4. Efectos secundarios de los analgésicos:** Informar sobre los posibles efectos secundarios que se pudieran producir con la administración de los analgésicos.

## 8. PUNTOS A REFORZAR

- Monitorizar a las personas que toman opioides y que corren un mayor riesgo de padecer una depresión respiratoria, sabiendo que el uso de opioides en las personas que no sufren dolor alguno, o cuando las dosis administradas son más altas de lo necesario para el control del dolor, pueden ralentizar o paralizar la respiración.
  - La depresión respiratoria se desarrolla con menos frecuencia en personas que tienen su dosis de opioides ajustada adecuadamente. Aquellos que han tomado opioides durante un tiempo para el control del dolor crónico o relacionado con el cáncer son menos propensos a desarrollar este síntoma.

El riesgo de depresión respiratoria aumenta con la administración intravenosa o epidural de opioides, el aumento rápido de la dosis, o con la insuficiencia renal. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.1* <sup>(14)</sup>
- Seguimiento de los pacientes que toman analgésicos para detectar la toxicidad y los posibles efectos secundarios. *Nivel de evidencia Ib. Recomendación 3.1* <sup>(14)</sup>
- Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la toma. Se recomienda un cambio de analgésicos cuando los actuales no alivien el dolor. *Nivel de evidencia IIB. Recomendación 4.1* <sup>(14)</sup>
- En aquellos pacientes con control del dolor con bomba analgesia controlada por el paciente (PCA), verificar inserción adecuada de catéter epidural y la comprensión de su funcionamiento.
- Planificar con antelación la preparación de bombas de perfusión continua de analgésicos o bombas elásticas, con el fin de no demorar su reposición, para evitar dolor.
- Llevar a cabo sesiones de formación con el equipo multidisciplinar que atiende al paciente para un mejor control del dolor.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>          Fecha: 15/06/ 2022          Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

- Monitorizar incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente respecto al dolor e implantar un plan de mejora. *Nivel de evidencia IIb. Recomendación 4.2<sup>(14)</sup>*
- Comprobar alergias medicamentosas del paciente.

## 9. INDICADORES DE EVALUACIÓN

La evaluación de este protocolo se realizará dentro del contrato de Gestión de Calidad de la GAI a través de los registros de la Historia Clínica informatizada. Para ello se medirán mensualmente los indicadores que se describen a continuación.

La evaluación de la implantación de las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas “Valoración y manejo del dolor” se llevará a cabo dentro del marco del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados a través del Equipo Evaluador designado para este fin en la Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Para ello se medirán mensualmente los indicadores que se describen a continuación.

El control del cumplimiento del protocolo estará a cargo del supervisor de enfermería de cada Unidad.

### INDICADORES DE PROCESO:

**1. Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado detección del dolor al ingreso o al inicio de los cuidados y está registrado. Evaluación del dolor en las primeras 24h del ingreso utilizando escala validada.**

[Número de pacientes a los que se ha realizado la detección del dolor al ingreso o al inicio de los cuidados y está registrado / Número total de pacientes que han recibido el alta durante el periodo de recogida de datos]\* 100

**2. Porcentaje de pacientes con detección positiva del dolor, a los que se les ha realizado una valoración integral utilizando una herramienta estandarizada y validada, y está registrado.**


[Número de pacientes con detección positiva de dolor, a los que se les ha realizado una valoración integral en el periodo de medición / Número total de pacientes con detección positiva de dolor] \* 100

**3. Porcentaje de pacientes con detección positiva de dolor con un plan de cuidados para el dolor agudo o crónico, y está registrado.**

[Número de pacientes detección positiva del dolor con un plan de cuidados para el dolor agudo y crónico, y está registrado / Número total de pacientes con detección positiva de dolor] \* 100

**4. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado detección de dolor tras un cambio de situación clínica (intervención quirúrgica) y está registrado. (Valoración primeras 24h post-cirugía utilizando escala del dolor validada)**

[Número de pacientes a los que se les ha realizado detección del dolor tras un cambio de situación clínica (intervención quirúrgica) y está registrado / Número total de pacientes con un cambio de situación clínica] \* 100

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>          Fecha: 15/06/ 2022          Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

**5. Porcentaje de pacientes con detección positiva de dolor que reciben (ellos, su familia o cuidadores) educación sobre el manejo del dolor y está registrado. (Se les ha entregado documento educativo sobre el dolor)**

[Número de pacientes con detección positiva de dolor que reciben (ellos, su familia o cuidadores) educación sobre el manejo del dolor al menos una vez durante el proceso de cuidados, y está registrado / Número total de pacientes con detección positiva de dolor] \* 100

**6. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado reevaluación periódica del dolor utilizando escala validada en al menos el 75% de los turnos durante el ingreso.**

**INDICADORES DE RESULTADO:**

**7. Porcentaje de pacientes con no dolor / dolor leve/ dolor moderado/ dolor intenso/ dolor insoportable al ingreso (primeras 24 horas)**

[Número de pacientes con no dolor/dolor leve/moderado/intenso o insoportable / Número de pacientes que se les ha realizado detección del dolor al ingreso o al inicio de los cuidados] \* 100;

Dolor leve: 1-2. Dolor moderado: 3-5. Dolor intenso: 6-8. Dolor insoportable: 9-10

**8. Porcentaje de pacientes con intensidad máxima de dolor durante la estancia: no dolor/dolor leve/dolor moderado/dolor intenso/dolor insoportable.**

[Número de pacientes con no dolor/dolor leve/moderado/intenso o insoportable como intensidad máxima durante la estancia / Número de pacientes que se les ha realizado detección del dolor durante la estancia y está registrado] \* 100;

Dolor leve: 1-2. Dolor moderado: 3-5. Dolor intenso: 6-8. Dolor insoportable: 9-10


**9. Porcentaje de pacientes con intensidad mínima de dolor durante la estancia: no dolor/dolor leve/dolor moderado/dolor intenso/dolor insoportable.**

[Número de pacientes con no dolor/dolor leve/moderado/intenso o insoportable como intensidad mínima durante la estancia / Número de pacientes que se les ha realizado detección del dolor durante la estancia y está registrado] \* 100;

Dolor leve: 1-2. Dolor moderado: 3-5. Dolor intenso: 6-8. Dolor insoportable: 9-10


**10. SISTEMA DE REGISTRO**

Se cumplimentará la valoración del dolor del paciente de forma regular y sistemática en un formulario normalizado (*Nivel evidencia IIa. Recomendación 1.5*) <sup>(14)</sup>, “formulario de constantes y parámetros”. Se realizará valoración al ingreso, cada 6 u 8 horas, cada vez que el paciente presente dolor, antes, durante y después de un procedimiento y tras la administración de analgesia prescrita (30 ó 60 minutos después) (**Anexo I**). Se registrará intensidad, localización, tipo de dolor y observaciones si precisa.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam <small>Servicio de Salud de Castilla-La Mancha</small></p> <p>BPSO <small>ESPAÑA-SPAIN</small></p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
---	--	---

Además, se asignará un plan de cuidados en las primeras 24h tras el ingreso. Se agregarán los cuidados en “asignación agrupación de cuidados” (GAI Albacete: Dolor: Valoración y Manejo), (**Anexo III**). Estas actividades quedarán programadas para su correcta ejecución y precisando la confirmación de la realización de dichas actividades con “ejecución no programada”.

El sistema de registro utilizado siempre será el programa informático Mambrino XXII®.

	<h2>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</h2>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>          Fecha: 15/06/ 2022          Edición/ Versión: 02</p>
--	---	---

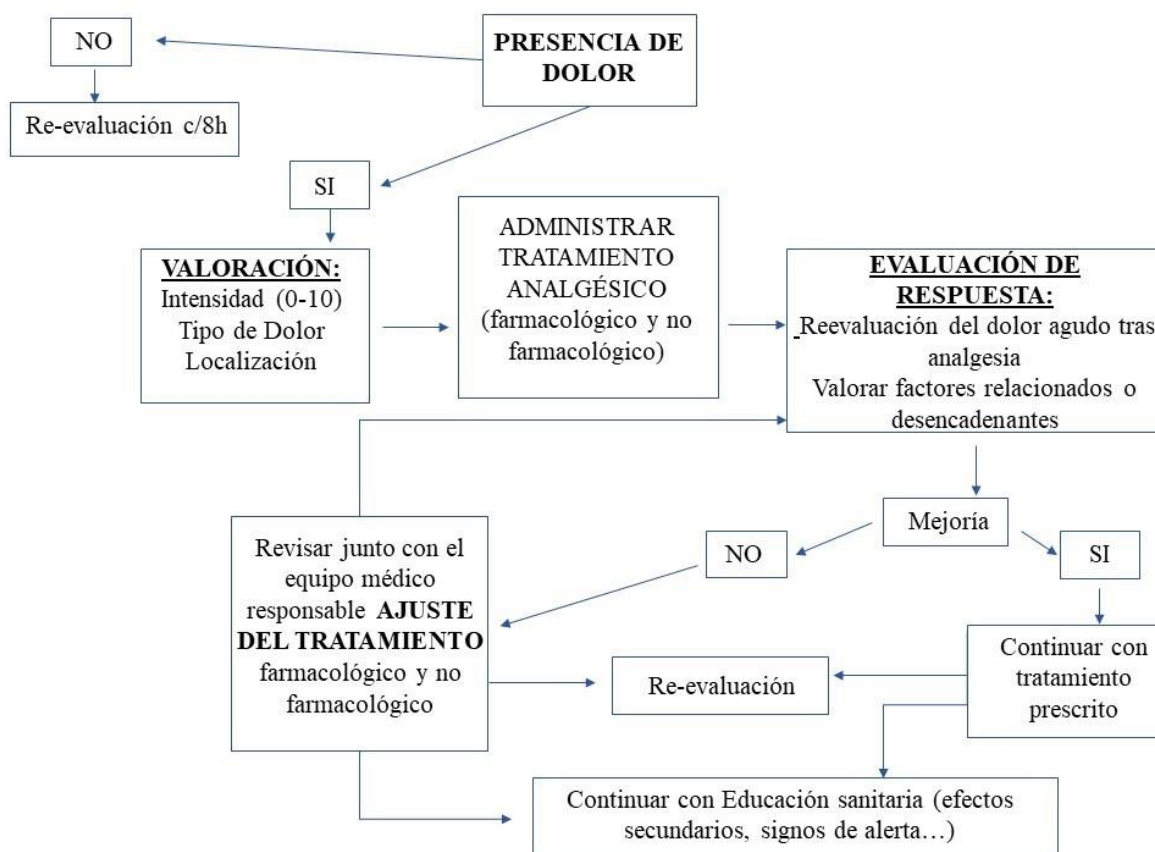
### 11. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN


Adaptado de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Guidelines Network [SING], 2011) y Pati (2011) <sup>(14)</sup>.

<b>Ia</b>	Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios.
<b>Ib</b>	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorio.
<b>Iia</b>	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorio.
<b>Iib</b>	Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasiexperimental, no aleatorio.
<b>III</b>	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
<b>IV</b>	Evidencia obtenida de la opinión de los informes elaborados por un comité de expertos y/o las experiencias de autoridades.

### 12. ALGORITMOS Y RESUMEN DE RECOMENDACIONES

En la GAI de Albacete hemos implementado algunas recomendaciones basadas en la evidencia científica para ayudar a los profesionales de enfermería a prevenir, mitigar y tratar el dolor a los pacientes, siendo el alivio del dolor una prioridad.



 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

## RESUMEN RECOMENDACIONES:

**Valoración inicial del dolor:** se realizará al ingreso dentro del formulario de “constantes y parámetros”. Registrar: intensidad y localización del dolor. Si procede, registrar en observaciones otros parámetros del dolor: tipo de dolor, frecuencia, irradiación, factores relacionados o desencadenantes.

Para realizar una correcta valoración del dolor como quinta constante vital se utilizaremos la Escala Numérica (NRS), la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Facial o la Escala PAINAD, en función de las características del paciente (**Anexo II**). El resultado de 0-10 se registrará en el “formulario de constantes y parámetros”.

Se asignará una agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada. Se agregarán los cuidados en “asignación agrupación de cuidados” (GAI Albacete: Dolor: Valoración y Manejo), y quedarán planificados los cuidados en el panel de actividades de enfermería. (**Anexo III**).

**La valoración y revaloraciones periódicas del dolor:** las establecerá tanto médico como enfermera, de forma programada c/4, 6 u 8 horas en función del estado clínico del paciente y sus características, dejándolas reflejadas en la programación de las actividades diarias a realizar al paciente (Agrupación de cuidados: valoración del dolor c/4h-6h u 8h). Se validará la intervención registrando intensidad del dolor y añadiendo observaciones (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento...).

La intensidad del dolor se revalorará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, antes, durante y después de un procedimiento, después de un cambio en la situación clínica, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces.

**Valoración de dolor postanalgesia:** El personal facultativo responsable del paciente establecerá cual será el manejo farmacológico del dolor, dependiendo de las características de este y respuesta del paciente. Enfermería valorará y registrará el dolor del paciente 60 minutos después de la administración del tratamiento por vía parenteral y 30 minutos después de la aplicación de una medida no farmacológica.

**Valoración de dolor después de procedimientos.** Administrar analgésico (prescrito) mínimo 30 minutos antes del procedimiento y utilizar las medidas no farmacológicas para anticiparse al dolor. Consultar con el personal facultativo la pertinencia de utilizar anestésicos locales, ansiolíticos y sedantes para reducir el dolor y la ansiedad asociada.

**Medidas analgésicas no farmacológicas:** Combinar con métodos farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor (calor, frío, relajación,). No utilizar tratamientos no farmacológicos como sustitutos del tratamiento farmacológico adecuado. Considerar sus contraindicaciones. Intervenciones psicosociales, psicoeducativas y cognitivo-conductuales que podemos utilizar: Preparación (información sobre el procedimiento), distracción (leer, escuchar música, conversar), ejercicios de respiración profunda y lenta, relajación muscular, realizar cambios posturales, medidas ambientales confortables.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

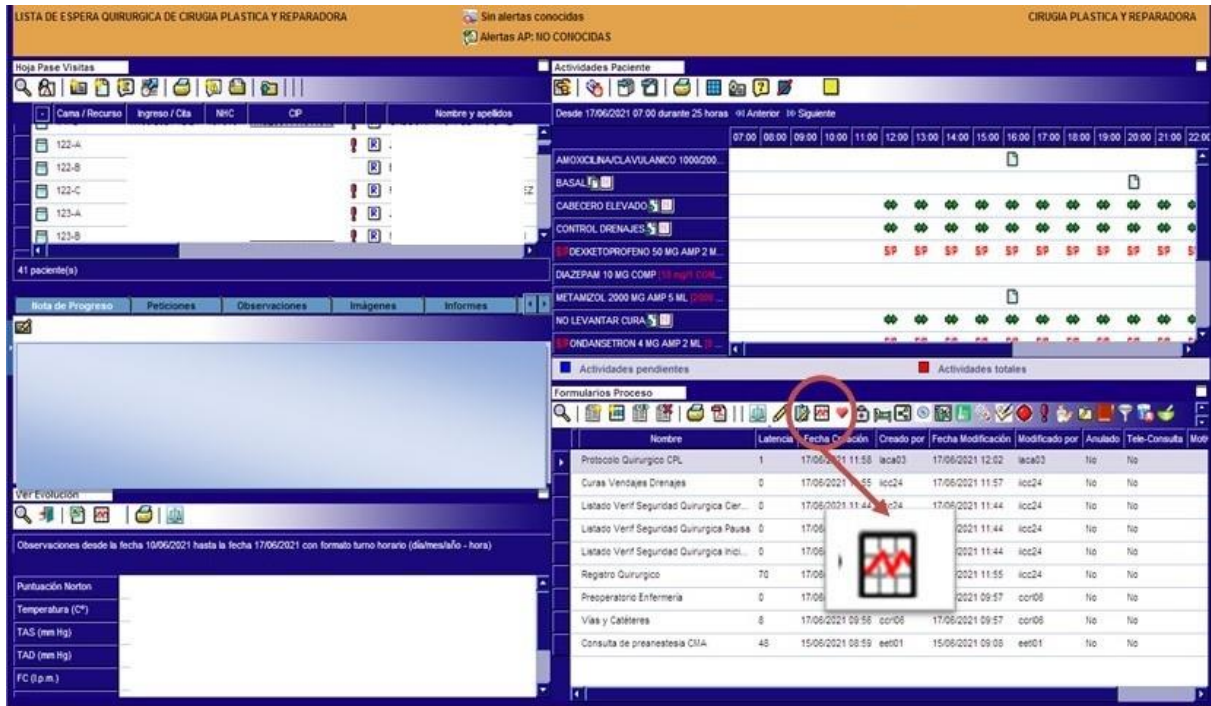
**Educación al paciente y familia:** Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios. Asegurarse que los pacientes entienden la información transmitida y la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio, los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos.

Entregar y explicar los folletos informativos para el control del dolor de la GAI de Albacete disponibles en las unidades. Asegurar su comprensión. Además de proporcionar el informe de alta con las recomendaciones para el manejo farmacológico y no farmacológico del dolor según su patología, así como los signos y síntomas de alerta por los cuales deben consultar.

# PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

**Código: FMO-CCGC05**  
**P-CCPE- XX**  
 Fecha: 15/06/ 2022  
 Edición/ Versión: 02

❖ **ANEXO I: REGISTRO DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN “FORMULARIO DE CONSTANTES Y PARÁMETROS” (MAMBRINO XXI®).**



LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

Sin alertas conocidas

Alertas AP: NO CONOCIDAS

Hoja Pake Vistas

Actividades Paciente

Desde 17/06/2021 07:00 durante 25 horas

AMOVICLINA/CLAVULANICO 1000/200

BADALI

CABECERO ELEVADO

CONTROL DRENAJES

DEXETOPROFENO 50 MG AMP 2 M...

DIAZEPAM 10 MG COMP

METAMIZOL 2000 MG AMP 5 ML

NO LEVANTAR CURA

ONDANETRON 4 MG AMP 2 ML

Formularios Proceso

Nombre	Letencia	Fecha Creación	Creado por	Fecha Modificación	Modificado por	Anulado	Tele-Consulta	Modo
Protocolo Quirurgico CPL	1	17/06/2021 11:58	lca03	17/06/2021 12:02	lca03	No	No	
Curas Vendajes Drenajes	0	17/06/2021 11:55	lcc24	17/06/2021 11:57	lcc24	No	No	
Listado Verif Seguridad Quirurgica Cer...	0	17/06/2021 11:44	lcc24	17/06/2021 11:44	lcc24	No	No	
Listado Verif Seguridad Quirurgica Pausa	0	17/06/2021 11:44	lcc24	2021 11:44	lcc24	No	No	
Listado Verif Seguridad Quirurgica Incl...	0	17/06/2021 11:44	lcc24	2021 11:44	lcc24	No	No	
Registro Quirurgico	70	17/06/2021 11:55	lcc24	2021 11:55	lcc24	No	No	
Preoperatorio Enfermeria	0	17/06/2021 09:57	ccr08	2021 09:57	ccr08	No	No	
Vías y Catéteres	8	17/06/2021 09:58	ccr08	17/06/2021 09:57	ccr08	No	No	
Consulta de preanestesia CIA	48	15/06/2021 08:59	ee01	15/06/2021 09:05	ee01	No	No	

**CONSTANTES** | BALANCE | GLUCEMIAS / GLUCOSURIAS/INRs | MEDIDAS | NEUROLÓGICO

Capnografía o CO2 Transcutaneo

Capnografía o CO2 Espirado

**→ DOLOR**

Valoración Dolor (EVA)

Tipo de dolor

→ OBSERVACIONES SOBRE PACIENTE

Localización del Dolor

Observaciones

0 Ausencia de Dolor

1

2

3

4

5

6


7

8

9

10 Máximo Dolor Permitido por el Paciente

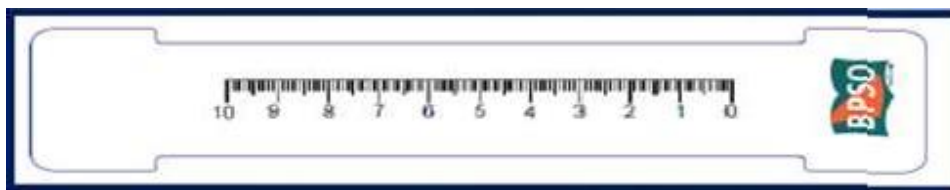
paracetamol IV pautado y Nolotil IV extra

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b></p> <p>Fecha: 15/06/ 2022</p> <p>Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

❖ **ANEXO II: ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR.**

1. Para medir la intensidad del dolor se utilizan las siguientes escalas en función de las características de los pacientes (estado de alerta, capacidad para comunicarse...):

- **Escala verbal numérica:** El paciente nos dirá el valor del dolor de 0 a 10. No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso o insoportable= 6 a 10.



- **Escala visual analógica (EVA):** Un extremo representa la ausencia del dolor y el otro el máximo dolor. Ambos están unidos por una línea horizontal de 10 cm. El paciente localiza en un punto de la línea horizontal el dolor que tiene. Según el centímetro señalado, el dolor tiene un valor numérico: No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso= 6 a 10.



2. Otra escala validada que se podrían utilizar, según el estado del paciente:

- **Escala facial del dolor de Wong-Baker:** Esta escala permite valorar el dolor a los pacientes que no pueden comunicarse (sedación, somnolencia, discapacidad psíquica, deterioro cognitivo...). Se recomienda utilizar esta escala junto a una

conductual o con parámetros fisiológicos para mejorar la evaluación. Cada cara está asociada a un valor numérico: No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso= 6 a 10.




	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

- Escala del dolor en la demencia avanzada-PAINAD:** Esta herramienta se utiliza para detectar conductas relacionadas con el dolor y evaluar el dolor en los adultos que tienen demencia o deterioro cognitivo, incapaces de comunicar su dolor de manera fiable. La puntuación: 0= no dolor, de 1-3=dolor leve, 4-6 puntos=dolor moderado y 7-10=dolor intenso. Observar al paciente de tres a cinco minutos en reposo y luego realizando actividad/movimiento (giros, transferencias, etc.)

Escala de dolor PAINAD: 48 horas		Puntuación	
RESPIRACION independiente de la verbalización-vocalización del dolor	0 NORMAL	Basal:	
	1 Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos hiperventilación. 2 Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	Aseo:	
VOCALIZACION VERBALIZACION NEGATIVA	0 NINGUNA	Basal:	
	1 Gemidos o quejidos ocasionales. Habla volumen bajo o con desaprobación. 2 Llamadas agitadas, repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto	Aseo:	
EXPRESION FACIAL	0 Sonriente o inexpresivo	Basal:	
	1 Triste. Atemorizado. Ceño fruncido. 2 Muecas de disgusto y desaprobación.	Aseo:	
LENGUAJE CORPORAL	0 Relajado	Basal:	
	1 Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos. 2 Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física.	Aseo:	
CAPACIDAD DE ALIVIO	0 No necesita que se le consuele.	Basal:	
	1 Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole. 2 Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle.	Aseo:	
PUNTUACION TOTAL		Basal:	Aseo:

En pacientes que no puedan expresarse verbalmente, se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia.


 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<h2>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</h2>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>          Fecha: 15/06/ 2022          Edición/ Versión: 02</p>
--	---	---

### ANEXO III: AGRUPACIÓN DE CUIDADOS. VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR.




### ❖ ANEXO IV: TIPOS DE DOLOR.

- **Dolor agudo:** dolor de reciente aparición y de probable duración limitada. Normalmente tiene una relación temporal y causal identificable con una lesión o enfermedad.
- **Dolor crónico:** dolor que normalmente persiste más allá del tiempo normal de curación previsto <sup>(21)</sup> y con frecuencia no tiene una causa claramente identificable.
- **Dolor irruptivo:** Exacerbación intermitente del dolor que puede ocurrir de manera espontánea o en relación con algún tipo de actividad específica.
- **Dolor neuropático:** Dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción en el sistema nervioso; afecta al sistema nervioso periférico y/o central. <sup>(21)</sup> El dolor neuropático suele describirse como un dolor agudo, quemante o punzante y suele asociarse a otros síntomas como el entumecimiento o el hormigueo en la zona afectada.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

- **Dolor nociceptivo:** Dolor que implica un estímulo nocivo que daña los tejidos normales y la transmisión de este estímulo en un sistema nervioso que funcione con normalidad.<sup>(21)</sup> Dolor nociceptivo que aparece tras un procedimiento doloroso como es la cirugía y que con frecuencia se describe como agudo y molesto. El dolor de origen somático (p.ej.: dolor óseo) puede ser descrito como sordo o molesto y es fácilmente localizable. El dolor visceral (p.ej.: dolor hepático) es, por lo general, más difícil de localizar y a menudo se irradia a otros puntos distantes del origen.
- **Dolor relacionado con el movimiento:** Tipo de dolor irruptivo que está relacionado con una actividad específica, como comer, defecar, caminar. También se conoce como dolor incidental.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b></p> <p>Fecha: 15/06/ 2022</p> <p>Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

❖ **ANEXO V:** Educación al paciente. Técnicas de relajación para el manejo del dolor a pacientes. <sup>(22,23)</sup>

Ejercicios de respiración profunda.

La respiración completa le ayuda a usar más los pulmones y a estar en contacto con el ritmo de su respiración. Puede practicarla en cualquier posición, pero es mejor si lo hace acostado boca arriba, con las rodillas dobladas en la cama o en el suelo. Practique la respiración completa diariamente durante varias semanas hasta que pueda hacerla casi en cualquier lugar.

- Cierre los ojos, siempre inhale por la nariz y exhale por la boca. Al exhalar, haga un sonido silbante, asegurándose de que expulsa todo el aire. Colóquese la mano izquierda sobre el vientre y la derecha sobre el pecho. Observe cómo se mueven con cada respiración.
- Inhale para llenar la parte baja de los pulmones. El abdomen empuja la mano izquierda cuando lo hace. La mano derecha no debe moverse. Después exhale. La mano izquierda desciende conforme baja el vientre. Haga esto 8 a 10 veces.
- Después inhale como lo hizo antes, pero no pare cuando ascienda la mano izquierda. Siga inhalando. Sentirá la parte superior de su pecho expandir y empujar su mano derecha hacia arriba. La mano izquierda desciende un poco conforme baja el vientre.
- Exhale lentamente a través de la boca. Al exhalar, sienta la tensión que abandona su cuerpo. Las dos manos descienden.
- Haga esto durante 3 a 5 minutos. Observe cómo el vientre y el pecho se muevan como en olas, subiendo y bajando en un movimiento uniforme.


**Advertencia:** Algunas personas se marean las primeras veces que hacen respiración completa. Si empieza a respirar muy rápidamente o se siente aturdido, respire más despacio. Levántese poco a poco.

Técnicas de relajación muscular.

El cuerpo podría responder al estrés tensándose, lo cual puede causar dolor. Si usted aprende a relajar los músculos, puede reducir la tensión muscular y la ansiedad. La relajación muscular progresiva es un ejercicio que le ayuda a lograrlo.

En la relajación muscular progresiva hay que tensar grupos relacionados de músculos y después relajarlos. Puede usar un casete o disco compacto de relajación que lo guíe a través de los grupos de músculos. También puede aprenderse los grupos musculares y recorrerlos de memoria.

Encuentre un lugar tranquilo donde nadie le moleste. Asegúrese de que pueda acostarse boca arriba con comodidad.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

Con cada grupo muscular:

- Inspire y tense los músculos de ese grupo de 4 a 10 segundos. Haga tensión fuerte, pero no al grado de causarse un calambre.
- Después exhale mientras que relaja de golpe y por completo los músculos de ese grupo. No los relaje poco a poco.
- Descanse de 10 a 15 segundos.

Éstos son los grupos de músculos:

### **Manos y brazos**

- Manos: Empuñe la mano con fuerza.
- Muñecas y antebrazos: Ténselos y doble las manos hacia atrás por la muñeca.
- Bíceps y parte superior del brazo: Empuñe las manos, doble los brazos por el codo y tense los bíceps.
- Hombros: Encójase de hombros.

### **Cabeza y cuello**


- Frente: Frunza el ceño con fuerza.
- Alrededor de los ojos y el puente de la nariz: Cierre los ojos lo más apretadamente posible. Si usa lentes de contacto, quíteselos antes de empezar el ejercicio.
- Mejillas y mandíbulas: Sonría lo más ampliamente que pueda.
- Alrededor de la boca: Apriete fuertemente los labios.
- Nuca: Oprima la cabeza contra el piso.
- Cuello: Tóquese el pecho con la barbilla.

### **Cuerpo superior**

- Pecho: Haga una respiración profunda, retenga el aire y después exhale.
- Espalda: Arquee la espalda hacia arriba, separándola del piso.
- Abdomen: Tense los músculos abdominales, “metiendo barriga” y luego, relájelos.

### **Cuerpo inferior**

- Caderas y nalgas: Oprima las nalgas (glúteos) con fuerza.
- Muslos: Apriételos fuertemente.
- Parte inferior de las piernas: Estire los talones hacia afuera y flexione los dedos de los pies hacia arriba, como si quisiera tocarse las espinillas. Después estírelos al lado contrario y dóblelos hacia abajo.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOKOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05</b>  <b>P-CCPE- XX</b>  Fecha: 15/06/ 2022  Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

Es posible que sienta sueño después de hacer este ejercicio. Para "despertar" el cuerpo, cuente hacia abajo del 5 al 1. Después mueva los dedos, las manos y los pies. Finalmente, estírese y mueva todo el cuerpo.

Asegúrese de estar alerta antes de conducir o hacer otras actividades.

Es importante practicar individualmente la tensión y relajación Solo la práctica hará que relajarse resulte cada vez más sencillo.

# PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

**Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX**  
 Fecha: 15/06/ 2022  
 Edición/ Versión: 02

## ❖ ANEXO VI: FOLLETOS EDUCATIVOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES.

### Recomendaciones para evitar movilizaciones dolorosas y posibles complicaciones.

- Escoga asientos altos y estables.
- Siga las instrucciones de los profesionales que le atienden durante el aseo diario y las movilizaciones.
- Evite las situaciones en las que la cadera operada se encuentra en rotación interna.
- Puede dormir boca arriba con una almohada entre las piernas.
- Evite cruzar las piernas y use un calzado adecuado.
- Le levantarán del lado operado, sentándose en el borde de la cama.
- Una vez se le dé permiso para ir al baño solicite a los profesionales un alzador de wc.
- Comenzará a utilizar su andador cuando el médico lo autorice, en la mayor brevedad posible tras la cirugía.
- Cuando reciba el informe de alta, le recapitularemos todas las recomendaciones. Instruimos a su familia y les haremos partícipes de todo su proceso.



QR: Espacio para pacientes en [www.chospalsh.es](http://www.chospalsh.es)

### RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

En el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete estamos trabajando para valorar y controlar su dolor

Usted ha ingresado para una intervención de cadera, cirugía que consiste en la sustitución de la cadera degenerada por una articulación artificial. Para su intervención se utiliza la anestesia general o la raquiánestesia. Con el fin de controlar su dolor en el postoperatorio a continuación le damos unas pautas para evitarlo.

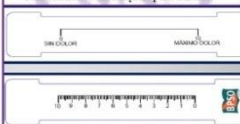
No obstante, tras un procedimiento quirúrgico es posible que tenga un dolor más intenso. Controlar ese dolor es el objetivo. Sin dolor conseguiremos que se recupere más rápidamente. Cada persona es diferente a la hora de percibir su dolor. Los tratamientos que se le apliquen serán individuales.



Servicio de traumatología y cirugía ortopédica

### ¿Cómo evaluar y comunicar la intensidad de dolor que tiene?

- Los profesionales que le atienden le preguntarán sobre la intensidad y localización de su dolor varias veces al día.
- Para ello utilizará una escala del 0 al 10, en la que 0 corresponde a la ausencia de dolor y 10 el nivel máximo de dolor. Debe avisar a los profesionales si el dolor no está bien controlado, si aumenta la intensidad o aparece dolor de forma brusca.
- Cada persona es diferente a la hora de percibir el dolor, los tratamientos que se apliquen serán individuales. Pregunte las dudas que tenga sobre su tratamiento.
- Es muy importante que comunique si tiene alergia a algún medicamento.
- El tratamiento aplicado puede provocar náuseas o vómitos, estreñimiento y/o somnolencia. Comuníquelo para tratarlo.



### ¿Cómo vamos a tratar su dolor?

Medidas farmacológicas: Administraremos medicación intravenosa para controlar su dolor. Inicialmente recibirá una combinación de analgésicos.

Si con ello no controlamos el dolor, se administrarán fármacos más fuertes en función de su percepción individual del dolor.

Además, en determinadas ocasiones, el equipo de anestesia le realizará un bloqueo anestésico en los que mediante el uso de anestésicos locales se pretende controlar el dolor postquirúrgico al anestésiar aquellos nervios encargados de transmitir el dolor de la zona intervenida.

Medidas no farmacológicas: Le ayudarán a aliviar el dolor, el estrés, reducir náuseas o vómitos y ayudarán a la conciliación del sueño.

- Aplicación de frío durante 15-30 min cada dos horas que le será suministrado por el personal de la planta.
- Medidas ambientales confortables: Temperatura de la habitación agradable, luz tenue, evitar ruidos y excesivas visitas.
- Métodos de Relajación: Visualización, cierre los ojos y piense imágenes agradables, con respiraciones profundas. Realice otras actividades como leer, ver la televisión,...

Evite la inmovilidad y el reposo excesivo, dado que pueden dar lugar a otras complicaciones (alteraciones circulatorias como trombosis, enlentecimiento del funcionamiento intestinal,...), realice una actividad suave de piernas y pies (con movimientos oscilantes de tobillos) y de intensidad ligera (caminar). En caso de duda, consulte a su médico o enfermera.

-Corrección postural: Es habitual adoptar posturas anómalas al sentarse, caminar o estar de pie. Evite estas posturas ya que aumentan el dolor y pueden provocar alteraciones musculares (contracturas, calambres, ...). Siga siempre las instrucciones de los profesionales sanitarios que le atienden en el momento de la movilización, evitando hacer esfuerzos y movimientos bruscos.

En caso de golpe de tos, aprete su abdomen con las manos o con una almohada para ayudar a que su tos sea más fuerte y menos dolorosa. No tenga miedo a toser.



QR: Espacio para pacientes en [www.chospalsh.es](http://www.chospalsh.es)

### RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

En el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete estamos trabajando para valorar y controlar su dolor

El dolor postoperatorio se caracteriza por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable.

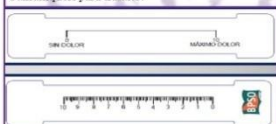
El dolor es un sufrimiento innecesario. Tras un procedimiento quirúrgico posiblemente tenga un dolor más intenso. Un correcto manejo del dolor permitirá una mejor y más rápida recuperación.



Servicio de cirugía General

### ¿Cómo evaluar y comunicar la intensidad de dolor que tiene?

- Durante su ingreso hospitalario, el personal sanitario le preguntará varias veces al día sobre la existencia de dolor, localización e intensidad de este. Debe avisar a los profesionales si el dolor no está bien controlado, si aumenta la intensidad o aparece dolor de forma brusca.
- Para ello utilizará una escala numérica del 0 al 10, donde 0 corresponde a ausencia de dolor y 10 el nivel al máximo de dolor.
- Cada persona es diferente a la hora de percibir el dolor, los tratamientos que se apliquen serán de forma individualizada.
- Pregunte las dudas que tenga sobre su tratamiento.
- El tratamiento aplicado puede provocar náuseas o vómitos, estreñimiento y/o somnolencia. Comuníquelo para tratarlo.



### Medidas utilizadas para el tratamiento del dolor.

-Farmacológicas: Administraremos medicación intravenosa para controlar su dolor, si con ello no controlamos el dolor, se administrarán fármacos de rescate en función de las necesidades individuales de cada paciente.

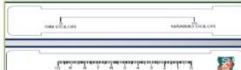
En determinadas ocasiones, el equipo de anestesia le administrará analgésicos a través de un catéter epidural.

-No farmacológicas: Estas medidas ayudarán a aliviar el dolor, el estrés, reducir náuseas o vómitos y ayudarán a la conciliación del sueño.

- Medidas ambientales confortables: Temperatura de la habitación agradable, luz tenue, evitar ruidos y excesivas visitas.
- Otras medidas como: Relajación muscular progresiva, contraiga y relaje los músculos combinándolo con la respiración.
- Visualización, cierre los ojos y piense imágenes agradables.
- Amenice su tiempo con otras actividades como leer, escuchar música, ver la televisión o realizar actividades manuales, ...

### ¿Cómo evaluar y comunicar su dolor?

➤ Durante el ingreso la enfermera le preguntará sobre la existencia de dolor, su localización e intensidad. Los profesionales se basarán en una escala del 0 al 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor tolerable.



➤ No sabemos si le duele a menos que nos lo diga. Avísenos si aumenta, si aparece bruscamente o no cede con el tratamiento.

➤ El tratamiento puede causar náuseas, vómitos, estreñimiento o somnolencia. Comuníquelo para tratarlo.

➤ Pregunte las dudas que tenga sobre su tratamiento.



QR: Espacio para pacientes en [www.chospalsh.es](http://www.chospalsh.es)

### RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

RECOMENDACIONES A PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE COLUMNA



El dolor postoperatorio se caracteriza por ser agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su correcto manejo permitirá una mejor y más rápida recuperación.

Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

### Recomendaciones para evitar movilizaciones dolorosas y posibles complicaciones de la cirugía:

#### Autocuidados

- Dúchese diariamente. Lave la herida con agua y jabón y seque minuciosamente.
- Acuda al médico si aumenta el dolor, si tiene fiebre (> 38°C) o enrojecimiento de la herida.
- No conduzca hasta la revisión.

#### Movilizaciones

- En la cama: utilice un colchón firme.
- Para levantarse, sitúese en el borde de la cama, gire todo el cuerpo y flexione las rodillas, empuje con el codo del brazo de abajo y la mano del de arriba, baje las piernas y apóyese con las manos en el borde del colchón para empujarse hacia delante.



### ¿Cómo coger un objeto del suelo?

- Flexione las rodillas, manteniendo la espalda recta. Nunca intente levantarlo con las piernas estiradas.
- No levante peso.



### ¿Cómo sentarse?

- Elija una silla con respaldo recto y soporte para los brazos. Apoye rodillas y coloque su peso en el respaldo, mantenga los pies en contacto con el suelo.



# PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

**Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX**  
 Fecha: 15/06/ 2022  
 Edición/ Versión: 02



QR: Espacio para paciente en [www.chorquib.es](http://www.chorquib.es)

**RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR**

**ELASTÓMEROS O BOMBAS ELASTOMÉRICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR**

Son dispositivos que permiten la administración de analgésicos de forma continua.

**¿Cómo funciona?**

Son de un sólo uso, no requieren electricidad ni batería.

Funcionan a través de un sistema que ejerce presión constante sobre un reservorio que contiene los analgésicos a infundir, a una velocidad controlada y programada de 2 ml/hora. Su duración es de 30 o 50 horas, dependiendo de si utilizamos dispositivos de 60 o 100ml.

Se pueden utilizar tanto a nivel hospitalario como de forma ambulatoria. Puede caminar, hacer ejercicio ligero, ir al baño y hacer actividades básicas de la vida diaria.

Durante la ducha o baño intente que no se mojen ni la bomba ni ninguna parte del sistema. Puede utilizar una bolsa para proteger el dispositivo. No se siente ni se acuesta sobre la bomba, ya que podría acodiar la línea de infusión.

Las vías de administración más frecuentes son la intravenosa y subcutánea.


El elastómero irá identificado con el nombre y apellidos del paciente, los analgésicos u otros medicamentos utilizados, así como la fecha y hora del inicio de la infusión.

**Recuerde:**

- Durante su ingreso hospitalario, el personal sanitario le preguntará varias veces al día sobre la existencia de dolor, localización e intensidad. Debe avisar a los profesionales si el dolor no está bien controlado, si aumenta la intensidad o aparece dolor de forma brusca.
- Para ello utilizará una escala numérica del 0 al 10, donde 0 corresponde a ausencia de dolor y 10 el nivel al máximo de dolor.




- Cada persona es diferente a la hora de percibir el dolor, los tratamientos que se apliquen serán de forma individualizada.
- Pregunte las dudas que tenga sobre su tratamiento o funcionamiento del dispositivo.



QR: Espacio para paciente en [www.chorquib.es](http://www.chorquib.es)

**RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR**

**ANALGESIA EPIDURAL PARA EL CONTROL DEL DOLOR**

**¿QUÉ ES LA ANALGESIA EPIDURAL ?**

Es la administración de analgésicos en la columna lumbar, en el espacio epidural.

**¿CÓMO SE REALIZA?**

Mediante la implantación de un catéter entre las vértebras de la zona lumbar. Es un procedimiento rápido, fácil y seguro que realiza un médico anestesta utilizando anestesia local en la zona. A través del catéter se administra una infusión continua de anestésico local y en pocos minutos notará un gran alivio del dolor.

**¿Cómo funciona?**

**Analgesia controlada por el paciente (PCA)**



Ofrecen la posibilidad de personalizar la dosis de analgésicos que recibe según su necesidad de aliviar el dolor.

La analgesia se administra al accionar el pulsador conectado a la bomba de infusión. De esta forma se auto-administran cantidades suplementarias de analgesia que refuerzan la dosis que inicialmente ha sido programada por el personal sanitario. Todo ello dentro de un margen de seguridad establecido para cada paciente. De esta forma el paciente consigue el alivio necesario para su percepción personal del dolor.

El anestésico que se le administre puede producir efectos secundarios (náuseas, vómitos, boca seca, somnolencia, debilidad o entumecimiento en brazos y piernas, estreñimiento, problemas para orinar...). Debe comunicar al equipo sanitario cualquier síntoma que note, así como comunicar si el dolor es diferente a como era antes o si siente dolor en otro lugar.

**Recuerde:**

- Durante su ingreso hospitalario, el personal sanitario le preguntará varias veces al día sobre la existencia de dolor, localización e intensidad. Avise a los profesionales si el dolor no está bien controlado, si aumenta la intensidad o aparece dolor de forma brusca.
- Para ello utilizará una escala numérica del 0 al 10, donde 0 corresponde a ausencia de dolor y 10 el nivel al máximo de dolor.



QR: Espacio para pacientes en [www.chorquib.es](http://www.chorquib.es)

**RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR**

**Medidas utilizadas para el tratamiento del dolor.**

**-Farmacológicas:** Administraremos medicación analgésica pautada para controlar su dolor vía oral, intravenosa, subcutánea o transdérmica, según su dolor. Si con ello no controlamos el dolor, se administrarán fármacos de rescate según su necesidad.

-Si el dolor es muy intenso, se pueden utilizar "bombas elastoméricas", un dispositivo que permite la administración de varios analgésicos de forma continua y controlada a la vez.

En casos determinados, el equipo de anestesia coloca un catéter epidural, por donde se administrará una infusión continua de analgésicos (PCAs), para ayudar a controlar mejor su dolor.

**-No farmacológicas:** Estas medidas le ayudarán a aliviar el dolor, el estrés, reducir náuseas o vómitos y a conciliar el sueño.

- Ambiente confortable: Temperatura de la habitación agradable, luz tenue, evitar ruidos y excesivas visitas.
- Relajación muscular progresiva. Contraiga y relaje los músculos combinándolo con la respiración.
- Visualización. Cierre los ojos y piense imágenes agradables y positivas.
- Ameenke su tiempo con otras actividades como leer, escuchar música, ver la televisión, etc.


**¿Cómo evaluar y comunicar la intensidad de dolor que tiene?**

-Durante su ingreso, el personal sanitario le preguntará varias veces al día sobre la existencia de dolor, localización e intensidad. Para ello utilizará una escala numérica del 0 al 10, donde 0 corresponde a ausencia de dolor y 10 el nivel al máximo de dolor.

- Debe avisar a los profesionales si el dolor no está bien controlado, si aumenta la intensidad o aparece dolor de forma brusca.
- Cada persona es diferente a la hora de percibir el dolor, los tratamientos que se apliquen serán de forma individualizada.
- Pregunte las dudas que tenga sobre su tratamiento.


-El tratamiento aplicado puede provocar náuseas o vómitos, estreñimiento y/o somnolencia. Comuníquelo para tratarlo.




 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b></p> <p>Fecha: 15/06/ 2022 Edición/ Versión: 02</p>
--	--	--

## 14. BIBLIOGRAFIA

- (1) IASP Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249 – 252.
- (2) Miró J (Ed.). *Dolor crónico: Procedimiento de evaluación e intervención psicológica*. Barcelona: Desclée de Brouwer; 2004.
- (3) Padrol A, Pérez-Esquiva M, Olona M, Francesch A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 555 – 561.
- (4) Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S, Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(6): 314 – 322.
- (5) Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2001; 8: 194 – 211.
- (6) Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11:197 – 202.
- (7) Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C. Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000; 44 (1): 58 – 62.
- (8) Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T. Quality management in postoperative pain therapy *Anaesthesist*. 2001; 50 (9): 661 – 670.
- (9) Balibrea JL, López-Timoneda F, Acín F, Cabero L, Moreno-González A, Ayala LE. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo perquirúrgico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;15(4): 209 – 218.
- (10) Saiz-Vinuesa MD, López-García MI, Albornos-Muñoz L, Fernández-Núñez ML, Moreno-Casbas T y González-Sánchez JS. Resultados de la implantación de la Guía de valoración y manejo del dolor en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC) en España. *Enferm Clín*. 2020; 30(3): 212-221. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.04.002>
- (11) Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV, Herreros-Sáez, ML, Ayuso-Sánchez MJ, Flores-Bautista AB y Serna-Roldán MJ. Effectiveness of a best practice guideline to manage pain in surgical patients. *Applied Nursing Research* 60 (2021) 151436. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151436>
- (12) Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 2002; 95 (3): 627 – 634.
- (13) Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign. *Nurs Clin North Am*. 2000; 35(2): 375 – 383.
- (14) Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Valoración y manejo del dolor*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2013.
- (15) Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor Postoperatorio. Alteraciones Fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000; 7:465-476.

 <p>GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE</p> <p>sescam</p> <p>BPSO</p>	<p><b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <hr/>	<p><b>Código: FMO-CCGC05 P-CCPE- XX</b></p> <p>Fecha: 15/06/ 2022</p> <p>Edición/ Versión: 02</p>
--	--	---

- (16) Rodríguez Franco I, Cano García J. Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. Actualizaciones en Dolor. 2001; 2(4): 279-288.
- (17) Comeche Moreno MI, Vallejo Pareja MA. Dolor Crónico. En: Vallejo Pareja MA (dir.). Manual de terapia de Conducta. Volumen II. Madrid. Ed. Dykinson. 2005: 340-370.
- (18) Benito G, Nadador V, Fernández-Alcantud J, Hernández-Salvan J, Ruiz-Castro M, Riquelme I. Intervenciones del Psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. Rev. Soc. Esp. Dolor . 2006;13(4): 254-262.
- (19) Carapia-Sadurni A, Mejía-Terrazas GE, Nacif-Gobera L, Hernández-Ordóñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Rev Mex Anest. 2011; 34 (4): 260-263.
- (20) Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. Journal of the American Medical Directors Association 2003; 4:9-15.
- (21) Merskey H, Bogduk N. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. En: Merskey H, Bogduk N (Eds.). Classification of chronic pain, IASP task force on taxonomy (2 ed). Seattle, WA: IASP Press; 1994; pp. 209 – 214.
- (22) La técnica de relajación muscular progresiva paso a paso. [Consultado el 25 de febrero 2022] Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/relajacion-muscular-progresiva>.
- (23) Manejo del dolor crónico: distracción, ejercicio y relajación. [Consultado el 25 de febrero 2022] Disponible en: <https://saludesfera.com/2019/11/11/manejo-del-dolor-cronico-distraccion-ejercicio-y-relajacion/>