

Análisis de los diagnósticos de enfermería: dolor agudo y dolor crónico

M^a Victoria González Rodríguez. Alicia de Diego Fernández

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón 2, 3^a planta. Avda Complutense s/n. 28040 Madrid.

vickygr90@hotmail.com
aliciadediegofdez@gmail.com

Tutor

Alfonso Meneses Monroy

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón 2, 3^a planta. Avda Complutense s/n. 28040 Madrid.

ameneses@enf.ucm.es

Resumen: tanto el dolor agudo como el dolor crónico no son revisados desde 1996, este trabajo pretende analizar las definiciones, características definitorias y factores relacionados propuestos por la NANDA. Para llevarlo a cabo hemos realizado una revisión bibliográfica que intenta concretar cada uno de los aspectos de la dimensión del diagnóstico, así como los estudios más recientes que hacen alusión a las intervenciones de cada uno de ellos. En comparación estos diagnósticos presentan características diferentes; el dolor agudo se considera un síntoma como consecuencia de un daño tisular, equiparable a un signo de alerta, que responde al tratamiento y desaparece con la remisión del daño que lo provocó. Además va acompañado de alteración autonómica, conductual y verbal asociadas generalmente a la ansiedad. Por otro lado, aunque el inicio del dolor crónico es similar al del dolor agudo, carece de valor biológico y se considera destructivo a nivel físico, psicológico y social. No existe una relación aparente entre la magnitud de la lesión y el dolor experimentado, no responde al tratamiento encaminado a restaurar el daño físico, pero sí a morfina y a otros opiáceos. Fundamentalmente está asociado a la depresión y no es considerado un síntoma sino una enfermedad.

Palabra clave: Diagnóstico de enfermería. Dolor. Dolor crónico.

Abstract: Both acute pain and chronic pain haven't been reviewed since 1996, this essay tries to analyze definitions, defining characteristics and related factors proposed by NANDA. To do this, we've done a bibliographic review that tries to fix all the aspects of the dimension of the diagnosis as well as the more recent studies referring to the interventions of each one of them. However, these diagnoses have different characteristics, acute pain is considered to be a symptom as a result of tissue damage, comparable to a warning sign that responds to the treatment and it disappears with

the remission of the damage that caused it. Besides alteration is accompanied by autonomic and verbal behaviour usually associated with anxiety. On the other hand, although the onset of chronic pain is similar to acute pain, it has no biological value and it is considered to be destructive from a physical, psychological and social point of view. There is no an apparent relationship between the magnitude of the injury and the experienced pain, not responding to treatment aimed at restoring physical damage, but morphine and other opiates. Primarily it is associated with depression and it is not considered to be a symptom but a disease.

Keyword: Nursing diagnosis. Pain. Chronic pain.

INTRODUCCIÓN

Concepto y evolución histórica

Los diagnósticos de enfermería surgieron como necesidad de un sistema de clasificación, para describir y desarrollar un fundamento científico firme que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional. De esta manera el diagnóstico enfermero trajo consigo una identificación más clara del cuerpo de conocimientos de la enfermería y por consiguiente una mayor responsabilidad y autonomía profesional⁽¹⁾ Según Maas, Hardy y Craft en 1990, para que la ciencia de una disciplina práctica progrese, deben identificarse, definirse y validarse empíricamente los conceptos que describen las materias objeto de la especialidad⁽²⁾.

El concepto de diagnóstico se puede contemplar desde una perspectiva médica o enfermera; desde el punto de vista médico y según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (D.R.A.E.) se define como “arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de los síntomas y signos”⁽³⁾. Sin embargo, en enfermería el concepto de diagnóstico ha ido evolucionando gracias a las aportaciones de diferentes autores; Gebbie y Lavin en 1975 lo definieron como un juicio o conclusión que suceden como respuesta de una valoración de enfermería. Gordon en 1976 como los problemas potenciales o reales de la salud tratados por enfermeras, quienes gracias a su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para ello⁽⁴⁾.

La North American Nursing Diagnosis Association -**NANDA**- en 1990 estableció el concepto de que un Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. El Diagnóstico de Enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería que conduzcan a los resultados de los que es responsable la enfermera. Finalmente la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería -AENTDE- en 2001 define diagnóstico como un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente⁽⁵⁾.

En 1953, Vera Fry introdujo el término diagnóstico de enfermería para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería. Años más tarde Johnson, Abdellah y otras autoras escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente⁽⁶⁾.

Durante 1960 en EEUU surge un debate sobre el uso del término diagnóstico de enfermería, diez años más tarde se ofreció a las enfermeras de Norteamérica la oportunidad de colaborar en un proyecto en el cual se intentaba demostrar las ventajas del trabajo en equipo para el cuidado de los enfermos, fueron a buscar ayuda a la escuela de enfermería de "San Luis", Missouri, su petición inició el proceso.

En 1973 Kistine Gebbie y Mary Ann Lavin, convocaron un grupo de enfermeras y organizaron la Primera Conferencia Nacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Formaron la sección especial del Grupo Nacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería, a partir de entonces se reunieron cada dos años.

En 1977 se desarrolla la Tercera Conferencia Nacional, en la invitaron un grupo de catorce teóricas presidido por Callista Roy para comenzar a trabajar sobre la base conceptual del esquema de clasificación, pidiéndole que desarrollara una estructura taxonómica útil y manejable.

Cuatro años más tarde, se realiza la Quinta Conferencia nacional en la que se presentan los resultados del trabajo del equipo anterior, los nueve patrones del hombre unitario. Esta sección especial desaparece, apareciendo en su lugar la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) con el objetivo de crear una organización más formal.

Margory Gordon en este mismo año identifica los Patrones funcionales de salud, que son la expresión de la integración bio-psico-social del individuo, familia y comunidad. La NANDA adopta esta clasificación con la finalidad de agruparlos a través de los Patrones Funcionales de Salud.

En la séptima conferencia nacional, efectuada en 1986, se introduce el término de Patrones de Respuesta Humana (PRh), aprobándose así la Taxonomía I de la NANDA (los diagnósticos de enfermería incluidos en los nueve patrones)⁽⁵⁾.

En 1990, tiene lugar la novena conferencia de la NANDA, donde se realizó la presentación de la versión inicial de la Taxonomía II NANDA del concepto de ejes presentados por Hoskins, desde entonces comenzaron los estudios comparativos con otras clasificaciones y taxonomía entre grupos interdisciplinarios⁽⁶⁾.

Posteriormente se realiza una revisión de la Taxonomía I en la décima conferencia de la NANDA en 1992, dos años más tarde, se identifica la permanente colaboración entre NANDA, la Asociación Internacional de Enfermeras (ANA) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁽⁷⁾.

En Pittsburg, durante la duodécima conferencia NANDA en 1996 se habló del sistema de clasificación:

- **NIC:** sistema de clasificación de intervenciones de enfermería en la que se proponen actividades.
- **NOC:** sistema de clasificación de resultados.
- **Eje:** dimensión de la condición humana considerada en el proceso diagnóstico.

Dos años más tarde se presenta la Taxonomía II (aprobada en el año 2000). Se producen dos cambios en la estructura taxonómica, una estructura multiaxial con siete ejes y la sustitución de los patrones de respuesta humana, por doce dominios basados en los patrones de salud y cada uno de ellos divididos en clases⁽⁵⁾.

Respecto a la estructura de los diagnósticos podemos dividirlos en cuatro partes. La primera es el título que es el nombre del diagnóstico, definición del diagnóstico, características que lo definen (signos y síntomas) y factores relacionados o de riesgo. No todas estas partes están presentes en todos los diagnósticos, variará en función del tipo, diagnóstico real, de alto riesgo, posibles, de bienestar y síndrome.

La manera de enunciarlos relaciona las distintas partes del diagnóstico con los diferentes tipos, basándose en el modelo P.E.S. establecido por Gordon en 1976⁽⁷⁾.

Respecto a los problemas interdisciplinarios o problemas de colaboración también son abordados por las enfermeras mediante actuaciones prescritas por el médico e intervenciones propias para minimizar las complicaciones, Carpenito (1984)⁽³⁾.

Concepto de dolor

Según la International Association for the Study of Pain (IASP) el dolor es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. El dolor es, por tanto, subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. El proceso del dolor se inicia con la activación y sensibilización periférica donde tiene lugar la transducción por la cual un estímulo nociceptivo se transforma en impulso eléctrico. La fibra nerviosa estimulada inicia un impulso nervioso denominado potencial de acción que es conducido hasta la segunda neurona localizada en el asta dorsal de la médula. En el proceso de modulación, en el asta dorsal de la médula, intervienen las proyecciones de las fibras periféricas y las fibras descendentes de centros superiores. La transmisión de los impulsos depende de la acción de los neurotransmisores. Por último, tiene lugar el reconocimiento por parte de los centros superiores del SNC (Sistema nervioso central) o integración⁽⁸⁾.

Existen dos tipos de dolor, cuya principal diferencia reside en la temporalidad y en el mecanismo de producción, siendo el dolor agudo consecuencia de una lesión súbita y corta y con un periodo duración inferior a 6 meses. Cuando supera este periodo de tiempo y además es el resultado de una lesión tisular crónica, estamos ante un dolor crónico⁽⁸⁾.

Importancia del problema

El dolor, en general, tiene una alta prevalencia y un gran impacto individual, familiar, laboral, social y económico, aumentando con la edad hasta un 42,6% de los mayores de 65 años.⁹ Epidemiológicamente está demostrado que afecta más a la mujer que al hombre y según el grupo de edad prevalece un tipo u otro siendo en los jóvenes el dolor de cabeza y en los mayores de 65 el dolor en extremidades inferiores. Se trata de la manifestación clínica más frecuente, que independientemente de la edad incide en las actividades de la vida diaria en un 56% de los casos⁽⁸⁾.

El 61,7% de las personas con dolor toman algún fármaco, de los cuales el 29% se automedican.

Estos datos demuestran que el manejo del dolor no es el adecuado, las causas principales se orientan en tres áreas fundamentales; en el ámbito profesional el dolor tiene una escasa importancia en el periodo de formación, encontrándose con dificultades para acceder a la literatura adecuada y por consiguiente desconocimiento científico de los diferentes cuadros junto con problemas burocráticos en determinadas prescripciones. En el caso de la población es la escasa cultura sanitaria, tabúes y miedos desmedidos a determinados fármacos lo que dificulta el manejo. La escasa sensibilidad a los pacientes afectos de dolor y el mínimo apoyo a los profesionales en medios diagnósticos, terapéuticos y en formación, son los problemas que presenta la administración sanitaria⁽⁸⁾.

DOLOR AGUDO

Definición

La International Association for the Study of Pain (IASP) lo define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses⁽¹⁾.

Respecto al criterio temporal la última clasificación de la IASP establece no dos, sino cuatro tipos de dolor; el **dolor agudo** con una duración inferior a 3 meses y no a 6, que actúa a modo de sistema de alarma; el **dolor subagudo** también con una duración inferior a 3 meses pero no posee ese componente de alarma, el ejemplo más claro sería el dolor postoperatorio; el **dolor crónico** cuya duración es superior a 3 meses,

carece de misión protectora, considerándose una enfermedad más que un síntoma, y persiste después de la lesión y por último el **dolor incidental** que es el dolor al margen del dolor basal, apareciendo de forma inesperada y con fuerte intensidad como el que se da por ejemplo en un paciente con fractura costal al toser⁽⁹⁾.

Todas las características definitorias del dolor agudo tienen una serie de rasgos comunes: tienen una finalidad inicial biológica, una duración temporal, su mecanismo generador es unifactorial, hay una mayor afectación orgánica que psíquica, el sistema nervioso simpático emite una respuesta orgánica adrenérgica, el componente afectivo principal es la ansiedad, no se produce un agotamiento físico y el objetivo terapéutico es el alivio⁽¹⁰⁾.

Características definitorias

Las manifestaciones de dolor que abordaremos en primer lugar hacen referencia al nivel de atención del paciente. La NANDA describe tres manifestaciones; **estrechamiento del foco de atención** entendido como una alteración de la percepción del tiempo, deterioro de los procesos de pensamiento, reducción de la interacción con las personas y con el entorno. **Centrar la atención en sí mismo** y **conductas de distracción** descrita como caminar de un lado a otro, búsqueda de otras personas o actividades, actividades repetitivas.

Todas se basan en que la respuesta ante un dolor agudo es el estrés, puesto que este es una respuesta no específica del organismo a una agresión o a una estimulación. La manera en la que interviene el estrés es a través de dos niveles de defensa que interactúan entre ellos; el sistema nervioso y el sistema endocrino. Como consecuencia se produce una estimulación del hipotálamo que provoca, por una parte, un aumento del tono simpático y por otra, un aumento de las secreciones del eje hipotálamo-hipofisario, de la médula suprarrenal como noradrenalina y adrenalina y de la corteza suprarrenal como cortisol (respuesta al estrés y antiinflamatorio). Esto se traduce en una alteración de la vigilia, hipervigilia, situación en la que se **focaliza la atención** ante un problema concreto, en este caso, el dolor, disminuyendo la interacción con el medio y otras personas. El aumento del nivel de conciencia conlleva la alteración del proceso del pensamiento así como de la percepción temporal⁽¹¹⁾.

El hecho de que el paciente centre la atención en sí mismo se debe a que el dolor exige nuestra atención y el mantenimiento de esa vigilancia aumenta la intensidad del dolor mientras que las técnicas de distracción disminuyen su intensidad, de ahí que observemos en el paciente determinadas **conductas de distracción** que le permitan focalizar su atención en otra dirección distinta al dolor⁽¹¹⁾.

Según la teoría de Selye, en el estrés existe una adaptación local que incluye la respuesta inflamatoria, la cual es inespecífica a todos los factores que la causan, sin importar que sean fisiológicos, psicológicos o sociales.

Durante la fase aguda del estrés, la “respuesta simpática de ataque o fuga” estimula la liberación de catecolaminas en la corteza suprarrenal adrenocorticotrópica. Es una reacción de alarma defensiva y antiinflamatoria, pero de duración limitada, por lo que se puede decir que el dolor agudo actúa como una alarma a nivel del tejido lesionado y avisa de la agresión contra el mismo⁽⁹⁾.

La liberación de catecolaminas especialmente de adrenalina tiene, entre otras acciones, varias que justifican manifestaciones propuestas por la NANDA en el diagnóstico de dolor agudo. Aumenta la tensión arterial en las arteriolas, en las que tiene lugar una vasoconstricción que provoca un aumento de la presión, aumento del ritmo cardíaco, dilatación de la pupila para tener una mejor visión y aumento de la respiración⁽¹²⁾.

El conjunto de efectos hace posible que en un paciente con dolor observemos; [cambios de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, dilatación pupilar y aumento de la frecuencia respiratoria](#)⁽¹²⁾.

El componente conductual del dolor, nos proporciona la justificación de seis manifestaciones, todas aquellas que comunican a otros que se está experimentando dolor; [Informe verbal de dolor, observación de evidencias de dolor, postura para evitar el dolor, mascara facial](#) (p.ej., ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos). En relación a estas manifestaciones Keefe y Block en 1982, realizaron una clasificación para facilitar su registro, por lo que las podemos considerar las primeras manifestaciones de este síntoma⁽¹³⁾ y además acontecimientos registrables y por tanto objetivos⁽¹⁴⁾.

Otros autores realizan una clasificación dentro del componente conductual del dolor diferenciando entre manifestaciones verbales y no verbales que se pueden observar en la persona que sufre (quejas, postura antiálgica, imposibilidad de mantener una conducta normal, etc.) además consideran que en ella interfieren las reacciones del entorno familiar y profesional⁽¹⁵⁾.

La importancia fisiológica del dolor radica en que tiene un significado biológico de preservación de la integridad del individuo, es un mecanismo de protección, que aparece cada vez que existe una lesión y que es capaz de producir una reacción para eliminar de manera oportuna el estímulo doloroso. Esta estimulación generan actos instintivos, que dan lugar al componente conductual que observamos, y son capaces de activar el cerebro en su totalidad y poner en marcha potentes mecanismos encaminados a una reacción de huida, retirada, evitación y/o búsqueda de ayuda para aliviarlo⁽¹⁵⁾. Estas reacciones son las que la NANDA identifica como [postura para evitar el dolor](#) o [conducta defensiva](#).

El ciclo sueño-vigilia es un proceso que presenta relaciones recíprocas intensas con los fenómenos que afectan al organismo, es más, se ha venido evidenciando que las características del patrón de sueño en una noche particular, dependerán de las

actividades y sucesos que el sujeto haya experimentado durante la vigilia previa. Respecto a esto, cabe destacar el estrés, el cual produce un esfuerzo adaptativo del organismo ante situaciones de demanda fuera de lo ordinario.¹⁶ Las alteraciones del sueño como consecuencia del estrés se pueden ver desde una perspectiva bidireccional, ya que las alteraciones del sueño producen estrés y, a su vez, el estrés genera [trastornos del sueño](#)⁽¹⁷⁾.

La estimulación hipotalámica está implicada en multitud de funciones del organismo, entre ellas, la regulación del apetito⁽¹⁸⁾. La sensación de hambre aparece, fundamentalmente, por la necesidad de cubrir el requerimiento energético del organismo.

Cuando se estimula el centro del hambre, aparece la sensación de apetito y cuando el centro de saciedad es estimulado el deseo o necesidad de comer se detiene. Por tanto, existe una gran implicación del cerebro en el acto de alimentarse. En la ingesta de alimentos (apetito) y el fin de esta ingesta (saciedad o sensación de plenitud) están condicionadas por el sistema nervioso autónomo y la producción hormonal⁽¹⁸⁾.

El daño tisular libera sustancias químicas con capacidad algogénica en torno a los nociceptores, estas sustancias son mediadoras de la nocicepción e inflamación y pueden tener tres orígenes; a partir de células dañadas, células inflamatorias o de los propios nociceptores. Dentro de las células inflamatorias los mastocitos son las células encargadas de sintetizar y almacenar histamina, cuya producción puede ser también estimulada por la presencia de sustancia P, sustancia relacionada con el gen de la calcitonina y neurocinina A. También cabe destacar en el proceso de inflamación la presencia de serotonina, presente en las plaquetas⁽¹⁰⁾.

A nivel central, la serotonina se presenta quizás, como, el principal neurotransmisor en cargado organizar y consolidar la sensación de saciedad. En la actualidad se conocen 14 tipos diferentes de receptores para serotonina, ampliamente distribuidos en el cerebro; entre ellos, el 5-HT1b y el 5-HT2c, son los responsables del comienzo de la sensación de saciedad⁽¹⁹⁾.

Las histaminas son otras aminas con efecto anorexígeno, por receptores específicos a nivel cerebral⁽¹⁹⁾. La liberación de estos dos neurotransmisores explicaría que se puedan producir [cambios en el apetito](#) en pacientes con dolor. Sin embargo, la literatura que relaciona la histamina con el sueño presenta una gran cantidad de datos contradictorios, un análisis puntual de los trabajos publicados indica que un efecto sistemático en todos los reportes, es la disminución de sueño MOR consecutivo a la administración de antihistamínicos⁽¹⁶⁾.

Otras sustancias del proceso inflamatorio que tiene carácter anorexígeno son el Factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y las interleukinas 1 y 6⁽¹⁹⁾.

Factores relacionados

Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)

Según la Real Academia de la Lengua Española, un agente es “persona o cosa que realiza la acción del verbo” y lesivo aquello que “causa lesión” es decir, “daño o detrimento corporal”, esto nos hace entender que los agentes lesivos son todos aquellos que causen lesión⁽³⁾.

La NANDA identifica como causa del dolor agudo cualquier agente lesivo, entendido como el estímulo que activa los receptores nociceptivos⁽¹⁾ se transmiten en forma de impulsos nerviosos a la médula y llegan a la corteza produciendo la sensación dolorosa o desagradable. Los podemos clasificar en térmicos, mecánicos o químicos, y tienen en común la capacidad de producir un daño tisular⁽³⁾.

DOLOR CRÓNICO

Definición

La International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional para el estudio del dolor) lo define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses⁽¹⁾.

Existen otras definiciones en las que se considera el término como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma⁽²⁰⁾.

La definición de cualquier concepto que tenga relevancia con el bienestar humano y que pueda tener profundas consecuencias legales y sociales deberá de ser analizada no exclusivamente en su sentido etimológico, sino también desde el punto de vista holístico.

El término “persistir” define la situación de: continuar en existencia, sobrevivir. Hay autores que evitan usar el término “crónico” ya que el primero es un término más amplio que éste último. “Crónico” ha sido definido en términos de cantidades variables de tiempo y es en todo caso, un *caso* de persistencia⁽²⁰⁾.

David Niv puntualiza: “El dolor crónico no deberá de ser considerado como un simple síntoma, como es el caso de cuando se habla de dolor agudo, debido a que en contraste con éste último, el dolor crónico se debe a mecanismos fisiológicos diferentes, crea las bases para que aparezca un conjunto complejo de cambios

fisiológicos y psicológicos los cuales son una parte integral del problema y que potencian el sufrimiento del paciente con dolor”⁽²¹⁾.

El dolor como enfermedad difiere con otras enfermedades en sus características fundamentales. Se afirma que un paciente sufre de esta o aquella enfermedad cuando los signos y síntomas de dicha condición son inequívocamente reconocidos e identificados, o cuando alguna alteración morfológica, fisiológica o un agente causal se determinan presentes, todo ello independientemente del tratamiento recibido o de otras consideraciones. El dolor crónico, sin embargo, cuando es considerado una enfermedad no cumple lo anterior ya que no dispone de un remedio para alterar su causa o manifestaciones y su correspondiente persistencia en el tiempo⁽²⁰⁾.

Otro argumento que habla a favor del reconocimiento del dolor crónico como una enfermedad, aparte de las conceptualizaciones de carácter social o epidemiológico, emerge de la misma esencia de la definición de “Salud” reconocida y aceptada por la Organización Mundial de la Salud: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”. Podemos seguir comparando el término con otras definiciones aceptadas por la OMS, la de “enfermedad” expresa: “un deterioro de la salud o una condición anormal de funcionamiento” y según el diccionario Oxford de la lengua inglesa: “una condición del cuerpo en la cual las funciones son anormales o desequilibradas”⁽²⁰⁾.

Por lo tanto, en conclusión, si una persona es víctima del dolor crónico no tiene “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, teniendo consecuentemente él o ella “un deterioro de la salud” lo cual se define como enfermedad. Así pues, adhiriéndonos en forma estricta a los términos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dolor crónico constituye una enfermedad por sí misma⁽²⁰⁾.

Todas las características definitorias del dolor crónico tienen una serie de rasgos comunes: tiene una finalidad inútil, destructiva, una duración persistente, su mecanismo generador es multifactorial, hay mayor afectación psíquica que orgánica, el sistema nervioso central emite una respuesta orgánica vegetativa, el componente afectivo principal es la depresión, se produce un agotamiento físico y el objetivo terapéutico es el alivio y la adaptación⁽⁹⁾.

Características definitorias

Los pacientes con dolor crónico suelen evitar realizar gran número de actividades por “miedo al mismo” siendo esta conducta de evitación similar a una conducta fóbica, esto hace que observemos en el paciente [alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas y temor a nuevas lesiones](#). El miedo a padecerlo genera una [conducta defensiva o de protección](#) que predice mejor el nivel de actividad y el grado de discapacidad que sufren los pacientes que la intensidad del trastorno en sí mismo.

Dicho miedo puede crear un estado de hipervigilancia hacia el estímulo doloroso dando lugar a un aumento de la percepción del mismo y manifestaciones como **irritabilidad** o **agitación** en algunas ocasiones, también puede generar “agresividad” dirigida a los demás, ya sean familiares, amigos o profesionales⁽²²⁾, generando una **reducción de la interacción con los demás**. Análisis del Emocionalmente tanto la tristeza como el miedo o la ira suelen concurrir en los pacientes con dolor crónico, por lo que se las suele agrupar en una sola dimensión: “malestar emocional” o “afecto negativo”⁽²²⁾. La ira dirigida hacia sí mismos se asociaba con más dolor y **depresión**. Algunos autores constatan que las consecuencias sociales negativas que tendría la expresión de la ira llevarían a estos pacientes a reprimirla y de ser así, se canalizaría en forma de depresión o ansiedad contribuyendo a su aumento. En otros casos tendería a manifestarse a través de las conductas de dolor, al igual que en el dolor agudo, entendidas como una forma de queja socialmente reconocidas⁽²²⁾. **Informe verbal de dolor, máscara facial o informe codificados**.

El paciente, al percibir el dolor, se siente en ocasiones angustiado y temeroso y en ocasiones excitado o deprimido, determinando un estado motivacional que le lleva a comportarse de tal manera que la sensación dolorosa disminuya o cese completamente. Se establece así una relación circular entre dolor, estado emocional, motivación y conducta⁽²³⁾.

La relación entre dolor crónico y **depresión** es explicada por el modelo de diátesis-estrés de Banks y Kerns(1966), según el cual las demandas impuestas en la vida por el dolor crónico producen cambios cognitivos y conductuales negativos, y son precisamente esos cambios los que después conducen a la depresión. Desde este punto de vista el dolor crónico, es en sí mismo, un estresor que puede provocar grandes cambios siempre que su intensidad, su duración y sus efectos sean lo suficientemente grandes. Pero además en los individuos con factores predisponentes bioquímicos, cognitivos o conductuales pueden derivarse desde rasgos subclínicos no diagnosticados, hasta un episodio depresivo mayor o un desorden distímico⁽²³⁾.

Los cuadros depresivos suelen manifestar: humor deprimido, episodios de llanto, baja autoestima, pensamientos de muerte y suicidio, disminución del sueño, apetito y la libido, niveles bajos de energía y actividad, problemas de concentración, dificultades con la memoria a corto plazo y retraimiento social. Se considera el trastorno más frecuente, por lo que manifestaciones como **cambios en el patrón del sueño y fatiga** quedan justificadas en el dolor crónico.

Apoyando esta relación entre el dolor crónico y la depresión, Wilson en 2002, afirma que los síntomas depresivos, sobre todo los somáticos, pueden ser al mismo tiempo síntomas del componente de enfermedad o biomédico del dolor crónico. Incluso hay investigadores clínicos que proponen entender algunas formas de dolor crónico como variantes de la depresión, entendida como identidad nosológica⁽²³⁾.

En los estudios de Merskey se desprende que, aproximadamente el 50% de los pacientes depresivos hospitalizados tienen dolor crónico como síntoma destacado, y alrededor del 70% de pacientes con dolor crónico presenta depresión secundaria a su cuadro, esta interrelación es debida a que, tanto en la etiopatogenia del dolor, como en la depresión, intervienen factores neurológicos y psicológicos comunes un ejemplo de ello sería la actividad serotoninérgica.

En contraposición Sternbach, a pesar de coincidir en el concepto de que “el dolor crónico y la depresión comparten muchas características similares”, considera que síntomas tales como los trastornos del sueño o la fatiga son atribuidos a una forma de expresión del dolor y no al estado depresivo en sí⁽²³⁾.

La percepción y la experiencia de dolor están compuestas por tres dimensiones básicas: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. Dentro de la dimensión sensorial-discriminativa una de las variables psicológicas más relevantes es la atención y según Hulbert y Poggio la característica más importante del proceso atencional es la atención focalizada; centrar la atención en sí mismo. Si el dolor crónico viene asociado a la depresión es habitual encontrar problemas de concentración y atención focalizada en su propio problema e incapacidad⁽²³⁾.

Respecto a las posturas antiálgicas se ha demostrado su relación con las contracturas musculares, en esta situación, el paciente opta por moverse lo menos posible favoreciendo la [atrofia muscular](#) y la osteoporosis, pudiendo incluso alterar la marcha como consecuencia de una postura inadecuada⁽²³⁾.

Cuando el dolor se prolonga a lo largo del tiempo se produce una respuesta vegetativa que modifica la sensibilidad del receptor, disminuyendo el umbral de excitación o aumentando el número de receptores, proceso denominado regulación hacia arriba o suprarregulación, siendo el resultado de esto la hipersensibilidad⁽¹⁰⁾ que la NANDA incluye dentro de las respuestas del sistema nervioso simpático.

Cuando enfocamos al paciente con dolor y tratamos de clasificarlo, hablamos de dolor agudo o crónico, también de dolor somático, visceral, neuropático o psicógeno, pero casi nunca se habla del dolor simpático. La realidad es que el sistema nervioso simpático tiene dos papeles en el paciente con dolor: el dolor con componente simpático en dolor neuropático y en el dolor visceral cuya transmisión se realiza por vía simpática y es la explicación de por qué a veces se emplean terapias neurolíticas de la cadena simpática en dolor visceral, esto es sin tener en cuenta su participación en los mecanismos reflejos de defensa frente al dolor⁽²⁴⁾. Esto explicaría la [respuesta simpática](#) en el dolor crónico.

En contraposición hay autores que tras considerar el dolor agudo lo entienden como un sistema de alarma encaminada a evitar una lesión mayor mediante la activación del sistema nervioso simpático. Defienden que cuando el dolor se prolonga, dolor crónico o persistente, se produce una adaptación fisiológica por lo que no se

activa el sistema nervioso simpático, así que deberíamos hablar de una adaptación y no de una respuesta simpática. Esta adaptación se puede acompañar de síntomas depresivos, retraimiento, anorexia, fatiga, somnolencia o insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, ausencia de iniciativa o inactividad⁽¹⁴⁾.

Factores Relacionados

Incapacidad física crónica e Incapacidad psicosocial crónica.

La Real Academia de la Lengua Española define incapacidad como “la falta de capacidad o actitud para hacer algo”⁽³⁾. La NANDA usa este término como factor relacionado del dolor crónico, por lo que entendemos que hace referencia a la ausencia de capacidades o actitudes, tanto físicas como psicosociales, que prolongadas en el tiempo causan dolor⁽¹⁾.

Intervenciones

Para el abordaje del dolor agudo la NIC propone varias intervenciones, las cuales han sido revisadas con el objetivo de concretar su grado de eficacia ante el alivio del dolor. Hemos reflejado los datos más recientes sobre cada una de estas intervenciones y las hemos clasificado en medidas farmacológicas y no farmacológicas, además de agruparlas según la relación existente entre ellas.

Intervenciones no farmacológicas

En los últimos años, han recobrado una importancia especial las terapias no farmacológicas de alivio del dolor, aunque la mayoría de ellas se han usado desde tiempos inmemorables, son terapias alternativas aquellas no empleadas en la llamada medicina convencional o tradicional y comparten el principio de salud como equilibrio entre cuerpo, mente y ambiente externo. Estas terapias alternativas incluyen aquellas intervenciones que no se enseñan ni en la facultad de medicina ni en la escuela de enfermería⁽⁹⁾. Se basan en la idea de autocuración, en el sentido de que el cuerpo posee los mecanismos necesarios para hacer frente a la enfermedad⁽⁹⁾.

Por todo esto existe controversia en el campo relacionado con las terapias alternativas, ya que la mayoría de ellas no están controladas por la ley y hay que saber que no están exentas de riesgos⁽⁹⁾.

Algunas de estas intervenciones son:

5460 Contacto, 1340 Estimulación cutánea y 1540 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS).

El **contacto** proporciona consuelo y comunicación a través de un contacto tipo táctil intencionado. Los autores muestran la relación entre el uso del contacto físico y

la disminución del dolor en determinadas situaciones como la punción venosa, o la extracción de sangre, pero no es algo generalizado⁽²⁵⁾.

Respecto a la [estimulación cutánea](#), hace referencia a la piel y tejidos subyacentes con el objeto de disminuir signos y síntomas indeseables no solo de dolor sino también de espasmo muscular e inflamación. Esta terapia se basa fundamentalmente en la teoría de control de la compuerta, propuesta originalmente en 1965 por Melzack y Wall, sugiere que la estimulación cutánea puede aliviar el dolor mediante la activación de las fibras nerviosas nociceptivas de diámetro grande⁽²⁶⁾. Esta estimulación cutánea la podemos conseguir a través de otras intervenciones como: masaje superficial, presión con o sin masaje, calor o frío superficial, etc.⁽²⁶⁾.

Es preciso mencionar acerca de la [estimulación nerviosa transcutánea](#) que diversos estudios han demostrado que es una técnica eficaz, de manera que se viene considerando no ya como una terapia alternativa sino como una opción médica más en el tratamiento del dolor crónico⁽²⁷⁾. Se define como estimulación de la piel y tejidos subyacentes por medio de vibración eléctrica controlada de baja tensión mediante electrodos y, al igual que el masaje terapéutico, reduce significativamente la intensidad de la percepción del dolor, aunque depende de la localización del dolor⁽²⁸⁾.

Conviene saber que existe una relación dosis-respuesta para el alivio del dolor, con la mayor intensidad de la TENS muestra el mayor efecto, por lo que es preciso que dicha intensidad se ajuste para aliviar el máximo dolor⁽²⁵⁾.

1320 Acupresión

Se trata de la aplicación de presión firme y sostenida en puntos determinados del cuerpo para disminuir el dolor, producir relajación y prevenir o reducir las náuseas⁽²⁷⁾.

Tiene aproximadamente unos 3000 años de antigüedad y es originaria de China. Se utiliza en el tratamiento del dolor crónico y en el dolor agudo en aquellas personas intolerantes a los fármacos⁽⁹⁾.

Concretamente en el caso de la dismenorrea tiene un inmediato efecto analgésico, si se aplica en los puntos adecuados durante 3 meses consecutivos, es eficaz para aliviar el dolor, el nivel de malestar menstrual y el resultado de la dismenorrea⁽²⁹⁾ y por tanto el consumo de fármacos⁽³⁰⁾.

Se utiliza en el tratamiento del dolor crónico su eficacia ha sido documentada, sin embargo, no se puede hablar de ella como una medida general de alivio ya que según los últimos estudios solo es eficaz en determinadas circunstancias, como en el tratamiento del dolor en las articulaciones, fundamentalmente de la rodilla, lo cual puede deberse al efecto placebo, sin embargo, no hay pruebas suficientes para recomendarla como tratamiento para el dolor articular o exclusivo de rodilla.

Podría resultar útil en puntos locales y distales para la sedación y relajación, y así reducir por ejemplo el dolor de cuello crónico⁽³¹⁾. Respecto a la cefalea crónica existen estudios que sugieren que 1 mes de tratamiento de acupresión es más eficaz en la reducción de dolor de cabeza crónico que 1 mes de tratamiento con relajante muscular, y que el efecto dura hasta 6 meses después de la terapia⁽³²⁾.

En definitiva, la **acupresión** puede tener un papel en la reducción del dolor, en el aumento de la satisfacción con el tratamiento del dolor y en la reducción del uso de tratamiento farmacológico⁽³³⁾. Sin embargo, hay una necesidad de mayor investigación⁽³⁴⁾.

4400 Musicoterapia, 1330 Aromaterapia y 5320 Humor.

La **musicoterapia** se define como la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico. Se basa en las propiedades de sonidos armónicos para relajar y liberar tensiones⁽⁹⁾. Existen indicios de que resultaría eficaz en el dolor agudo, sobre todo después de una cirugía, disminuyendo el dolor postoperatorio durante las primeras 24 horas y el consumo de analgésicos durante las primeras 4 horas. Se utiliza en el tratamiento del dolor crónico relacionado con la artritis reumatoide y se ha demostrado que no solo actúa sobre la conducta del individuo sino que hay casos en los que disminuye la percepción del dolor.

En definitiva, se ha demostrado que no solo actúa sobre la conducta del individuo sino que hay casos en los que disminuye la percepción del dolor⁽³⁵⁾.

Por otro lado la **aromaterapia** que se basa en la administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y el confort⁽²⁷⁾.

En determinados estudios realizados observamos que el aroma elegido es la lavanda, y los resultados demuestran que no hay diferencia en la intensidad del dolor entre los pacientes que reciben este aroma a través del aceite de lavanda y los que no lo reciben, tampoco se observa diferencia en el consumo de fármacos, pero sí en el grado de satisfacción general⁽³⁶⁾.

El uso del **humor** como terapia permite que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que le es divertido, gracioso o absurdo para establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos.²⁷ Los estudios más recientes demuestran que tras finalizar un programa de terapia de humor, disminuye significativamente el dolor y la percepción de la soledad, y aumenta considerablemente la felicidad y la satisfacción con la vida, por lo que parece ser una intervención no farmacológica efectiva⁽³⁷⁾.

5900 Distracción, 4330 Terapia artística, 4320 Terapia asistida con animales y 4430 Terapia con juegos.

La **distracción** permite enfocar de manera intencionada la atención para alejarla de sensaciones indeseable, existe una clara diferencia entre la distracción activa y la pasiva, mientras que con la distracción activa se reduce la experiencia del dolor con la pasiva la diferencia es insignificante. Con la distracción activa además aumenta la sensación de placer y disminuye la ansiedad⁽³⁵⁾. Este hecho justifica la aplicación de las siguientes técnicas.

La **terapia artística** consiste en la facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte⁽²⁷⁾. Tras la realización de estas terapias la mayoría de los sujetos expresan su conformidad y su deseo de continuar con dicha terapia. Existen pruebas que demuestran la eficacia del arte como terapia en la reducción de un amplio espectro de síntomas en pacientes con cáncer⁽³⁸⁾.

La **terapia con animales** se basa en la utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación⁽²⁷⁾. Con esta terapia se consiguen resultados positivos sobre todo en pediatría, ya que disminuye la percepción de dolor y aumenta el sentimiento de compañerismo, es decir, que esta terapia sobre todo para los niños puede ser un complemento útil para el tratamiento del dolor⁽³⁹⁾.

En la **terapia con juegos** se utilizan juguetes u otros equipos para ayudar al paciente a comunicar su percepción del mundo y ayudarle en su interacción con el ambiente⁽²⁸⁾. Para ser verdaderamente integral, los cuidados de los niños deben abordar a parte del control del dolor y de los síntomas, las relaciones del niño, esperanzas, temores y deseos. Una de las formas de expresarlo es a través del juego. Por estar en sintonía con los símbolos y los temas del juego, las enfermeras pueden interpretar mejor sus sentimientos y facilitar la comunicación y relación entre padres e hijos⁽⁴⁰⁾.

1380 Aplicación de calor o frío y 1480 Masaje

La aplicación de calor o frío sirve para estimular la piel y los tejidos subcutáneos bien con frío o bien con calor con el fin de disminuir el dolor, espasmos musculares o inflamación. Es una técnica antigua y de utilización universal, sobretodo en el dolor bien localizado⁽²⁷⁾.

Su eficacia radica en que la aplicación de calor local produce vasodilatación refleja, aumenta la permeabilidad capilar de la región tratada y mejora sus condiciones metabólicas. Los baños calientes, los rayos infrarrojos, las compresas calientes, y las bolsas de agua caliente, entre otras son las más utilizadas. La aplicación local de frío produce vasoconstricción seguida de vasodilatación, la disminución inicial de flujo sanguíneo se acompaña de un descenso de la velocidad de conducción nerviosa y de relajación muscular, enlenteciendo la conducción de los impulsos nerviosos al cerebro, y así mismo de los estímulos motores cerebrales a los músculos de la zona dolorosa.

Esta aplicación de frío se hace a través de la utilización directa de una bolsa sobre la zona por tratar. El frío presenta a veces más ventajas y menos efectos secundarios que el calor, aunque hay que ser prudentes en pacientes con patología vascular. El calor está contraindicado en quemaduras, inflamaciones y hemorragias y es preciso saber que para conseguir un alivio rápido y prolongado las compresas frías son más eficaces que las calientes.

En general, los dolores asociados a los procesos oncológicos, como los posturales y contracturas musculares responden bien al calor. Un dolor localizado en la zona tumoral o en zonas inflamatorias responden mejor al frío. El frío presenta a veces más ventajas y menos efectos secundarios que el calor, aunque hay que ser prudentes en pacientes con patología vascular. El calor está contraindicado en quemaduras, inflamaciones y hemorragias y es preciso saber que para conseguir un rápido y prolongado alivio las compresas frías son más eficaces que las calientes⁽⁴¹⁾.

La terapia de **masaje** se basa en la estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación⁽²⁷⁾.

Según los últimos estudios la eficacia de los masajes en el alivio de dolor depende del tipo de dolor y de las circunstancias del paciente, por ejemplo, en el caso del dolor neuropático se sabe que sólo responde parcialmente a la mayoría de las intervenciones, sin embargo, tanto la acupuntura como la terapia de masaje pueden aliviarlo⁽⁴²⁾. En el caso del dolor crónico general el masaje se asocia a una menor limitación física, mejor salud emocional, menos fatiga y mayor energía, sin embargo la presentación de todas estas ventajas depende de diferentes factores como la edad del paciente y el nivel cultural⁽⁴³⁾.

Con todo esto podemos determinar que muchas causas de dolor no responden al masaje sin embargo hay situaciones en las que la terapia de masaje mejora la calidad de vida de las personas⁽⁴³⁾.

4920 Escucha activa y 5340 Presencia.

La **escucha activa** implica gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente⁽²⁷⁾. Como en toda relación el discurso enfermera-paciente se produce en el encuentro entre dos agentes sociales cada uno de los cuales aporta sus propios valores, cualidades y biografía personal, todo ello en el marco de un determinado medio social y cultural.

Existe una proximidad afectiva que debe ser modulada para favorecer la confianza entre ambos sujetos y la forma de conseguirlo no solo debe ser a través de la escucha activa sino también de la empatía y el respeto hacia el paciente⁽⁴⁴⁾.

Presencia significa permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica. Está demostrado que el apoyo enfermero tiene un impacto positivo en el paciente⁽⁴⁵⁾ puesto que aquellos que se sienten apoyados por los profesionales dicen sentirse alentados y escuchados, mientras que ante la falta de comunicación, de continuidad de la atención y ausencia de habilidades para escuchar, se sienten insatisfechos⁽⁴⁶⁾.

6480 Manejo ambiental y 6482 Manejo ambiental: confort y 1400 Manejo del dolor.

El **manejo ambiental** es la manipulación del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico, mientras que para alcanzar el **confort** lo que hay que saber manejar es el entorno y así alcanzar una comodidad óptima.

Las técnicas anteriores se suelen utilizar para favorecer el propio **manejo del dolor** que consiste en aliviarlo o disminuirlo a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. Algunos estudios revelan que el nivel de conocimientos de la enfermera sobre el dolor no es demasiado elevado, siendo este conocimiento necesario para poder elegir la intervención del alivio del dolor específica para cada situación y ser capaz de evaluar su impacto⁽⁴⁷⁾.

6040 Terapia de relajación simple, 5880 Técnicas de relajación y 5360 Terapia de entrenamiento.

Dentro de la **terapia de relajación simple** entendida como el uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad, se encuentran las técnicas de relajación⁽²⁷⁾.

Por ejemplo las **técnicas de relajación** sirven de distracción ante el dolor, para mejorar el manejo del estrés y ayudar a dormir. El método más utilizado y mejor estudiado es la relajación muscular progresiva que tiene un buen cumplimiento, ya que es fácil de aprender y tiene una alta credibilidad para los pacientes⁽⁴⁸⁾.

Además sirven para la disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda, son una parte integral del tratamiento psicológico del dolor crónico.²⁸ Estas técnicas sirven de distracción ante el dolor, para mejorar el manejo del estrés y ayudar a dormir. El método más utilizado y mejor estudiado es la relajación muscular progresiva que tiene un buen cumplimiento, ya que es fácil de aprender y tiene una alta credibilidad para los pacientes⁽⁴⁸⁾.

Otra forma no solo de fomentar la relajación sino de potenciar las capacidades es a través de la **terapia de entrenamiento**.

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

Con la [enseñanza de medicamentos prescritos](#) se pretende preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos⁽²⁷⁾. Una intervención educativa de enfermería con la entrega de material gráfico sugiere que puede reducir la percepción individual del dolor agudo del paciente así como disminuir el porcentaje de pacientes con problemas en el manejo de la analgesia, mejorar el cumplimiento y la adhesión al tratamiento⁽⁴⁹⁾.

Intervenciones farmacológicas

2210 Administración de analgésicos, 2214 Administración de analgésicos: intraespinal, 2840 Administración de anestesia y 2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP):

La [administración de analgésicos](#) consiste en la utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor⁽²⁷⁾. Para un correcto tratamiento de este, se deben identificar y evaluar los síndromes dolorosos más comunes y es necesaria una formación adecuada de los profesionales de enfermería para realizar un tratamiento satisfactorio del dolor.

La analgesia por placebo, es la creencia de que un tratamiento es eficaz para la reducción del dolor aun sin efecto farmacodinámico alguno, pero se trata de un efecto real y fácilmente cuantificable a nivel neuronal debido a la liberación de opioides endógenos⁽⁵⁰⁾.

Prescripción enfermera

Con la modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE núm. 315, de 31-12-2009), los enfermeros podemos indicar, usar y autorizar, de forma autónoma, todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. Nos vemos amparados por la normativa para prescribir todo este compendio de sustancias farmacológicamente activas en el trascurso de nuestro proceder asistencial, ya que la mayoría de ellos ni tan siquiera están catalogados como medicamentos y algunos de los que están, no necesitan receta médica⁽⁵¹⁾.

La administración de [analgésicos vía intraespinal](#) hace referencia al espacio epidural o intratecal, es decir, administrar analgesia directamente en el sistema nervioso central, se considera la analgesia más potente y efectiva. Su administración se hace a través de catéteres epidurales colocados por un anestesista⁽⁹⁾. Es muy efectivo en pacientes que presenten dolor difuso, debido por ejemplo a la presencia de metástasis múltiples, gracias a la colocación de este catéter resulta más fácil regular la

dosis de los opioides y de agentes analgésicos, así como disminuir la incidencia de los efectos secundarios⁽⁵²⁾.

Respecto a la **anestesia** consiste en la preparación y administración de agentes anestésicos y vigilancia de la respuesta del paciente durante la administración.

Hay estudios que demuestran que ante la presencia de anestesia local se produce una disminución de la tensión arterial al igual que la frecuencia cardíaca y respiratoria, en las mediciones de laboratorio se observa disminución de los niveles de glucosa y cortisol al igual que la prolactina, sin embargo, la insulina asciende de forma significativa. Es decir, que el uso de anestesia ante el dolor disminuye la respuesta metabólica y la intensidad del dolor⁽⁵³⁾.

La **analgesia controlada por el paciente** facilita el control por su parte de la administración y regulación de los analgésicos⁽²⁷⁾.

Se trata de una bomba de infusión especial que administra analgésicos por vía intravenosa y que permite al paciente controlar la cantidad que recibe del mismo para aliviar su dolor. A través de un botón que el paciente presiona se libera el analgésico. Él es quien controla la liberación de analgésico según sus necesidades, de tal manera que la bomba está programada para evitar la sobredosificación con sus consiguientes efectos adversos, especialmente en dolores postoperatorios⁽⁹⁾. Está demostrado que la eficacia y seguridad de la analgesia controlada por el paciente se asocia con un mayor grado de satisfacción⁽⁵⁴⁾.

CONCLUSIONES

Nuestra propuesta es mejorar la definición del término de dolor agudo, basándonos en la nueva clasificación de la IASP en la que se determinan cuatro tipos de dolor siendo el agudo menor de 3 meses. Respecto a la definición de la NANDA consideramos sustituir en la definición del diagnóstico "un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses" por "un final anticipado o previsible o una duración menor de 6 meses", puesto que para identificar el dolor agudo no es necesario que ese dolor tenga un final previsible y que además tenga una duración inferior de seis meses. Con uno de los dos criterios sería suficiente para establecer este diagnóstico. Lo definiríamos entonces como "experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible o una duración menor de 3 meses. El objetivo de esta concreción es poder identificar el tipo de dolor lo antes posible estableciendo las intervenciones adecuadas ya que el abordaje de ambos es diferente.

Respecto a las manifestaciones que hacen referencia al nivel de alerta del paciente (focalizar la atención ante un problema concreto, estrechamiento del foco de atención y centrar la atención en sí mismo) proponemos unificarlas en estado de hipervigilia para evitar ambigüedades y confusión con características que también se dan en el dolor crónico pero de manera aislada sin asociarse a otras alteraciones de la atención, es el caso de centrar la atención en sí mismo, que no se acompaña de otros trastornos de la atención.

Respecto a los agentes lesivos que propone la NANDA para el dolor agudo tienen la capacidad de producir un daño tisular excepto los agentes psicológicos. Se ha valorado la presencia de estos referida a que un trastorno psicológico pueda generar una conducta autolesiva y que esta produzca dolor, pero el dolor estaría generado por la lesión tisular y no por el trastorno psicológico en sí.

Por último las intervenciones del dolor no deberíamos hablar de terapias alternativas si no de terapias complementarias en el tratamiento del dolor, puesto que deben ser un complemento del tratamiento farmacológico o convencional, no sustitutivas.

En cuanto al dolor crónico, La NANDA define los diagnósticos de enfermería como aquellos problemas que la enfermera puede abordar de manera independiente y consideramos que el dolor crónico no cumple este criterio. Son muy pocas las veces en las que la enfermera es capaz de abordar este diagnóstico de manera independiente, puesto que la mayoría de las veces requiere una actuación multidisciplinar, por lo que proponemos revisar la etiqueta del diagnóstico.

También nos gustaría destacar que la publicación de la NANDA 2009-2011 en versión original (inglés) identifica como factores relacionados: “Chronic physical disability” y “Chronic psychosocial disability”. El término disability se traduce textualmente al español como discapacidad y en la versión española de la NANDA se utiliza el término incapacidad⁽¹⁾.

No podemos utilizar estos términos de manera indistinta ya que según La Real Academia de la Lengua Española se define discapacidad como “cualidad de discapacitado”, es decir “persona que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas”⁽³⁾ y no la ausencia completa de las capacidades o actitudes. A su vez, la OMS define el término discapacidad como toda restricción o ausencia para realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Se debe a una deficiencia y está por tanto vinculada a una experiencia de salud. Se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño en una actividad normal rutinaria, de forma temporal o permanente, reversible o irreversible y progresiva o regresiva. Puede ser consecuencia de la deficiencia o el resultado de la respuesta del individuo. Es una objetivación de la deficiencia y refleja alteraciones a nivel de la persona⁽⁵⁵⁾.

Para determinar la discapacidad de una persona según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) propuesta por la OMS en la que se valoran cuatro dimensiones (funciones corporales, estructuras corporales, actividad y participación y factores ambientales) uno de los parámetros que se tiene en cuenta para establecer el grado de discapacidad es el dolor dentro de las funciones corporales⁽⁵⁶⁾ consideramos que no se puede identificar como causa del dolor crónico la discapacidad ya que es el dolor un factor determinante de la misma. En tal caso ambos podrían considerarse síntomas o manifestaciones comunes de una misma enfermedad.

Por último y respecto a las intervenciones del dolor no deberíamos hablar de terapias alternativas si no de terapias complementarias en el tratamiento del dolor, puesto que deben ser un complemento del tratamiento farmacológico o convencional, no sustitutivas⁽⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 Madrid: Elsevier; 2010
2. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Gill, 1995.
3. Real Academia Española: Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: Espasa-Calpe, 2001
4. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1996
5. Avalos E, Silé V, Roche H, Gómez J. Diagnóstico de enfermería. Evolución histórica y diagnósticos más frecuentes en afecciones cardiovasculares Port Med [Internet]. 2007 Dic [citado 1 Nov 2011]; 2(19):411. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/838/1/Diagnostico-de-Enfermeria-Evolucion-historica-y-diagnosticos-mas-frecuentes-en-afecciones-cardiovasculares.html>
6. Ugalde Apalategui M, Rigol Cuadra, A. Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson; 1995.
7. Luis Rodrigo ML. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.

8. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes [Internet]. Madrid: SEGG; 2007 [citado 4 Nov 2011]. Disponible en: http://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2071_III.pdf
9. Zamora M, Ballesteros R. Atención integral al dolor. Alcalá La Real (Jaén): Formación Alcalá; 2009.
10. Vilorio, M. Dolor crónico. Diagnóstico, clínica y tratamiento. Madrid: Arán; 2007.
11. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. Phys Ther [Internet]. 2011 May [cited 2011 Dic 22];91(5):700-11. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=119&sid=bab1c6f8-b895-4f51-bcd8-316e21c6bf7b%40sessionmgr110>
12. Landsberg L, Young J. Fisiología y farmacología del sistema nervioso autónomo. En: Isselbacher K, Braunwald E, Wilson J D, Martin J, Fauci A, Kasper D. Principios de medicina interna. 13ª ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill; 1994. p. 481-497.
13. Torres M, Compañ V. La experiencia del dolor [Internet]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2006 [citado 22 Dic 2011]. Disponible en: <http://books.google.es/books?id=pv7hW0bCyV0C&pg=PA34&lpg=PA34&dq=componente+conductual+del+dolor&source=bl&ots=iZgnNvCWf-&sig=DltqiOopaMg1rr1hpYnkpE50nBU&hl=es&sa=X&ei=0VTzTo3EJs2ZOtmazaEB&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=true>
14. Von Roenn JH, Paice JA, Preodor ME. Diagnóstico y tratamiento en el dolor. Madrid: McGraw Hill; 2007
15. Rius Llorens C. Aspectos psicológicos del dolor crónico. Rev Rol Enferm. 2009;32(6):444-49
16. Velázquez-Moctezuma J, Rojas-Zamorano JA, Esqueda-León E. Influencia de la respuesta estrés sobre el patrón de sueño. Rev Med UV; 2008 Ene-Jun;8(1):19-23.
17. Río Portilla IY. Estrés y sueño. Rev Mex Neuroci [Internet]. 2006 [citado 20 Ene 2012]; 7(1):15-20. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn061d.pdf>
18. Zheng H, Lenard N, Shin A, Rudolf Berthoud H. Appetite control and energy balance regulation in the modern world: Reward-driven brain overrides repletion signals. Int J Obes [Internet]. 2009 Jun [cited 2012 Jan 20] 33(2):S8–13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19528982>

19. Massó FJ, Garaulet Aza M, García Prieto MD. Regulación del apetito: nuevos conceptos. *Rev Esp Obes* .2003;1(1):13-20.
20. Eduardo Ibarra MD. Una nueva definición de dolor. Un imperativo de nuestros días. *Rev Soc Esp Dolor [Internet]*. 2009 Mar [citado 2 Nov 2011];13(2):65-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
21. Niv D, Devor M. Chronic pain as a disease in its own right. *Pain Practice*. 2004 Sep;4 (3):179-181.
22. Rius Llorens C. Aspectos psicológicos del dolor crónico. *Rev Rol Enferm*. 2009;32(6):444-49.
23. Fundación internacional del dolor [Internet]. [citado 23 Dic 2011] Disponible en: <http://www.fundacioninternacionaldeldolor.org/doloresF.htm>
24. Estupiñám Guzmán JR. El papel del sistema nervioso simpático en dolor oncológico. Bogotá: ACED; 2009.
25. Ruiz Fernández JC, Belinchón Moya C, Fernández Valverde B. Pain during venipuncture. The efficacy of physical contact. *Rev Enferm [Internet]*. 2007 Feb [cited 2012 Jan 12];30(2):29-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17416085>
26. Granados Navarrete I, Abril Sabater D, Alcaraz Busqueta F, Mañé Buixo N, Padilla Ruiz J, Real Gatus J, et al. Una actuación de enfermería: intentar aliviar el dolor en las punciones de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]*. 2005 Sep [citado 12 Ene 2012];8(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113913752005000300006&script=sci_arttext
27. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
28. Escortell Mayor E, Lebríjo Pérez G, Pérez Martín Y, Asúnsolo del Barco A, Riesgo Fuertes R, Saa Requejo C. Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con cervicalgia mecánica en atención primaria: terapia manual frente a electroestimulación nerviosa transcutánea. *Aten Primaria [Internet]*. 2008 [consultado 12 Ene 2012];40(7):337-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18620635>
29. Wong CL, Lai KY, Tse HM. Effects of SP6 acupressure on pain and menstrual distress in young women with dysmenorrhea. *Complement Ther Clin Pract. [Internet]*. 2010 May [cited 2012 Jan 12];16(2):64-9. Disponible en:

[http://www.ctcpjournal.com/article/S1744-3881\(09\)00105-4/abstract](http://www.ctcpjournal.com/article/S1744-3881(09)00105-4/abstract)

30. Cho SH, Hwang EW. Acupressure for primary dysmenorrhoea: a systematic review. *Complement Ther Med*. [Internet]. 2010 Feb [cited 2012 Jan 12];18(1):49-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20178878>
31. Matsubara T, Arai YC, Shiro Y, Shimo K, Nishihara M. Comparative effects of acupressure at local and distal acupuncture points on pain conditions and autonomic function in females with chronic neck pain. [Internet]. 2011 Sep [cited 2012 Jan 12]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/543291/>
32. Hsieh LL, Liou HH, Lee LH, Chen TH, Yen AM. Effect of acupressure and trigger points in treating headache: a randomized controlled trial. *Am J Chin Med* [Internet]. 2010 [cited Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 Jul [cited 2012 Jan 12];06(7). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735441>
33. Ferrández Infante A, García Olmos L, González Gamarra A, Meis Meis MJ, Sánchez Rodríguez BM. Efectividad de la acupuntura en el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla. *Aten Primaria* [Internet]. 2002 Dic [consultado 2012 Ene 12];30(10):602-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12525334>
34. Sen H, Yanarateş O, Sızlan A, Kılıç E, Ozkan S, Dağlı G. The efficiency and duration of the analgesic effects of musical therapy on postoperative pain. *Agri* [Internet]. 2010 Oct [cited 2012 Jan 12];22(4):145-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21153932>
35. Kim JT, Wajda M, Cuff G, Serota D, Schlame M, et al. Evaluation of aromatherapy in treating postoperative pain: pilot study. *Pain Pract* [Internet]. 2006 Dic [cited 2012 Jan 12];6(4):273-7. Disponible en: <http://aromatherapy.ir/article/16.pdf>
36. Tse MM, Lo AP, Cheng TL, Chan EK, Chan AH, Chung HS. Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *J Aging Res* [Internet]. 2010 Jun [cited 2012 Jan 12]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/jar/2010/343574/>
37. Rao D, Nainis N, Williams L, Langner D, Eisin A, Paice J. Art therapy for relief of symptoms associated with HIV/AIDS. *AIDS Care* [Internet]. 2009 Jan [cited 2012 Jan 12];21(1):64-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19085221>

38. Sobo EJ, Eng B, Kassity-Krich N. Canine visitation (pet) therapy: pilot data on decreases in child pain perception. *J Holist Nurs* [Internet]. 2006 Mar [cited 2012 Jan 12];24(1):51-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449747>
39. Van Breemen C. Using play therapy in paediatric palliative care: listening to the story and caring for the body. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2009 Oct [cited 2012 Jan 12];15(10): 510-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20081723>
40. Rodríguez-Hernández JL. Osteomuscular and rheumatic pain. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2004 Mar [cited 2012 Jan 12];11(2):94-102. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462004000200007&script=sci_arttext&tlng=es
41. Norrbrink C, Lundeberg T. Acupuncture and massage therapy for neuropathic pain following spinal cord injury: an exploratory study. *Acupunct Med* [Internet]. 2011 Jun [cited 2012 Jan 12];29(2):108-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21474490>
42. Munk N, Kruger T, Zanjani F. Massage therapy usage and reported health in older adults experiencing persistent pain. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2011 Jul [cited 2012 Jan 12];17(7):609-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21668368>
43. García Laborda A, Rodríguez Rodríguez JC. Factores personales en la relación terapéutica. *Rev Asoc Esp Neurop* [Internet]. 2005 Oct [citado 12 Ene 2012];25(96):29-36. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a03.pdf>
44. Stenner K, Courtenay M. The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008 Aug [cited 2012 Jan 12];63(3):276-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18702774>
45. Matthias MS, Bair MJ, Nyland KA, Huffman MA, Stubbs DL, et al. Self-management support and communication from nurse care managers compared with primary care physicians: a focus group study of patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2010 Mar [cited 2012 Jan 12];11(1):26-34. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/718542>
46. Salvadó Hernández C, Fuentelsaz Gallego C, Arcay Veira C, López Meléndez C, Villar Arnal T, Casas Segala N. Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de

- hospitales de nivel III. *Enferm Clin* [Internet]. 2009 Sep [citado 12 enero 2012];19(6):322-29. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v19n06a13145625pdf001.pdf>
47. Diezemann A. Relaxation techniques for chronic pain. *Schmerz* [Internet]. 2011 Aug [cited 2012 Jan 12];25(4):445-53. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21818724>
48. Font Calafell A, Prat Borrás I, Arnau Bartes A, Torra Feixas MJ, Baeza Ransanz T. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clin* [Internet]. 2011 Feb [citado 2012 Jan 12];21(05):48-55. Disponible en:
<http://0-www.elsevier.es.cisne.sim.ucm.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/intervencion-educativa-enfermeria-gestion-dolor-post-operatorio-cirugia-90028608-originales-2011>.
49. Ramos JMJ. Efecto placebo y dolor bases cerebrales. *Neurología* [Internet]. 2007 [citado 12 Ene 2012];22(2):99-105. Disponible en:
http://portal.uam.es/portal/page/profesor/epd2_asignaturas/asig12344/informacion_academica/Bases%20cerebrales%20del%20efecto%20placebo.pdf
50. Romero Márquez AR. Dolor y fitoterapia en la prescripción enfermera. *Doc Enf*. 2011 Jun; 42:18-23.
51. Plancarte Sánchez R. Terapia implantable en dolor crónico. *Rev Méx Anestesiol* [Internet]. 2006 Abr [citado 12 Ene 2012];29(1):165-166. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cmas061ag.pdf>
52. Paredes Esteban RM, Velasco Sánchez B, Martínez M, Moreno A, Rodríguez Vargas J, et al. Effect of the local anesthesia in the response to the pain. Study in the inguinal herniotomy. *Cir Pediatr* [Internet]. 2008 Jul [cited 2012 Jan 12];21(3):162-66. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18756871>
53. Reinoso-Barbero F, Fernández A, Durán P, Castro LE, Campo G, Melo MM. Analgesia epidural torácica frente a analgesia con fentanilo controlada por el paciente en niños operados de pectus excavatum con la técnica de Nuss . *Rev Esp Anestesiol Reanim* [Internet]. 2010 Abr [citado 12 Ene 2012];57(4):214-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20499799>
54. Ramos Muñoz R. Criterios de valoración del daño corporal. Situación actual. Madrid: Fundación Mapfre; 2009.

55. Egea García C, Sarabia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. [Internet]. 2001 Nov [citado 20 Ene 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/4778947/Clasificaciones-de-las-Discapacidades-OMS>

Recibido: 13 septiembre 2012.

Aceptado: 7 octubre 2012.