

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 1 de 17

1.- OBJETIVO GENERAL:

Unificar criterios para la valoración y manejo del dolor del paciente ingresado en el CEMA/FIFA MEDICAL CENTRE OF EXCELLENCE, proporcionando recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, dirigidas tanto a profesionales sanitarios, no sanitarios, pacientes, familiares y/o cuidadores.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Prevenir el dolor.
- ❖ Disminuir el porcentaje de pacientes con dolor
- ❖ Concientizar a los profesionales sanitarios de la importancia priorizar el alivio del dolor.
- ❖ Optimizar el manejo adecuado de analgesia.

2.- RECEPTOR DEL SERVICIO:

Dirigido a todos los pacientes atendidos en los diferentes servicios (Hospitalización, Urgencias, Quirófano, Recuperación, Consulta externa, Rehabilitación, etc.) Del Centro de Excelencia Médica en Altura.

3.- RESPONSABLES:

El manejo del dolor debe tener un enfoque multidisciplinario:

AREA	PUESTO	FIRMA
Admisión	Responsable de admisión	
Enfermería	Responsable de enfermería	
Servicios médicos	Medico	
Nutrición	Nutrióloga	
Almacén	Responsable de almacén	
Administración	Gerente administrativo	
Imagenología	Responsable de imagenología	
TI	Responsable de multimedios	

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 2 de 17

Enseñanza	Jefatura de enseñanza	
Laboratorio	Responsable de laboratorio	
Calidad	Coordinación de calidad	
Archivo	Responsable de archivo clínico	
Seguridad	Gerencia de seguridad	
Rehabilitación	Responsable de terapia física	
Alimentación	Líder de comedor	
Operaciones	Jefe de mantenimiento	
Psicología	Psicólogo	
Atención al cliente	Responsable de atención al cliente	

4.- EPIDEMIOLOGIA:

- ❖ El dolor tiene una alta prevalencia y un gran impacto individual, familiar, laboral, social y económico.
- ❖ El dolor aumenta con la edad, llegando al 42.6% de los mayores de 65 años.
- ❖ El dolor crónico tiene una alta incidencia, de la tercera parte de la población que refiere haber tenido dolor, el 60.5% lo padecía desde hacía más de tres meses.
- ❖ La mujer está más afectada que el hombre.
- ❖ La población joven padece más dolor de cabeza.
- ❖ La población mayores (> 65 años) padece más dolor en las extremidades inferiores.
- ❖ Hasta el 61,7% de las personas con dolor toman algún fármaco.
- ❖ Hay un 29% de auto prescripción ante la presencia de dolor.
- ❖ Incide en las relaciones de la vida diaria, 56%.

5.- PRINCIPALES PROBLEMAS DE MANEJO DEL DOLOR

El dolor es la manifestación clínica más frecuente. No obstante, su manejo no es todo lo deseable que debiera; las causas de este deficiente manejo se orientan en tres áreas fundamentales:

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 3 de 17

Profesionales:

- Escasa importancia en el período formativo.
- Dificultad para acceder a la literatura adecuada.
- Desconocimiento científico de los diferentes cuadros.
- Dificultades burocráticas en determinadas prescripciones.
- Población:
- Escasa cultura sanitaria, tabúes y miedos desmedidos a determinados fármacos.
- Administración sanitaria:
- Escasa sensibilidad a los pacientes afectados de dolor.
- Mínimo apoyo a los profesionales en medios diagnósticos, terapéuticos y en formación.

6.- ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA ELEMENTALES DEL DOLOR

Receptores nerviosos o receptores nociceptivos, terminaciones libres de fibras nerviosas localizadas en tejido cutáneo, en articulaciones, en músculos y en las paredes de las vísceras que captan los estímulos dolorosos y los transforman en impulsos. Existen tres tipos:

- **Mecanorreceptores:** estimulados por presión de la piel.
- **Termorreceptores:** estimulados por temperaturas extremas.
- **Receptores polimodales:** responden indistintamente a estímulos nociceptivos, mecánicos, térmicos y químicos.

El «proceso del dolor» se inicia con la activación y sensibilización periférica donde tiene lugar la

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 4 de 17

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 la asta dorsal de la médula, estamos hablando de la transmisión. En el proceso de modulación, en la 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.

DOLOR AGUDO: Se considera dolor agudo la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. El dolor agudo se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó.

DOLOR CRÓNICO: es aquel dolor que persiste más allá de la lesión que lo originó y que permanece una vez que dicha lesión desaparece. Generalmente, el dolor crónico es un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución, continúa o en brotes, conlleva la presencia de dolor aun en ausencia de lesión periférica.

La distinción entre ambos tipos de dolor es importante debido a que el dolor crónico es el resultado del agudo, el crónico es el resultado de mecanismos fisiopatológicos distintos a los del agudo. Pero la diferencia más importante es la relación entre lesión y dolor, una relación casi siempre presente en los dolores agudos y que desaparece o es difícil de precisar en el dolor crónico.

DOLOR SOMÁTICO Y DOLOR VISCERAL: El dolor somático es aquel que afecta a la piel, músculos, articulaciones, ligamentos o huesos. Se trata de un dolor bien localizado, circunscrito a la zona dañada y caracterizado por sensaciones claras y precisas. El dolor visceral está producido por lesiones que

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 5 de 17

afectan a órganos internos, por lo que es la forma de dolor que aparece más frecuentemente como consecuencia de enfermedades y es síntoma habitual en la mayor parte de síndromes dolorosos agudos y crónicos de interés clínico.

El dolor visceral posee una serie de características y propiedades que lo diferencian del dolor somático:

- No todas las vísceras son sensibles al dolor.
- Puede aparecer sin tener relación directa con lesiones; por otro lado, algunos tipos de daños viscerales no causan dolor.
- Es un dolor vago, mal localizado y que se extiende más allá de los órganos lesionados.
 - A menudo se refiere a la superficie del organismo en zonas distantes de la víscera que lo origina.
- Va acompañado de intensas reacciones reflejas motoras y vegetativas.

DOLOR NOCICEPTIVO Y DOLOR NEUROPÁTICO: Dolor nociceptivo, dolor normal o sensorial. Forma parte del repertorio de sensaciones normales, como la visión o el tacto. Es aquella forma de dolor que aparece en todos los individuos normales como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión a órganos somáticos o viscerales. El dolor nociceptivo es la consecuencia de la activación del sistema neurofisiológico constituido por nociceptores periféricos, vías centrales de la sensación dolorosa y, finalmente, corteza cerebral. La intensidad y duración de las sensaciones de dolor nociceptivo dependen crucialmente de la modulación de las señales de lesión tisular a lo largo de la vía nociceptiva, pero el dolor nociceptivo se debe siempre a la activación de un sistema sensorial específico encargado de su transmisión.

El dolor neuropático, anormal o patológico, aparece sólo en una minoría de individuos y es el resultado de enfermedad o lesión del SNC o periférico. Son sensaciones aberrantes o anormales de dolor (neuralgia del trigémino, miembro fantasma o causalgia). Entre los dolores de tipo neuropático se

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 6 de 17

encuentran los de presentación espontánea en ausencia de lesión causal, las reducciones anormales del umbral del dolor y los dolores producidos por el tacto y por estímulos mecánicos de baja intensidad. En los casos de dolor neuropático, el sistema nociceptivo se comporta de una forma anormal y estas formas de dolor pueden ser consideradas como expresiones alteradas del sistema neurofisiológico encargado del procesamiento de señales nociceptivas. El síntoma más llamativo del dolor neuropático y hasta cierto punto su característica patognomónica es la falta total de relación causal entre lesión tisular y dolor.

MATERIAL Y SISTEMAS DE REGISTRO

- La institución debe 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.
- Debemos registrar la valoración del dolor de forma regular y sistemática en un formulario normalizado.
- Registro valoración inicial del dolor: Valoración inicial de Enfermería (Anexo I)
- Escalas de valoración del dolor (Anexo II)
- Registro valoración de la intensidad del dolor: Formulario de constantes vitales (Anexo III)
- Agrupación de cuidados. Manejo del dolor. (Anexo IV).

VALORACION DEL DOLOR

Se debe hacer una valoración, al menos una vez al día, de las personas que potencialmente pueden sufrir dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.

La valoración inicial del dolor se realizará al ingreso, dentro de la valoración inicial de Enfermería (Anexo I). Los parámetros del dolor que valoraremos serán:

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



SISTEMA INTEGRAL MODELO PACHUCA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA BY FIFA



MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 7 de 17

- ❖ Localización de dolor.
- ❖ Factores desencadenantes
- ❖ Irradiación del dolor.
- ❖ Intensidad del dolor.
- ❖ Frecuencia temporal (intermitente, continuo).
- ❖ Medicación para el alivio del dolor y efectos adversos.

Para **valorar la intensidad del dolor** se utilizará una herramienta sistemática y validada.

- Escala Numérica (NRS)
- Escala Visual Analógica (EVA)
- Escala Facial
- Escala PAINAD en función de las características de las escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional y de lenguaje).

El resultado numérico (0-10) de la valoración de la intensidad del dolor se registrará en el formulario de constantes vitales.

La enfermera responsable del paciente valorará estos parámetros, los registrará en la Valoración inicial de Enfermería.

El médico y la enfermera asignarán la agrupación de cuidados y manejo del dolor en función de la valoración realizada.

En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el auto informe es la fuente principal para la valoración. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho auto informe, se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 8 de 17

Se comunicará al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor, el alivio o la ausencia de éste, obtenido con el tratamiento, y los efectos que el dolor causa en el enfermo, mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada.

Con ayuda del equipo interdisciplinar estableceremos un **plan de cuidados** compatible con el paciente, en lo que se consideré el alivio del dolor y se tenga 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.
- 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.

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 adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio.

La valoración y revaloraciones periódicas del dolor las establecerá tanto médico como enfermera, de forma programada c/8-6h y/o en función del estado clínico del paciente, dejándolas reflejadas en la programación de las actividades diarias a realizar al paciente (Ejemplo: Agrupación de cuidados: valoración del dolor c/8-6h).

Se validará la intervención registrando intensidad del dolor (formulario de constantes) y añadiendo nota con la revaloración de los parámetros (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, efectos en el

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 9 de 17

sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento...). Si no procede realizar la intervención (Ej. Paciente duerme), se anulará y anotará motivo.

Se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La detección del dolor se realizará a través de auto informe, preguntando al propio paciente o a la familia y/o cuidador, sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.

Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados

- **Tras la intervención quirúrgica**, la valoración se realizará **a su llegada** al servicio y **cada 6h pos intervención**. La enfermera que recibe al paciente realizará la valoración del dolor, la registrará en el kardex y hoja de enfermería (HISTOCLIN) y realizará los cuidados para el manejo del dolor protocolizados. Si no procede realizar la intervención, se anulará y anotará motivo.
- 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.
 - 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, se realice un nuevo procedimiento que se prevea doloroso, 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.
 - Intensidad del dolor actual, calidad y localización.
 - Grado de alivio del dolor conseguido - respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor).

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 10 de 17

- 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.
- 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, y ponerlo en conocimiento del médico responsable.
- Debemos confirmar con los pacientes o con los 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.

7.- MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

- El médico responsable del paciente establecerá cual va a ser el manejo farmacológico del dolor, dejando constar la pauta a seguir en función del tipo de dolor que presente el paciente.
- 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,...), 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.

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

- 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

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 11 de 17

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, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como la vía más eficaz y menos invasiva.

8.- MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DOLOR

- Se deben combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor.
- 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.
- 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.

❖ **APLICACIÓN DE FRÍO.**

- Contribuye a bajar la inflamación y calmar el dolor.
- El frío puede ser húmedo (compresas) ó seco (bolsa de hielo)

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 12 de 17

- 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 o sábana).
- Colocarlo 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 (Agrupación de cuidados. Necesidad: Seguridad. Manejo del dolor: Tratamiento no farmacológico del dolor)

Indicaciones

- Reducir o prevenir inflamaciones por traumatismos (esguinces, bursitis, rotura muscular...)
- 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.

❖ APLICACIÓN DE CALOR

- Contribuye a aliviar el dolor y los espasmos musculares.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 13 de 17

- El calor puede ser húmedo (compresas, baño de agua) o seco (botellas de agua caliente)
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación
- Colocarlo 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.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 14 de 17

❖ 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.

❖ MEDIDAS AMBIENTALES CONFORTABLES

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

❖ INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, PSICOEDUCATIVA Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

- 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 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.
- En líneas generales la **intervención psicológica** en el paciente con dolor, tiene las siguientes finalidades :
 1. - Aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor.
 2. - Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
 3. - Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
 4. - Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



SISTEMA INTEGRAL MODELO PACHUCA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA BY FIFA



MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 15 de 17

inadaptativas.

5. - 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.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 16 de 17

9.- ESCALAS PARA VALORACIÓN DE DOLOR

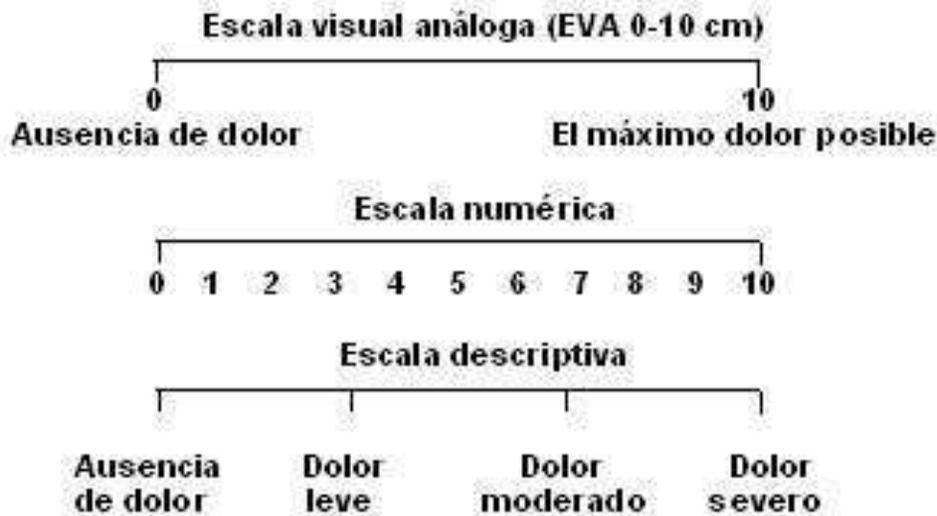
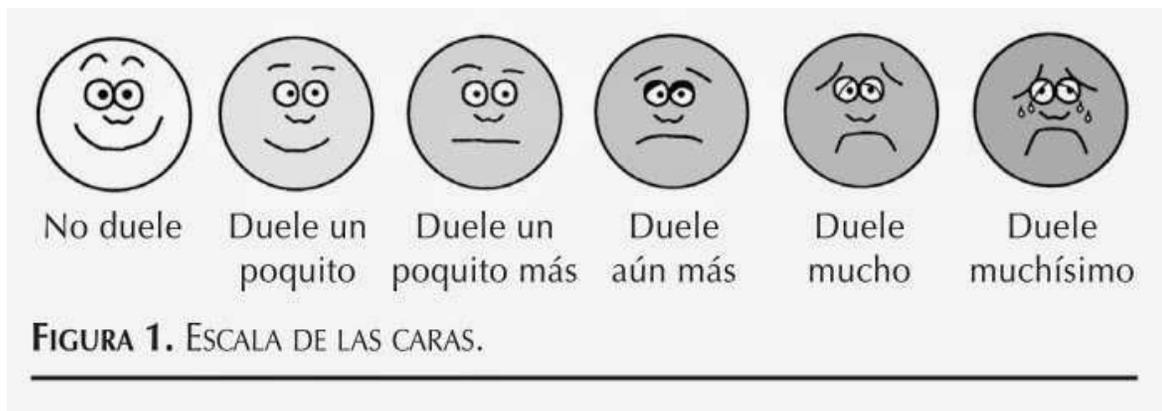


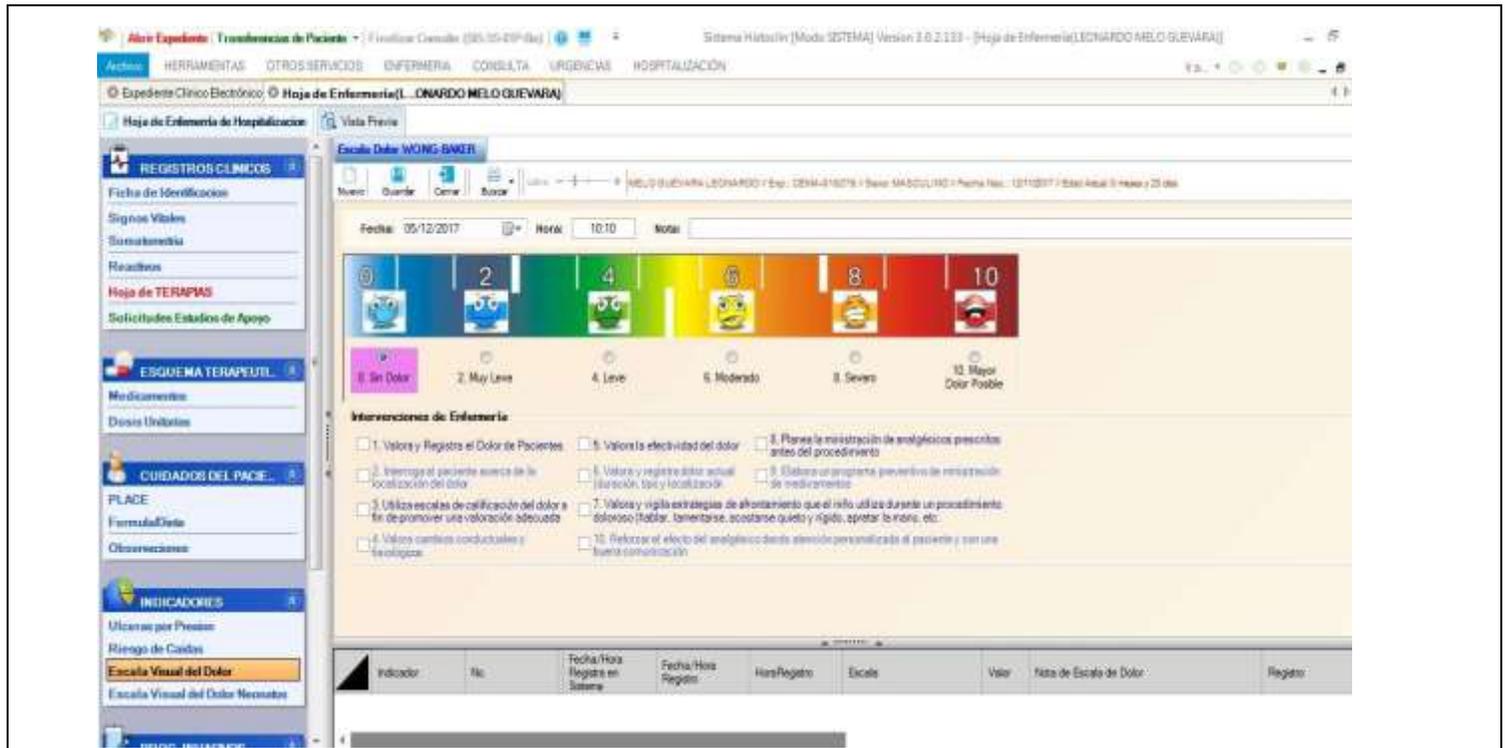
Figura 1. Escalas para medir la intensidad del dolor



Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Departamento / Área: ENFERMERÍA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-APD-12
	Versión: 4.0	Página 17 de 17



10.- Indicador (es)

No.	TIPO	NOMBRE	ALGORITMO	OBJETIVO	FRECUENCIA DE REVISIÓN
1	PROCESO	Porcentaje de evaluación incorrecta del dolor.	$\frac{\text{Total, de evaluaciones incorrectas}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$	0% de evaluaciones incorrectas	Mensual
2	RESULTADO	Porcentaje de pacientes adecuadamente tratados.	$\frac{\text{Número de pacientes tratados adecuadamente}}{\text{Número total de pacientes}} \times 100$	100% de pacientes sin dolor	Mensual

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA