



**TITULO: Escalas de valoración del dolor: revisión de literatura**

**INTEGRANTES**

Jennyfer Tatiana Jaimes Mantilla **ID** 503194

Paula Andrea Pabón Pabón **ID** 520351

**ASESORA**

Enf. Mg. Elveny Laguado Jaimes

Enf. Mg. Nancy Milena Sepúlveda

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION PARA EL CUIDADO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**2021**



## **Agradecimientos**

Como estudiantes de séptimo semestre de enfermería agradecemos primeramente a Dios por brindarnos sabiduría para llevar a cabo la elaboración de esta nueva oportunidad de investigación, agradecemos también a nuestras docentes por su gran apoyo, motivación, compromiso y dedicación, por habernos transmitido sus conocimientos y por guiarnos paso a paso en el desarrollo del proyecto y por último y no menos importante agradecemos a la Universidad Cooperativa de Colombia por brindarnos los espacios necesarios para el desarrollo de nuevas investigaciones en salud.

## Tabla de contenido

Resumen .....	7
Introducción .....	5
1. Planteamiento del problema .....	6
2. Justificación.....	11
3. Objetivos .....	12
3.1 General .....	12
3.2 Específicos .....	12
4. Marco Teórico .....	13
4.1 Dolor .....	13
4.2 Dimensiones del Dolor.....	13
4.3 Dimensiones del dolor Según Elizabeth Lenz.....	14
4.4 Clasificación del Dolor.....	14
4.5 Efectos del Dolor.....	16
4.6 Valoración del Dolor.....	16
5. Metodología .....	18
5.1 Especificación de los criterios de inclusión y exclusión de los estudios.....	18
Búsqueda de información.....	18
5.4 Evaluación de los datos .....	18
6. Algoritmo .....	21
7. Resultados. ....	22
7.1 Patologías relacionadas con el dolor .....	22
7.2 Escalas de valoración del dolor agudo y crónico en adultos.....	24
7.3 Escalas de valoración del dolor de mayor frecuencia de uso .....	29
8. Discusión.....	30
9. Conclusiones .....	30

10. Recomendaciones.....	4
11. Referencias Bibliográficas .....	31
	32

## Resumen

**Introducción:** El dolor es una experiencia inexplicable en la que todos los seres humanos experimentan en algún momento de su vida, es una de las sensaciones más difíciles de explicar y que afecta significativamente la realización de las actividades de la vida diaria sin importar el grupo poblacional. **Metodología:** Búsqueda en bases de datos, revisión de la metodología e instrumentos propuestos para la valoración del dolor. **Resultados:** Se revisaron 70 artículos inicialmente, después de la lectura de resúmenes y artículos, y de aplicar criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 21 artículos en los cuales se pudo evidenciar que las alteraciones o patologías que causan mayor dolor en adultos y adultos mayores se relacionan con Artritis en un 30%, insuficiencia cardiaca 20% y el 50% restante corresponde se agrupan en patologías como el cáncer de próstata, sobrepeso, osteoporosis, artrosis, fibromialgias, IAM, TEP, lumbalgia, alzhéimer y Parkinson y artritis reumatoide, además de esto, las escalas de valoración de mayor frecuencia de uso para evaluar el dolor en estas patologías fueron: la escala de valoración visual (EVA), la escala de valoración del dolor en pacientes con demencia (PAINAD) y la escala numérica del dolor (NRS), las cuales han mostrado ser más eficientes para evaluar la intensidad del dolor. **Conclusión:** esta investigación resalta lo vital y necesario que es el conocimiento por parte del personal de enfermería sobre las diversas escalas para valorar el dolor, permitiendo aplicar aquella que se adapte a la necesidad del paciente y así poder intervenir de manera adecuada.

**Palabras clave:** dolor, escalas, calidad de vida, medición, valoración, adultos y percepción.

## Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dolor es una situación que puede afectar el desarrollo de las actividades diarias de todo ser humano, es el síntoma más prevalente en los centros hospitalarios y en el campo de la atención primaria; este puede ser causado por una lesión particular o en relación de alguna patología. Uno de los conceptos más acertados ha sido dado por la EFIC (Federación Europea de Sociedades del Dolor) junto con la SED (Sociedad Española de Dolor) quienes definen que el dolor crónico se ha considerado por sí mismo como una enfermedad y no como un síntoma, este no solo puede afectar al individuo de manera física, sino que también implica el estado emocional.

El dolor puede ser clasificado según su tiempo de duración e intensidad, por lo tanto, es fundamental el manejo que el personal de enfermería aplique para disminuirlo y controlarlo, ya que el incremento del dolor en el individuo puede causar efectos negativos en su estado físico, mental y social. Sin embargo, a pesar de los conocimientos que se tienen frente a esta situación y los medios existentes para controlarlo, se evidencia que no siempre el manejo es efectivo o completo, por lo tanto, el personal de salud debe realizar una valoración holística; para esto es importante la comunicación entre enfermero-paciente para identificar de manera rápida el tipo de dolor que está presentando, es por ello que se deben utilizar las escalas existentes para poder intervenir en la aplicación de los tratamientos; esto reflejara en el paciente la satisfacción en las acciones brindadas por los profesionales de enfermería. (OMS, 2014)

## **Planteamiento del problema**

El dolor es una experiencia inexplicable en la que todos los seres humanos experimentan en algún momento de su vida, es una de las sensaciones más difíciles de explicar y que afecta significativamente la realización de las actividades de la vida diaria sin importar el grupo poblacional. (García, y otros 2016)

Como antecedentes respecto a esta experiencia, desde tiempo remotos se define el dolor con una connotación mágico-religiosa, pues se creía que este era enviado por los dioses en los años 3000-2700 a.C.; conforme el tiempo fue pasando, estas apreciaciones se mantenían, pues su única diferencia radicaba en el sujeto que enviaba o causaba el dolor, ya hiciera referencia a dioses, demonios, espíritus, brujos, etc. (García, y otros 2016)

De igual forma, partiendo de referentes significativos de diversas épocas, se evidenció que en la edad media el médico árabe Avicena (980-1037) definió el concepto de dolor como una sensación específica y describió 15 tipos de dolor e inflamación. Continuando con el renacimiento, es necesario recalcar los aportes de dos referentes como lo son Paracelso (1493-1541) quien sostuvo que el hombre estaba constituido de compuestos químicos y las enfermedades eran producto de la alteración de esos compuestos. Seguido de esto, Leonardo da Vinci relacionó la sensación dolorosa exclusivamente con la sensibilidad táctil y consideraba que era transmitida por los nervios (estructuras tubulares) y la médula espinal. (García, y otros, 2016).

Así mismo, un estudio realizado por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió que “el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”, además explica que el dolor es una experiencia subjetiva, es decir, un síntoma, y por tanto tiene un abordaje diferente en cada persona y que puede clasificarse en agudo o crónico según su duración, en somático o visceral según su localización, en neuropático, psicogénico o nociceptivo según su patogenia, entre otras clasificaciones. (Jiménez 2019)

Mediante una revisión sistemática Herrero (2018) junto con la International Association for the Study of Pain (IASP) proponen una sola definición:

“El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. Es una patología

prevalente en población general; tanto la prevalencia como la intensidad son mayores en las mujeres que en los hombres, aumentando paralelamente a la edad.”

El dolor además ha sido visto como un mecanismo de defensa ante posibles lesiones controlado por el sistema nervioso; cuando se presenta un estímulo externo se activan las células nerviosas receptoras y envían un mensaje desde la médula espinal al cerebro, dichas células receptoras son capaces de sentir calor, frío, luz, tacto, presión y dolor; asimismo puede ir acompañado de otros síntomas físicos, como náuseas, mareo y debilidad. En experimentos realizados en los años 90's se pudo demostrar que el dolor no es procesado en una sola área de la corteza cerebral, sino en distintas regiones del cerebro; de igual forma el dolor se asocia con enfermedades. (García, Mendieta y otros 2016)

En relación a la clasificación del dolor se menciona: dolor nociceptivo, dolor neuropático y dolor oncológico; pero también es de gran importancia considerar la parte mental que interfiere con esta sensación donde se involucran sentimientos, emociones negativas como la tristeza, frustración, ansiedad, enojo o depresión; el combinar el dolor y la depresión pueden crear un ciclo donde el dolor empeora los síntomas de la depresión, y luego esta depresión empeora los síntomas del dolor (Criado, 2019).

En cuanto a la valoración del dolor existen escalas de auto-registro las cuales permiten evaluar la frecuencia y duración del dolor a lo largo de días o semanas, tiene la ventaja de no estar sometido a sesos de recuerdo. Además, permiten evaluar el dolor en momentos y situaciones variables y aporta mayor validez ecológica. (Rodríguez y Olivares 2018).

También existen escalas visuales analógicas o categoriales verbales o numéricas, que permiten medir el nivel del dolor subjetivo a través de un contacto directo para hablar, analizando las conductas de dolor como (expresiones faciales, cambios posturales y reflejos), sin embargo, estas escalas presentan ciertas dificultades durante su aplicación como: a) lleva más tiempo extraer la puntuación que en las categoriales; b) es una medida de papel y lápiz y es difícil para pacientes con lesiones cerebrales o medulares, c) su comprensión es más compleja que las categoriales. (Rodríguez y Olivares 2018)

Existen otros tipos de escalas para medir o cuantificar de cierta forma el dolor; la escala analógica visual, la cual valora el dolor en una línea, ya sea de forma horizontal o vertical, donde la parte izquierda es la ausencia del dolor y el extremo derecho corresponde a un dolor insoportable (Criado 2019).



Seguidamente, la escala numérica, el paciente califica de forma numérica su dolor entre 0 siendo ausencia de dolor hasta 10 un dolor insoportable; la escala anteriormente mencionada debe ser utilizada para poder realizar un diagnóstico preciso, priorizar los objetivos y luego proponer las intervenciones de enfermería específicas para cada caso particular. (Tarrero, y otros 2019)

Por consiguiente, entendiéndose que el personal de enfermería es precisamente quienes están gran parte del tiempo con el paciente, deben facilitar el poder proporcionar las herramientas necesarias para abordarlo de forma más humana y sensible, para identificar sus manifestaciones dolorosas, valorarlo adecuada y oportunamente, determinar el impacto que el dolor genera en él, en su familia y entorno, y finalmente implementar intervenciones de enfermería.

Basados en el libro con taxonomías propias, como la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que estandariza términos orientadores que permiten identificar los diagnósticos necesarios para la intervención, generar objetivos a alcanzar y finalmente aplicar las intervenciones necesarias que permitan controlar sentimientos ocasionados por el dolor realizando actividades que generen bienestar y disminución del mismo como lo serian: controlar los estímulos de las necesidades del paciente, proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante y utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor. (Montealegre 2014)

Otro tipo de intervenciones que permiten controlar los sentimientos experimentados por el dolor van encaminadas a la utilización del programa MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction o Reducción de Estrés Basado en Mindfulness/Atención Plena), el cual se desarrolló originalmente en entornos de medicina conductual para pacientes con dolor crónico y afecciones relacionadas con el estrés. La meditación facilitaba la separación de la dimensión sensorial de la experiencia del dolor y de la reacción de alarma afectiva y reducción de la experiencia de sufrimiento a través de una reevaluación cognitiva. (Tarrero, y otros 2019)

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede evidenciar que el dolor no es una sencilla sensación que pueda ser intervenida y eliminada en poco tiempo, puesto que teniendo en cuenta el tipo de dolor, la patología y el uso de fármacos, puede aumentar, permanecer o disminuir. Se denota de igual forma, que la población adulta se ve afectada

debido a que prefiere utilizar la automedicación cuando se enfrentan a alguna situación de dolor y no se determine la enfermedad que ocasiona el síntoma de dolor; por tanto, para dar un cuidado holístico, integral y de calidad, se requiere de una valoración que incluya estos aspectos. Por lo anterior surge la pregunta:

**¿Cuáles son las escalas de valoración del dolor agudo y crónico en adultos?**

## **Justificación**

Las enfermeras desempeñan un papel importante en el manejo integral del dolor, así como en cada una de las respuestas al dolor, su evolución y tratamiento, implementando las atenciones necesarias para su óptimo manejo, teniendo en cuenta la intervención interdisciplinaria, evidenciándose el rol de liderazgo de enfermería.

Teniendo en cuenta que el dolor es una de las quejas más comunes que influyen en la sensación de bienestar, productividad y calidad de vida de una persona que de igual forma, es un fenómeno complejo afectado por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que se interrelacionan y se afectan entre sí (Elaine y Alhaija 2019)

Los resultados obtenidos en esta investigación permitirán correlacionar de manera directa el correcto ejecutar de la labor de enfermería con la detección, prevención y tratamiento del dolor en los pacientes, teniendo como base los conocimientos acerca de las diversas escalas que permiten valorar el dolor, según los autores (Cáceres, Gil, Barrientos, Gálvez, & León, 2020) el dolor se relaciona con altas tasas de limitación en las actividades de la vida diaria, alteraciones del sueño y trastornos del espectro ansiedad-depresión. Las personas con dolor experimentan más problemas para rendir en la jornada laboral y mantener relaciones sociales; con respecto a la familia, el dolor crónico se ha asociado con un peor funcionamiento familiar.

## Objetivos

### General

- Determinar las escalas utilizadas para la valoración del dolor agudo y crónico en adultos, según revisión de literatura.

### Específicos

- Identificar las alteraciones de mayor frecuencia que generen dolor agudo y crónico en los adultos, según revisión de literatura.
- Clasificar las escalas de valoración del dolor agudo y crónico en adultos, consideradas válidas y confiables, según revisión de literatura.
- Establecer las escalas utilizadas con mayor frecuencia para la valoración del dolor agudo y crónico en adultos, según revisión de literatura.

## Marco Teórico

**Dolor:** es una sensación que experimenta todo ser humano y se complementa con la definición “el dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño; se trata de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele.” (Herrero, y otros 2018)

Según la Internacional Association for the Study of Pain (IASP) apoya esta definición y además incluye que se considera desagradable al conjunto de sentimientos como lo son el sufrimiento, ansiedad, depresión y desesperación. Como podemos observar esta definición enfatiza que el dolor es una experiencia compleja que incluye múltiples dimensiones. (Idañéz 2016).

Otro concepto dado al dolor es el propuesto en la teoría de síntomas desagradables de Elizabeth Lenz, quien lo define como una experiencia individual subjetiva, no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas. (Espinoza y Valenzuela 2017)

### **Dimensiones del Dolor:**

Según lo descrito en el modelo de Melzack y Casey (2016), el dolor es un fenómeno que se admite como una experiencia multidimensional y lo clasifica en tres dimensiones:

- **Dimensión sensorial/discriminativa:** está relacionada con los mecanismos anatomofisiológicos, además es la encargada de la transmisión de la estimulación nociceptiva desde la región donde se haya producido un daño tisular, infección o cualquier otra alteración funcional hasta los centros nerviosos superiores. Tal dimensión es la responsable de la detección de las características espaciales y temporales del dolor, así como de la intensidad y ciertos aspectos de la cualidad del dolor. (Idañéz 2016)

- **Dimensión motivacional/afectiva:** relacionada con la cualidad subjetiva de la experiencia de dolor, aspectos de sufrimiento, desagrado o cambios emocionales producidos como la ansiedad y depresión principalmente. (Idañéz 2016)

- **Dimensión cognitiva/evaluativa:** está directamente relacionada con lo motivacional-afectiva y hace referencia a las creencias, valores culturales y variables

cognitivas, tales como autoeficacia, percepción de control y de las consecuencias de la experiencia de dolor. (Idañéz 2016)

### **Dimensiones del dolor Según Elizabeth Lenz:**

La teoría de los síntomas desagradables tiene tres componentes principales: los síntomas que el individuo está experimentando, los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento. Cada síntoma se expresa como una experiencia multidimensional, que puede medirse separado o en combinación con otros síntomas. Las dimensiones definidas para cada síntoma son:

- **La dimensión de intensidad o gravedad:** hace referencia a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable. Esta es una medida validada para suponer la magnitud del dolor. La teoría plantea la necesidad de cuantificar no sólo el dolor sino todos los síntomas presentados. (Espinoza y Valenzuela 2017)

- **La dimensión de angustia:** se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente por la experiencia de los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos pueden experimentar diferentes niveles de angustia, además, su significado no sólo puede implicar angustia sino otros diferentes significados relacionados con aspectos personales de cada persona que experimenta el síntoma. (Espinoza y Valenzuela 2017)

- **La dimensión del tiempo:** incluye la duración y frecuencia de los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de diferente procedencia y que deben ser tratados de manera diferente. También pueden tener un significado diferente para el individuo que los experimenta. Los síntomas crónicos pueden ser particularmente más angustiosos debido a su duración. (Espinoza y Valenzuela 2017)

### **Clasificación del Dolor:**

Según (Idañéz 2016) el dolor se puede clasificar según su fisiopatología y según su tiempo de duración:

- **Según su fisiopatología:**
  - **Dolor nociceptivo:** los nociceptores son receptores sensibles a estímulos nocivos, o a estímulos potencialmente nocivos. El dolor nociceptivo es la percepción de la

sensación transmitida por estos receptores. Se puede dividir en dolor somático (caracterizado por un daño sobre la estructura corporales, bien localizado) y visceral (es el originado en los órganos internos, siendo mucho más imprecisa su localización, no siempre indicando daño o potencial daño tisular; y en ocasiones acompañándose de dolor referido).

- **Dolor neuropático:** es definido como una afección neurológica que aparece como consecuencia de lesión primaria o alteración del sistema nervioso.

- **Dolor oncológico:** es el resultado de varios mecanismos de dolor: inflamatorios, neuropáticos, isquémicos y compresivos en diversos lugares, puede ser agudo o crónico. (Criado 2019)

#### **Según su tiempo de duración:**

- **Dolor agudo:** existe una correlación importante entre la intensidad del dolor y la patología desencadenante, su evolución natural es disminuir progresivamente hasta desaparecer una vez se produce la curación de la lesión. Cuando se habla de dolor agudo, generalmente se refiere al dolor nociceptivo y las causas comunes incluyen trauma, cirugía (dolor postoperatorio), procedimientos médicos y enfermedades agudas.

- **Dolor crónico:** es el dolor que se extiende por más de 3 o 6 meses desde su aparición o que se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica. Se caracteriza porque en ocasiones la posibilidad para identificar la patología causal es baja e insuficiente para explicar la presencia y la intensidad del dolor.

- **Dolor oncológico:** el dolor del cáncer incluye el dolor causado por la enfermedad (por ejemplo, la invasión del tejido tumoral, la compresión o infiltración de nervios o vasos sanguíneos, obstrucción de órganos, infección, inflamación) y / o procedimientos diagnósticos o tratamientos que sean dolorosos, puede ser de características neuropáticas y nociceptivo.

- **Dolor irruptivo idiopático o espontáneo:** sin relación causal, no están relacionados con un factor precipitante, sino que aparecen de forma imprevisible sin que exista un factor desencadenante habitual.

- **Dolor irruptivo por fallo de final de dosis:** habitualmente ocurre en el periodo de titulación de dosis, o porque hay una prescripción de intervalos demasiados largos entre las dosis, esta situación se suele resolver aumentando la dosis del opiáceo de base o disminuyendo los intervalos de administración.

- **Dolor psicógeno:** No tiene una naturaleza orgánica sino características psicosomáticas, derivadas de una patología psiquiátrica, se presenta en individuos con una personalidad alterada, ansiosos, depresivos, neuróticos, etc. Es un dolor que no obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico que no tenga en cuenta su naturaleza psiquiátrica (Idañéz 2016).

Según Elizabeth Lenz (1996) cada síntoma tiene su naturaleza o la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas. Así mismo, existen descriptores específicos que pueden caracterizar a cada síntoma, por ejemplo: en el dolor se consulta el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, qué factores lo intensifican o lo atenúan. Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Los cuidados de enfermería, en este aspecto, deberían considerar el consultar, por ejemplo: cómo le duele; cómo se siente con las náuseas, cuánto le limita este síntoma el alimentarse; o la fatiga: si puede realizar las cosas habituales o debe limitarse sólo a cosas menores, cuánto depende de cuidadores para realizar las cosas habituales. (Espinoza y Valenzuela 2017)

### **Efectos del Dolor**

- **Mental:** puede causar en el individuo falencias en la relación dolor-depresión, debido a que estas crean un círculo vicioso en que el dolor empeora los síntomas de la depresión, y la depresión resultante empeora los síntomas del dolor.

- **Social:** se ha identificado que el dolor influye en las relaciones sociales del individuo, debido a que puede causar variaciones en el estado de ánimo o en el comportamiento. De forma más reciente, la investigación en neurociencia ha conectado la experiencia de dolor físico con la experiencia de dolor social identificando una vía neuronal subyacente compartida. (Rodríguez y Olivares 2018)

### **Valoración del Dolor:**

Según la teoría de Elizabeth Lenz, existen tres factores influyentes para la valoración del dolor:

- 1. Factores fisiológicos:** son los procesos de alteraciones patológicas de la funcionalidad, la teoría afirma que pueden existir interacciones entre los diferentes factores



fisiológicos influyendo en el o los síntomas, por ejemplo, la intensidad de dolor puede estar relacionada con el avance de la enfermedad y la edad con la manifestación de dolor.

**2. Factores psicológicos:** son uno de los componentes más complejos del modelo el cual incluye variables cognitivas y afectivas. Las variables cognitivas comprenden, por un lado, capacidades racionales como la inteligencia o la memoria, y, por otro, procesos mentales tales como el análisis, la síntesis, la inducción o la deducción y las variables afectivas consideran el estado de ánimo antes o después del síntoma, también consideradas como las respuestas afectivas a la enfermedad o los síntomas, ejemplo de estas se encuentran la ira, rabia, o depresión, que puede presentar una persona que enfrenta el diagnóstico de enfermedad terminal.

- **Factores situacionales:** abarcan el entorno social y físico del individuo. Así el entorno cultural puede hacer variar la expresión de síntomas, porque hay un componente aprendido a interpretar y a expresar. También están relacionados con el acceso a recursos financieros, a la atención de los servicios de salud en forma oportuna, eficaz y eficiente. (Espinoza y Valenzuela 2017)

## **Metodología**

El presente estudio está basado en un enfoque cualitativo, puesto que mediante el análisis y revisión de literatura permitirá describir e identificar aspectos relacionados con la valoración del dolor en adultos.

### **Estrategia de Búsqueda:**

Con el objeto de conseguir la mayor información posible, se realizó una búsqueda en español utilizando las siguientes palabras: dolor, escalas, calidad de vida, medición, valoración, adultos y percepción, las cuales serán traducidas al inglés (pain, scales, quality of life, measurement, assessment, adults and perception) y portugués (dor, escalas, qualidade de vida, medição, avaliação, adultos, percepção).

De igual forma, se combinaron las palabras anteriormente mencionadas para abarcar todo lo relacionado con la temática, dentro de ellas: dolor y adulto, enfermería y escalas de dolor, valoración del dolor y medición del dolor, pain and adult, nursing and pain scales, pain assessment and pain measurement, dor e adulto, escalas de enfermagem e dor, avaliação e medição da dor

Esta búsqueda se realizó en las bases de datos: ProQuest, ScienceDirect, Dialnet, Redalyc y Scielo.

### **Criterios de inclusión**

Artículos originales de investigación, estudios de casos y controles, ensayos clínicos, relacionados con la temática específica (escalas de valoración del dolor agudo y crónico en adultos), con una vigencia de 6 años; que son presentados en los idiomas: inglés, español y portugués; buscando información relevante, confiable y coherente.

### **Criterios de exclusión**

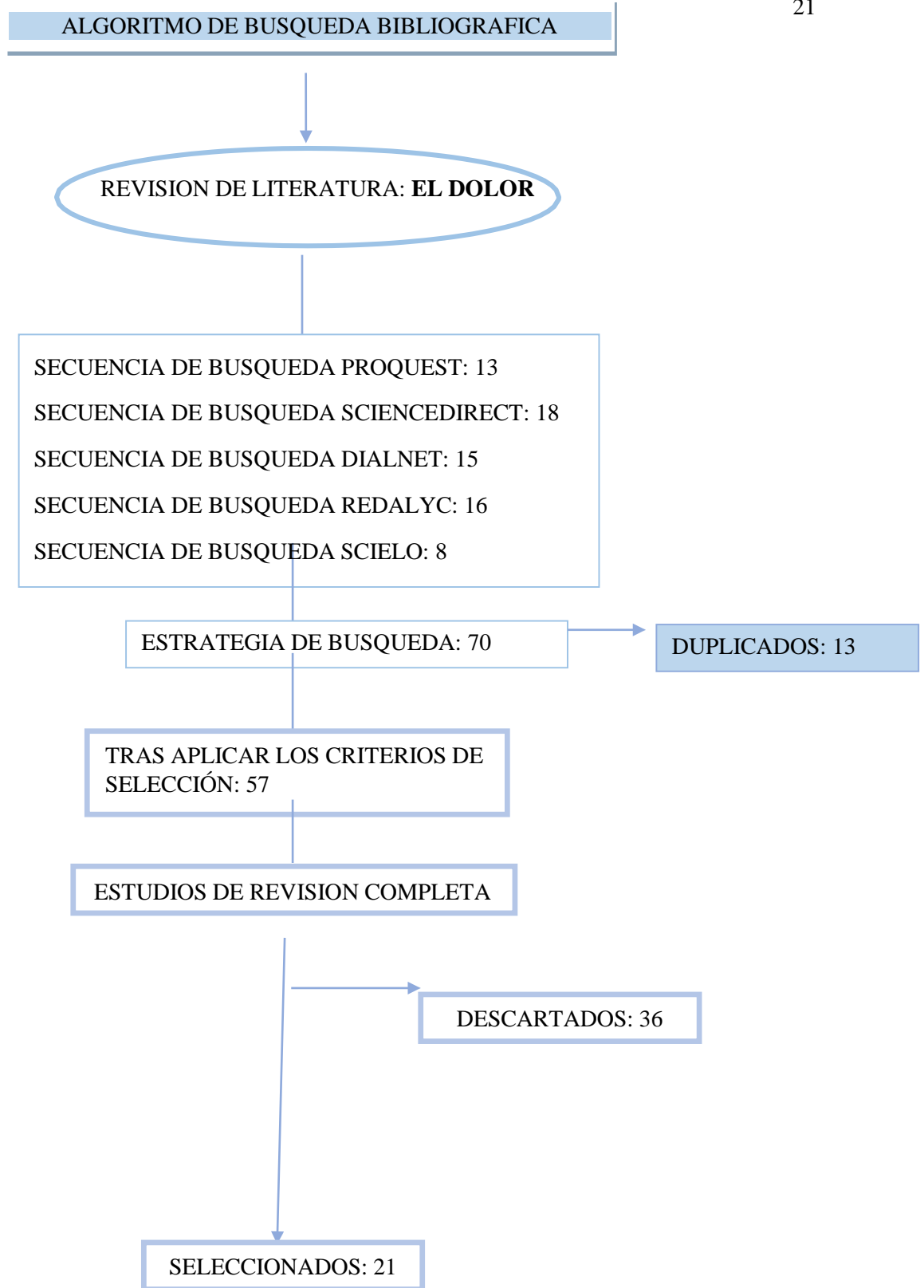
Todo artículo publicado antes del año 2015 y aquellos que no presenten resultados, información y metodología coherente, lógica y no contribuya con el objetivo del estudio.

### **Evaluación de los datos**

Inicialmente, se realizó la evaluación por medio de una revisión exhaustiva de cada uno de los artículos encontrados aplicando los criterios de inclusión y exclusión, identificación de la originalidad de los artículos y derechos de autor y finalmente la revisión de la metodología e instrumentos propuestos para la valoración del dolor.

Alteraciones que generan dolor	Dolor Agudo	Dolor Crónico	Autores
Insuficiencia Cardíaca		X	-Camarero, Mena & Gutiérrez (2019) -Ariza, Pérez, Fernández & Sola (2019)
Artritis		X	-Córdoba, Rodríguez, Camacho y Porras (2017) -García & Salazar (2018) -Jie, Fen, Bing Xiaomei & Cong (2020)
Cáncer de próstata		X	-Baden (2020)
Sobrepeso afectando las actividades de la vida diaria	X		-Teresa B, Marian W, Ruth B, Kenn D (2018)
Osteoporosis		X	-Córdoba, Rodríguez, Camacho y Porras (2017)
Artrosis		X	-Córdoba, Rodríguez, Camacho y Porras (2017)
Fibromialgias	X		-Córdoba, Rodríguez, Camacho y Porras (2017)
Infarto Agudo de Miocardio (IAM)		X	-Rosa A, S Pérez, R Fernández, M Sola (2019)

Tromboembolismo pulmonar		X	-Braun, Matthias; Bello Corina; Riva, Thomas; Hönemann, Christian; Doll, Dietrich (2021)
Lumbalgia		X	-Jorge Garcia (2017)
Enfermedad de Alzheimer y Parkinson	X		-Montoro, Mercedes & Canalias, Montserrat (2015)
Artritis Reumatoide		X	-Horta, Gabriel & Romero, Maria (2019)



**Autor:** Jaimes & Pabón (2021)

## Resultados

Según la revisión de artículos realizada, se encontraron en total 21 artículos que aportaban a la investigación, en donde según su nacionalidad el 57,1% (12 artículos) pertenecían España, el 9,5% (4 artículos) a China y Estados Unidos y el 23,5% (5 artículos) pertenecían a Chile, México, Noruega, Brasil y Colombia, cada uno de ellos con una publicación; según la profesión de los autores, la que prevaleció fue enfermería con un 52,1%, seguido de medicina con un 17,3%, ortopedia (8,6%), finalmente, el 21,7% fue representado por publicaciones realizadas por profesionales en psicología, cardiología, anestesiología y traumatología, cabe resaltar que todos los artículos aplicaban a la investigación para la población adulto y adulto mayor.

### Alteraciones que generan dolor agudo y crónico

De acuerdo con la revisión de literatura las patologías que generan dolor agudo o crónico se establecen en la tabla #1 alteraciones que generan dolor la cual se presenta a continuación:

#### Tabla 1: Alteraciones que generan dolor

Según la revisión de la literatura, se logró evidenciar que las alteraciones o patologías que causan mayor dolor en adultos y adultos mayores se relacionan con Artritis en un 30%, seguida por insuficiencia cardiaca 20% y el 50% restante corresponde se agrupan en patologías como el cáncer de próstata (5%), sobrepeso (5%), osteoporosis (5%), artrosis (5%), fibromialgias (5%), IAM (5%), TEP (5%), lumbalgia (5%), alzhéimer y Parkinson (5%) y artritis reumatoide (5%).

### Escalas de valoración del dolor agudo y crónico en adultos

En la tabla 2 se relacionan las escalas de valoración del dolor que fueron utilizadas en los artículos revisados, así mismo se describen las dimensiones que abarca cada escala, descripción de las escalas con su total de ítems y sus respectivos autores.

Escalas de Valoración del dolor	Dolor Agudo	Dolor Crónico	Descripción	Autores
---------------------------------	-------------	---------------	-------------	---------

<p>Cuestionario de McGill</p>	<p><b>X</b></p>	<p><b>X</b></p>	<p>El instrumento consta de 78 ítems distribuidos en 20 grupos de preguntas , incluyendo cada grupo de 2 a 6 ítems que califican la experiencia dolorosa que experimenta el individuo.</p>	<p>-Sáez López, N. Sánchez, S. Jiménez, N. Alonso y J.A. Valverde (2015) -Córdoba, Rodríguez, Camacho y Porras (2017)</p>
<p>Cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4)</p>	<p><b>X</b></p>	<p><b>X</b></p>	<p>Consta de 10 ítems que evalúan la descripción y signos de dolor en una puntuación de 1 (sí) o 0 (no) para identificar a pacientes que presentan dolor neuropático, las puntuaciones de los ítems individuales se suman para obtener una puntuación total máxima de 10, con un punto de corte <math>\geq 4</math>.</p>	<p>-Vicente, Herrero; Bandrés Moyá; Ramírez, Iñiguez de la Torre &amp; Capdevila García (2018) -Silvia Fiorelli, Luigi Cioffi (2020)</p>
<p>Test sensitivos cuantitativos (QST)</p>	<p><b>X</b></p>	<p><b>X</b></p>	<p>Este instrumento se utiliza para evaluar globalmente el sistema nociceptivo por medio de pruebas sensoriales realizadas en las extremidades</p>	<p>-Braun, Matthias; Bello Corina; Riva, Thomas; Hönemann, Christian; Doll, Dietrich (2021)</p>

			del cuerpo con el fin de obtener una comprensión más objetiva de la percepción del dolor.	
Escala analógica visual (EVA)	X	X	Permite medir la intensidad del dolor consiste en una línea horizontal de 10 centímetros en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.	- Sáez López, N. Sánchez, S. Jiménez, N. Alonso y J.A. Valverde (2015) - Montoro, Mercedes & Canalias, Monserrat (2015) - Juana S, José S, Francisco R, Mónica M, María P, Eva T. (2016) - Labronici dos Santos; Viana Santos, Penteadó Silva (2016) - Herrero, Ramírez, de la Torre & García (2018) - Horta, Gabriel &



				Romero, Maria (2019) -Braun, Matthias; Bello Corina; Riva, Thomas; Hönemann, Christian; Doll, Dietrich (2021)
Escala Behavioural Pain (BPS)		X	Instrumento utilizada en pacientes críticos, basada en indicadores conductuales; puntuación total oscila entre 3 (ausencia de dolor) y 12 (máximo de dolor).	-Jie Chen, Qian Lu , Xiao-Ying Wu (2016) -Edith R, Macarena A, Valeria G, Karina N (2018) -Marti, F., Paladini, A., Varrassi, G. (2018)
Escala numérica del dolor (NRS)	X	X	Escala numérica donde el paciente puntúa su dolor en un rango de 0 – 10 donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el dolor máximo experimentado.	-Sáez López, N. Sánchez, S. Jiménez, N. Alonso y J.A. Valverde (2015) - Montoro, Canalias & Monserrat (2015)

				<p>-Jie Chen, Qian Lu, Xiao-Ying Wu (2016).</p> <p>- Erik Torbjorn, Marianne Jensen (2018)</p> <p>-Braun, Matthias; Bello Corina; Riva, Thomas; Hönemann, Christian; Doll, Dietrich (2021).</p>
<p>Escala non verbal pain scale (NVPS)</p>	<b>X</b>	<b>X</b>	<p>Considera la expresión facial, actividad, conductas de protección y cambios en signos vitales, se mide de 0 a un máximo dolor de 10 y es una escala de fácil comprensión a la hora de interpretar los datos.</p>	<p>-Edith R, Macarena A, Valeria G, Karina N (2018)</p>
<p>Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID)</p>		<b>X</b>	<p>Se basa en la observación de comportamientos y conductas de dolor en pacientes críticos, no comunicativos y con ventilación mecánica.</p>	<p>-Edith R, Macarena A, Valeria G, Karina N (2018)</p>

			Esta escala se divide en tres tiempos: 5 minutos antes, durante y 15 minutos después de realizar un procedimiento.	
<p>Escala de valoración del dolor en pacientes con demencia (PAINAD)</p>	X	X	<p>Es una escala de fácil aplicación, consta de 5 elementos: respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de alivio. Cada ítem puede obtener una puntuación máxima de 2. Las puntuaciones totales pueden ser de 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor)</p>	<p>-Papiol &amp; Abades (2015) -Montoro &amp; Monserrat (2015) -Pardo, Razquin &amp; Linares (2018) -Muñoz (2019) - González, García &amp; Moreno (2020)</p>
<p>Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD)</p>		X	<p>Evalúa el dolor en tres momentos diferentes: antes de aplicar cuidados potencialmente dolorosos, durante la aplicación de los cuidados y observación del comportamiento en las últimas 48 horas.</p>	<p>- Julia González, Misericordia García, Avelina Moreno (2020) -Juan, Pardo; Saracibar, Razquin; Fuster, Linares (2018)</p>

Escala numérica (EN)	<b>X</b>	<b>X</b>	Escala numerada del 1-10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma, es la más sencilla y más usada por personal de Enfermería.	-Vicente, Herrero; Bandrés Moyá; Ramírez, Iñiguez de la Torre & Capdevila García (2018)
----------------------	----------	----------	--	---

Según la revisión de literatura, se logró evidenciar que las escalas utilizadas para valorar el dolor agudo y crónico en adultos se encuentran la Escala visual análoga (EVA) con un 30%, seguida de las escala numérica del dolor (NRS) y la escala de valoración del dolor en pacientes con demencia (PAINAD) con un 20%, la escala Behavioural Pain (BPS) con un 15%, el cuestionario de Mcguill, Cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4) y Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD) con un 10% y un 25% entre las escalas: Test sensitivos cuantitativos (QST), Escala nonverbal pain scale (NVPS), Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) y la Escala Numérica (EN).

### **Escalas de valoración del dolor de mayor frecuencia de uso**

Según la revisión de literatura las escalas de valoración del dolor de mayor frecuencia de uso fueron: la escala de valoración visual (EVA), la escala de valoración del dolor en pacientes con demencia (PAINAD) y la escala numérica del dolor (NRS), las cuales han mostrado tener más eficientes para evaluar la intensidad del dolor, además tienen una alta efectividad y son de fácil uso. Es importante resaltar que estas escalas se aplican de manera visual evaluando la intensidad del dolor en los pacientes con dificultades para expresarse en diferentes áreas hospitalarias.

## Discusión

Para el análisis de esta investigación el dolor agudo y crónico es más prevalente en pacientes con diagnóstico de artritis, por lo tanto, los autores Córdoba, Rodríguez, Camacho, Porras (2017), Jie C, Fen H, Bing C, Cong X (2020) apoyan estos resultados, asimismo, García & Salazar (2018) además de apoyar lo anterior, consideran que esta patología requiere mayor atención médica, tratándola a tiempo para lograr una mejor calidad de vida.

Además, se logró evidenciar que los autores Montoro, Monserrat & Canalias (2015) junto con 37 autores afirman que la medición del dolor agudo y crónico debe ser realizada mediante la escala analógica visual (EVA) debido a que el personal de salud considera que es de fácil acceso, rápida aplicación y tiene una alta efectividad en los resultados; sin embargo López, Sánchez, Jiménez, Alonso, Valverde (2015) junto con 13 autores recomiendan utilizar la escala numérica del dolor (NRS) por ser la más corta permite obtener los resultados de manera más rápida y documentarlos fácilmente.

## Conclusiones

Respecto a los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica enfocada en las escalas de valoración del dolor, se muestra que existen diversos tipos de dolor que sin duda alguna varían en intensidad y clasificación, estos pueden ser evaluados con la escala analógica visual (EVA), siendo la más utilizada para la población en general, contribuyendo a una intervención más rápida y precisa del dolor.

De igual forma, si bien es cierto que el dolor es una sensación que se presenta de diversas formas, se logró dar su significado gracias a la International Association for the Study of Pain (IASP) definiéndolo como “El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele, aumentando paralelamente a la edad.”

Para concluir, esta investigación resalta lo vital y necesario que es el conocimiento por parte del personal de enfermería sobre las diversas escalas para valorar el dolor, permitiendo aplicar aquella que se adapte a la necesidad del paciente y así poder intervenir de manera adecuada teniendo en cuenta los factores que influyen en el dolor, el tipo de dolor que puede presentar y cómo afecta la calidad de vida de cada individuo.

## Recomendaciones

Para futuras investigaciones, se recomienda para la práctica de enfermería el denotar más su liderazgo en cuanto a las aplicaciones de escalas de dolor, para de esta forma evidenciar el correcto aplicar de estas, aportando de manera significativa al cuidado holístico e intervenir de manera que se indague más acerca del factor causal del dolor. De igual forma, se debe fortalecer los conocimientos de las diversas escalas utilizadas, claramente dependiendo del servicio donde se situó el personal, teniendo en cuenta que a la población más joven le será de mayor agrado y comprensión aquellas que utilicen imágenes animadas, donde por el contrario los adultos preferirán poder expresarse de forma más concreta, como por ejemplo números.

En síntesis, es necesario realizar más investigaciones respecto al tema expuesto y aunque la información relevante se encuentra, no es muy específica en su aplicación, es necesario recalcar la efectividad que estas escalas tiene frente a la valoración del dolor.

También, se debe recalcar la importancia del conocimiento de aquellos factores que influyen en el dolor y las dimensiones de este para así valorar de forma correcta y utilizar un método de evaluación correspondiente, generando así un diagnóstico del dolor y realizar intervenciones encaminadas a un óptimo tratamiento.

### Referencias Bibliográficas

Alba, Jorge Machado, Santiago García Betancur, Federico Villegas Cardona, y Diego Alejandro Medina Morales . «Patrones de prescripción de los nuevos anticoagulantes.» *Revista Colombiana de cardiología* , 2016: 277- 285.

Alonso, J. Pedraza. J, Lopera. E. «Intervención en el servicio de urgencias para lograr un inicio y seguimiento adecuados de la anticoagulación en paciente con fibrilación auricular .» *Revista Emergencias*, 2015: 82-86.

Barrios, Vivencio, y otros. «Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España.» *Revista española de cardiología*, 2015: 769-776.

Bueno, Laura, y Ángel Gálvez. «Alteración del ritmo circadiano en trabajadores con turnos rotatorios y/o nocturnos.» *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*, 2019: 2.

Cáceres, Rocío, Eugenia Gil, Sergio Barrientos, Ana María Porcel Gálvez, y Andrés Cabrera León. «Consecuencias del Dolor Crónico no Oncológico en la edad adulta.» *Revista de Saúde Pública*, 2020: 1-14.

Cascalho, Serra Isaura da Conceição, Ribeiro Lurdes da Conceição Afonso Nobre, Gemito Maria Laurência Grou Parreirinha, y Rosa Parreira Mendes Felismina . «Manejo terapéutico de los usuarios con terapia anticoagulante oral.» *Enfermería Global*, 2016: 10 - 19.

Cosin, J. Olalla. J. «Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular. Antiarrítmicos y anticoagulantes orales.» *Revista Española de Cardiología*, 2016: 33-39.

Couceiro, G. «Calidad de vida en pacientes con tratamiento anticoagulante oral en atención primaria.» *Facultade de enfermaria e podoloxia*, 2015: 1-57.

Cozar, I. Vasquez. E., «Nivel de conocimientos de las personas tratadas con sintrom®. Eficacia de una intervención educativa.» *Biblioteca las casas*, 2015: 1-13.

Criado, Jorgue Garcia. «Terapéutica del dolor.» En *Manual terapéutico*, de Jorgue Garcia Criado, 37-39. Salamanca: Ediciones universidad de Salamanca, 2019.

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. *Prácticas seguras para el uso de anticoagulantes orales*. Madrid España: Europea Digital Press, S.L, 2016.



Espinoza, Martiza, y Sandra Valenzuela. «Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica.» *Revista Cubana de Enfermería*, 2017: 10.

Esquiaqui, Felipe. *Análisis de Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales de salud*. Bucaramanga: Alcaldía de Bucaramanga, Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga, 2016, 1-95.

García, Guadalupe, Liliana Mendieta, Victorino Alatraste, Félix Luna, Daniel Limón, y Isabel Martínez. «El dolor. Una revisión a la evolución del concepto .» *Ciencia Nicolatina*, 2016: 36-47.

Giachini. F, Nogueira. E , Leiria. T, Morales. M. «Uso crónico de anticoagulante oral implicaciones para el control de niveles adecuados.» *Arq Bras Cardiol* , 2009: 538-542.

Herrero, Vicente, S. Delgado, F. Bandrés, M. V. Ramírez, y L. Garcia. «Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios.» *REvista de la sociedad española del dolor*, 2018: 145.

IASP. «Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.» *IASP anuncia una definición revisada de dolor*. 16 de Julio de 2020. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>.

Idañéz, Ángela. «dolor agudo y cronico: clasificacion del dolor .» *Clínica del Dolor, Servicio de Anestesiología* , 2016: 22.

Jiménez, Marta. «BENEFICIOS DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN EL CONTROL DEL DOLOR: UNA REVISION EXPLORATORIA.» *centro de estudios de postgrado*, 2019: 44.

Laguado, Marlon, Laura Yesenia Ardila Acuña, Jairo Alberto Mayorga Quintero, y July Andrea Rangel vera. «Manejo práctico de los nuevos anticoagulantes orales en fibrilación auricular no valvular.» *MedUNAB* 22, nº 1 (2019): 38- 50.

Miller, Elaine, y Dania Alhaija. «Importance of Interdisciplinary Pain Management.» *Pain Management Nursing*, 2019: 91-92.

Molina, A, Gracia. M et.al. *Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral*. Andalucía: Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, 2012.

Montealegre, Doris. «RETOS PARA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DOLOR: UNA FORMA DE HUMANIZACIÓN.» *revista cuidarte programa de enfermería UDES*, 2014: 10.

OMS. «Estadísticas Sanitarias de salud.» *Organización Mundial de la Salud*, 2014: 1-12.

Organización Panamericana de la Salud. «Tendencias de salud en América.» *OPS*, 2019: 1-42.

Ortega, Joaquín Juan, Mireia Aguado Furió, AnaDenia Tomás, Layla Abu Omar Peris, Anabel Esteve Ardid, y Artemio Pastor Barberá. «Están correctamente anticoagulados nuestros pacientes con fibrilación auricular no valvular?» *Revista Colombiana de Cardiología*, 2016: 361- 364.

Rodríguez, Juan, y Eugenia Olivares. «Evaluación psicológica del dolor.» *Psychological assessment of pain*, 2018: 21.

Semanat, R.Tellez, O. «Complicaciones Respiratorias en el Posoperatorio Inmediato de la Cirugía cardíaca.» 2014: 1-18.

Tarrero, Angela, Marta Zarcero, María Río, y Ainoa Muñoz. «Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en Dolor Crónico.» *Revista de investigación y educación en ciencias de la salud*, 2019: 113-122.

Valencia, L. Janeiro, E. «¿Es factible una intervención educativa de enfermería para mejorar el índice internacional normalizado- INR en pacientes anticoagulados?» *Biblioteca las casas cuidado de salud en iberoamérica*, 2018: 1-23.

Vázquez. A, Ramos. E. «Revista Médica Electrónica Portales Medicos .» 7 de Mayo de 2017. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-enfermera-paciente-anticoagulado/>.

Williams, Hants. «The Unspoken Importance of the Nurse in the 2016 National Pain Strategy.» *Pain Management Nursing*, 2017: 123-128.

