

**PAPEL DEL ENFERMERO PARA ALIVIAR EL DOLOR Y BRINDAR CONFORT
AL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CRÍTICAMENTE ENFERMO DURANTE
EL PERIODO 2010 - 2020**

**MARIA ISABEL SIERRA HENAO
KELLY ALEJANDRA TANGARIFE**

**Monografía para optar al título de Especialista en Cuidado de Enfermería al
Paciente Adulto en Estado Crítico de Salud**

**Asesora
Indira IslemTejada Pérez**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MEDELLÍN
2021**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios por las oportunidades brindadas, por los triunfos, las dificultades, y por todas aquellas situaciones que se desarrollaron alrededor del presente trabajo, porque de todas ellas aprendimos, gracias por esta oportunidad excepcional de aprender y compartir conocimientos.

Nuestro sentimiento más sincero de gratitud a la docente Indira Tejada quien desde un principio se preocupó por conocer de nosotras como personas y como enfermeras, su acompañamiento fue más del que podíamos esperar, brindándonos lo que más necesitábamos motivación, tranquilidad y amor por lo que estamos haciendo, gracias por todo lo aprendido, desde todo lo maravilloso que aporta el presente trabajo para nuestra profesión, hasta el valor humano, gracias por hacernos ver que de los momentos difíciles nos quedaron aprendizajes y eso es lo importante.

Gracias a nuestras familias, quienes nos brindaron su apoyo incondicional para el desarrollo de este proyecto, su amor, solidaridad, paciencia fueron la fuerza para no rendirnos ante las adversidades, gracias por que no perdieron la calma ante todos los momentos de ausencia en casa.

Gracias a la Universidad de Antioquia por brindarnos todos los recursos tanto académicos como humanos, para llevar a cabo el presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE GRÁFICOS	6
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE ANEXOS	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. FORMULACIÓN DEL TEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	17
4.1. Objetivo General	17
4.2. Objetivos Específicos	17
5. METODOLOGÍA	18
5.1. Tipo de estudio	18
5.2. Fases del estudio	18
5.2.1. Contextualización	18
5.2.2. Clasificación	18
5.2.3. Categorización	20
5.2.4. Análisis de la información	20
5.3. Criterios de rigor	21
5.3.1. Credibilidad	21
5.3.2. Auditabilidad o confirmabilidad	21
5.3.3. Transferibilidad o aplicabilidad	21
5.3.4. Representatividad	22
5.3.5. Relevancia	22
5.3.6. Reflexividad	22
5.3.7. Difusión	22
5.4. Consideraciones éticas	23
6. INFORME DESCRIPTIVO	24
6.1. Generalidades	24
6.2. Clasificación del material	26
6.3. Línea del tiempo	28
6.4. Temas y subtemas	29
7. CAPÍTULO I. Valoración desde la perspectiva de enfermería	31
7.1. Valoración objetiva e individualizada	32
7.1.1. Valoración del dolor físico	33
7.1.1.1. Valoración de los cambios fisiológicos	34
7.1.1.2. Escalas para valoración del dolor	34
7.1.2. Valoración del dolor social	38
7.1.3. Valoración del dolor emocional	38
7.1.4. Valoración del dolor espiritual	39
7.2. Valoración compasiva	40

7.3. Reflexiones finales. Ser experto en el alivio del dolor: El nuevo reto para el enfermero de cuidado crítico	40
8. CAPÍTULO II. Diagnósticos: Priorizando al paciente	43
9. CAPÍTULO III. Intervenciones: Más allá de los medicamentos	46
9.1. Intervenciones Farmacológicas	46
9.1.1. Terapia Multimodal	47
9.1.1.1. Sinergia entre analgesia y sedación	48
9.1.1.2. Interrupción diaria VS sedación consciente	50
9.1.1.3. Abordaje interdisciplinario	50
9.2. Intervenciones No Farmacológicas	51
9.2.1. Musicoterapia	52
9.2.2. Meditación	53
9.2.3. Reflexología	54
9.3. Reflexiones finales. El antagonismo de dolor	55
10. CAPÍTULO IV. Evaluación: Dolor Integral	57
10.1. El dolor desde la mirada de la Teoría de Katharine Kolcaba	58
10.2. Un acercamiento al concepto de dolor integral	59
10.3. Reflexiones finales. El cuidado espiritual del dolor	61
11. CONCLUSIONES	62
12. RECOMENDACIONES	63
13. BIBLIOGRAFÍA	64

LISTA DE TABLAS

N°		Pág.
Tabla N°1	Descriptores de búsqueda. Fuente: elaboración propia. 2020	19
Tabla N°2	Información recolectada en Scielo. Fuente: elaboración propia. 2021	24
Tabla N°3	Información recolectada en Elsevier. Fuente: elaboración propia. 2021	25
Tabla N°4	Información recolectada en Pubmed. Fuente: elaboración propia. 2021	25
Tabla N°5	Compilación bases de datos incluidas y número de material. Fuente: elaboración propia. 2021	25
Tabla N°6	Principales autores que han publicado en la última década sobre el alivio del dolor en el paciente en estado crítico	28
Tabla N°7	Diagnósticos de enfermería asociados al paciente críticamente enfermo con dolor. Fuente: elaboración propia, 2021	43

LISTA DE GRÁFICOS

N°		Pág.
Gráfico N°1	Número de publicaciones por país. Fuente: elaboración propia. 2021	27
Gráfico N°2	Número de artículos según metodología. Fuente: elaboración propia. 2021	27
Gráfico N°3	Número de artículos según metodología - Diversidad de estudios. Fuente: elaboración propia. 2021	28
Gráfico N°4	Línea del tiempo. Tendencias en el tema de estudio. Fuente: elaboración propia. 2021	29

LISTA DE FIGURAS

N°		Pág.
Figura N°1	Temas y subtemas. Fuente: elaboración propia. 2021	30
Figura N°2	Valoración del dolor desde la perspectiva de enfermería en la última década. Fuente: elaboración propia. 2021	31
Figura N°3	Intervenciones de enfermería para el alivio del dolor en la última década. Fuente: elaboración propia. 2021	46
Figura N°4	Evaluación: Dolor Integral. Fuente: elaboración propia. 2021	57

LISTA DE ANEXOS

N°		Pág.
Anexo N°1	Ficha bibliográfica y analítica	70
Anexo N°2	Matriz de análisis	71

1. INTRODUCCIÓN

El paciente en estado crítico de salud se encuentra sometido a diferentes procesos que lo afectan a nivel social, personal, familiar y emocional, relacionados con su proceso salud – enfermedad y su internación en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Es por ello que, al hablar del cuidado de estos pacientes, está inherente el concepto de cuidado humanizado, como expresa José Carlos Bermejo, 2017 “humanizar significa hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.”

De acuerdo con lo planteado, es necesario considerar en el proceso de cuidado particularidades únicas de cada individuo como sus sentimientos, emociones, intereses y temores, pues no solo se presentan los cambios fisiológicos producidos por su proceso de enfermedad, sino que coexisten otras situaciones que aumentan su vulnerabilidad y exigen mayor adaptación al paciente, como es el caso del estado emocional, fisiológico, psicológico y el constante temor a morir. Es por esto que, el cuidado humanizado en las unidades críticas toma mayor relevancia y exige al profesional de enfermería una mirada individualizada, pero general de las necesidades del paciente.

Una de las situaciones más particulares de los seres humanos es la forma de percibir y afrontar el dolor, siendo una de las situaciones más frecuentes en el contexto del cuidado crítico, por la naturaleza de las intervenciones cotidianas de las UCI, como cambios de posición, baño en cama, paso de catéteres, etc. El dolor, se convierte en un tema de interés para el personal de salud, buscando entenderlo y tratarlo de la manera más conveniente, pues el dolor tiene una alta prevalencia en las UCI, y su control insuficiente acarrea un impacto importante en la calidad de la atención y en la recuperación del paciente (Molina, 2017).

En algunos casos el paciente puede expresar el dolor por medio de manifestaciones físicas como inquietud motora, gestos y expresiones verbales, también se pueden presentar alteraciones hemodinámicas como taquicardia, hipertensión sistólica, desaturación, desacople a la ventilación mecánica. Estos cambios no deben ser valorados de forma aislada pues suelen ser inespecíficos, la literatura recomienda el uso sistemático de escalas de valoración por parte de personal entrenado; sin embargo, se ha encontrado que la adherencia a los protocolos ha sido escasa, y no siempre se cuenta con el personal experimentado, lo cual se convierte en un limitante importante en el control del dolor desde el mismo momento de su identificación (Souza, 2013).

Al respecto, Heras en su libro, Humanizando Los Cuidados Intensivos, dice que “la valoración del dolor debe hacerse de forma sistemática, atendiendo particularmente los procedimientos potencialmente dolorosos, y utilizando herramientas validadas”

(Heras, 2017). De ahí que, identificar procedimientos con mayor potencial doloroso es un cuidado de enfermería pilar en el manejo del dolor, puesto que desde allí se despliega la estrategia de analgesia preventiva en la cual se profundizará en el desarrollo de este trabajo.

Con lo expuesto hasta el momento, se hace imperativo identificar el papel del enfermero para liderar estrategias que contribuyan a un mejor control del dolor, teniendo como eje transversal la humanización del cuidado. De ahí que, por medio de este estado del arte, se pueda hacer un análisis de la literatura que permita evidenciar las estrategias existentes para el manejo del dolor e identificar las nuevas intervenciones lideradas por enfermería, con el fin de fortalecer el ejercicio de la disciplina y contribuir a la humanización de las UCI, generando mayor bienestar y confort en el paciente adulto en estado crítico de salud.

2. FORMULACIÓN DEL TEMA

La persona en estado crítico de salud requiere cuidados avanzados con principios científico-técnicos, pero también con sentido de lo humano, pues dada la naturaleza de los procesos fisiológicos alterados del paciente se agudiza la pérdida de independencia, requiriendo apoyo para la satisfacción de necesidades básicas, lo que aumenta el discomfort. Por ello, es necesario analizar los diferentes elementos que afectan al paciente desde lo fisiológico, psicológico, emocional y familiar (Heras, 2017).

A nivel fisiológico, los cambios generados por la enfermedad generan un riesgo vital, por lo que el personal de salud busca restablecer los mecanismos fisiológicos, mediante el uso de tecnología, procedimientos y dispositivos avanzados como la ventilación mecánica, terapia de reemplazo renal, catéteres, drenajes, tubos, intervenciones quirúrgicas, entre otros. Como consecuencia, los pacientes se ven sometidos a múltiples procedimientos invasivos (paso de sondas vesicales y sondas gástricas, canalización de accesos vasculares, líneas arteriales, etc.) que aumentan el riesgo de complicaciones derivadas de la estancia en una UCI; debido a ello, su aspecto fisiológico está en un éxtasis, ya que trata de adaptarse a la situación (Berntzen, Bjørk, Wøien, 2018).

En cuanto al aspecto psicológico, el paciente presenta confusión, amnesia o delirium, aunque estos pueden estar entrelazados con momentos de lucidez a pesar de enfrentarse a horas y días completos de sedación continua. Adicionalmente, está presente el constante temor a morir, angustia por los familiares e incertidumbre frente a la duración de su enfermedad, también se enfrentan a procesos de ansiedad por no saber en qué fase del proceso curación se encuentran y si posterior a esto podrán continuar con su vida con total normalidad.

A nivel emocional hay una tormenta de emociones como confusión, dolor, temor, ansiedad, miedo, tristeza, depresión, negación, soledad, desesperanza, entre otras. Todo esto se suma al dolor y a la incomodidad física que afectan el confort de forma sustancial (Heras, 2017). Así mismo, se puede encontrar que los pacientes enfrentan una sensación de abandono, bien sea, por las limitantes en su participación dentro del cuidado de sí mismo o por enfrentarse a momentos de soledad, donde solo esta emoción se limita por la presencia del personal que está a su cuidado.

Respecto al acompañamiento familiar, varios artículos apoyan su implementación para ayudar en esa sensación de amor, apoyo y seguridad que el familiar le puede brindar al paciente; así, se genera un beneficio bidireccional tanto para el paciente como para el familiar, pues se siente útil y presente en el proceso de la persona enferma y se logra limitar la sensación de abandono hacia su ser querido. Según

Palacios-Espinosa (2017), la inclusión del familiar es también una estrategia importante en el manejo del dolor, pues puede identificar el dolor de manera oportuna y comunicarlo al personal, de esta forma tratarlo más tempranamente.

Lo descrito hasta el momento, permite afirmar que estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo es un suceso trascendental en la vida de una persona. Haber estado en los pasillos de una UCI como paciente es un suceso que implica un antes y un después; incluso, atravesar esta etapa en muchas ocasiones es el motivo para cambios definitivos a nivel vivencial que hacen redireccionar el significado de su existencia, es una experiencia de vida difícil, dolorosa, llena de emociones de toda índole, donde luchan y conviven la incertidumbre, la soledad, la desesperanza y el disconfort, en otras ocasiones la esperanza, amor, fe, ilusión, espiritualidad, emociones que impactan en la vida diaria tanto de las personas hospitalizadas como sus familiares (Heras, 2017).

Ahora bien, una de las sensaciones más evidentes en la UCI es el dolor, entendido por Martínez Caballero et al. (2015) como “la preocupación sanitaria más importante del mundo; el alivio de este debería constituir uno de los derechos fundamentales de los seres humanos” (p. 228). En efecto, el dolor representa uno de los recuerdos más vívidos para los pacientes no solo por los cambios fisiológicos que genera, sino por el impacto emocional que produce en la persona, en especial en lo relacionado con el miedo.

Es preciso señalar que hay una clara relación entre el miedo y el dolor. El miedo lo experimenta el paciente desde el momento en que sabe que va a ser trasladado a la unidad crítica, generando ansiedad, incertidumbre y temor a la muerte, emociones que aumentan de forma proporcional con el dolor. Es así como Palacios-Espinosa (2017) señala que el dolor no controlado puede aumentar el riesgo de que se convierta en crónico, pues el miedo a sentir dolor genera una hipervigilancia con subsecuente magnificación del dolor, lo que aumenta la respuesta fisiológica y la hipersensibilización al mismo.

El aumento o presencia del dolor, sumado a las demás sensaciones físicas y emocionales del paciente, generan en la persona un estado de disconfort. Algo tan cotidiano para los seres humanos, como la sensación de bienestar, en la UCI se convierte en todo un reto, pues es un ambiente donde se debe priorizar la estabilidad hemodinámica, sin dejar de lado el bienestar de la persona cuidada.

El fin en sí mismo del cuidado enfermero es acompañar y brindar bienestar en todo el proceso vital, ese cuidado no tiene sentido si no se buscan las estrategias necesarias para lograr una mejor experiencia, visión que, algunas veces en las unidades de cuidado intensivo se pierde. Según Agulles Simo (2018):

“En muchas ocasiones los cuidados centrados en el paciente se han visto desplazados hacia una visión más tecnicada, afectada por la demanda y la carga

de funciones, como también por la diversidad de labores encomendadas a los enfermeros... todo esto puede convertir al profesional de enfermería en un “robot sofisticado” programado para la producción...” (p,48).

En otras palabras, el cuidado de enfermería humanizado busca el logro del mínimo dolor posible. El enfermero debe generar un espacio donde el dolor se monitorice constantemente, teniendo como objetivo el adecuado control del dolor con el fin de minimizar el riesgo de secuelas en el paciente. De esta manera, se puede permitir una recuperación más cercana y un mejor pronóstico en cuanto a su dependencia y su rol social, con un menor impacto psicológico.

Diferentes disciplinas describen estrategias para el manejo del dolor del paciente en estado crítico. Palacios et al (2017) plantean en su artículo los cuidados interdisciplinarios, integrando enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y fisioterapia, en el desarrollo de escalas y medidas para el adecuado manejo del dolor. No obstante, es el profesional de enfermería el responsable de adaptar dichas estrategias a las particularidades del paciente, garantizando un cuidado individualizado y humanizado que posibilite el confort, en medio de la incomodidad de estar críticamente enfermo.

En este sentido, el enfermero debe identificar el dolor, gestionar la analgesia de forma prioritaria, verificar que los dispositivos y líneas estén en las posiciones indicadas para no generar incomodidad, promover el acompañamiento familiar, disminuir el nivel de ruido en el ambiente, posicionar al paciente en una postura que sea cómoda para él, entre otras intervenciones de cuidado (Heras, 2017).

Para ello, el enfermero cuenta con diferentes estrategias. La primera, se fundamenta en la observación e interpretación, donde identifica los gestos, movimientos, cambios hemodinámicos y conductuales del paciente, que sugieren que puede tener dolor. La segunda, consiste en la aplicación de las diferentes escalas validadas para identificar el dolor tanto en pacientes conscientes, como en aquellos bajo efectos de sedación (Aitken, Marshall, Elliott, McKinley, 2008).

La más conocida, es la Escala Visual Análoga del dolor (EVA) que cuenta con números o imágenes para describir el nivel de dolor puede aplicarse en pacientes conscientes e incluso en aquellos que no pueden hablar fácilmente, pues la persona puede indicar son sus dedos en qué nivel de dolor se encuentra. Para el paciente con sedación o nivel de consciencia comprometido, que no pueden expresar el nivel de dolor que están experimentando el enfermero puede aplicar la escala BPS (Behavioral Pain Scale) o la CPOT (Critical- Pain Observation Tool), ambas, evalúan en el paciente críticamente enfermo, las expresiones faciales, tensiones musculares, respuesta verbal y confortabilidad (Rivas, Alarcón, et al; 2018).

Además, el enfermero puede implementar otras terapias alternativas como aromaterapia, masajes, lectura, entre otros; sin embargo, una de las más utilizadas

actualmente es la musicoterapia. La música ha sido siempre un pasatiempo humano, influye en aspectos cognitivos y emocionales, puede transmitir alegría o melancolía, tiene la capacidad de evocar la memoria asociativa y generar respuestas afectivas, logra desvincular al paciente de la situación estresante que vive pues lo transporta a otro lugar. Ferrari et al (2017) en su revisión sobre la musicoterapia y la ventilación mecánica en UCI, señalan que “aún es escasa la evidencia sobre los beneficios, pero es útil para disminuir la ansiedad y facilitar la relajación; ha demostrado capacidad para reducir la intensidad de la sedación, disminución del tiempo en ventilación mecánica, es fácil de implementar y costo efectivo”.

Lo descrito hasta aquí permite afirmar que el enfermero se preocupa por el confort del paciente, es minucioso en la valoración, identifica el nivel de dolor, analiza la administración de analgésicos, hace titulación o desmote de los medicamentos, percibe fácilmente el estado clínico del paciente, de un modo casi supersticioso, esto, gracias a la relación paciente-enfermero que garantiza un vínculo mucho más humano. Es por ello, que en este estado del arte se describe el papel del enfermero para aliviar el dolor y brindar confort al paciente que se encuentra críticamente enfermo en una unidad de cuidados intensivos, durante el período 2010 - 2020, con el fin de generar nueva evidencia que fortalezca la disciplina de enfermería y el cuidado al paciente en estado crítico, teniendo como eje transversal la humanización.

3. JUSTIFICACIÓN

El bienestar del paciente es indispensable para brindar un cuidado ético y humano, se convierte en una necesidad básica para el paciente, el poder sentirse a gusto durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La palabra bienestar hace referencia a la satisfacción e integración del bienestar psíquico y físico de la persona, puesto que al integrar estos dos ámbitos puede presentarse con mayor facilidad una sensación de disfrute, goce y plenitud (Heras G. 2017).

En una UCI los pacientes se enfrentan a cambios que pueden alterar significativamente su percepción de bienestar, se sienten vulnerados en la medida que su rutina cambia drásticamente, se vuelven dependientes del cuidado de otra persona a causa de lo crítico de su estado de salud, una actividad que normalmente realizan por sí solos pasa a depender de la ayuda del personal de enfermería para su realización como lo es la alimentación y la higiene. Sumado a esto, los pacientes están inmersos en una serie de estímulos internos y externos, que les generan múltiples sensaciones y emociones, siendo la más común el dolor.

La Asociación Mundial para el Estudio del Dolor [IASP], (2018), define el dolor “como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial”, que puede tener manifestaciones conductuales y fisiológicas, las cuales deben ser interpretadas por el profesional de enfermería para orientar el manejo adecuado del paciente. Un mal control del dolor, exagera las secuelas psicológicas, físicas y empeora el pronóstico de los pacientes; según Palacios Espinosa et al, (2017) “el deficiente manejo del dolor se puede constituir en aumento del riesgo para desarrollo de dolor crónico, ya que el paciente desarrolla una hipervigilancia, aumentando la respuesta fisiológica y la hipersensibilización ante el dolor“(p, 381).

Otros factores relacionados con el dolor del paciente crítico están relacionados con los aspectos sociales, donde las UCI son conocidas generalmente como un espacio de “terror” que se relaciona con muerte, dolor y sufrimiento. Chamorro & Romera (2015) en su artículo “dolor y miedo en la UCI” hablan de la relación entre el dolor y el miedo que genera estar internado en este servicio, mencionan el caso de una reconocida política de España que requirió cuidados de alta dependencia en la UCI, quien describe las UCI como la sucursal de infierno, el autor se refiere a esta expresión tan desdichada como la muestra del concepto general que se tiene de las UCI a nivel sociocultural, que incluso algunas personas que requieren y tienen acceso a cuidados intensivos se niegan a recibirlo e incluso fallecen por la ausencia de estos cuidados especializados” (p, 1).

Palacios Espinosa et al, (2017), señalan que el manejo del dolor es principalmente una responsabilidad de médicos y enfermeros, sin dejar de lado la importancia del

abordaje interdisciplinario. No obstante, hacen énfasis en el papel del enfermero como líder del proceso, y profesional capaz de integrar los aportes de las otras disciplinas en el diseño del plan de cuidados orientado al manejo del dolor y bienestar del paciente críticamente enfermo.

De ahí que, sea gran interés conocer los diferentes el papel de enfermería, sus aportes, estrategias y cuidados, que han sido tendencia en los últimos diez años en el manejo del dolor y bienestar del paciente en estado crítico de salud, considerando no solo, la terapia farmacológica, sino aquellas estrategias alternativas, que permiten un abordaje del paciente desde una mirada más humanizada y que contribuyen al desarrollo disciplinar de Enfermería.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar comprensivamente la literatura sobre el papel del enfermero para aliviar el dolor y brindar confort al paciente que se encuentra críticamente enfermo en una unidad de cuidados intensivos, durante un periodo del 2010 al 2020.

4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las diferentes disciplinas que intervienen de forma directa en el manejo del dolor y el confort en el paciente crítico.
- ✓ Definir las metodologías y teorías que aportan a la monografía sobre el manejo del dolor y el confort en el paciente crítico.
- ✓ Identificar las tendencias o saberes que arrojan las publicaciones sobre el manejo del dolor y el confort del paciente en UCI.
- ✓ Clasificar los aspectos de los que se ocupan las publicaciones sobre el manejo del dolor en el paciente adulto en estado crítico y su relación con el papel de enfermería.

5. METODOLOGIA

La presente monografía se realizó desde el paradigma cualitativo, con una aproximación hermenéutica. La investigación cualitativa, según Lerma, permite al investigador desarrollar conceptos y comprensiones partiendo de datos, y no recoger datos para evaluar modelos y teorías preconcebidas (Lerma González, 2009), mientras que la hermenéutica como método, permite la interpretación y comprensión de los textos y el entendimiento crítico y objetivo del sentido (Hoyos, 2000).

5.1. Tipo de estudio

Para el desarrollo de esta investigación, se decidió emplear la metodología del estado del arte, el cual según Londoño, Maldonado y Calderón (2014) se define como una modalidad de la investigación documental que permite el estudio del conocimiento acumulado dentro de un área específica, su finalidad es dar cuenta del sentido del material documental sometido a análisis con el fin de revisar de manera detallada y cuidadosa los documentos que tratan sobre un tema específico.

5.2. Fases del estudio

Se llevaron a cabo 3 momentos clave en la construcción del presente trabajo, los cuales están íntimamente relacionados con el círculo hermenéutico:

5.2.1. Contextualización

Para el desarrollo de esta etapa, en primer lugar, se definió el objeto de estudio, así como el planteamiento del problema y sus límites, y el material documental que se utilizó en la investigación (Londoño Palacio et al., 2014). Para este estado del arte, se analizó la producción científica sobre el papel del enfermero en el manejo del dolor en el paciente en estado crítico, y la forma cómo influye en el confort. Esto se logró, analizando críticamente artículos científicos en las revistas indexadas Scielo, Pubmed, y Elsevier.

5.2.2. Clasificación

En esta fase, “se determinaron los parámetros a tener en cuenta para la sistematización de la información, la clase de documentos a estudiar, la cronología, las disciplinas, las líneas de investigación, el alcance, esta información se seleccionó dando respuesta al objetivo de la monografía” (Londoño Palacio et al., 2014).

En la búsqueda de la producción científica acerca del objeto de estudio, se incluyeron revisiones sistemáticas, consensos de expertos, guías de práctica clínica, artículos de reflexión, entre otros; incluyendo estudios cualitativos y cuantitativos, publicados en un periodo de 10 años, entre el 2010 y el 2020. Se revisaron publicaciones de buscadores como PubMed y en las bases de datos de Scielo y Elsevier, en los idiomas inglés, español y portugués haciendo uso de *Descriptores en ciencias de la salud (DeCS)*.

PALABRAS DE BÚSQUEDA	DESCRIPTOR EN INGLÉS	DESCRIPTOR EN ESPAÑOL	DESCRIPTOR EN PORTUGUÉS
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pain ✓ Pain Measurement ✓ Pain, Referred ✓ Pain perception ✓ Pain Management 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor ✓ Dimensión del Dolor ✓ Dolor referido ✓ Percepción del dolor ✓ Manejo del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor ✓ Medição da Dor ✓ Dor Referida ✓ Percepção da Dor ✓ Manejo da Dor
Confort	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patient Comfort 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comodidad del Paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conforto do Paciente
Enfermería / cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nurse Clinicians ✓ Nursing Care ✓ nursing 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras Clínicas ✓ Atención de Enfermería ✓ enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeiras Clínicas ✓ Cuidados de Enfermagem ✓ Enfermagem
UCI / cuidado crítico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Critical Care 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados Críticos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados Críticos

Tabla N°1. Descriptores de búsqueda. Fuente: elaboración propia. 2020

Para la clasificación de los artículos, se crearon carpetas según la base de datos y posteriormente el año de publicación para facilitar el análisis de la información y la sistematización de las fichas bibliográficas. Una vez obtenidos los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, se almacenaron y organizaron en el gestor bibliográfico *Mendeley*, el cual nos permitió generar la bibliografía, así como las citas pertenecientes a los documentos y de esta manera preservar la propiedad intelectual de cada autor.

5.2.3. Categorización

Para este momento del estado del arte se tiene en cuenta la jerarquización y generación de la información para su correcto manejo, lo que implica tener en

cuenta los temas considerados como esenciales, facilitando así el estudio del fenómeno a investigar (Londoño Palacio et al., 2014).

En esta fase, se realizó una lectura crítica de los artículos seleccionados, esto permitió realizar una ficha bibliográfica y analítica de cada uno de los textos (Ver anexo N°1); lo anterior, con el fin de sintetizar la información y extraer las ideas principales para facilitar su acceso e interpretación.

Posteriormente, se registró la información en una matriz de análisis realizada en Excel (Ver anexo N°2). Lo anterior, propicio una mayor organización de la información encontrada, un acceso más cercano, agrupar la información y facilitar la comprensión de los textos encontrados, este proceso fue útil en la depuración de los textos para llegar a las conclusiones centrales.

5.2.4. Análisis de la información

La construcción del estado del arte consta de dos momentos fundamentales: heurístico y hermenéutico. El primer paso, *heurístico*, es la búsqueda y recopilación de las fuentes de información que pueden ser de diferentes características y naturaleza como: bibliografías, monografías, artículos, trabajos de investigación (Calderón et al, 2014). En esta fase se leen las fuentes encontradas, se indican los instrumentos diseñados por el investigador para sistematizar la información.

El momento *hermenéutico*, consiste en la lectura, análisis, interpretación, correlación y clasificación de la información. Según el interés de la investigación, característico de un trabajo hermenéutico, pasa de la fragmentación de lo condensado en las fichas a la síntesis del texto. Esto explica las bases de la comprensión a partir del círculo hermenéutico, el cual determina la ruta investigativa, a continuación, se describe el proceso:

- Inicia con el **pretexto** es el primer momento del trabajo, el cual permite tener un panorama general de la información encontrada, es primordial que la información sea de fuentes confiables que le den validez a la evidencia, posteriormente se va configurando el horizonte previo, desde el cual se va a generar el interrogante central, nace la necesidad de darle un sentido e interpretación. (Calderón et al., 2014).
- **El texto** es el objeto que conduce a la interpretación, según (Eco 1977), “ un texto es un universo abierto en el que el intérprete puede descubrir infinitas interconexiones.”, el texto es pues la circulación de las diversas formas de lenguajes que permiten percibir y comprender los significados del contexto. (Calderón et al., 2014).
- El **horizonte de sentido** (Calderón et al., 2014). es donde están condensados los imaginarios, concepciones y percepciones, su representación es la estancia

más elaborada y consciente del saber del sujeto. el sentido es entonces una forma individual y particular de significar, el sujeto da sentido a través de un nuevo texto surgido de otros textos, es captar esencias que permitan descifrar la realidad, es saber captar un sentido a través de la lectura.

Se centra en un único núcleo significativo que se denomina “unidad de sentido” el cual comprende el texto y el lector que lo interpreta, se da entonces un diálogo entre ambos. Las investigaciones preexistentes sobre el manejo del dolor constituyen el pretexto, estos estudios pasaron por un proceso de interpretación (texto), este proceso da lugar a un nuevo texto (horizonte de sentido) este es el resultado final de nuestro análisis.

5.1. Criterios de rigor

Para el desarrollo de la presente monografía, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de rigor metodológico:

5.3.1 Credibilidad

Según Noreña- Alcaraz (2012) “el criterio de credibilidad permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada”. Este criterio se garantiza en la monografía, mediante el respaldo de las citas bibliográficas, las fichas realizadas donde se tienen las ideas principales de los artículos que fueron estudiados para poder tener bases a la hora de construir la monografía.

5.3.2 Auditabilidad o Confirmabilidad

Según Guba y Lincon (1981), se refiere a “la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para esto es necesario el registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.” Es por esto que, el análisis de los documentos revisados para esta monografía será mediante fichas bibliográficas y matriz de análisis.

5.3.3 Transferibilidad o aplicabilidad

Este criterio habla de la capacidad que tiene el presente trabajo monográfico de ser extrapolado a otras poblaciones u a otras investigaciones, en las cuales les pueda ser útil para su aplicación, en la medida que la información allí contenida, no se aplique a un grupo en específico, sino que también se pueda aplicar a otro grupo poblacional o bien pueda ser usado para fortalecer futuras investigaciones pues, su

contenido es comprensible, claro y está bien estructurado. Así mismo, el proceso metodológico está descrito paso a paso, con el fin que pueda ser utilizado como referencia para futuros estados del arte. (Noreña y Alcaraz, 2012)

5.3.4 Representatividad

Considerando como representatividad la cantidad de artículos abordados durante la revisión de las publicaciones, estudios y demás textos encontrados, se hace evidente en este estudio monográfico, pues contará con más de 50 referencias, que garantizan que la información registrada, tiene bases científicas y metodológicas. Los artículos serán buscados usando descriptores y operadores booleanos, en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, Scielo, Elsevier, escogiendo artículos de texto completo en un periodo entre 2010 a 2020.

5.3.5 Relevancia

Según Noreña et al (2012), este criterio también se refiere a la contribución con nuevos hallazgos y a la configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales. De acuerdo con esto, la presente monografía cuenta con relevancia, pues existe correspondencia entre los objetivos, la justificación y los resultados obtenidos mediante el cruce de datos en la matriz de análisis, obteniendo así validez y rigor metodológico.

5.3.6 Reflexividad

Según Noreña et al (2012), la reflexividad constituye un criterio en el cual los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes; dicho esto dentro del actual estudio monográfico se respetará la autoría intelectual de cada autor, describiendo las ideas principales de cada artículo, mostrándose tal cual sus autores las describen, citando acorde a las normas APA en este caso, para darle la objetividad que merece.

5.3.7 Difusión

Este último criterio de rigor invita a mostrar a la comunidad académica, científica y al personal de salud, resultados de la realización de esta monografía, los cuales, serán divulgados por medio de la publicación del documento final en el repositorio de la universidad, socializado en algunas Instituciones de Salud y redes de difusión de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, como la RAE – Reuniones Académicas de Enfermería.

5.4 Consideraciones Éticas

Para la realización de esta monografía, se tuvieron en cuenta las normas que respetan la autoría intelectual de cada uno de los autores, cuyos artículos sirvieron de base teórica para el desarrollo de la investigación. En primera instancia se hace uso de las normas APA 2020, en su séptima edición, para darle una estructura adecuada y organizada al estudio monográfico, además, de servir de referente para la citación de los artículos, conservando los derechos de autor.

Igualmente, se cuenta con la ley 23 de 1982 escrita por el senado que indica que “los derechos de autor se reputan de interés social y son preferentes a los de los intérpretes o ejecutantes, de los productores de fonogramas y de los organismos de radiodifusión, y en caso de conflicto primaran los derechos del autor” además, esta ley constata que dichos artículos son protegidas como obras independientes y originales de cada uno de los autores (Congreso de la república, 1982)

Finalmente, se recurre a la lectura de la ley 1403 de 2010, que habla del derecho que tiene cada autor a una remuneración por la publicación y divulgación de su obra; siendo consecuentes con esto, la búsqueda de los artículos se centró en las bases de datos de la Universidad de Antioquia, las cuales están abiertas para estudiantes. Así mismo, se buscaron artículos que cuentan con el texto completo para así poder hacer un moderado y adecuado uso de la autoría intelectual, Con lo expuesto se concluye que, el presente trabajo, tiene un riesgo bajo, pues no se tendrá interacción con la población y cada uno de los artículos usados en la monografía tiene como base el respeto por la autoría durante todo el proceso. (Congreso de la república, 2010)

6. INFORME DESCRIPTIVO

En el siguiente trabajo monográfico se realizó una revisión bibliográfica referente al tema: papel del enfermero para aliviar el dolor y brindar confort al paciente que se encuentra críticamente enfermo durante el periodo 2010 - 2020. Se lograron identificar los ejes temáticos o tendencias relacionadas al tema y cómo han transcurrido desde diferentes autores en la línea del tiempo; con base en ello, surgieron cuatro temas fundamentales que se plantearon como capítulos, en cada uno de los cuales se realiza una aproximación teórica fundamental y una discusión pertinente del tema.

6.1. Generalidades

La búsqueda en la producción científica acerca del objeto de estudio se realizó mediante los artículos publicados en las revistas indexadas durante el periodo 2010 al 2020; se revisaron las bases de datos y buscadores disponibles en línea: Scielo, Pubmed y Elsevier; encontrando 561 artículos en español e inglés.

Una vez se seleccionaron estos artículos según los términos controlados, se realiza una segunda revisión a través de la lectura de los títulos y resúmenes, verificando el cumplimiento de los criterios de temporalidad, población, entre otros; de este proceso se decidió prescindir de 507 artículos por las siguientes razones:

- ✓ No eran relevantes para el tema a investigar.
- ✓ No se encontraron en texto completo, a pesar de gestionar a través del sistema de bibliotecas.
- ✓ Población neonatal, gestante, consulta externa y ambulatoria, y cuidados paliativos.

Se delimitó la búsqueda de los artículos con el operador booleano “AND” y “OR” y los descriptores DeCS como se muestra en las siguientes tablas:

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	(Comodidad del Paciente) AND (Cuidados Críticos)	(dolor) AND (UCI)	(Critical care) AND (pain)
BASE DE DATOS	SCIELO		
TOTAL ARTÍCULOS	4	61	183
ARTÍCULOS ESCOGIDOS	1	7	11
IDIOMA	ESPAÑOL	ESPAÑOL	ESPAÑOL 4 INGLÉS 7

Tabla N°2. Información recolectada en Scielo. Fuente: elaboración propia. 2021

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	(enfermería) AND (cuidados críticos)	(dolor) OR (comodidad) AND (cuidados críticos)	(atención de enfermería) AND (cuidados críticos)
BASE DE DATOS	ELSEVIER		
TOTAL ARTÍCULOS	22	84	102
ARTÍCULOS ESCOGIDOS	5	3	2
IDIOMA	ESPAÑOL	ESPAÑOL	ESPAÑOL

Tabla N°3. Información recolectada en Elsevier. Fuente: elaboración propia.2021

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	((Critical Care) AND (Patient Comfort) AND (Pain Management))	(pain) AND (critical care) AND (patient comfort)	(pain management) AND (critical care)
BASE DE DATOS	PUBMED		
TOTAL ARTÍCULOS	125	183	5,820
ARTÍCULOS ESCOGIDOS	25	10	20
IDIOMA	INGLÉS	INGLÉS	INGLÉS

Tabla N°4. Información recolectada en Pubmed. Fuente: elaboración propia. 2021

Finalmente, fueron 54 artículos los seleccionados para el análisis del tema, se aclara que para este punto ya se han eliminado las duplicidades existentes en las diferentes bases de datos; a continuación, se relaciona la compilación del material:

ECUACIONES DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS DESCARTADOS	SELECCIONADOS
((Critical Care) AND (Patient Comfort) AND (Pain Management))	ELSEVIER	188	178	12
	PUBMED	125	100	20
((pain) AND (critical care) AND (patient comfort))	SCIELO	248	229	18

(pain management) AND (critical care)	TOTAL	561	507	50
---------------------------------------	-------	-----	-----	----

Tabla N°5. Compilación bases de datos incluidas y número de material. Fuente: elaboración propia. 2021

6.2 Clasificación del material

Con el fin de analizar los artículos de manera clara, se organizó la información por tipo de material, idioma, país, metodología de la investigación empleada, autores clave y línea del tiempo:

Tipo de material

El material definido para el trabajo monográfico fueron en su totalidad artículos científicos publicados en revistas indexadas, que se encontraban disponibles en texto completo en las bases de datos antes mencionadas.

Idioma

De los 54 artículos seleccionados, 24% estaban escritos en español y el 76% restante en inglés, lo cual muestra la necesidad de mayor publicación en español, así como la importancia de formación en segunda lengua.

País

Los países con mayor número de publicaciones fueron España (10) y Estados Unidos (9); seguidos por Chile y Colombia con 3 artículos cada uno, se incluyen además otros países como Alemania, Australia, Bélgica, Noruega, Polonia, Brasil y México, con menos publicaciones, pero con grandes aportes al tema abordado en esta monografía.

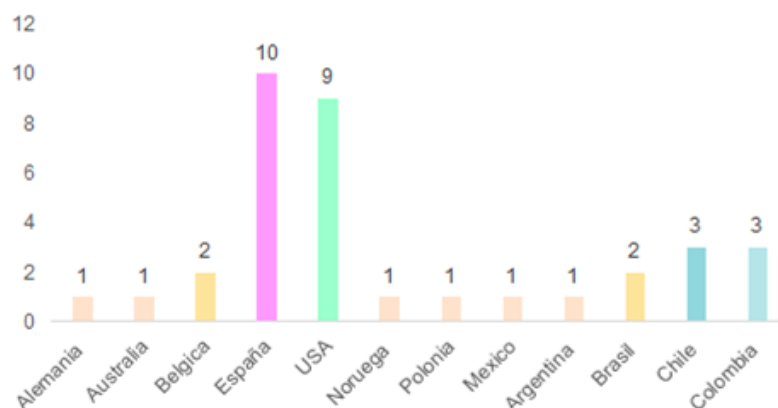


Gráfico N°1. Número de publicaciones por país. Fuente: elaboración propia. 2021

Metodología

Las metodologías encontradas de los 54 (100%) artículos analizados fueron muy variadas, sin embargo, se encontró que la mayoría (88,9%) fueron desarrolladas con la metodología cuantitativa, como revisiones sistemáticas, estudios observacionales, ensayos aleatorizados, y en menor porcentaje, estudios descriptivos, estudios de cohorte. Los estudios con metodología cualitativa (11,1%), fueron investigaciones etnográficas, artículos de reflexión, fenomenologías y consensos de expertos.

A continuación, se relacionan los gráficos que reflejan estos hallazgos:



Gráfico N° 2. Número de artículos según metodología. Fuente: elaboración propia. 2021

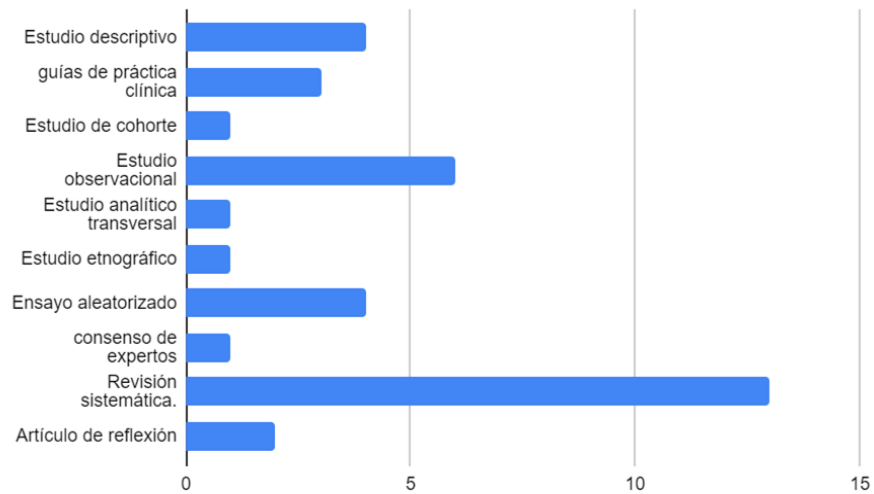


Gráfico N° 3. Número de artículos según metodología - Diversidad de estudios. Fuente: elaboración propia. 2021

Autores clave

En la revisión bibliográfica realizada se logró identificar algunos autores que han mostrado interés en estudiar el papel del enfermero en el manejo del dolor y el bienestar del paciente, abordando este tema desde una perspectiva integral. En la siguiente tabla se mencionan algunos trabajos destacados con su respectivo autor:

PUBLICACIÓN	AUTOR
Sobre sedación Zero como herramienta de confort, seguridad y gestión en las unidades de cuidados intensivos	Caballero J
Dolor y miedo en la UCI	Chamorro C
Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en unidades de cuidado intensivo (UCI): revisión de tema	Palacios X
Aislamiento acústico y música en la comodidad de pacientes críticos ventilados mecánicamente	Mateu-Capell M

Tabla N°6. Principales autores que han publicado en la última década sobre el alivio del dolor en el paciente en estado crítico. Fuente: elaboración propia. 2021

6.3 Línea de tiempo

Para el desarrollo de la línea del tiempo, se organizó la información por trienios con el fin de identificar la tendencia en cada período:



Gráfico N° 4. Línea del tiempo. Tendencias en el tema de estudio. 2021

- ✓ Del 2010 al 2012, se identifica un gran interés en la formación del personal de enfermería respecto a las intervenciones que pueden usar para el manejo del dolor, titulación de analgésicos y sedantes; además, del uso de escalas de valoración como la CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) y la BPS (Behavioral Pain Scale).
- ✓ En el período de 2013 a 2015, se hizo mayor énfasis en las intervenciones no farmacológicas como la musicoterapia y terapias de relajación, que son medidas enfocadas a generar confort y a la reducción de estresores que incrementan o perpetúan el dolor. Asimismo, se comienza a describir la importancia de la participación de la familia del paciente, logrando de esta manera tener una Unidad de Cuidados Intensivos más humanizada.
- ✓ Entre el 2016 al 2018, hubo mayores publicaciones relacionadas con la analgesia multimodal, como un modelo que permite integrar una adecuada valoración y el óptimo control del dolor, haciendo énfasis en la administración de analgésicos y no en los sedantes, de forma concomitante con otras intervenciones.
- ✓ Finalmente, entre el 2019 y 2020 surge con fuerza el tema de sobre sedación Zero, el cual consiste en realizar una adecuada modulación del dolor, evitando usar en exceso los medicamentos sedantes, y de esta manera disminuir las complicaciones asociadas a la sobresedación. En este período, se evidencia los cambios frente al adecuado manejo del paciente crítico, centrando el objetivo en el control del dolor, optimizando la valoración y el uso de analgésicos.

6.4 Temas y subtemas

A partir de la lectura crítica de los artículos científicos y buscando evidenciar el papel del enfermero para aliviar el dolor y brindar confort al paciente en estado crítico de salud, se organizó la información analizada con base en el Proceso de Enfermería, mostrando en cada una de las fases los aportes que, como disciplina, ha hecho enfermería durante la última década:

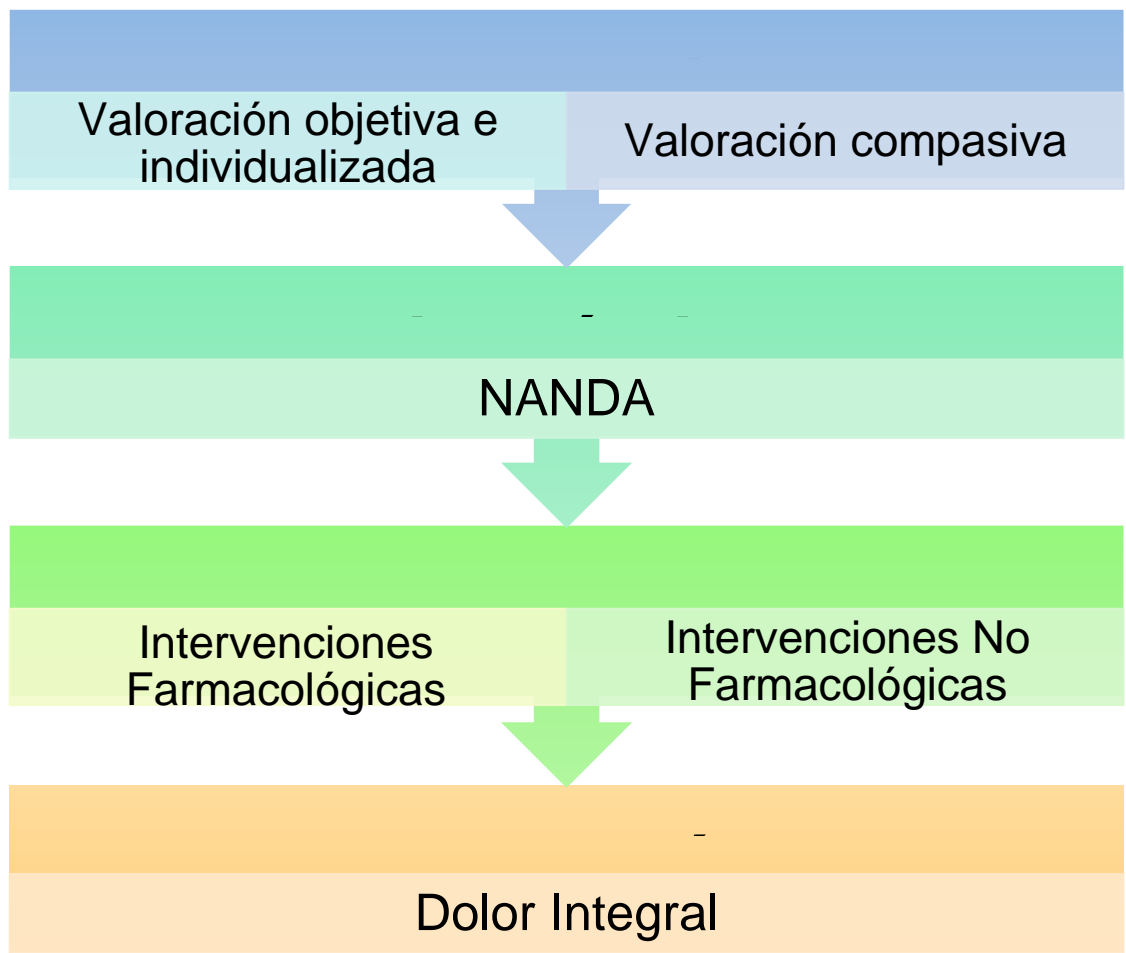


Figura N°1. Temas y subtemas. Fuente: elaboración propia. 2021

7. CAPÍTULO I.

VALORACIÓN DEL DOLOR DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

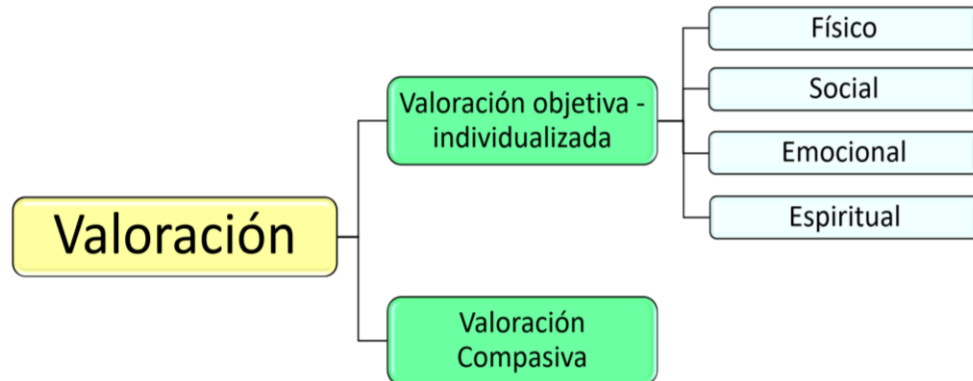


Figura N°2. Valoración del dolor desde la perspectiva de enfermería en la última década. Fuente: elaboración propia. 2021.

El primer acercamiento al dolor inicia desde la valoración del paciente en estado crítico; es el momento donde el enfermero logra identificar el nivel, intensidad, tipo y causas del dolor, para poder orientar de forma oportuna las medidas que ayuden a aliviar o mitigar esta sensación desagradable en el paciente. En contraste, si la valoración no se realiza de manera adecuada, es decir, el enfermero no logra identificar las necesidades particulares del paciente, el dolor puede pasar desapercibido, generando disconfort. En esta primera fase, es fundamental que el enfermero haga un análisis individualizado del dolor, adaptado a las condiciones de cada individuo, teniendo en cuenta que es un fenómeno complejo, y que cada ser humano lo vive, siente y afronta de manera diferente.

En el análisis realizado, se lograron identificar dos principios fundamentales que debe tener presente el enfermero para la Valoración del dolor en el paciente críticamente enfermo. El primero, hace referencia a la **Valoración objetiva e individualizada**, donde el enfermero se apoya en los instrumentos de medición del dolor, la observación y el juicio clínico, para reconocer el dolor físico, social, espiritual y emocional del paciente. El segundo principio, es la **Valoración compasiva**, que busca disminuir la brecha existente entre el dolor vivenciado por el paciente y valorado por el enfermero; esto, relacionado con la subjetividad tácita del dolor, que, en algunas situaciones afecta, tanto el proceso de enfermería como en el confort del paciente.

7.1 Valoración objetiva e individualizada

El concepto de dolor ha tenido diferentes transformaciones a través del tiempo; así pues, en 1979 la IASP (International Association for the Study of Pain) había definido el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (IASP, 1979); no obstante, dicha versión tenía vacíos conceptuales que no incluían otros tipos de dolor. Para el 2016, la IASP, propuso una nueva definición con una mirada más integral, definiendo el dolor como “una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales” (IASP, 2016)

La nueva definición se plantea más completa al describir el dolor como una experiencia angustiosa e inquietante. Además, recoge los componentes emocionales y sensoriales que ya habían sido reconocidos desde los años noventa por la IASP, y resalta los aspectos cognitivos y sociales que hasta ahora habían estado ausentes de la definición y que proporcionan una dimensión más comprensiva y amplia del dolor (López, 2017).

Con esta nueva definición, surge la necesidad de definir los diferentes tipos de dolor descritos en la literatura, entre estos se encuentran el dolor físico, social, psicológico y espiritual:

Al hablar del **dolor físico**, se define como aquel que se genera con los estímulos nociceptivos en el sistema nervioso central, ya sea por la patología de base, las complicaciones o los procedimientos que son necesarios realizar durante la atención como paso de sondas, catéteres, cirugías, curaciones, baño en cama, aspiración de secreciones, entre otros (Sánchez & Rivera-Largacha, 2018).

Respecto al **dolor social**, se puede ver reflejado en la preocupación del paciente por su familia, finanzas, rol social, reputación, imagen corporal, miedo al abandono y al aislamiento debido a interrupciones en su rutina diaria (Sánchez & Rivera-Largacha, 2018).

En cuanto al **dolor psicológico**, se presenta por enojo a los fracasos terapéuticos, retraso en los diagnósticos, alteración de la imagen corporal, temor a la muerte, sentimiento de desesperanza; se asocia la frustración generada por la falta de control de la situación y a la sensación de vulnerabilidad dada la dependencia para su cuidado personal (Sánchez & Rivera-Largacha, 2018).

Finalmente, el **dolor espiritual**, se deriva del sentido humano intrínseco de encontrar significado a los sucesos (*¿por qué me pasa esto a mí?*); y un deseo universal de lograr sentido a la propia vida, siendo esta experiencia dolorosa, individual para cada sujeto (*¿Por qué Dios permite que esto me suceda?*) (Sánchez & Rivera-Largacha, 2018).

Lo descrito hasta el momento, permite afirmar que el dolor es uno de los principales problemas que aquejan a los pacientes que se encuentran en las Unidades de Cuidado Intensivo. De ahí la importancia que el enfermero, realice una valoración de forma objetiva, detallada e individualizada del paciente, pues como lo afirma Devlin, (2018), la evaluación consciente y objetiva de las necesidades de los pacientes posibilita la identificación oportuna y clara de los problemas, optimizando las intervenciones de cuidado.

En este sentido, Pandharipande, (2014) habla de la importancia de valorar a la persona de forma individual, evaluando la presencia de dolor de forma constante, considerando su capacidad de verbalización del dolor, pues, es común que los pacientes críticos se encuentren intubados, con traqueostomía, bajo efecto de sedación o presenten alteraciones del estado de conciencia, lo que limita su capacidad de expresar sus necesidades; en estos casos, la recomendación es aplicar las escalas de valoración conductual validadas, las cuales serán descritas más adelante.

Con lo expuesto, es claro que, aliviar el dolor y brindar confort al paciente en estado crítico de salud es un reto para el profesional de enfermería, pues en medio de las actividades rutinarias, la sobrecarga de trabajo, el cansancio y el estrés asociado a la UCI, el enfermero logra, de forma empírica en algunos casos, identificar cómo se siente un paciente que ingresa a UCI, y a partir de esa interpretación, definir intervenciones fundamentadas planes de cuidados individualizados y acordes con las vivencias de los pacientes (González, 2017).

A continuación, se describen algunas recomendaciones para la valoración del dolor físico, dolor social, dolor emocional y dolor espiritual:

7.1.1 Valoración del dolor físico

Un acercamiento inicial a la realidad dolorosa será orientar la valoración hacia una dimensión física donde se tendrán en cuenta los cambios fisiológicos, hemodinámicos, signos vitales, cambios comportamentales, y toda la tecnología que proporcione datos objetivos sobre estos parámetros; allí se hablará del monitoreo BIS y como algunos estudios han encontrado beneficio en el análisis de estos datos.

Posteriormente, se describirán las escalas de valoración validadas, teniendo en cuenta las necesidades del paciente; el profesional de enfermería aplicará la escala que mejor se ajuste de acuerdo la condición clínica del paciente (con o sin sedación, con intubación o traqueostomía) el personal que realiza la valoración debe estar capacitado y tener la experiencia en el análisis de este tipo de escalas de lo contrario esto puede generar confusiones, en las cuales se profundizará más adelante.

7.1.1.1 Valoración de los cambios fisiológicos

Incluye una valoración de los cambios hemodinámicos del paciente, como lo son aumento en la presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, los cuales están frecuentemente relacionados con la aparición del dolor, siendo importante reconocer que son signos inespecíficos que no deben ser considerados como único indicativo del dolor. También hacen parte de los cambios fisiológicos indicativos de dolor la agitación psicomotora, desacople a la ventilación mecánica, agresividad, intento de retiro de dispositivos, movimientos repetitivos, entre otros. (Robleda, 2016).

Si bien, durante la valoración de los parámetros hemodinámicos, el enfermero puede identificar algunas alertas de dolor, debe apoyarse en el uso de escalas o sistemas de valoración del dolor, que le permitan realizar una interpretación mucho más objetiva de esta experiencia desagradable del paciente (Robleda, 2016). Algunos autores como Robleda (2016), sugieren el uso del monitoreo BIS (Índice Biespectral), que permite hacer seguimiento al paciente durante la realización de los procedimientos potencialmente dolorosos.

El Monitoreo del Índice Biespectral (BIS), se define como un método no invasivo usado para medir la profundidad hipnótica de los pacientes. Se fundamenta en un complejo análisis del registro electroencefalográfico obtenido por medio de un sensor que consta de cuatro electrodos que se adhieren a la frente del paciente, en la región fronto-temporal, estas señales son interpretadas y posteriormente digitalizadas en un puntaje de 0 a 100 indicando a mayor puntaje mayor actividad cerebral, este monitoreo es utilizado en anestesia general para monitorizar los niveles de sedación y recientemente se ha descrito que su variabilidad puede guardar relación con los niveles de dolor (Puente et al., 2018).

7.1.1.2 Escalas para valoración del dolor

En la última década, se han descrito diferentes instrumentos que son útiles a la hora de realizar una adecuada valoración del dolor; una de las más conocidas y aplicadas es la EVA (Escala Visual Análoga), que permite identificar el nivel del dolor en pacientes que pueden expresarlo verbalmente. Sin embargo, dado el contexto de UCI, en donde los pacientes se encuentran en algunos casos bajo efecto de sedación o con soporte ventilatorio, se hace necesario evaluar la presencia de dolor a través de las escalas comportamentales, entre estas se encuentran la CPOT (Critical Pain Observation Tool), BPS (Behavioral Pain Scale), NVPS (Nonverbal Pain Scale), ESCID (Escala de Conductas Indicadoras de Dolor), las cuales serán ampliamente descritas a continuación:

✓ **EVA (Escala Visual Análoga)**

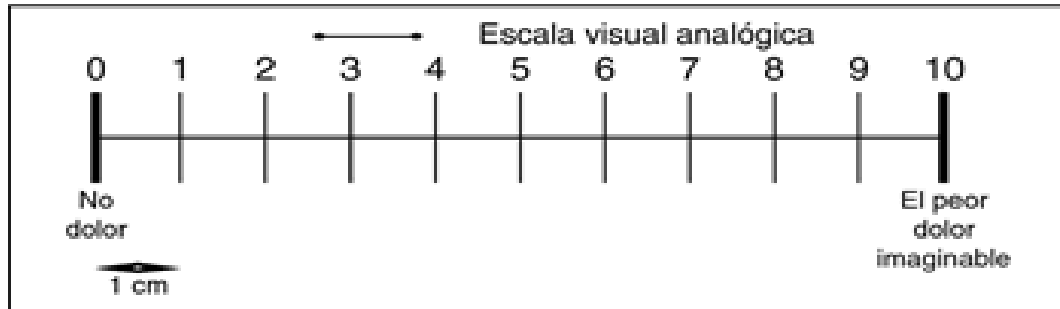


Imagen tomada de internet. Enlace: <http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/en/component/content/article/101-manual-de-urgencias/1881-enfretamiento-del-dolor-en-urgencias>

Esta escala permite un autoinforme del nivel del dolor por parte del paciente, es una escala numérica que se puntúa de 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable, la clasificación de esta depende de la capacidad que tenga el paciente para dar una respuesta objetiva del dolor; no obstante, una de las desventajas encontradas para el uso de esta escala, es que no aporta datos significativos cuando el paciente presenta alteraciones en el estado de consciencia a causa de medicamentos sedantes, lo cual dificulta la interacción con el evaluador.

✓ **Escala CPOT (Critical Pain Observation Tool)**

Escala Critical-Care Pain Observation Tool - CPOT	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajado, neutral (<i>sin tensión muscular</i>)	0
Tenso (<i>ceño fruncido, arrugas en la frente, tensión en orbiculares y elevadores de párpados</i>)	1
Mueca de dolor (<i>ídem, mas párpados cerrados fuertemente</i>)	2
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS	
No realiza movimientos	0
Protección (<i>movimientos lentos, cautelosos, se toca o frota las zonas de dolor</i>)	1
Agitación (<i>tracciona del tubo, intenta sentarse o tirarse de la cama, mueve los miembros, no responde órdenes</i>)	2
TENSIÓN MUSCULAR (evaluado por flexo-extensión de MS)	
Relajado (<i>no se resiste a los movimientos pasivos</i>)	0
Tenso, rígido (<i>se resiste a los movimientos pasivos</i>)	1
Muy tenso o rígido (<i>resistencia muy fuerte a los movimientos pasivos, imposibilidad de completar el rango</i>)	2
ADAPTACIÓN AL VENTILADOR (intubados) o	
Bien adaptado al ventilador (<i>alarmas no activadas, fácilmente ventilable</i>)	0
Tose pero tolera la ventilación (<i>las alarmas se detienen espontáneamente</i>)	1
Lucha con el ventilador (<i>asincrónica, impide la ventilación, alarmas frecuentemente activadas</i>)	2
VOCALIZACIÓN (extubados)	
Habla en normal tono o no habla	0
Suspiros, gemidos.	1
Gritos, sollozos	2

Imagen tomada de internet. Enlace: http://www.medicina-intensiva.cl/divisiones/enfermeria/web/data/1/8_sedacion_pcte.pdf

La escala CPOT, es usada para valorar el dolor en pacientes críticamente enfermos que se encuentran intubados con ventilación mecánica. Le permite al enfermero realizar una valoración objetiva del dolor, por medio de la observación de la expresión facial, movimientos de las extremidades, tensión muscular, adaptación a la ventilación mecánica y vocalización en los pacientes que se encuentran con traqueostomía, donde cero puede ser indicativo de ausencia de dolor, resultados de 4 pueden hablar de dolor moderado y resultados mayores o iguales a 8 nos indican presencia de dolor severo.

Entre las ventajas que aporta esta escala es que es de fácil uso para el personal de enfermería, se puede aplicar a pacientes con sedación consciente y con traqueostomía que puedan vocalizar algunas palabras. Como desventaja, se encuentra que depende de la experiencia del evaluador para poder interpretar los resultados obtenidos durante su aplicación y que no es posible aplicarla a pacientes con relajación neuromuscular.

✓ **Escala BPS (Behavioral Pain Scale)**

Esca la BPS	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Haciendo muecas	4
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	
Relajado	1
Parcialmente flexionados	2
Totalmente flexionados	3
Totalmente contraído	4
VENTILACIÓN MECÁNICA	
Tolerando movimientos	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
Luchando contra el ventilador	3
Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Imagen tomada de internet. Enlace: http://www.medicina-intensiva.cl/divisiones/enfermeria/web/data1/8_sedacion_pcte.pdf

La escala BPS es una de las más utilizadas en pacientes no comunicativos, evalúa 3 ítems, que son la expresión facial, movimientos de los miembros superiores, y acople a la ventilación mecánica, como resultado cada ítem tiene un puntaje de 1 a 4, siendo el mayor puntaje 12; si el puntaje es menor a 6 hay ausencia de dolor, si es mayor a 6 hay presencia de dolor, un puntaje mayor a 7 indica dolor insoportable.

Es una de las escalas más utilizadas actualmente; en una revisión sistemática se encontró que la escala BPS ha demostrado la mayor confiabilidad y validez de criterio (Hora, 2020). Una de sus mayores ventajas, es su fácil adaptación a las necesidades del paciente crítico; además, se puede utilizar en pacientes intubados

o bajo efecto de sedación, permite una sedoanalgesia por objetivos disminuyendo las dosis de los medicamentos (De Sá Araújo, 2019). Sin embargo, una falencia, es que se requiere capacitación del evaluador, por lo cual los resultados pueden ser operador dependiente si la aplicación del instrumento lo hace un enfermero novato.

✓ **Escala ESCID (Escala de Conductas Indicadoras de Dolor)**

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/ dientes apretados	
“Tranquilidad”	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión	Rígido	
Adaptación a ventilación mecánica (VM)	Tolerando ventilación mecánica	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	
				Puntuación total 10
0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso	
	Considerar otras posibles causas			

Imagen tomada de internet. Enlace <https://proyectohuci.com/es/escid-haciendo-visible-el-dolor/>

La escala ESCID es utilizada también en pacientes críticos no comunicativos; evalúa la musculatura facial, la tranquilidad, tono muscular, adaptación a la ventilación mecánica y la confortabilidad. Cada ítem tiene un puntaje de 0 a 3, siendo el puntaje máximo 10 puntos, un puntaje de 0 indica ausencia de dolor, de 1 - 3 dolor leve a moderado, 4 - 6 dolor moderado a grave, mayor a 6 dolor muy intenso.

Es una herramienta útil y válida para la valoración del dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a VM, cuya limitante se encuentra al no ser aplicable en los casos de sedación profunda, bloqueo neuromuscular, tetraplejia o polineuropatía. (Latorre, 2011)

Un aspecto que el profesional debe tener en cuenta es la aplicación de las escalas de forma sistemática, obteniendo con esto un seguimiento de las respuestas al manejo, en momentos como la valoración y después de la administración de analgesia y terapias no farmacológicas. En contraste, en el medio colombiano, se encuentra una baja adherencia a las escalas Rivas et al., 2018, lo que se enmarca en una problemática en el manejo óptimo del dolor.

En síntesis, el autoinforme del dolor es la forma ideal de evaluar el mismo, López, (2019); sin embargo, dadas las condiciones del paciente crítico, que en su mayoría se encuentran bajo efectos de sedación, el autoinforme del dolor pierde relevancia.

Es ahí, donde las escalas de valoración del dolor se convierten en herramientas que ayudan al enfermero en la toma de decisiones, teniendo en cuenta que debe seleccionar la escala, según las condiciones del paciente; además, no se puede olvidar que requieren de la continua capacitación del enfermero, en la interpretación de sus ítems, y de esta forma prevenir sesgos, aliviar el dolor y brindar confort.

7.1.2 Valoración del dolor social

El ser humano es un ser integral, por lo cual, durante la valoración, el enfermero debe considerar el contexto social, redes de apoyo y relaciones interpersonales del paciente en estado crítico. Estar internado en la UCI limita al paciente en el desempeño de sus roles cotidianos, padre, madre, hermano/a, hijo/a, trabajador/a, cuidador/a, entre otros; así mismo, restringe la relación con familiares y amigos, lo que aumenta el sufrimiento, la soledad y por ende el dolor social. Es importante, que el enfermero logre reconocer los roles comunes del paciente en su contexto social, y la influencia que el acompañamiento de familiares y amigos puede llegar a tener en el alivio del dolor.

Frente a esto, Palacios-Espinosa et al., 2017, refiere que el manejo interdisciplinario del dolor incluye como base a las personas más cercanas al paciente, pues, son ellos, quienes conocen con detalle a la persona enferma y logran identificar de forma oportuna sutiles cambios indicativos de dolor, que en ocasiones no son evidentes para el personal de enfermería; dichos signos, son comunicados al equipo de salud, lo que posibilita la implementación oportuna de intervenciones que, no solo pueden generar bienestar al paciente crítico, sino que también ayuda a familiares y amigos a afrontar el proceso de internación en UCI.

Lo anterior, invita a reflexionar si realmente como enfermeros comprendemos el dolor de forma integral incorporando las otras esferas en las que interfiere el dolor, o si los cuidados se están centrando únicamente en el concepto neurocientífico del dolor, tratando este padecimiento desde un enfoque farmacológico, o nuestros cuidados son integrales, teniendo en cuenta las esferas humanas, como plantea (Corgosinho et al., 2020)

7.1.3 Valoración del dolor emocional

El dolor no dependerá únicamente, del grado de lesión tisular (tipo de cirugía, tipo de herida, punciones, invasiones), pues las experiencias previas del paciente en estado crítico frente al dolor, el grado de acompañamiento familiar, los mecanismos de afrontamiento, apoyo espiritual, los significados trascendentales y espirituales atribuibles al dolor, son condiciones propias de cada individuo que determinan, en conjunto la experiencia dolorosa.

La comprensión del sufrimiento que genera el dolor emocional ayudará a que la valoración de enfermería sea mucho más empática; Gaviria, et al. (2017) han estudiado la influencia de las emociones negativas (miedo, tristeza, ira) en el dolor crónico, así como la morbilidad psicológica asociada con este (ansiedad y depresión), encontrando que, en algunos individuos, el dolor antecede a las emociones negativas, mientras que en otros las emociones negativas preceden al dolor.

El autor resalta la injerencia del estado psicológico en la percepción del dolor, contribuir al mantenimiento y perpetuación de este; muchos pacientes ingresan a la UCI con exacerbaciones de ansiedad y depresión o desarrollan allí las mismas, en estas se deben prestar especial atención pues el dolor emocional en ocasiones pasa inadvertido siendo la principal causa de sufrimiento en el paciente crítico. De ahí la importancia de la valoración por parte del equipo de interdisciplinario, quienes, en cabeza del enfermero, plantean alternativas para cuidar al paciente en todas sus esferas.

7.1.4. Valoración del dolor espiritual

Continuamente el ser humano busca tener una explicación trascendental a su existencia, especialmente cuando se enfrenta a situaciones en las que su estado de salud se ve comprometido. Estos momentos, generan la aparición de sentimientos encontrados donde aumenta su religiosidad pero también se cuestiona continuamente, busca respuestas frente al dolor y la enfermedad, siente frustración al no recibir estas respuestas, los pensamientos divagan, comienza a atribuir este suceso de vida a un castigo a su forma de actuar, o dependiendo de su religiosidad navegará por sentimientos de desesperanza y fe, fluctúa entre una respuesta y la otra, el sentimiento se caracteriza por sentirse perdido.

Siendo la estancia en UCI, una experiencia de vida que impacta, el paciente empieza a ver más allá de su aspecto físico, reconociéndose a sí mismo como un ser humano, que se enferma y sufre, el panorama es incierto. El dolor espiritual habla entonces, de lo más profundo de la conciencia del ser humano, de ese aspecto metafísico, que desde las distintas culturas es interpretado de diversas maneras. El objetivo del enfermero en este tipo de dolor es brindar una sensación de calma, paz y acompañamiento, las intervenciones serán sencillas pero significativas, tomar su mano, mirarlo a los ojos, escuchar sus dudas; para lo anterior, el enfermero deberá apoyarse en los familiares y ser flexible frente a algunas peticiones de estos, siempre y cuando, sean con el fin de generar bienestar a la persona en estado crítico.

7.2. Valoración Compasiva

La interpretación que le da el enfermero a la experiencia del dolor vivida por el paciente puede verse influenciada por las propias vivencias del enfermero y sus conocimientos, esto puede convertirse en un sesgo para la adecuada comprensión de los signos manifestados por el paciente, ocasionando un problema para el manejo idóneo del dolor.

Frente a esto, López, 2019, afirma que el enfermero infravalora el dolor del paciente, suponiendo que lo que la persona enferma manifiesta, no corresponde con las conclusiones de su valoración. Es ahí donde se resalta la importancia de la compasión, como aquel principio ético que invita a ponerse en el lugar del otro, es decir, se impulsa a que el enfermero valore el dolor del paciente, poniéndose en el lugar de él, extrapolarlo su propia experiencia dolorosa al paciente que cuida, con el fin de centrar su mirada en el paciente y no en supuestos.

Ahora bien, la valoración del dolor es visto desde dos dimensiones; la primera, se refiere a la mirada subjetiva en donde el enfermero toma en consideración su experiencia personal frente al dolor. La segunda se refiere a la mirada objetiva donde el enfermero tiene la capacidad innata de percibir los signos de dolor casi de inmediato a través de la experiencia y aplica escalas de forma sistemática; sin embargo, estas formas de ver el dolor no pueden ser utilizadas de forma independiente.

Si bien, las escalas permiten hacer una valoración objetiva del dolor, solo son un complemento a la valoración que realiza el enfermero de los diferentes tipos de dolor, pues, es el profesional quien posee los elementos para interpretar al paciente e identificar sus problemas. Así mismo, las escalas ayudan a orientar mejor las intervenciones de enfermería, pero no se convierten en el centro de la valoración, pues el centro siempre va a ser el paciente, ese ser que padece dolor, sufrimiento y con este, un sentimiento de soledad enorme, en su interior un profundo grito de auxilio por sanar su ser y ser escuchado, lo que compromete aún más al enfermero, pues debe ser su aliado y vocero, es la base de un manejo óptimo del dolor.

7.2 Reflexiones finales.

Ser experto en el alivio del dolor: El nuevo reto para el enfermero de cuidado crítico

En el área de enfermería y de la salud en general, se requiere gran capacidad cognitiva, de resolución de problemas, pero fundamentalmente para relacionarse con otras personas; la enfermera(o) se ve como un individuo que debe poseer grandes capacidades para pensar y habilidad para realizar actividades. Aspecto que cobra relevancia en el alivio del dolor del paciente en estado crítico, pues al ser una experiencia subjetiva e individual, exige una mayor competencia por parte del

enfermero, que le permita identificar, clasificar e intervenir el dolor, desde la necesidad del paciente, alejándose de los supuestos que puede generar la interpretación.

Dicho análisis, puede sistematizarse con la aplicación de los diferentes instrumentos y herramientas con las que cuenta el enfermero para realizar la valoración del dolor en el paciente en estado crítico, en condición de sedación o consciente; sin embargo, estos instrumentos pierden su valor, si la persona que los aplica, no posee la capacitación adecuada, y los conocimientos y juicio clínico, que le permitan realizar una interpretación de los resultados, que de respuesta a lo que realmente está experimentando el paciente. Esta contrariedad, se ve reflejada en un mal control del dolor, disconfort y sufrimiento para el paciente y sus familiares.

M. Taínta, 2020, describe un estudio realizado en una UCI polivalente de 12 camas, donde laboran 37 enfermeros, con formación en posgrado en cuidado intensivo. Allí, se aplicó el cuestionario Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain 2012 (KASRP), que fue traducido de la lengua original (inglés) al español mediante el método de la traducción inversa, a la totalidad del personal. Como resultado, se encontró que la puntuación media del cuestionario refleja conocimientos y actitudes insuficientes para el abordaje del dolor; sin embargo, al evaluar los diferentes grupos, los profesionales con menor experiencia son los que obtienen las puntuaciones más bajas, mientras que enfermeros con nivel de máster obtuvieron puntuaciones significativamente mayores, posiblemente asociado al grado de análisis y pensamiento crítico, que se adquiere en este nivel de formación.

Al respecto, Souza, 2013, realizó un cuestionario dirigido al personal de enfermería, en el que indagaba sobre el significado del dolor y sus principales manifestaciones. En este estudio, se identificó que tanto el personal de enfermería, como los técnicos en enfermería, tenían conocimientos básicos sobre el dolor y lograban identificar algunas de esas manifestaciones del paciente; pero también, con los resultados obtenidos se hacía énfasis en la necesidad que el personal de enfermería, siendo el profesional con mayor contacto con el paciente, no podía dudar a la hora de reconocer el mínimo índice de dolor, evidenciando la relevancia de capacitar continuamente al personal de enfermería para que pueda brindar intervenciones que propicien el alivio del dolor y confort.

Lo descrito hasta el momento, permite concluir que, es importante reconocer el dolor en el paciente crítico y, la mejor forma de hacerlo es tener un personal de enfermería capacitado para que lo pueda identificar e intervenir oportunamente. Esto exige al enfermero, compromiso con su autoformación, pensando siempre en brindar cuidados de calidad. No obstante, es claro que los profesionales con menos experiencia pueden llegar a tener menos conocimiento para la valoración del dolor. Esto puede ser debido a que, como afirman Benner y Col en su teoría de principiante a experto, el enfermero novato necesita experiencia para ir adquiriendo competencias, de manera que hay destrezas que solo se pueden adquirir con la

práctica. A medida que el enfermero gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico, que, en el caso del cuidado al paciente en estado crítico, será fundamental para la identificación y alivio del dolor, lo cual se traducirá en mayor bienestar y tranquilidad.

8. CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICOS: PRIORIZANDO EL PACIENTE

En la última década, ha tomado relevancia el papel del enfermero en el control del dolor en el paciente en estado crítico; en especial, la capacidad crítica de identificar y priorizar los problemas que pueden predisponer al aumento del dolor e incomodidad de la persona críticamente enferma.

En este trabajo monográfico, se logra hacer una compilación de los principales problemas del paciente en estado crítico con dolor, expresados en términos de diagnósticos de enfermería, los cuales están diferenciados por dominios y cuentan con su respectiva definición según la clasificación de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (NANDA, 2021).

DOMINIO	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
Dominio 12. Confort	Dolor Agudo [00132]	Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses.
Dominio 12. Confort	Disconfort [00214]	Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social
Dominio 12. Confort	Disposición para mejorar el confort [00183]	Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y/o social, que puede fortalecerse.
Dominio 12. Confort	Aislamiento social [00053]	Estado en el que el individuo carece de un sentido de relación conectado a relaciones personales positivas, duraderas y significativas
Dominio 12. Confort	Dolor crónico [00133]	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); 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 3 meses.
Dominio 12. Confort	Riesgo de soledad [00054]	Susceptible a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto

		con los demás, que puede comprometer la salud.
Dominio 10. Principios vitales	Riesgo de sufrimiento espiritual [00067]	Susceptible a un estado de sufrimiento relacionado con la incapacidad para experimentar el significado de la vida a través de conexiones con uno mismo, con otros, con el mundo o con un poder superior
Dominio 10. Principios vitales	Deterioro de la autonomía para la toma de decisiones [00242]	Proceso de selección de una decisión sobre el cuidado de la salud que no incluye conocimiento personal y/o consideración de las normas sociales, o no se produce en un entorno flexible, lo que resulta en la insatisfacción sobre la decisión.
Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	Afrontamiento ineficaz [00069]	Patrón de valoración no válida de factores estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o de comportamiento, que no logra manejar las demandas relacionadas con el bienestar.
Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	Impotencia [00125]	Estado de pérdida de control o influencia real o percibida sobre factores o eventos que afectan el bienestar, la vida personal o la sociedad (adaptado de la Asociación Estadounidense de Psicología).
Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	Ansiedad [00146]	Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.
Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	Temor [00148]	Respuesta emocional básica e intensa que se suscita ante la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata (Asociación Estadounidense de Psicología).
Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	Riesgo de deterioro de la resiliencia [00211]	Susceptible a una disminución de la capacidad para recuperarse de situaciones adversas o cambiantes percibidas, a través de un proceso dinámico de adaptación, que puede comprometer la salud.
Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	Ansiedad ante la muerte [00147]	Angustia e inseguridad emocional, generadas por la anticipación de la muerte y el proceso de morir de uno mismo o de otras personas significativas, que afecta negativamente la calidad de vida.
Dominio 7. Rol / Relaciones	Interrupción de los procesos familiares [00060]	Ruptura de la continuidad del funcionamiento familiar que fracasa en propiciar el bienestar de sus miembros.
Rol / Relaciones	Riesgo de relación ineficaz [00229]	Susceptible de desarrollar un patrón de colaboración mutua insuficiente para atender las necesidades del otro.

Dominio 7. Rol / Relaciones	Deterioro de la interacción social [0052]	Cantidad insuficiente o excesiva o calidad ineficaz de intercambio social.
Dominio 5. Percepción / Cognición	Riesgo de confusión aguda [00173]	Susceptible a la aparición de trastornos reversibles de la conciencia, la atención, el conocimiento y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo, que pueden comprometer la salud.
Dominio 5. Percepción / Cognición	Deterioro de la comunicación verbal [00051]	Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.
Dominio 6. Autopercepción	Desesperanza [00124]	La sensación de que uno no experimentará emociones positivas o una mejora en su condición.
Dominio 6. Autopercepción	Riesgo de baja autoestima situacional [00153]	Susceptible de cambiar de percepción positiva a negativa de la autoestima, la autoaceptación, el autorrespeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual, lo que puede comprometer la salud.
Dominio 4. Actividad / Reposo	Patrón del sueño alterado [00198]	Despertares de tiempo limitado debido a factores externos.
Dominio 4. Actividad / Reposo	Fatiga [00093]	Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.
Dominio 4. Actividad /Reposo	Desequilibrio del campo energético [00273]	Una interrupción en el flujo vital de energía humana que normalmente es un todo continuo y es único, dinámico, creativo y no lineal.
Dominio 4. Actividad/ Reposo	Patrón respiratorio ineficaz [00032]	La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.
Dominio 1. Promoción de la salud	Protección ineficaz [00043]	Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, tales como enfermedades o lesiones.
Dominio 1. Promoción de la salud	Autogestión ineficaz de la salud [00276]	Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios de estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica.

Tabla N°7. Diagnósticos de enfermería asociados al paciente críticamente enfermo con dolor.
Fuente: elaboración propia, 2021.

9. CAPÍTULO III

INTERVENCIONES: MÁS ALLÁ DE LOS MEDICAMENTOS

La comodidad del paciente siempre ha sido uno de los objetivos del cuidado de enfermería, y una forma de brindarla es aliviando el dolor. De ahí que, al hablar de la analgesia, sean evidentes los aportes, que, desde la disciplina del cuidado, se han identificado para el alivio del dolor en el paciente en estado crítico.

En la última década, se logran identificar las principales actividades que realiza el enfermero, las cuales se clasifican así: intervenciones farmacológicas, que hacen alusión a la terapia multimodal como eje central del alivio del dolor de estos pacientes; y las intervenciones no farmacológicas, donde se registran las nuevas alternativas para brindar confort y aliviar el dolor del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo.

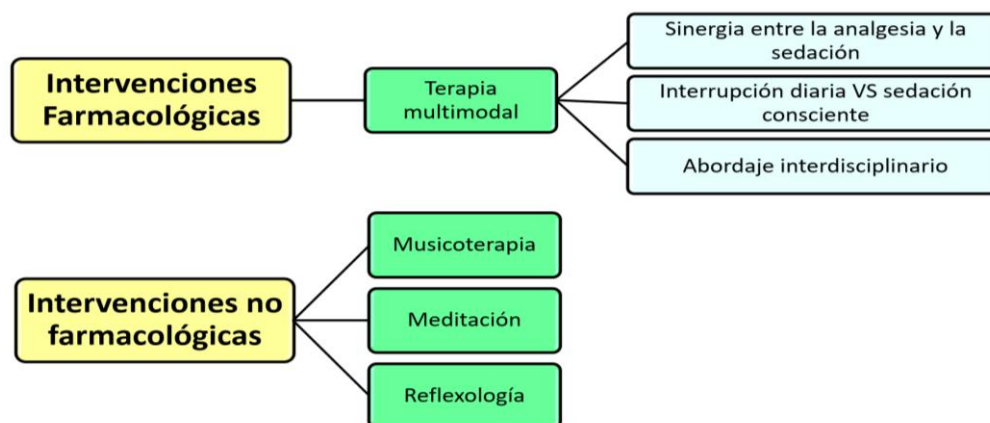


Figura N°3. Intervenciones de enfermería para el alivio del dolor en la última década. Fuente: elaboración propia. 2021.

9.1. Intervenciones Farmacológicas

Las intervenciones farmacológicas, se refieren al uso de medicamentos para garantizar un adecuado efecto analgésico en los pacientes, disminuyendo la duración e intensidad del dolor. Según la RAE (Real Academia Española), la analgesia consiste en la falta o disminución de las sensaciones dolorosas, que no afecta a los demás sentidos de la persona y proporciona bienestar.

En salud se cuenta con diferentes medicamentos pertenecientes a los analgésicos que permiten ejercer un control del dolor, pero para que esto ocurra de forma adecuada, se debe tener conocimiento de cómo funcionan en el organismo, cuáles

son sus efectos y cómo se deben administrar, con el fin de garantizar un adecuado uso de la terapia y propiciar una sensación de control del dolor en el paciente.

Se pueden considerar varios elementos que, desde la literatura, integran la analgesia del paciente críticamente enfermo. El primero, es la adecuada valoración del dolor, que consiste en una mirada integral del paciente, considerando todos los factores sociales, emocionales, fisiológicos y ambientales que influyen del dolor. Un segundo componente, es la selección de los medicamentos analgésicos y sedantes óptimos para las condiciones particulares de cada paciente, que permitan la disminución progresiva de los fármacos. Finalmente, se encuentra el abordaje interdisciplinario del dolor, como una estrategia que permite visualizar al paciente desde diferentes disciplinas, aumentando el éxito de la terapia analgésica. En conjunto, estos elementos componen la denominada **Terapia Multimodal**, tendencia de la última década, para brindar confort y aliviar el dolor del paciente en estado crítico.

9.1.1 Terapia Multimodal

El término de Terapia Multimodal surge ante la necesidad de identificar la forma correcta de aliviar y controlar el dolor en el paciente críticamente enfermo, dado que en los últimos años se han encontrado falencias en este aspecto. Un ejemplo claro, son aquellos pacientes que reciben dosis altas de medicamentos sedantes y analgésicos, pues se tenía la premisa que, mientras más sedado estuviese el paciente mayor confort se estaba brindando y existía un mejor control del dolor; sin embargo, diferentes evidencias mostraron que este tipo de terapia puede favorecer la aparición de delirium, síndrome de abstinencia, entre otras alteraciones (Frade, 2016). Así mismo, se ha identificado, que no solo la sobredosificación tiene repercusiones en el paciente, pues la infra sedación también produce daños a nivel cognitivo, físico y emocional de la persona cuidada.

Por consiguiente, las tendencias frente a este tema han buscado diferenciar los conceptos de analgesia y sedación, comprendiendo que el paciente, aún con sedación profunda, puede experimentar dolor, pues los medicamentos que se emplean para generar, tanto analgesia como sedación, tienen diferentes mecanismos de acción y efectos. De ahí que, una de las formas para evitar la aparición incontrolada del dolor, es contar con un equipo de enfermería, liderado por un enfermero con conocimientos claros en farmacología, que le permitan administrar de forma segura los analgésicos y sedantes, teniendo en cuenta los momentos y procedimientos potencialmente dolorosos para el paciente; igualmente, la identificación de interacciones entre los diferentes fármacos, sin olvidar su concentración plasmática y efectos sobre la persona en estado crítico (Caballero, 2020).

De acuerdo con lo anterior, los autores invitan a priorizar la analgesia ante la sedación, evitando llegar a tener pacientes sedados con dolor; para ello, sugieren que lo ideal es lograr una sedación ligera y dinámica, adaptada a las necesidades y condiciones del paciente, proceso que debe ser liderado por el enfermero. Una forma de hacerlo es adaptando las guías PAS (guías, algoritmos o protocolos de analgosedación), que recomiendan la aplicación de protocolos multidisciplinares de evaluación sistemática, para disminuir la variabilidad en la práctica clínica, facilitar la formación del personal en entrenamiento, basando su monitorización continua en el uso de escalas validadas (Frade, 2016).

Paradójicamente, Caballero, 2020 menciona que, a pesar de las múltiples recomendaciones sobre minimizar el uso de sedantes, estos consensos discrepan de la realidad y son pobremente aplicados en la cotidianidad; la sobredosificación es aún más silenciosa pasando desapercibida y suele ser más cruda impactando en la morbilidad de los pacientes. Lo anterior, se convierte en un problema de seguridad hospitalaria, pues supone peores resultados clínicos, predisponiendo a una mayor estancia en UCI, mayor tiempo de ventilación mecánica. En este sentido, el Grupo de Trabajo de Sedación, Analgesia y Delirium (GTSAD) recomienda:

- ✓ No iniciar sedación hasta no asegurar el efecto analgésico deseado.
- ✓ Evitar mantener una sedación profunda a menos que la indicación sea muy clara.
- ✓ Tener presente que la sedación se administra según objetivos y no según dosis.
- ✓ Comunicar las metas de sedación en el grupo implicado en el cuidado del paciente.

9.1.1.1 Sinergia entre analgesia y sedación

La sinergia consiste en la mezcla de medicamentos, con el fin de potenciar sus efectos; esto quiere decir, que se usan dos fármacos en este caso, analgésicos, que permiten potenciar el efecto del otro para ofrecer un adecuado alivio del dolor. Dicha interacción, va a permitir que el enfermero pueda ejercer un mejor control del dolor del paciente, favoreciendo la experiencia de confort, al disipar los síntomas desagradables, que en muchos casos terminan ocasionando estancias prolongadas y una experiencia negativa para los pacientes.

En uno de los artículos revisados, se recomienda el uso de dos medicamentos pertenecientes al grupo de los opioides y al menos tres analgésicos no pertenecientes a este grupo, para poder garantizar un adecuado nivel de analgesia, disminuyendo el riesgo de administrar dosis exageradas de opioides o de otros medicamentos que pueden ser tóxicos o presentar efectos adversos indeseados que terminen complicando la estancia del paciente (Besen B, 2019).

Adicionalmente, al usar de forma simultánea diferentes tipos de analgésicos como los AINES (Antiinflamatorios No Esteroideos) se puede potenciar su efecto, disminuyendo así el uso de los medicamentos opioides, que, a pesar de ser el

tratamiento de elección para el control del dolor en los pacientes críticamente enfermos, tienen muchos efectos no deseados, como la dependencia, estreñimiento, retención urinaria, náuseas, mareos, etc.; siendo la sobredosificación letal para el paciente. Algunos autores manifiestan que, el uso de AINES, de forma concomitante con fentanilo, puede garantizar un adecuado control del dolor, disminuyendo considerablemente la dosis del opioide, esto a su vez tiene un impacto mayor a nivel administrativo, en relación con los costos de la atención, estancia hospitalaria y riesgos para el paciente (Besen B, 2019).

En este sentido, Quisilema (2017), afirma que la mezcla de diferentes fármacos puede favorecer la disminución de narcóticos y opioides cuando son administrados de forma coadyuvante con medicamentos como lo son el diclofenaco y tramadol, los cuales son comúnmente usados para el manejo del dolor leve, esto favorece una analgesia más cooperativa, disminuyendo la necesidad de aumentar las dosis de los sedantes en los pacientes.

En consonancia con lo expuesto, Caballero (2020) propone la estrategia sobredosificación Zero; esta consiste en evitar niveles supra terapéuticos de sedantes en los pacientes, ya que genera mayores complicaciones en la atención, y no garantiza una adecuada analgesia. Dentro del artículo, se propone la realización de una valoración objetiva, con el fin de alcanzar niveles óptimos de analgosedación, a través de estrategias farmacológicas individualizadas que eviten la sobredosificación del paciente, y permitan prevenir la aparición de delirio y agitación, siendo estas dos condiciones las que mayor riesgo de eventos adversos generan, en relación la extubación accidental, salida de catéteres, caídas, retiro de dispositivos de monitoria invasiva (línea arterial, sonda gástrica, sonda vesical, entre otros), que aumentan el riesgo de complicaciones en el paciente.

Quisilema (2017) plantea que la sinergia entre la analgesia y la sedación permite tener 3 efectos positivos como parte integral del cuidado del paciente crítico. En primer lugar, favorece un estado psicofísico adecuado produciendo la menor incomodidad posible a la persona en estado crítico. Segundo, esta sinergia, proporciona ayuda para la recuperación, pues al prevenir el dolor y la ansiedad, se genera un impacto positivo en las funciones orgánicas, mentales y emocionales. Por último, permite la realización de procedimientos invasivos, la adaptación al espacio y equipos de monitorización, la exploración física, cambios de posición, curación, entre otros.

En conclusión, la sinergia entre analgesia y sedación se refiere a un equilibrio perfecto entre el control del dolor y los niveles de sedación. Para ello se requiere del trabajo multidisciplinario y la toma de decisiones basadas en evidencia científica que permitan potenciar los efectos terapéuticos de los medicamentos, evitando la aparición de eventos adversos; todo esto, centrado en las necesidades y condiciones del paciente, con el fin de aliviar el dolor y brindar confort.

9.1.1.2 Interrupción diaria VS Sedación consciente

La interrupción diaria y la sedación consciente son estrategias que buscan evitar la presencia de alteraciones neurológicas, hemodinámicas y respiratorias en el paciente en estado crítico. Su finalidad es regular el uso de medicamentos sedantes y analgésicos, usando las dosis adecuadas para aliviar el dolor, disminuir la incidencia delirium, confusión y generar bienestar; además, posibilitan una mejor valoración del dolor de la persona, disminuyendo los incidentes por sobredosificación.

Respecto a la *interrupción diaria de la sedación*, se efectúa mediante el cierre de las infusiones, tanto del analgésico y sedante, en los pacientes que se encuentran intubados; esta se realiza todos los días a la misma hora por un periodo mínimo de una hora, con el fin de despertar completamente al paciente y de esta manera poder evaluar su función neurológica, orientarlos en tiempo y espacio, buscando disminuir los índices de delirium asociados a la estancia en la UCI y favorecer un adecuado despertar. Es preciso considerar que, al suspender la infusión de analgésico, se deben administrar bolos de dichos medicamentos, con el fin de disminuir la presencia de dolor, y obtener mayor éxito en esta intervención.

Ahora bien, la *sedación consciente* busca usar las mínimas dosis de los sedantes y potenciar la analgesia. Esta intervención se realiza en pacientes cuya condición clínica lo permite, y su fin es tener pacientes más despiertos, cooperativos y favorecer la temprana recuperación, garantizando una correcta analgesia, lo que se traduce en mayor confort. Para esta estrategia, se recomienda la dexmedetomidina o Precedex®, que es un agonista selectivo de los receptores α_2 con un potente efecto simpaticolítico, que permite efectos sedantes mínimos, posibilitando que el paciente interactúe con el personal de salud, sus familiares y el contexto de la UCI (Chlan, 2010).

En general, en la literatura analizada no se encuentran recomendaciones que favorezcan una intervención por encima de la otra, se sugiere más bien usar el tipo de intervención que se acomode a las necesidades de los pacientes, se adapte a la metodología del trabajo y a la dinámica del equipo de salud. No obstante, ambas estrategias proponen que deben ser orientadas por medio de protocolos y guías, que sean liderados por el enfermero, pues es el profesional que tiene una mirada más integral de la persona críticamente enferma.

9.1.1.3 Abordaje interdisciplinario

Para que las intervenciones farmacológicas funcionen correctamente se requiere de un trabajo integral, que involucre a las distintas disciplinas que, desde su mirada particular, aporten a la implementación de la terapia. Cada disciplina brindará aspectos relevantes que minimizarán los riesgos, sesgos y vacíos, los cuales son

comunes encontrar en la aplicación de los esquemas de tratamiento, En este sentido, Sigakis (2015) propone un manejo interdisciplinario durante las rondas de valoración del paciente, con participación del médico, el enfermero y el farmacéuta, con el fin de que todos aporten para el manejo del paciente dejando de una vez establecidas unas metas claras para la terapia que va a ser instaurada.

Cabe aclarar, que los diferentes autores proponen que el liderazgo sea asumido por el enfermero, pues es el profesional que mayor interacción tiene con el paciente, identifica oportunamente la respuesta al tratamiento, es el responsable de la administración de los medicamentos, monitorización continua y cuidados; el enfermero tiene la información de primera mano respecto a lo que acontece con el paciente (Olmos, 2019).

Respecto a la participación del médico y el farmacéuta, se hace indispensable porque el médico es quien propone las metas de acuerdo con la evolución del paciente, así como los fármacos que puedan contribuir con su mejoría; el farmacéuta finalmente interviene evaluando en conjunto con el médico y el enfermero las dosis, interacciones medicamentosas y puede ofrecer opciones adicionales que potencian los efectos analgésicos lo cual facilita la reducción de sedantes administrados.

A modo de conclusión, es importante resaltar que el trabajo interdisciplinario significa que expertos de distintas disciplinas trabajen de manera coordinada desde su postura, en pro de un mismo logro en este caso, el manejo del dolor y la adecuada sedación del paciente en estado crítico de salud. Es necesario tener en cuenta a los familiares informándoles sobre la evolución del paciente, los cambios en el tratamiento y los ajustes en los cuidados; esto permitirá que el familiar se sienta útil en el proceso salud enfermedad, al mismo tiempo que el acompañamiento de las personas cercanas, se convierte en una fuente de bienestar para el paciente (Palacios, 2017)

9.2 Intervenciones no farmacológicas

Con el paso de los años y la evolución en el manejo de los pacientes, ha tomado fuerza el tratamiento no farmacológico en las unidades de cuidados intensivos, adaptando terapias de otras áreas como oncología, neurología, pediatría y psiquiatría, donde este tipo de intervenciones han tenido gran acogida por los resultados obtenidos en el manejo del estrés, el dolor y la ansiedad.

Las intervenciones no farmacológicas, se componen de un grupo de acciones de cuidado que no están relacionadas con el uso de medicamentos, sino, que consisten en terapias alternativas que favorecen el confort del paciente, propiciando un ambiente tranquilizador, facilitando un entorno protector que permite generar

armonía, control del temor, relajación y por último ayudan a disipar el dolor, entre estas encontramos la musicoterapia, meditación y reflexología (Navais, 2013).

9.2.1 Musicoterapia

La musicoterapia se define como “el uso de la música para ayudar a lograr un cambio específico en el comportamiento, los sentimientos o la fisiología del paciente” (Contreras, 2020). Para lograr que esto ocurra, es indispensable indagar por los gustos musicales del paciente, al conocer sus preferencias se puede garantizar mayor aceptación a la terapia.

Al ser una intervención nueva en el área de cuidado crítico, se encuentran recomendaciones en la literatura sobre iniciar la terapia; sugieren que se incluya en el grupo de atención un musicoterapeuta, para que él, luego de valorar al paciente y hacer una anamnesis por así denominarse, puede sugerir ritmos musicales y duración de la terapia que favorezca la correcta evolución del paciente (Contreras, 2020).

Conviene subrayar que, esta terapia ha mostrado beneficios reduciendo los niveles de ansiedad que experimenta el paciente crítico durante la atención, como se menciona en el estudio aleatorizado experimental, que se describe a continuación, “la musicoterapia puede ser una herramienta no farmacológica efectiva en las UCI por su efecto para disminuir la ansiedad, el dolor, el malestar, incluso como estrategia de distracción en los pacientes críticos” (Navais, 2013).

De igual modo, este tipo de intervención permite que la persona se concentre en un sonido diferente al de los monitores y alarmas que están constantemente emitiendo ruidos en su entorno; queja de mayor prevalencia manifestada por los pacientes posterior a su atención. También, la musicoterapia ha mostrado mejoría en los niveles de dolor, esto relacionado con la abstracción que siente el paciente y el estado de relajación que puede llegar a experimentar.

El universo de la terapia musical es controversial, los estudios aún no logran ser contundentes y algunos de ellos tienen resultados contradictorios entre sí; sin embargo, todos coinciden en los efectos benéficos y generadores de confort. En cuanto al efecto sobre el dolor se encontró un estudio en pacientes críticos politraumatizados, donde se afirma lo siguiente: “se detectaron cambios significativos en los niveles de ansiedad ($p < 0,01$) en el grupo de pacientes sometidos a la intervención, medidos con la escala EVA para ansiedad, y niveles de dolor ($p < 0,01$), medidos con la escala EVA para el dolor” (Contreras, 2020 p, 86).

Por el contrario, Navais (2013) realizó un ensayo aleatorizado controlado en pacientes ventilados, donde no demostró un efecto beneficioso sobre el dolor medido por la escala visual análoga, con un resultado estadísticamente no

significativo con ($p = 0,157$); encontrando además niveles de dolor muy bajos inferiores a 3 en la escala EVA, lo cual puede influir en el análisis del impacto de la música en el dolor en este estudio. Adicionalmente, evidencia cómo, el 40,74% de los pacientes que recibieron música se durmieron durante las sesiones, ya no solo como prueba de hasta qué punto llegaron a relajarse, sino que esta terapia favorece los niveles de sueño y reduce los niveles de ansiedad presentados.

Para la implementación de esta terapia, se recomienda seleccionar dispositivos en los cuales se puedan generar listas musicales del gusto de cada paciente, programar las terapias de forma diaria, durante un tiempo mínimo de 30 minutos, previa valoración del dolor y luego de finalizar la terapia. Así mismo, se deben incluir las recomendaciones brindadas por el musicoterapeuta, con el fin de introducir al paciente a un estado de relajación por medio de tonadas musicales suaves, que lo lleven a alcanzar los niveles más altos de tranquilidad posible, con el fin de lograr la meta de reducir los índices de dolor y ansiedad (Navais, 2013 y Contreras, 2020).

Por último, la musicoterapia será entonces una herramienta complementaria a la terapia farmacológica, que podrá potenciar el efecto analgésico, disminuyendo la carga emocional atribuible al dolor; a través de esta, se logra recordar experiencias, generando un efecto de desconexión del contexto de la UCI. De acuerdo con lo planteado en la valoración del dolor, la musicoterapia será también individualizada a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta su cultura, vivencias y estado de ánimo, para lo cual el terapeuta puede recurrir a sonidos de percusión, música clásica, sonidos de la naturaleza entre otros.

9.2.2 Meditación

La meditación según Segue (2019), es “el entrenamiento de la mente que persigue modificar la manera en que vemos la realidad, con el fin de aliviar o eliminar el sufrimiento humano manifestado en una amplia gama de presentaciones”. Este autor menciona que la mente se calma primero y luego se calman las causas que originan el sufrimiento, ya sea que la causa de este sea física o emocional.

En la meditación, la respiración es una de las estrategias más utilizadas, pero también se pueden usar otros instrumentos físicos, que emitan sonidos, evoquen emociones, pensamientos o sentimientos que al ser sanados pueden ayudar a aliviar la sensación del dolor; de ahí que, sea indispensable que la persona pueda introyectar las emociones y sensaciones que generan discomfort, haciéndolas más conscientes, esto constituye un fundamento indispensable para iniciar la terapia.

Para entender los beneficios de la meditación, es necesario comprender el término *Mindfulness*; este término fue traducido al inglés de la palabra *Sati* que tiene origen en el idioma Pali, que corresponde a un estado de atención o conciencia plena del momento presente, con amabilidad, sin juicios y con capacidad de discernir entre lo

que es hábil o virtuoso (Segue, 2019). Los beneficios de esta terapia radican en la capacidad de hacer consciente el dolor y llevarlo a una meditación, que permite al paciente tener mejor control de este, adicionalmente, disminuye el discomfort asociado a esta experiencia, la ansiedad y el temor.

El Dr. Zeidan de la Universidad de San Diego California ha estudiado los efectos neurobiológicos involucrados en el efecto de la terapia *Mindfulness* sobre el dolor crónico. Este estudio concluye que, el grupo que recibió la intervención logró disminuir los niveles de discomfort y la intensidad del dolor. Por medio de imágenes cerebrales se evidencia el efecto de la terapia, a través de la activación de la corteza frontal implicada en el significado de la experiencia dolorosa, eliminando el componente aflictivo del dolor; así mismo, se evidenció una disminución de la actividad del tálamo el cual está implicado en aferencias somato sensitivas (Seguel,2019).

La meditación puede usarse como terapia complementaria, debe ser guiada por una persona que dirija al paciente que se encuentra bajo efectos de una sedación consciente que tenga dificultades para el control del dolor, que manifieste discomfort y se torne ansioso. Se puede realizar mediante sonidos musicales que permitan que el paciente conecte energéticamente su mente con su cuerpo, para que sea más consciente de cómo se siente y pueda ejercer un control sobre sus emociones, síntomas y molestias, generando así un estado de tranquilidad que va a favorecer el uso de terapias concomitantes. Además, puede realizarse diariamente en las unidades de cuidado intensivo durante al menos una hora, para favorecer la sensación de confort en los pacientes.

Finalmente, es importante reconocer que “los objetivos originales de la meditación eran y son aliviar o eliminar el sufrimiento humano. Como la experiencia del dolor, es una forma de sufrimiento, los beneficios de la meditación incluyen al dolor como un aspecto de la vida que puede ser susceptible de alivio por esta práctica” (Segue, 2019, pág 483). Siendo significativo entender que el dolor genera sufrimiento, supera las barreras de la piel, trasciende el alma, se pasea por la mente, es ahí donde la meditación logra un efecto de desconexión liberando al cuerpo de este componente emocional del dolor.

9.2.3 Reflexología

La reflexología se define como una terapia no farmacológica, en la que, por medio de un toque aplicado a zonas específicas de las manos, pies u oídos se puede localizar la tensión y restablecer el equilibrio del cuerpo (Gelin,2012). Este masaje, puede aplicarse al paciente que experimenta una sensación dolorosa, con el fin de generar un estado de relajación y posterior alivio del dolor.

Desde la perspectiva de los pacientes y las enfermeras que se encuentran en la UCI, durante la realización de la investigación de Gelinás (2020), mencionan que su experiencia con el masaje corporal fue bueno, puesto que cuando los pacientes se tornaban inquietos al administrar este tipo de terapia no farmacológica, los pacientes se tranquilizaban, retornaban a la calma y podían dormir, mostrando un mejor control sobre el dolor; pero, también reconocen que hay situaciones en las que esta intervención no puede ser usada, ya sea por cirugías mayores, donde la realización del masaje podría generar más dolor.

Adicionalmente, esta terapia puede implementarse en todas las unidades de cuidado crítico, previa capacitación del personal de enfermería; esta terapia, puede ser implementada en pacientes estables, con sedación consciente, que acepten el tratamiento y se realizaría después del baño, durante unos minutos para favorecer el confort y la sensación de bienestar.

9.3 Reflexiones finales. El antagonismo de dolor

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental e indispensable en el cuidado del ser humano; la relación e interacción paciente -enfermero permite una cercanía entre ellos única que difiere de las demás disciplinas, convirtiéndose en el profesional idóneo para identificar cambios sutiles, indicativos de dolor.

No obstante, surgen dilemas éticos alrededor del reconocimiento del dolor, es el caso cuando el enfermero infravalora la sensación dolorosa del paciente como lo plantea López (2018), quien señala que pueden existir discrepancias entre lo que siente el paciente y lo interpretado por el enfermero; pues, los profesionales suelen priorizar cambios fisiológicos y conductuales, pasando por alto el dolor referido por el paciente. El autor resalta que los profesionales no realizan una adecuada valoración del dolor por uso inadecuado de escalas, falta de tiempo o insuficientes conocimientos; lo que antagoniza o bloquea el éxito de las intervenciones, pues dichas actividades no darán respuesta a lo que realmente necesita el paciente con dolor.

De ahí que, la formación continua de enfermería sea un pilar en el alivio del dolor del paciente críticamente enfermo. Rasmani, (2019) en su artículo sobre el impacto de un programa educativo en el conocimiento y actitud sobre la evaluación y el manejo del dolor entre enfermeras de cuidados intensivos, propone que se realicen capacitaciones continuas sobre la valoración del dolor, para que esta sea objetiva y bien fundamentada, basada en escalas que apliquen en el contexto del paciente. Además, sugiere que posterior a las capacitaciones se realicen evaluaciones al personal para identificar las falencias que tienen y poder definir capacitaciones focalizadas, con el fin de garantizar adecuados cuidados al paciente.

Así mismo, en la literatura encontrada se menciona la importancia de prever el dolor que se puede infligir al paciente durante la realización de las intervenciones de cuidado, pues procedimientos como los cambios de posición, aspiración endotraqueal, la inserción de dispositivos periféricos, baño en cama o curaciones, pueden ser extremadamente dolorosos para el paciente; aspecto que amerita reflexión en el personal de enfermería, para replantear la forma en que se realizan estas acciones y las creencias propias del personal que las lleva a cabo. (Robleda, 2016)

Es así como Elizabeth Lenz, en su *Teoría de los síntomas desagradables* propone “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”; siendo el dolor uno de los síntomas más frecuentes que manifiestan los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos (Venegas, 2011).

Aspecto que exige mayor sensibilización del personal de enfermería, pues el dolor debe ser valorado, desde la experiencia del paciente, y en coherencia las intervenciones de enfermería, lo que se traducirá en alivio del dolor y sensación de confort. Así mismo, el enfermero puede implementar otras estrategias, por ejemplo, Robleda (2016) propone la administración de analgesia preventiva, que consiste en la aplicación de bolos de analgesia de forma estratégica antes de la realización de procedimientos potencialmente dolorosos, como intervención de enfermería preventiva de dolor.

Para concluir, el enfermero se ve inmerso en la rutina, en la repetición de actividades diarias, donde está en contacto permanente con el dolor y el sufrimiento; sin embargo, este debe generar cuidados trascendentales, que vayan más allá de las prácticas mecánicas y netamente clínicas, esto le va a permitir una mirada del paciente con sentido más humano. El dolor requiere un análisis crítico donde el enfermero comprenda que la generación de dolor no es universal, y que existen pacientes que con estímulos mínimos pueden tener reacciones nociceptivas magnificadas.

10. CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN: DOLOR INTEGRAL

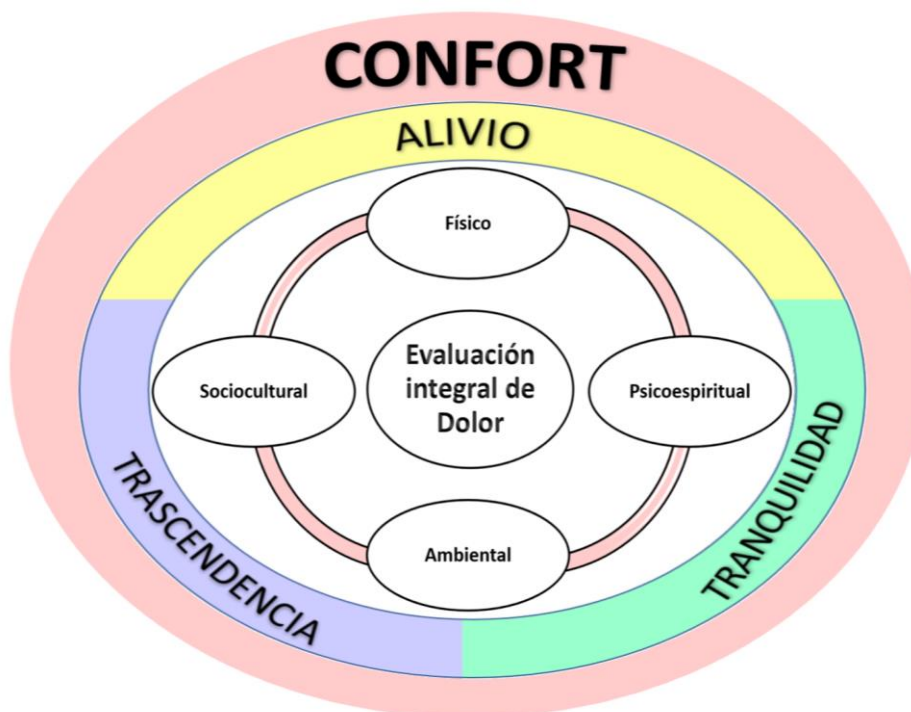


Figura N°4. Evaluación integral del dolor. Fuente: elaboración propia. 2021.

El proceso de atención de enfermería se divide en cuatro fases. Inicia con la valoración, en la que el enfermero evalúa de forma integral a la persona, en este caso específico, identificando el nivel del dolor, duración, intensidad y causas, mediante el uso de escalas y su capacidad de observación y juicio clínico. La siguiente fase consiste en proponer unos diagnósticos enfermeros que se adapten a los problemas identificados en el paciente, y orienten las intervenciones, que se constituyen en la tercera fase del proceso; por último, se realiza la evaluación.

En esta fase final, se evalúa nuevamente al paciente, observando el cumplimiento de las metas propuestas, y se identifica si las medidas implementadas por el enfermero fueron efectivas en relación con el alivio del dolor, y su impacto en el confort del paciente críticamente enfermo, teniendo en cuenta que la persona se encuentra inmersa en un contexto físico, sociocultural, psicoespiritual y ambiental. Por lo expuesto, en este trabajo monográfico intenta hacer un acercamiento al concepto de dolor integral, adaptando la teoría del confort de Katharine Kolcaba al alivio del dolor.

10.1 El dolor desde la mirada de la Teoría de Katharine Kolcaba

Katharine Kolcaba, define el confort, también denominado comodidad, como “la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad que son: alivio, tranquilidad y trascendencia, abordadas en los cuatro contextos de la experiencia humana holística: física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental” (Nava,2010).

Respecto al alivio, se refiere a la satisfacción de las necesidades, es decir, al subsanar las molestias de los pacientes, en este caso el dolor, lo que generará un estado de calma o satisfacción que tendrá influencia en las esferas física, emocional, social y psicológica de la persona cuidada; esta sensación le permite que llegue a un equilibrio entre la mente y el cuerpo (Nava, 2010).

Así mismo, el alivio se logra a partir de intervenciones de enfermería mediante la aplicación de escalas de valoración, la identificación temprana del dolor, haciendo uso de estrategias farmacológicas y no farmacológicas para tratarlo; de esta forma se logra controlar el dolor, generando un estado de tranquilidad, logrando un estado positivo, lleno de calma y plenitud.

En cuanto a la trascendencia, Galves plantea que “todas las sociedades humanas integran el dolor dentro de su visión del mundo. Le asignan un valor –positivo o negativo- y un espacio privilegiado en la vida mortal” (Galves, 2017). A nivel interior, el paciente busca respuestas más allá del dolor y, de esta forma, dar significado a la experiencia vivida; la trascendencia permite entonces engrandecer al ser humano, brindando dignidad, a través de estas respuestas que sanan, y armonizan el juego de emociones que conviven en el momento que se padece el dolor.

Ahora bien, para complementar esta reflexión y dar paso a la definición de dolor integral, se continuará con una relación entre los diferentes tipos de dolor definidos por Lopez (2018) (Ver Capítulo I. Valoración), y los contextos de confort planteados en la teoría de Kolcaba (físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental):

El contexto psicoespiritual, se refiere a “la conciencia interna del yo, como: autoestima, autoconcepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior” (Nava, 2010). Lo anterior, se asocia al dolor psicológico y espiritual, pues en ambos, el paciente experimenta sufrimiento, temor y desesperanza asociados a su proceso de enfermedad.

Es ahí, donde el enfermero, implementa intervenciones que le permiten tener un mayor acercamiento al paciente, escuchar sus angustias, ayudarlo a entender que es un proceso que requiere de paciencia, tomarle la mano para que sienta compañía, permitir durante esos procesos de mayor desasosiego la presencia de sus familiares, hacerlo sentir seguro; son actividades de enfermería, que pueden

contribuir al alivio del dolor psicológico y espiritual, permitiendo a su vez que se experimente una sensación de bienestar en el contexto psicoespiritual.

Respecto al contexto físico, Nava (2010) lo define como todo lo perteneciente a las sensaciones corporales, es decir, los procesos fisiopatológicos, mecanismos celulares, bioquímicos y anatómicos que participan en la generación del dolor físico. En este contexto, es necesario que el enfermero desarrolle intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, acordes a la individualidad del paciente, que le permitan, no solo aliviar el dolor, sino prevenirlo en la realización de procedimientos de enfermería como: paso de catéteres, retiro de dispositivos, cambios de posición, aspiración orotraqueal, entre otros, que son generadores potenciales de dolor, lo que se traducirá en mayor bienestar en el contexto físico.

En cuanto al contexto sociocultural, que hace referencia a las relaciones interpersonales, familiares y sociales, Nava (2010), se relaciona con el dolor social que experimenta el paciente tras la pérdida de cercanía con sus seres amados, al sentir que pierde la capacidad de realizar por sí mismo actividades de cuidado básico (higiene, vestido y alimentación) y comienza a ser dependiente del cuidado de enfermería. En este nivel, el enfermero se convierte en la persona con mayor interacción con el paciente, teniendo siempre presente que es un interlocutor válido, que, a través de la comunicación verbal y no verbal, transmite sus emociones, sentimientos y necesidades; hablarle al paciente durante los procedimientos, orientarlo en tiempo y espacio, comentarle sobre su evolución, son actividades de cuidado que ayudan a disminuir el dolor social y por ende aumentar el confort en el contexto sociocultural.

Finalmente, el enfermero puede aliviar el dolor social del paciente en estado crítico al considerar el contexto ambiental. Este último, hace referencia “al entorno y condiciones e influencias externas como: luz, ruido, temperatura, entre otros” (Nava, 2010). Intervenciones como adecuar la intensidad de la luz de la habitación del paciente, monitores y ventiladores, de manera que favorezca el sueño; disminuir el volumen de las alarmas a un nivel que permita al enfermero reaccionar de forma oportuna, pero que al mismo tiempo no interrumpa el descanso al paciente; evitar las conversaciones innecesarias en los servicios, remitiéndose a sitios externos de la unidad, son medidas que al ser implementadas por el profesional de enfermería, van a contribuir a la reducción del dolor social y por ende, satisfacer las necesidades de confort en el contexto ambiental del paciente.

10.2 Un acercamiento al concepto de dolor integral

Para comprender el concepto de dolor integral, es necesario retomar la definición de dolor propuesta por la IASP (International Association For The Study Of Pain) (2018), “El dolor es una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”. Esta

definición da lugar al concepto de dolor total, el cual se ha incluido ampliamente en el contexto del cuidado al paciente con cáncer y en cuidados paliativos; sin embargo, puede ser extrapolado al área de UCI, ya que permite una comprensión más integral del dolor, en la medida que permite comprender que dicha experiencia, no es solo una respuesta nociceptiva, sino que también afecta de forma psicoemocional y social a la persona que la padece.

Al respecto, López (2018), en el artículo “Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales”, describe el concepto de dolor total, resaltando el carácter emocional, social y cognitivo del dolor, considerándolo una emoción socialmente compartida, enseñada y aprendida; es decir, aunque el dolor nace de una afección física, su origen también puede ser emocional, describiendo el dolor como una experiencia negativa; argumento que reafirma que cada persona vive, afronta y comprende el dolor de manera única e individual.

Así mismo, Cicely Saunders quien es precursora del concepto del dolor total, propone como centro del quehacer, la subjetividad y la particularidad de quien padece el dolor. Para que el dolor no se convierta en el centro de la vida del paciente, el enfermero debe tener como centro de atención a la persona, este concepto describe al dolor como un fenómeno complejo, donde se debe comprender la experiencia del enfermo a partir del concepto de sufrimiento (López, 2018). Entendiendo el sufrimiento como una experiencia tanto física y emocional que puede ser devastadora para quien la padece, más aún, cuando está relacionada con el dolor y el temor que genera estar enfermo.

Desde la perspectiva de Saunders, el sufrimiento es una experiencia que le sucede a las personas y no al cuerpo; es una categoría que permite redimensionar el dolor al contexto físico, emocional, social y psicológico (López, 2018). Esta nueva perspectiva, abre las puertas hacia un cuidado de enfermería, dirigido al paciente en estado crítico más integral, a partir del reconocimiento del otro, de esa persona a la que se está cuidando, que sufre, tiene miedo, incertidumbre, interiorizando que el dolor no es solo físico, sino que el ¡alma también duele!

Una vez que el enfermero logre trascender su visión, podrá comprender que el éxito de las intervenciones dirigidas a aliviar el dolor y brindar confort, serán efectivas, siempre y cuando cada una de las fases del proceso de enfermería, tenga una mirada integral. De ahí que, en esta monografía, se haga un acercamiento a ese concepto de dolor integral, para comenzar a dar los primeros pasos hacia la transformación del cuidado enfermero en UCI; por tanto, se propone que:

El dolor integral reúne todas las experiencias vividas por el paciente durante su proceso salud-enfermedad, tanto físicas, sociales, espirituales y emocionales que afectan la forma en la que se relaciona con el medio, con los demás y consigo mismo. El alivio del dolor integral parte del cuidado de enfermería compasivo, el

cual se enfoca en los contextos físico, ambiental, psicoespiritual y sociocultural, con el objetivo final de generar confort al paciente en estado crítico.

10.3 Reflexiones finales. El cuidado espiritual del dolor

El cuidado enfermero va más allá de la terapia farmacológica y no farmacológica, las intervenciones de enfermería se fortalecen al tomar la mano del paciente, mirarlo a los ojos, reconocer la presencia de dolor, escuchar sus preocupaciones, tristezas y miedos relacionados con su proceso de enfermedad. Como dice Gálvez en un artículo de reflexión sobre el dolor humano “el cuidador espiritual debe tener presente disposición a los intercambios de pensamientos, sentimientos y angustias con el enfermo; para ellos es fundamental una relación de confianza, sinceridad y amistad” (Gálvez-Lopera & Naranjo-Quintero, 2017).

Es así como, el enfermero debe comenzar a visualizarse, no sólo como el profesional que realiza intervenciones enfocadas al cuerpo, sino que debe trascender su visión, entendiendo la integralidad del ser humano, como aquel sujeto que puede sufrir y sentir dolor a nivel físico, ambiental, psicoespiritual y sociocultural. Asimismo, el comprender que la estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo se asocia a experiencias negativas como angustia, miedo, temor y desesperanza, lo que incrementa el desasosiego y discomfort.

Para finalizar, cabe aclarar que la evaluación del dolor y el cuidado espiritual no solo depende del enfermero, pues se cuenta con un acompañamiento multidisciplinario que amplía la visión de las posibles alternativas de apoyo para el paciente. De igual manera, no se puede olvidar el papel de los familiares, pues son ellos, quienes, mediante su compañía y participación, fortalecerán el cuidado espiritual de la persona críticamente enferma.

11. CONCLUSIONES

El enfermero debe realizar una valoración individualizada del paciente integrando cada componente del ser humano, físico, social, espiritual y emocional, mediante el uso de escalas de valoración validadas que se adapten a las necesidades referidas por el paciente, a través de la comunicación verbal o no verbal. Así mismo, el enfermero debe estar en la capacidad de analizar la información obtenida por medio de la aplicación de estos instrumentos, integrando su juicio clínico y la observación, con el fin de obtener un resultado objetivo del dolor real de la persona cuidada.

El papel del enfermero en el alivio del dolor ha evolucionado en la última década; inicialmente se proponen intervenciones exclusivamente farmacológicas, sin embargo, en los últimos años se ha incursionado en mayor medida en las terapias no farmacológicas, las cuales tienen un efecto sustancial en el componente psicoemocional del dolor. El análisis de esta tendencia permite concluir que las intervenciones se complementan entre sí, favoreciendo el control del dolor y la sensación de bienestar.

La incorporación del concepto de dolor integral, al proceso de enfermería del paciente en estado crítico con dolor, le permite al profesional identificar las necesidades particulares de la persona cuidada, definir intervenciones oportunas, aplicar la analgesia preventiva y evaluar el cuidado, a partir de una mirada compasiva del paciente como un ser único y complejo, que le posibilite aliviar el dolor y brindar bienestar.

12. RECOMENDACIONES

- ✓ Es necesario profundizar, a través de futuras investigaciones, en el concepto de dolor integral en el paciente críticamente enfermo, pues este trabajo monográfico evidenció las últimas tendencias, donde se visibiliza el dolor del paciente hospitalizado en una UCI, como una experiencia compleja que abarca los contextos social, físico, psicológico y emocional.
- ✓ Las instituciones de formación superior, deben desarrollar estrategias de formación continua, como cursos, talleres, seminarios, entre otros, dirigidos a los enfermeros que se desempeñan en las unidades de cuidado intensivo, orientados a: identificar las necesidades, definir diagnósticos, implementar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, y evaluar el dolor, en los diferentes contextos físico, psicológico, emocional y social, con el fin de comenzar una sensibilización frente al paciente como un todo, que requiere un cuidado integral y humanizado.
- ✓ Las instituciones de salud deben propiciar los espacios para el abordaje interdisciplinario del dolor, teniendo como líder del proceso al enfermero. De esta manera, al involucrar a las diferentes especialidades, se favorecen las estrategias para el alivio del dolor del paciente en estado crítico; teniendo claro que, el enfermero siempre debe procurar un cuidado empático, pues es lo que lo diferencia de las demás disciplinas.
- ✓ Se sugiere la elaboración de una guía, que permita orientar a los enfermeros de cuidado intensivo, en la valoración del dolor del paciente, desarrollo de actividades e intervenciones sencillas y prácticas, que incluyan recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas; además de mostrar cómo puede ser evaluado el dolor, posterior a la realización del proceso. Esto permitirá estructurar los cuidados para el alivio del dolor, procurando el bienestar del paciente críticamente enfermo.

13. BIBLIOGRAFÍA

Aitken, L. M., Marshall, A. P., Elliott, R., & Mckinley, S. (2008). Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. 36–45. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02318>.

Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP). Definición del dolor. 2018. Enlace <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96432>

Bermejo, J. carlos. (2017). Humanización y relación -. Jose Carlos Bermejo, 1–2. <https://www.josecarlosbermejo.es/humanizacion-y-relacion/>

Berntzen, H., Bjørk, I. T., & Wøien, H. (2019). “Having the compass—drawing the map”: Exploring nurses' management of pain and other discomforts during use of analgo-sedation in intensive care. *Nursing Open*, 6(2), 453–462. <https://doi.org/10.1002/nop2.227>

Caballero, J., García-Sánchez, M., Palencia-Herrejón, E., Muñoz-Martínez, T., Gómez-García, J. M., Cenicerros-Rozalén, I., Coll, R. A., Escribano, J. A. A., Llorente, M. Á. A., Vega, R. B., Delgado, A. B., Malpica, A. L. B., Saris, A. B., Alonso, D. C., Rozalén, M. I. C., Jambrina, C. C., Vivien, I. C., Sáez, F. del N., Cobo, J. L. E., ... Chacón, I. de D. (2020). Oversedation Zero as a tool for comfort, safety and intensive care unit management. *Medicina Intensiva*, 44(4), 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.09.010>

Calderón, L. C., Londoño, O. L., & Maldonado, L. F. (2014). Guía para construir estados del arte. In International Corporation of Networks of Knowledge. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2012/1\).107.10](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2012/1).107.10).

Castillo, E. & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. [fecha de Consulta 4 de Noviembre de 2020]. ISSN: 0120-8322. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>

Celis, E., Vega Salazar, F., Torres Marrugo, V., Ortiz, G., & Dueñas, C. (2017). Revisión comparativa de las guías de sedación, analgesia y delirio en pacientes críticos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 17(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2016.10.007>

Chamorro C. Romera M. Dolor y miedo en la UCI. 2015. *Medicina Intensiva*. Vol. 39. (7) pág. 442-444. enlace: <https://www.medintensiva.org/es-dolor-miedo-uci-articulo-S0210569115001163>

Chamorro, C., & Romera, M. A. (2015). Dolor y miedo en la UCI. *Medicina Intensiva*, 39(7), 442–444. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.05.005>

Chlan, L. L., Weinert, C. R., Skaar, D. J., & Tracy, M. F. (2010). Patient-controlled sedation: A novel approach to sedation management for mechanically ventilated patients. *Chest*, 138(5), 1045–1053. <https://doi.org/10.1378/chest.09-2615>

Contreras-Molina, M., Rueda-Núñez, A., Pérez-Collado, M. L., & García-Maestro, A. (2021). Effect of music therapy on anxiety and pain in the critical polytraumatised patient. *Enfermería Intensiva* (English Ed.), 32(2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.03.005>

Corgozinho, M. M., Barbosa, L. O., Araújo, I. P. de, & Araújo, G. T. F. de. (2020). Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. *Revista Bioética*, 28(2), 249–256. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>

De Sá Araújo Freitas, A. F. F., Fernandes, M., Marques, R. M. D., & Freitas, J. S. R. (2019). Applicability of scales/indicators for pain monitoring in critically ill patients incapable of verbalizing: A systematic review of the literature. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 26(5), 293–303. <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3726/2019>

Delgado, S. A. (2020). CE: Managing Pain in Critically Ill Adults: A Holistic Approach. *The American Journal of Nursing*, 120(5), 34–42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000662808.81949.d6>

Desagradables, S., & El, E. N. (2007). Aplicación De La Teoría De Los Síntomas Desagradables En El Manejo Del Dolor. *Investigación En enfermería*, 9(1), 7–18.

Ferrari, K. D., Analuz, B., Ramirez, J., & Carballido, L. (2017). La utilización de intervenciones no farmacológicas centradas en la música, para la atención del paciente adulto en estado crítico que recibe ventilación mecánica. *Revista Argentina De Terapia Intensiva*, 34(6), 35–42. <http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/516>

Frade-Mera, M. J., Regueiro-Díaz, N., Díaz-Castellano, L., Torres-Valverde, L., Alonso-Pérez, L., Landívar-Redondo, M. M., Muñoz-Pasín, R., Terceros-Almanza, L. J., Temprano-Vázquez, S., & Sánchez-Izquierdo-Riera, J. (2016). Un primer paso hacia una analgosedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 27(4), 155–167. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.10.002>

Galvez-Lopera, C. A., Naranjo-Quintero, V. (2017). El dolor humano: una respuesta de las ciencias de la salud y una reflexión del dolor espiritual para la formación de los cuidadores paliativos. *Escritos*, 25(55), 419–436. <https://doi.org/10.18566/escr.v25n55.a04>

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>

Guba E. Lincoln Y. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. APA PsycNet. (1981) San Francisco: Jossey- Bass: Enlace: <https://psycnet.apa.org/record/1992-97542-000>

Heras G. (2017) Miembros proyecto HU- CI. Libro humanizando los cuidados intensivos. Distribuna editorial. (pp.1-71)

Hora, T. C. N. S. da, & Alves, I. G. N. (2020). Scales for the assessment of pain in the intensive care unit. Systematic review. *Brazilian Journal Of Pain*, 3(3), 263–274. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200043>

Hoyos, C. (2000). UN MODELO PARA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL: Guía teórico – práctica sobre construcción de Estados del Arte con importantes reflexiones sobre la investigación (Señal Edit). Medellín.

IASP (s.f.), definición del dolor tomado de: <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>

Jiménez A. El estado del arte en la investigación en las ciencias sociales. 2004. La práctica investigativa en ciencias sociales. pág. 28-40 <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/dcs-upn/20121130050742/estado.pdf>
La humanización de la salud. (2018). In La humanización de la salud. <https://doi.org/10.2307/j.ctv893jij>

Lana, L. D., Mittmann, P. S., Moszkowicz, C. I., & Pereira, C. C. (2018). Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 17(52), 580–611.

Latorre Marco, I., Solís Muñoz, M., Falero Ruiz, T., Larrasquitu Sánchez, A., Romay Pérez, A. B., & Millán Santos, I. (2011). Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: Resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva*, 22(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.09.005>

Lerma González, H. D. (2009). Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto. (E. Ediciones, Ed.) (4th ed.). Bogotá. Retrieved from [http://roa.ult.edu.cu/bitstream/123456789/3244/1/Metodologia De La Investigación Propuesta Anteproyecto Y Proyecto.pdf](http://roa.ult.edu.cu/bitstream/123456789/3244/1/Metodologia%20De%20La%20Investigacion%20Propuesta%20Anteproyecto%20Y%20Proyecto.pdf)

Ley 1403 de 2010. Por la cual se adiciona la ley 23 de 1982, sobre derechos de Autor, se establece una remuneración pública a los artistas intérpretes o ejecutantes de obras y grabaciones audiovisuales o “Ley Fanny Mikey”. Congreso de la República. Bogotá, Colombia 19 de Julio de 2010. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1678830#:~:text=LEY%201403%20DE%202010&text=1403%20DE%202010-.Por%20la%20cual%20se%20adiciona%20la%20Ley%2023%20de%201982,o%20%22Ley%20Fanny%20Mikey%22>.

Ley número 23 de 1982. Sobre derechos de autor. Congreso de la república. Bogotá, Colombia. 28 de enero de 1982. <http://derechodeautor.gov.co:8080/documents/10181/182597/23.pdf/a97b8750-8451-4529-ab87-bb82160dd226>

Londoño, O. L., Maldonado, L. F., Calderón, L. C. (2014). Guía para construir estados del arte. International Corporation of Networks of Knowledge, 1–39.
López-Alfaro, M. P., Echarte-Nuin, I., Fernández-Sangil, P., Moyano-Berardo, B. M., & Goñi-Viguria, R. (2019). Perception of pain in post-surgical patients in intensive care units. *Enfermería Intensiva*, 30(3), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>

López-Alfaro, M. P., Echarte-Nuin, I., Fernández-Sangil, P., Moyano-Berardo, B. M., & Goñi-Viguria, R. (2019). Perception of pain in post-surgical patients in intensive care units. *Enfermería Intensiva*, 30(3), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>

Louzon, P., Jennings, H., Ali, M., & Kraisinger, M. (2017). Impact of pharmacist management of pain, agitation, and delirium in the intensive care unit through participation in multidisciplinary bundle rounds. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 74(4), 253–262. <https://doi.org/10.2146/ajhp150942>

Molina, L. C. V., Araujo, E. Z., & Molina, R. C. (2018). *de Cuidados Intensivos Metabólicos con intubación orotraqueal y bajo sedación, medido con escala COMFORT*. 25(1), 7–12. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3581/2017>

Nava Galán, G. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Revista de Enfermería Neurológica*, 9(2), 94–104. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v9i2.113>

Noreña A. Moreno N. Rojas J. Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos de la investigación cualitativa. *Aquichan*. AÑO 12 - VOL. 12 No 3 - CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2012; 263-274 enlace: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4322420>

Olmos, M., Varela, D., & Klein, F. (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos Current approach to analgesia, sedation and delirium in Critical Care. *Revista Clínica Las Condes*, 30(2), 126–139. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.002>

Olmos, M., Varela, D., & Klein, F. (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos Current approach to analgesia, sedation and delirium in Critical Care. *Revista Clínica Las Condes*, 30(2), 126–139. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.002>

Palacios Espinosa X., Pulido-Rozo J, Ramos Zamudio D. (2017). Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(2), 380-390. <https://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017010>

Palacios-Espinosa, X., Pulido-Rozo, J., & Ramos-Zamudio, D. (2017). Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(2), 380–390. <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017010>

Quisilema Cadena, J. M., Cordero Escobar, I., & González Hernández, O. (2017). Sedoanalgesia con midazolam-ketamina en el paciente crítico ventilado mecánicamente. *Rev. Cuba. Anestesiol. Reanim*, 16(2), 52–62.

Real Academia Española (RAE) (s.f.). Definición de analgesia, tomado de: <https://dle.rae.es/analgesia>, página de internet.

Rivas E., Alarcón M., Gatica V., Neupayante K., & Schneider M. (2018). Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. *Enfermería: Cuidados Humanizados. Rev.Scielo*. 7(1), 57-73. <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1544>

Rivas, E., Alarcón, M., Gatica, V., Neupayante, K., & Schneider, M. B. (2018). Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7, 115–129. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v7n1/2393-6606-ech-7-01-57.pdf>

Robleda, G., Roche-Campo, F., Membrilla-Martínez, L., Fernández-Lucio, A., Villamor-Vázquez, M., Merten, A., Gich, I., Mancebo, J., Català-Puigbó, E., & Baños, J. E. (2016). Evaluation of pain during mobilization and endotracheal aspiration in critical patients. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 40(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2015.03.008>

Robleda, G., Roche-Campo, F., Membrilla-Martínez, L., Fernández-Lucio, A., Villamor-Vázquez, M., Merten, A., Gich, I., Mancebo, J., Català-Puigbó, E., & Baños,

J. E. (2016). Evaluation of pain during mobilization and endotracheal aspiration in critical patients. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 40(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.medicine.2015.03.008>

Sánchez, J. R. L., & Rivera-Largacha, S. (2018). History of the Concept of Total Pain and Reflections on Humanization of Assistance for Terminal Patients. *Revista Ciencias de La Salud*, 16(2), 340–356. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>

Sánchez, J. R. L., & Rivera-Largacha, S. (2018). History of the Concept of Total Pain and Reflections on Humanization of Assistance for Terminal Patients. *Revista Ciencias de La Salud*, 16(2), 340–356. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>

Sanjuán Naváis, M., Via Clavero, G., Vázquez Guillamet, B., Moreno Duran, A. M., & Martínez Estalella, G. (2013). Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva / Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*, 24(2), 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.11.003>

Seguel, J. (2019). Meditación, Una Nueva Estrategia Para El Alivio Del Dolor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 480–486. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.09.003>

Sigakis, M. J. G., & Bittner, E. A. (2015). Ten myths and misconceptions regarding pain management in the ICU. *Critical Care Medicine*, 43(11), 2468–2478. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001256>

Taylor, P. S. J., & Paid, E. (2000). Introducción a los métodos cualitativos. 1–12.
Venegas, M. E., & Suazo, S. V. (2011). Análisis de la teoría de los síntomas desagradables en el cuidado de la enfermería paliativa oncológica; *Revista Cubana de Enfermería*, 27(2), 141–150.

ANEXOS

ANEXO N°1. FICHA BIBLIOGRÁFICA

FICHAS BIBLIOGRAFICA DE LA MONOGRAFÍA			
REFERENCIA BIBLIOGRAFIA (APA)		LOCALIZACIÓN DEL DOCUMENTO (URL)	
IDIOMA		PAÍS	
RESEÑA DEL AUTOR			
TEMA		SUBTEMA	
PALABRAS CLAVES			
RESUMEN			
IDEAS PRINCIPALES			
NOTAS TEXTUALES CON NÚMERO DE PÁGINA		COMENTARIOS DE LAS NOTAS	
GRÁFICOS			
TEORÍAS QUE APOYAN EL ESTUDIO			
METODOLOGÍA			
CONCLUSIONES			
FIRMA		FECHA DE REALIZACIÓN	

ANEXO N°2. MATRIZ DE ANÁLISIS

	AUTOR
	TÍTULO
	AÑO
	TEMA
	METODOLOGÍA
	RESUMEN
	CONCEPTOS
	TEORÍAS DE APOYO
	AUTORES IMPORTANTES DE LA BIBLIOGRAFÍA
	CONCLUSIONES
	REVISTA, LIBRO, CAPÍTULO, TESIS
	BASE DE DATOS
	IDIOMA
	PAÍS