

Cuidados de enfermería en el dolor agudo postoperatorio

Alba Funcia González*, Montserrat García Castaño.**

* *Graduada en Enfermería. Escuela de Enfermería de Zamora. Zamora (España).*

** *LES. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: *Alba Funcia González. Albafuncia@gmail.com*

RESUMEN

Introducción: El presente artículo pretende obtener una visión global sobre el estado actual del dolor postoperatorio en cuanto a valoración y tratamiento, destacando la importancia de los cuidados enfermeros. Así mismo, pretende difundir la importancia de realizar una adecuada valoración del dolor y dar a conocer algunos aspectos de mejora.

La información proporcionada en este artículo, debería servir para concienciar a pacientes y profesionales sanitarios sobre un adecuado abordaje del dolor, desmitificando la relación intervención quirúrgica-dolor como algo "normal".

Material y Métodos: Se diseña una estrategia de búsqueda que comienza con la formulación de la pregunta de investigación en formato PICO y una búsqueda inicial con Google escolar. Posteriormente se realizan búsquedas en las principales bases de datos, revistas de sociedades científicas, guías de práctica clínica y manuales en formato papel. Se establecen límites de búsqueda y criterios de exclusión.

Resultados y Conclusiones: El dolor postoperatorio debe ser abordado de forma individual por un equipo multidisciplinar, gestionado por la Unidad de Dolor Agudo y encaminado hacia la analgesia multimodal. Destaca el papel de Enfermería como administradora de cuidados continuados de calidad. La satisfacción del paciente está influenciada por el ambiente y la relación establecida con el equipo sanitario. El alivio del dolor es un derecho del paciente y un deber de los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE

Dolor postoperatorio. Cuidados enfermería.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en cualquier patología, requiere una especial atención por parte del equipo sanitario y en especial por los profesionales de enfermería [1].

El dolor agudo postoperatorio (DPO), es el producido por una enfermedad o proceso quirúrgico, así como las complicaciones que derivan de éste o una mezcla de ambos. Este tipo de dolor se caracteriza por ser agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su control inadecuado afecta negativamente a la calidad de vida y recuperación funcional del paciente, favoreciendo la evolución hacia un dolor crónico [1].

La valoración del dolor postoperatorio se ha convertido en una parte esencial de los cuidados, considerándose como una 5ª variable, al incrementar el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, la morbilidad, el tiempo de ingreso y costes.

Presenta una prevalencia variable, pero la mayoría de los autores coinciden en que, más de la mitad de los pacientes hospitalizados (30- 75%) presentan dolor moderado/ severo (EN 3 a 6 / 6 a 10) (según Escala Numérica verbal del dolor) en las primeras 24 horas tras la intervención y en un 2,7 % de los casos persiste al alta [1].

El dolor agudo postoperatorio, sigue siendo un problema global a pesar del gran desarrollo farmacológico y tecnológico. Algunas de las causas pueden ser la falta de conocimientos y formación de los profesionales en cuanto a la evaluación y control del dolor, las creencias erróneas de que el dolor después de una intervención quirúrgica es "normal", o la reticencia a usar ciertos fármacos como los opiáceos por los posibles efectos adversos. Otro problema es la falta de implantación de Unidades de Dolor Agudo (UDA), creadas en los años 80 para dar una atención especializada al dolor agudo postoperatorio y garantizar la aplicación de los tratamientos mediante protocolos, así como la educación al paciente y profesionales sanitarios [1,2]. También es necesaria una adecuada coordinación de la UDA con el equipo multidisciplinar, dentro del cual se encuentran los profesionales de enfermería, junto con el médico y anestesta.

Entre las funciones de los profesionales de Enfermería están la valoración y detección precoz de posibles complicaciones, así como el seguimiento de todo el proceso. La humanización y continuidad de los cuidados proporciona alivio y confort, aumentando la satisfacción del paciente y de los profesionales sanitarios. Fomentar la relación de confianza y comunicación enfermera-paciente contribuye a una adecuada recuperación [3,4].

La realización de esta revisión bibliográfica se justifica por el aumento de interés y concienciación sobre el abordaje del dolor por parte de pacientes y profesionales sanitarios, los cuales demandan mayor información y formación, sobre todo el colectivo enfermero.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza una revisión bibliográfica, sobre la actuación de enfermería en el control del dolor agudo postoperatorio.

La estrategia de búsqueda comienza con la formulación de la pregunta de investigación en formato PICO (paciente, intervención, comparación, resultados) *¿Los cuidados de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio en pacientes hospitalizados aumentan la satisfacción del paciente?* (ver Anexo1, tabla 1).

Se realiza una búsqueda inicial con Google escolar para conocer el estado actual del tema. Posteriormente se consultan las siguientes fuentes:

Bases de datos principales (Cochrane, Pubmed, Cuiden Plus, Biblioteca Virtual de la Salud -BVS -).
Páginas de Sociedades Científicas (Sociedad

Española del Dolor - SED -, Asociación Internacional para el Estudio del Dolor - IASP -, Sociedad Española de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor - SEDAR -).

Guías de práctica clínica (Guía Salud, RNAO, Johana Briggs Institute - JBI -).

Manuales y libros: Consulta de los principales tratados en formato papel:

1. Garrido P; Hospital Sin Dolor: Abordaje Integral del Dolor Agudo Postoperatorio.
2. Muñoz Ramón JM, Reguera Espelet A, Aparicio Grande P, Carr BD. Manual de Dolor Agudo Postoperatorio.
3. Muriel Villoria C, Madrid Arias JL. Consideraciones en torno al Tratamiento Farmacológico del Dolor.
4. Protocolo de analgesia postoperatoria. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Las palabras clave utilizadas y las estrategias de búsqueda aplicadas a las diferentes bases de datos se facilitan en el **Anexo 1 tabla 2**.

Criterios de inclusión: artículos de hasta 10 años desde fecha de publicación; en inglés, español y alemán; pacientes adultos con dolor agudo postoperatorio. Aquellos documentos cuyo texto no era gratuito se solicitan a la biblioteca del Complejo asistencial de Zamora (CAZA).

Criterios de exclusión: Artículos posteriores a la fecha establecida, población infantil, pacientes oncológicos, cirugía ambulatoria, comparación de fármacos, estudios para validar cuestionarios, estudios duplicados o no referidos al tema a tratar.

RESULTADOS

La evolución del tratamiento del dolor agudo postoperatorio, históricamente tratado con opioides, sobre todo la morfina, actualmente va encaminado hacia la utilización de la analgesia multimodal, administrada de forma individualizada por un equipo multidisciplinar, que engloba al paciente en todas sus esferas [5].

El abordaje del dolor postoperatorio tiene varias estrategias:

1-Valoración: Esta etapa es un pilar fundamental para conseguir un abordaje adecuado del dolor, haciendo que sea incluido como una 5ª variable. El personal enfermero utiliza escalas como la EVA (*Escala Visual Analógica*), que permite predecir la

intensidad del dolor en las primeras 24 h en reposo y movimiento.

El dolor en ocasiones puede no ser tratado adecuadamente al ser infravalorado, sobre todo en personas mayores, debido a la edad o posibles demencias, impidiendo expresar el grado de dolor percibido. Otro obstáculo para una adecuada valoración es la escasa formación de los profesionales sanitarios, deficiencias en la información referida al paciente, ausencia de protocolos e indicadores específicos para evaluar la intensidad del dolor o la ausencia de implantación de la UDA.

Para tratar el dolor postoperatorio de forma adecuada, se debe realizar una valoración sistemática, multidimensional e individualizada en la que se recogen los siguientes parámetros:

1- Características psicológicas y de personalidad del paciente.

2- Valoración de la respuesta del paciente y su entorno respecto al dolor.

3- Valoración del dolor por parte del personal sanitario a través de la entrevista: ¿Dónde, Qué, Cuándo y Cuánto le duele? y escalas que permiten cuantificar la intensidad del dolor y valorar los efectos del tratamiento.

4- Evaluación de las respuestas fisiológicas (tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria) producidas por el estrés que produce el dolor.

5- Observar la conducta del paciente (agitado/relajado), si emite muecas de dolor o tiende a tocar la zona dolorosa.

En el anciano además deben valorarse las funciones cognitiva, respiratoria, cardiaca, hepática, endocrina y renal que pueden alterar la farmacocinética y farmacodinamia de algunos medicamentos [2-6].

Entre las escalas más utilizadas destacan (ver Anexo 2, figuras 1-2-3):

- **Escala análoga visual (EVA):** Consiste en una línea con una marca en cada extremo que coinciden con ausencia o dolor máximo. Se suele combinar con la escala verbal.
- **Escala Verbal:** Se le pide al paciente que asigne un valor del 0 al 4 respecto al dolor percibido según sea nulo, leve, moderado, intenso o insoportable. En ancianos con alteración cognitiva se complementa esta escala con escalas descriptivas categóricas verbales o escala de caras.

- **Escala numérica de valoración:** el paciente debe asignar un número del 0 al 10 (ausencia dolor/ máximo dolor percibido).

- **Cuestionario de Mc Gill:** Permite valorar el dolor desde una perspectiva Sensorial, Afectivo-Emocional y Evaluativa (dolor en términos generales). Consta de 78 términos descriptivos agrupados en 20 categorías. A cada término se le asigna un número, del que se obtiene una puntuación de dos parámetros:

- "Pain Rating Index" (PRI) o Índice de Valoración del Dolor. Indica la calificación que da el paciente a su propio dolor.

- "Present Pain index" (PPI) o Índice de Intensidad del Dolor. Indica la intensidad del dolor.

Estas escalas se complementan con la descripción objetiva del paciente sobre su dolor [2,5,7].

2- Estrategias farmacológicas: Cualquier protocolo analgésico requiere de un seguimiento sistemático y progresivo que será registrado en la historia clínica del paciente, especificando el tipo de analgésico, dosis, vía de administración y escalón analgésico en el que se encuentra el paciente en todo momento. El tratamiento debe ser precoz y eficaz, manteniendo la analgesia los días necesarios según el tipo de cirugía y el umbral del dolor de cada paciente. Por ello la analgesia postoperatoria debe incluir el periodo pre- (24 h antes) durante (24-72 horas) y post- cirugía (+72 horas).

PCA (Analgesia Controlada por el Paciente): Puede ser endovenosa o epidural. Se utiliza cuando se administran opiáceos durante más de 24 horas. Permite que las dosis de fármaco sean ajustadas por el propio paciente según la intensidad de dolor que experimenta. Requiere educación previa del paciente sobre la técnica, manejo de la bomba y seguimiento continuo que permita valorar la evolución de la analgesia del paciente, efectos adversos y situaciones en las que enfermería debe avisar al anestesiista (somnia y depresión respiratoria).

En el empleo de esta modalidad de analgesia deben tenerse en cuenta las características del paciente.

Usuarios no candidatos a recibir PCA:

- Pacientes con alteración de la consciencia y retraso mental.
- Menores de cinco años.

- Rechazo de la técnica o no poseer los conocimientos suficientes.

- Pacientes obesos, ancianos, tolerancia o efectos adversos debidos a opioides.

Analgesia preventiva: Consiste en administrar medicamentos antes de que se produzca el estímulo nociceptivo, prolongando la analgesia de forma mantenida durante todo el periodo postoperatorio. Se inicia antes de realizar la incisión quirúrgica para disminuir los mecanismos de sensibilización neuronal (hiperalgesia 1ª y 2ª) y el dolor. Previene la sensibilización central dejando intactos los mecanismos del dolor fisiológico, permitiendo la detección de complicaciones quirúrgicas postoperatorias.

Los principales objetivos de esta técnica son:

- Evitar la sensibilización central y periférica producida por la lesión quirúrgica.
- Disminuir la hiperactividad de los nociceptores.
- Evitar la amplificación del mensaje nociceptivo.

La sensibilización periférica se produce por agresión tisular directa durante el acto quirúrgico, desencadenando una reacción inflamatoria y excitación simpática que a su vez favorece la liberación de sustancias algógenas (prostaglandinas, bradiquininas, histamina, leucotrienos, péptidos, noradrenalina) provocando el descenso del umbral de los nociceptores.

La sensibilización central se produce por aumento de la excitabilidad de las neuronas del asta posterior de la médula, desencadenando una respuesta simpática refleja, estimulación de los centros medulares que regulan la respiración y circulación y estimulación del centro hipotalámico. Todo ello genera respuestas neuroendocrinas capaces de mantener y aumentar la respuesta de estrés quirúrgico.

Estas modificaciones llevan a la aparición de un estado de hiperalgesia primaria (aumento de las respuestas a los estímulos nociceptivos y no nociceptivos, desencadenando un dolor patológico) a nivel de la lesión tisular generada por el acto quirúrgico y en los tejidos adyacentes no lesionados.

Analgesia multimodal: Es la terapia más extendida actualmente. En ella se combinan fármacos y técnicas según la escala analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud), que mejoran la eficacia

respecto al control del dolor a la vez que disminuyen la dosis y los efectos adversos. Generalmente se combinan AINEs, opioides y anestésicos locales (ver Anexo 2, figura 4).

Entre las diversas modalidades según Protocolos de Analgesia Postoperatoria destacan:

- Utilización de AINE y técnicas de analgesia regional (bloqueos nerviosos periféricos y de plexos) para dolor leve-moderado.
- Opioides vía intravenosa con sistemas de PCA, AINE y/o bloqueos.
- Epidurales más AINE, en bomba de infusión o bolos.
- AINE y opioides I.V.
- Epidurales donde se combinan anestésicos locales y adyuvantes (opioides, bloqueantes de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), benzodiazepinas, agonistas alfa 2 adrenérgicos).
- Infiltración de campo con anestésicos locales más AINE y/o opioides [5-8].

Todas estas modalidades se administrarán de forma individualizada por un equipo multidisciplinar, utilizando preferentemente la vía IV u oral y como alternativa a éstas la vía SC. Todo tratamiento del dolor debe ser gestionado por la UDA (Unidad del Dolor Agudo), cuya función es aplicar los tratamientos de forma segura mediante protocolos y la formación e información a profesionales sanitarios y pacientes.

La integración de estas técnicas dentro de un programa de rehabilitación facilitará la recuperación funcional postoperatoria, movilización e ingesta precoz [4-10].

3- Tratamiento no farmacológico: Se utiliza como coadyuvante del tratamiento farmacológico y se dirige a:

- Fomentar la educación y participación del paciente.
- Orientación sobre las expectativas que debe tener en cada fase del proceso.
- Comunicación y apoyo.
- Aplicación de terapias alternativas: musicoterapia, relajación, acupuntura o TENS. (Estimulación Nerviosa Eléctrica

Transcutánea). Recomendación débil según guías de práctica clínica basadas en la evidencia, realizada por la APS (American Pain Society) [10,11].

El personal enfermero está presente en todas las etapas del proceso quirúrgico gracias a la figura de la Enfermería peri-operatoria; definida por Ferrito (2014) como “[...] Un conjunto de actividades que el profesional de Enfermería realiza durante el pre, intra y postoperatorio” [12].

La importancia de la Enfermería en el dolor postoperatorio radica en que el parámetro fundamental para un adecuado abordaje es la valoración sistemática del mismo, siendo ésta una de sus funciones esenciales. Estos profesionales además se encargan de la recogida de información durante todo el proceso y reevaluación de la misma, administración del tratamiento y detección de posibles efectos adversos, lo cual permite mejorar la calidad del cuidado.

También hay que destacar los beneficios de la visita preoperatoria de enfermería, que a pesar de no modificar la percepción del dolor, disminuye la ansiedad y mejora la satisfacción del paciente hacia el sistema sanitario, parámetro que es utilizado como indicador de calidad asistencial junto con la movilización e ingesta precoz (nivel evidencia 1º). También ayuda a identificar de forma precoz signos y síntomas que influyen en el pronóstico del dolor postoperatorio. En la visita post-operatoria la enfermera se encarga de recoger información sobre el estado del paciente, lo cual permite asegurar la continuidad de los cuidados y el alivio de los síntomas.

Otras actividades desempeñadas por el equipo enfermero:

- Crear un plan de cuidados individualizado en conjunto con el paciente.
- Gestionar las expectativas pre- y postoperatorias de los pacientes.
- Prestar atención a las preocupaciones preoperatorias (miedo, ansiedad, dolor).
- La enfermera actúa de intermediario entre el paciente y el equipo interdisciplinario garantizando la calidad y continuidad de los cuidados.

Un pilar fundamental para garantizar la recuperación del paciente, es una comunicación eficaz de los profesionales sanitarios con el paciente y

entre sí, que permita prestar cuidados continuados y de calidad, así como una adecuada información al paciente [12-13].

DISCUSIÓN

El dolor es el motivo más frecuente de consulta y un problema global, a pesar de los avances farmacológicos y tecnológicos. Para concienciar sobre la importancia de un adecuado control del dolor, en 2010 se inicia la campaña “Año Global Contra el Dolor Agudo”, promovida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) [14]. Dicha labor continúa con la campaña actual “2017 Año Global Contra el Dolor después de la Cirugía”, que apuesta por un abordaje multimodal e interdisciplinario integrando el control del dolor con aspectos como la educación del paciente, nutrición e ingesta precoz de líquidos, combinación de varios medicamentos y la rehabilitación [15-17]. Esto contribuye a disminuir las complicaciones postoperatorias, la morbilidad, estancia hospitalaria, los costes y evita la evolución hacia un dolor crónico, determinada por factores predictivos como la existencia de dolor preoperatorio y DPO severo durante días o semanas [18,19]. El interés por el tratamiento adecuado del DPO va en aumento debido a la mayor información y exigencia de los pacientes y profesionales sanitarios, los cuales demandan mayor formación, sobre todo la Enfermería [20]. Un instrumento que garantizaría la adecuada formación e información de pacientes y profesionales sería la implantación de la Unidad de Dolor Agudo (UDA) en los centros hospitalarios.

Autores como Ortega y Neira [21], ponen en entredicho la eficacia de la UDA en España debido a su escasa implantación y a las diferencias en cuanto a recursos y modelo de funcionamiento. El modelo de UDA Europeo se basa en el trabajo realizado por Enfermería bajo la supervisión del anestesista. En el complejo asistencial de Zamora, la visita postoperatoria es realizada por el anestesista, mediante la cumplimentación de un cuestionario en conjunto con el paciente y el personal de enfermería (ver Anexo 3, figura1).

A pesar de ello, dichos autores creen que la UDA debe ser el centro de gestión para un adecuado abordaje del dolor, pero necesita la implicación de médicos, enfermeras y el resto de profesionales sanitarios para conseguir una mejora del tratamiento del dolor. Además, deberían aplicarse las recomendaciones de guías de práctica clínica, entre las que se incluye la evaluación periódica del dolor, protocolos consensuados y escritos, registro y

documentación de la evaluación del dolor y efectos adversos del tratamiento. Esto no puede conseguirse solo por la UDA aunque tenga gran disponibilidad de personal.

También hay otros proyectos que aprueban la implantación de la UDA, como el estudio PATHOS [22], estudio observacional multinacional sobre la terapia analgésica postoperatoria. Realizado en siete países Europeos: Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Suiza y Portugal. El objetivo es identificar el estado actual del DPO, las necesidades y áreas de mejora del tratamiento a nivel hospitalario. Entre los resultados destacan ciertas deficiencias o barreras en los resultados obtenidos en España respecto al resto de Europa:

1-Ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del DPO por parte del personal sanitario.

2-Ausencia o valoración inadecuada de la intensidad del dolor y eficacia del tratamiento administrado, a diferencia del resto de Europa.

3-Deficit en la Educación/información del paciente en cuanto a resultados de la analgesia postoperatorias. Estudios evidencian que una adecuada información mejora el efecto analgésico esperado.

4-Ausencia de Estructuras Organizativas para gestionar el DPO.

Estos resultados, hacen imprescindible la implantación generalizada de la UDA para gestionar y mejorar el DPO en todas sus dimensiones. Su objetivo principal es el tratamiento y alivio del DPO, lo cual disminuye las complicaciones y facilita la recuperación del paciente, disminuyendo la estancia hospitalaria y los costes.

Dichas deficiencias o barreras mencionadas anteriormente son comunes y se ponen de manifiesto en varios estudios [22,23], estableciendo las siguientes medidas por algunos autores para mejorar la gestión del DPO:

- ✓ Implantación de protocolos y procedimientos específicos durante el periodo postoperatorio. Serán puestos en práctica de forma individualizada según las necesidades de cada paciente.
- ✓ Predicción de la intensidad del dolor mediante factores dinámicos predictivos o sensibilidad preoperatoria frente al dolor.

- ✓ Registros que recogen información referida a la gestión del DPO y que será reflejada en la historia clínica del paciente.
- ✓ Promover cambios culturales, educacionales y estructurales en el personal involucrado en la gestión del dolor. Esto conlleva la desmitificación de la relación dolor-cirugía y los efectos de los opiáceos, así como la adecuada educación del paciente, contribuyendo a que exprese su dolor libremente. Permitiendo realizar actuaciones preventivas que proporcionaran un mayor confort para el paciente.
- ✓ Considerar/ tener en cuenta la aparición del dolor crónico postquirúrgico y medidas para disminuir su aparición. El dolor preoperatorio es considerado un factor predictivo de sufrir DPO durante semanas y su posterior evolución hacia un dolor crónico.

También es imprescindible establecer indicadores fiables, mediante criterios de formulación unificados, lo cual garantizara la reproductibilidad y fiabilidad en la valoración del dolor postoperatorio, así como la participación del paciente en la valoración y tratamiento [22,23].

En cuanto a la satisfacción del paciente, aunque es considerada un parámetro de evaluación de calidad asistencial, varios autores como Díez Álvarez et al [24], vinculan la satisfacción del paciente con aspectos psicosociales y la relación establecida con el equipo que lo trata, más que con los aspectos técnicos de la atención. Se debe considerar la disminución de la morbilidad y la estancia hospitalaria relacionadas con la calidad de la analgesia conseguida. En contraposición, otros autores como Hayes y Gordon [25], relacionan el nivel de satisfacción con las perspectivas del paciente, temores del preoperatorio y efectos adversos del tratamiento farmacológico y no solo con el alivio del dolor. Hay pacientes que refieren alto nivel de satisfacción a pesar de experimentar dolor no controlado en las primeras 24 h del postoperatorio. Algunas de las causas son la creencia errónea del paciente de que el dolor es algo normal o la no demanda de analgesia por temor a crear dependencia. Sin embargo, ambos artículos sugieren que el profesional y el ambiente ejercen mayor influencia sobre la satisfacción del paciente que la forma en que se presta la atención.

La actuación de Enfermería respecto al DPO, según autores como Real y Pulido [9] anteriormente citados, se centra en las áreas quirúrgicas y de cuidados intensivos. Aquí la enfermería peri-operatoria tiene un papel importante, ya que es la encargada de establecer un plan de cuidados en conjunto con el paciente, fijar objetivos y expectativas realistas respecto a la cirugía y mantener una comunicación efectiva. Sin embargo, el manejo del dolor queda en segundo plano en las zonas de hospitalización debido a la falta de conocimientos específicos sobre el DPO y la gran carga asistencial, lo cual limita el tiempo para un adecuado asesoramiento del paciente. Ello hace que las enfermeras demanden formación continuada y específica respecto a la valoración y tratamiento del dolor postoperatorio [25]. Para garantizar la seguridad del paciente se utilizan herramientas como la escala EVA, que permite predecir la intensidad del dolor en reposo y movimiento, de acuerdo a los parámetros establecidos por la OMS (valores 3-4 indican dolor leve, 4-6 dolor moderado y +6 dolor severo) [24]. Dicha escala, aplicada a las dos horas post-intervención muestra un elevado factor predictivo positivo respecto a los enfermos que sufrirán dolor en las primeras 24 horas. Ello facilita a la enfermería la mejora del bienestar del paciente y garantizar la calidad del cuidado y seguimiento de la evolución del mismo, que es una actividad propia del profesional de Enfermería recogida en las intervenciones enfermeras NIC [24] (ver Anexo 3, tabla 1-2).

El papel de Enfermería es continuo durante todo el proceso del dolor postoperatorio, ya que está presente en todas sus fases, para garantizar la recuperación adecuada del paciente. En la visita preoperatoria, el personal enfermero, gracias a sus habilidades de comunicación, reduce el miedo a lo desconocido y la ansiedad del paciente. Además, según autores como Viegas y Neova [12], la visita preoperatoria es utilizada como indicador de calidad del cuidado enfermero. En el periodo intra y postoperatorio, la enfermera brinda apoyo y soporte emocional y garantiza la seguridad del paciente, mediante la aplicación de los cuidados post-intervención, que incluyen actividades de profilaxis, así como identificación y tratamiento de las complicaciones inmediatas, siendo este un proceso participativo, documentado e integrado que garantiza la atención continuada. Además actúan como coordinador intermedio en el cuidado del paciente [12,25, 27].

CONCLUSIONES

1. Se pueden establecer como pilares básicos para un adecuado abordaje del DPO:
 - Educación del paciente.
 - Formación continuada de los profesionales sanitarios.
 - Sería recomendable la implantación y seguimiento de guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
 - Implantación de las Unidades de Dolor Agudo como centro de gestión.
2. La aplicación de la escala EVA a las dos horas de la intervención permite un mejor control del dolor a las 24 horas post-intervención.
3. La satisfacción del paciente no solo se limita al alivio del dolor, sino que está vinculada a factores ambientales y a la relación establecida con el equipo asistencial.
4. Destaca la labor de Enfermería en todas las etapas del proceso y los beneficios de la visita preoperatoria respecto a la satisfacción y recuperación del paciente.
5. El alivio del dolor es un derecho del paciente y un deber de los profesionales sanitarios, que se consigue mediante el trabajo en equipo y abordaje multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Guerrero AC, Aragón MC, Torres LM. Dolor Postoperatorio ¿Hacia Dónde Vamos? Rev Soc Esp Dolor. 2017; 24(1): 1-3.
2. Fernández Rincón CF, Gómez MP. Dolor Agudo y Postoperatorio. [Internet]. Bogotá: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED); 2011[Consultado 7 feb. 2017]. Disponible en: <http://www.dolor.org.co/libro/DolorAgudoyPostoperatorio.pdf>
3. Duarte RT, da Costa Linch GF, Aquino Caregnato RC. The immediate post-operative period following lung transplantation: mapping of nursing interventions. Rev. Lat.-Am Enfermagem [internet]. 2014 [consultado 7 feb.

- 2017]; 22(5): 778-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292665/>
4. González Forte MJ, Cobacho de Alba JJ, Ortega García JL, Neira Reina F. Tríptico Informativo Multicultural del Tratamiento del Dolor Agudo Postoperatorio. *Rev Soc Esp. Dolor.*2012; 19(5): 252-8.
 5. Schug SA, Vijayan R, Husni Tanra A. Management of Postsurgical pain in Adults [internet].Copenhagen: IASP; 2017. [Consultado 7 feb.2017]. Fact Sheet nº5.Disponible en: <http://iasp.files.cms-plus.com/2017GlobalYear/FactSheets/5.%20Pos tsurgical%20Pain%20Management.Schug-EE.pdf>
 6. Fernández DL, Gordo F, López S, Méndez H, Real J. Manejo de la analgesia postoperatoria en las primeras 24 horas en un Hospital de segundo nivel. Estudio Observacional. *Rev Soc Esp Dolor.* 2006; 13(1):18- 23.
 7. Urieta Solanas A, director. Protocolos de Analgesia Postoperatoria. Zaragoza: Hospital Miguel Servet; 1997.
 8. Hospital sin dolor: Abordaje integral del dolor agudo postoperatorio. Palma de Mallorca: Ene ediciones, Hospital Universitario Son Dureta.2010.
 9. Comité del Dolor Sociedad de Anestesiología de Chile. Recomendaciones para el Manejo del Dolor Agudo Postoperatorio en Adultos [internet]. *Rev Chil Anes;* 2010 [consultado7 feb. 2017]; 39:188-91. Disponible en: http://www.cirurgiah salvador.cl/ed_continua/t emas-de-interes/27-recomendaciones-para-el-manejo-del-dolor-agudo-postoperatorio-en-adultos.html
 10. Walker K. Acupuncture for Acute Pain After Surgery. [Internet]. Boston, USSA: IASP; 2017. [Consultado 7 marzo].Fact Sheet nº12. Disponible en: <http://iasp.files.cms-plus.com/2017GlobalYear/FactSheets/12.%20Ac upuncture%20for%20Acute%20Pain.Walker-EE.pdf>
 11. Alcántara Moreno A, González Curado A. Nueva Guía de la sociedad Americana del Dolor sobre Dolor Postoperatorio. *Rev Soc Esp. Dolor.* 2016; 23 (3); 164-65.
 12. Silva R, Martins MM, Jardim HG.Nursing postoperative visit as a quality Indicator for surgical patient care. *J Perioper Pract.* 2016 Jun; 26(6):145-7.
 13. Fernández-Galinski DL, DEAA, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor.*2007; 14(1): 3-8.
 14. Montes Pérez A, García Álvarez A, Trillo Urrutia L. Situación actual del Dolor Postoperatorio en el "Año global contra el Dolor Agudo". *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* [internet]. [Consultado 7 feb.2017]; 58:269-272. Disponible en: <https://www.sedar.es/media/2015/11/Situacion-actual.pdf>
 15. Carr DB, Morlion B. Pain after Surgery: What Health-Care Professionals Should Know [internet].Boston, USSA: IASP; 2017 [Consultado 7 mar.2017]. Fact Sheet nº2. Disponible través de: http://iasp.files.cmsplus.com/2017GlobalYear/FactSheets/2.%20Health%20professionals.Carr-Arendt-EE_1485789510311_1.pdf
 16. Subramanian P, Ramasamy S, Ng KH, Chinna K, Rosli R. Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *Int J Nurs Pract.* 2016; 22 (3):232-8.
 17. Schwenk W, Schinkel B. Perioperative Schmerztherapie *Chirurg.* 2011; 82(6):539-54
 18. Joshi GP, Schug SA, Kehlet H. Procedure-specific pain management and outcome strategies.*Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2014 Jun; 28(2):191-201
 19. Ribera H, Esteve N, Garrido JP. La transición de dolor agudo postoperatorio a crónico: ¿qué sabemos? *Rev Soc Esp Dolor.* 2012; 1(4): 197-208.
 20. Muñoz-Ramón JM. El tratamiento del dolor agudo postoperatorio, una oportunidad de mejora. *Rev Soc Esp Dolor.* 2007; 14 (1): 1-2.
 21. Montes Pérez A, García Álvarez J, Trillo Urrutia L. Tratamiento del Dolor Postoperatorio: de la Unidad de Dolor Agudo al Programa de Gestión del Dolor Postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor.* 2007; 14 (5): 335-7.
 22. Vidal MA, Torres LM, de Andrés JA, Moreno-Azcoitia M. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. *PATHOS. Rev Soc Esp. Dolor.*2007; 14(8):550-67.
 23. Mędrzycka-Dąbrowska W, Dąbrowski S, Basiński A. Problems and Barriers in Ensuring

Effective Acute and Post-Operative Pain Management--an International Perspective. *Adv Clin Exp Med*. 2015 Sep-Oct; 24(5):905-.

24. Díez Álvarez E, Arróspide A, Mar J, Cuesta M, Martínez MC, Beitia E, Urrejola J. Valoración Del Dolor Agudo Postoperatorio. *Rev Cal Asist [internet]*. 2009 [Consultado 6 mar.2017]; 24(5):215-221. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-valoracion-del-dolor-agudo-postoperatorio-S1134282X09000062>

25. Hayes K, Gordon DB. Delivering quality pain management: the challenge for Nurses. *AORN J*. 2015; 101(3):328-34.

26. Nadal Clanchet M, Chocrón Da Parat I, Camps Cervantes A, Tormos Pérez P, Bosch Graupera C, Mesas Idáñez A. Cuidados Postoperatorios Incluyendo Tratamiento del Dolor. Recomendaciones para la Elaboración de un Protocolo. *Rev Esp Anestesiolog Reanim*. [Internet]. 2013 [consultado 9 feb.2017]; 60 Supl. 1:94-104. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-cuidados-postoperatorios-incluyendo-tratamiento-del-S0034935613700148>.

27. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Valoración y Manejo del Dolor [internet]. 3ª Ed. Ontario: RNAO Diciembre 2013. [Consultado 8 mar. 2017]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf

TABLAS Y FIGURAS

ANEXO 1.

	CONCEPTOS PRINCIPALES	DECS	MESH
Paciente	Paciente quirúrgico hospitalizado. Dolor postoperatorio Dolor posquirúrgico	Dolor postoperatorio Cuidados Postoperatorios Dolor Agudo	Pain, postoperative Postoperative care Acute pain
Intervención	Control del dolor Alivio del dolor Cuidados de enfermera	Rol de la enfermera	Nurse's role /Nurse(como subencabezamiento) Nursing
Resultados	Disminución del dolor Satisfacción del paciente Mejora de la calidad de vida	Patient satisfaction Quality of Life	

Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PICO.

FECHA	BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS TOTALES	SELECCIÓN/ RESULTADOS
7/3/2017	PUBMED	(("postoperative care"[Mesh Terms] OR ("postoperative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "postoperative care"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[Mesh Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[Mesh Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields]) AND ("pain, postoperative"[Mesh Terms] OR ("pain"[All Fields] AND "postoperative"[All Fields]) OR "postoperative pain"[All Fields] OR ("pain"[All Fields] AND "postoperative"[All Fields]) OR "pain postoperative"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[Mesh Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[Mesh Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields])) AND ("2007/03/13"[PDat] : "2017/03/09"[PDat]) "pain, postoperative/nursing"[MAJR] OR ((acute[All Fields] AND ("pain, postoperative"[Mesh Terms] OR ("pain"[All Fields] AND "postoperative"[All Fields]) OR "postoperative pain"[All Fields] OR ("postoperative"[All Fields] AND "pain"[All Fields]))) AND ("nurses"[Mesh Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields])) AND ("2007/03/14"[PDat] : "2017/03/10"[PDat])	785	35/ 14
7/2/2017	COCHRANE IBEROAMERICAN A	Dolor agudo postoperatorio Postoperative pain and nurse	77 724 resultados: 9 revisiones 6 Other review 703 Trials. 4 Ev. Economics. 2 E. Metodol.	2/0 2/0 6/0 8/0 0/0 0/0

FECHA	BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS TOTALES	SELECCIÓN/ RESULTADOS
		postoperative care and nurse	410 resultados 76 revisiones Cochrane en español 334 resultados en inglés : 286 RCT Central (Cochrane trial register) 6DARE(database of abstracts and of reviews) 41 NHS EED(Economic Evaluation)	76/0 6/0 6/0 41/0
7/02/201	CUIDEN	Dolor agudo postoperatorio	0	0
6/3/2017		Cuidados del dolor agudo postquirúrgico	2/2	1
7/02/201	RNAO	Valoración del dolor agudo	4	1
8/3/2017	INVESTEN-JOANA BRIGGS	postoperative pain	2 best practice Information 1 revisión sistemática 3 protocolos de revisión sistemática	0
10/3 2017		Postoperative pain	3 Sumarios de evidencia	0
		Cuidados dolor postoperatorio	0	0
7/2/2017	BVS	Cuidados dolor agudo postquirúrgico	34	2

Tabla 2. Estrategias de búsqueda y bases de datos consultadas.

ANEXO 2. Escalas de valoración.

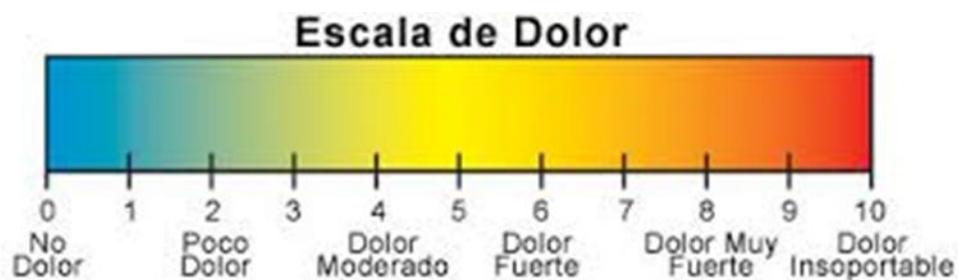


Figura 1. Escala EVA. Fuente: Asociación andaluzalrededor.es

ESCALA VERBAL SIMPLE

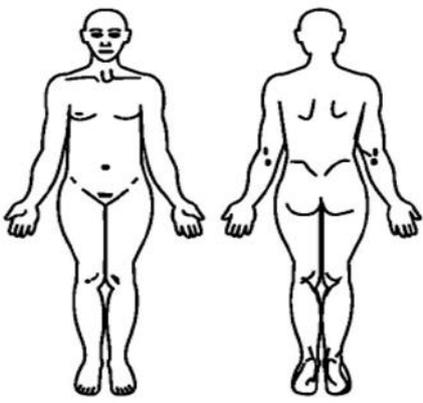
TERMINOS VERBALES PARA DESCRIBIR EL DOLOR. CALIFICA DE ACUERDO A 6 GRADOS	EL PEOR DOLOR
	DOLOR SEVERO
	DOLOR MODERADO
	DOLOR LEVE
	DOLOR SUAVE
	SIN DOLOR

Figura 2. Escala verbal simple. Fuente: Slideshare.net.

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Hora _____ AM/PM

PRI: S (1-10) A (11-15) E (16) M (17-20) PRI(T) (1-20) PPI _____

1 TITILANTE	11 AGOTADOR	BREVE	RÍTMICO	CONTINUO
TREPIDANTE	EXTENUANTE	MOMENTÁNEO	PERIÓDICO	SCSTENIDO
PULSÁTIL		TRANSITORIO	INTERMITENTE	CONSTANTE
SORDO	12 ENFERMANTE			
BATIENTE	SOFOCANTE			
TRITURANTE				
2 SALTÓN	13 AMENAZADOR			
CENTELLEANTE	ALARMANTE			
FULGURANTE	ATERRADOR			
3 PRURÍTICO	14 PUNITIVO			
TEREBRANTE	FATIGANTE			
TALADRANTE	CRUEL			
PUNZANTE	MALIGNO			
LANCINANTE	ASESINO			
4 AGUDO	15 FUNESTO			
CORTANTE	CEGANTE			
LACERANTE				
5 PELLIZCANTE	16 FASTIDIOSO			
OPRESIVO	PENOSO			
MORDICANTE	ATROZ			
RETORTIJÓN	INTENSO			
TRITURANTE	INSOPORTABLE			
6 DE TRACCIÓN	17 QUE SE EXTIENDE			
TIRANTE	REFERIDO			
DE TORCEDURA	PENETRANTE			
	PERFORANTE			
7 CALIENTE	18 APRETADO			
QUEMANTE	ADORMECIENTE			
HIRVIENTE	DE ESTIRAMIENTO			
ARDIENTE	COM O QUE EXP			
	DESGARRADOR			
8 HORMIGUEANTE	19 FRÍO			
PICANTE	HELANTE			
PENETRANTE	CONGELANTE			
PINCHAZO O PIC				
9 SORDO	20 MOLESTO			
INFLAMATORIO	NAUSEOSO			
MOLESTO	AGÓNICO			
REDOLOR	ATEMORIZANTE			
AGOBIANTE	TORTURANTE			
10 EXQUISITO	PPI			
TIRANTE	0 NO HAY DOLOR			
IRRITANTE	1 LEVE			
HENDIENTE O	2 MOLESTO			
TAJANTE	3 PERTURBADOR			
	4 HORRIBLE			
	5 AGÓNICO			



E = EXTERNO
I = INTERNO

COMENTARIOS:

Figura 3. Cuestionario MG Gill. Fuente: FEDELAT (Federación Latinoamericana para el Estudio del Dolor).



Figura 4. Escalera analgésica de la OMS. Fuente: es.Slideshare.net

ANEXO 3: Hoja de anestesia del Complejo Asistencial de Zamora y tablas con intervenciones enfermeras NIC.



COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad Dolor Agudo postoperatorio
 Servicio de Anestesiología y Reanimación



Sacyl

Fecha

Edad: ___ ASA: ___ Peso: ___ URG ()

Alergias: _____ Servicio: _____

Intervención: _____

Ttº analgésico opiáceos / neuromoduladores previo IQ () → _____

Anestesia: _____ Anestesiólogo@: _____

Técnica analgésica (hora, en bloques: ___:___) _____

Planta Día 1	EVN-R	EVN-A	Sed	Ef. 2º	PCA: Dem.	PCA: Rec.	Deambula	RHA/ Tolerancia
/ / 20							SI / NO/SILLÓN	SI / NO/T. Oral
Observaciones: <div style="text-align: right;">Dr./Dra.</div>								
Planta Día 2	EVN-R	EVN-A	Sed	Ef. 2º	PCA: Dem.	PCA: Rec.	Deambula	RHA/ Tolerancia
/ / 20							SI / NO/SILLÓN	SI / NO/T. Oral
Observaciones: <div style="text-align: right;">Dr./Dra.</div>								
Planta Día 3	EVN-R	EVN-A	Sed	Ef. 2º	PCA: Dem.	PCA: Rec.	Deambula	RHA/ Tolerancia
/ / 20							SI / NO/SILLÓN	SI / NO/T. Oral
Observaciones: <div style="text-align: right;">Dr./Dra.</div>								
Planta Día 4	EVN-R	EVN-A	Sed	Ef. 2º	PCA: Dem.	PCA: Rec.	Deambula	RHA/ Tolerancia
/ / 20							SI / NO/SILLÓN	SI / NO/T. Oral
Observaciones: <div style="text-align: right;">Dr./Dra.</div>								

En Analgesia Epidural → Pedir Coagulación Hemograma El día ___ / ___ / ___

ALTA UDA: ___ / ___ / 20___	Satisfacción Paciente MB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/>	INCIDENCIAS: ___
------------------------------------	--	-------------------------

EVN	EFECTOS SECUNDARIOS	0 Sin incidencias
1-10 11. No valioso 12. No congruente SEDACIÓN 1. Ansioso, inquieto 2. Colaborador, tranquilo, orientado 3. Somnoliento 4. Disminución nivel conciencia 5. Desorientación/ Agitación	0. NO TIENE 1. Reacción Alérgica 2. Mareos 3. Náuseas 4. Náuseas y Vómitos 5. Prurito 6. Retención Urinaria 7. Dist. Abdominal 8. Bloqueo Motor 9. Depresión respiratoria 10. Hipotensión 11. Bloqueo unilateral 12. Cefalea / DPPO 13. Otros	1. Pauta suspendida por Servicio de origen 2. Interrupción/cambio de pauta o UDA 3. Exitas durante el seguimiento 4. Reintervención durante el seguimiento 5. Tratado a UCI 6. Pasa a Unidad de Cuidados Críticos 7. Alta antes de ser visto por UDA

Figura 1. Hoja de anestesia. Complejo Asistencial de Zamora.

Tabla 1. Intervenciones enfermeras (NIC) y actividades asociadas – extraídas de Elsevier (modificadas por la autora) -.

NIC [1400] Manejo del dolor.
1-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
2-Observar signos no verbales de dolor, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
3-Explorar el conocimiento, experiencias pasadas y las creencias del paciente sobre el dolor.
4--Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo).
5--Proporcionar información acerca del dolor: causas, tiempo de duración y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
6--Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
7-Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, relajación, musicoterapia, distracción, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes de que se produzca/aumente el dolor; junto con otras medidas de alivio del dolor.
8-Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
9-Explorar el uso actual de métodos farmacológicos de alivio del dolor.
10-Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos
11-Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso.
12-Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
13-Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o ante cambios significativos en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
14-Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor.
15-Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor.

NIC [1540] Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS).

- 1-Proporcionar instrucciones verbales y por escrito sobre el uso de la TENS y su funcionamiento.
- 2-Ajustar amplitud, frecuencia y ancho del pulso a los ajustes indicados predeterminados.
- 3-Documentar la eficacia de la TENS.

NIC [2300] Administración de medicación.

- 1-Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.
- 2-Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
- 3-Documentar la administración de medicación y respuesta del paciente (nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.

NIC [2400] Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP).

- 1-Confirmar que el paciente puede utilizar un dispositivo de ACP: es capaz de comunicarse, comprender explicaciones y seguir instrucciones.
- 2-Enseñar al paciente y a la familia la utilización del dispositivo de ACP.
- 3-Registrar el dolor del paciente, la cantidad y frecuencia de la dosis del fármaco, y la respuesta al tratamiento del dolor en un diagrama de flujo del dolor.
- 4-Explicar al paciente y a la familia la acción y los efectos secundarios de los analgésicos.
- 5-Monitorizar estrechamente la aparición de depresión respiratoria en los pacientes de riesgo (mayores de 70 años, antecedentes de apnea del sueño, uso simultáneo de ACP con un depresor del sistema nervioso central, obesidad, cirugía abdominal alta o torácica y bolo de ACP mayor de 1 mg, antecedentes de insuficiencia renal, hepática, respiratoria o cardíaca).

NIC [2870] Cuidados post-anestesia.

- 1-Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo, según corresponda (oxigenación, calidad y número de respiraciones, temperatura y diuresis).
- 2-Proporcionar medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor, si es necesario.
- 3--Comprobar el nivel de anestesia intratecal.
- 4 -Controlar el retorno de la función sensorial y motora.
- 5 -Vigilar el estado neurológico.
- 6-Observar el nivel de consciencia.
- 7- Comparar el estado actual con el estado anterior para detectar mejorías o deterioros en el estado del paciente.
- 8-Ponerse en contacto con el médico, cuando proceda.
- 9-Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.
- 10-Pasar la información sobre el paciente a la unidad de cuidados postoperatorios.
- 11-Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados.

NIC [5610] Enseñanza: pre-quirúrgica.

- 1-Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal y piel, pruebas/laboratorio, micción, terapia i.v, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófono), según corresponda.
- 2-Informar al paciente y a la familia de la duración esperada de la operación.
- 3-Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía.
- 4-Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente, sus antecedentes, nivel cultural y el grado de conocimiento de la cirugía.
- 5-Evaluar la ansiedad del paciente y de la familia respecto a la cirugía.
- 6-Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes.
- 7-Comentar las posibles medidas de control del dolor.
- 8-Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares.
- 9-Instruir de un modo que se adapte al estilo de aprendizaje del paciente, incluido el uso de estrategias holísticas y materiales educativos, según corresponda

NIC [5820] Disminución de la ansiedad.

- 1-Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- 2-Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- 3-Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- 4-Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- 5-Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda