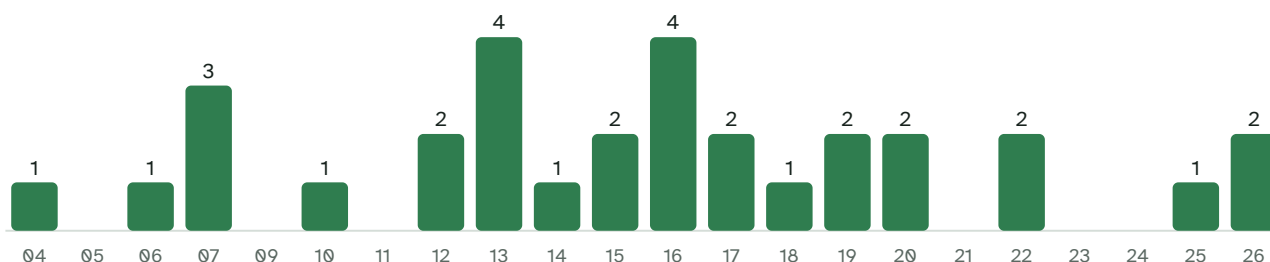


Dolor: valoración y tratamiento

El dolor cae en el EIR casi todos los años y por sitios muy fijos: las definiciones de la IASP (dolor, umbral, alodinia), la clasificación nociceptivo/neuropático, el principio de que el dolor es el que refiere el paciente, las escalas según la edad y la situación (caras de Wong-Baker desde los 3 años, numérica desde los 7-8, ESCID en el crítico ventilado, PAINAD en la demencia avanzada) y la escalera analgésica de la OMS con la codeína en el segundo escalón. Las fuentes de referencia son la IASP (definición revisada de 2020), la OMS (1996 y 2018), la GPC de Cuidados Paliativos del SNS (2008, pendiente de actualizar), los protocolos de la SEUP (2024) y la guía PADIS (2018).

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-29 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



31 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Escala de caras de Wong-Baker: dolor infantil desde los 3 años (3 exámenes)
- Dolor postoperatorio: la puntuación es la que refiere el paciente aunque su conducta no lo refleje (2 exámenes)
- Alodinia: dolor por estímulo normalmente indoloro (2 exámenes)
- Escalera analgésica OMS: codeína en el segundo escalón (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Qué es el dolor: definición y terminología de la IASP	7
2. Tipos de dolor según su mecanismo y su duración	10
3. Valoración del dolor en el adulto que se comunica	12
4. Valoración cuando el paciente no puede comunicarse: crítico y demencia	16
5. Dolor en la infancia: expresión, mitos y escalas por edad	19
6. Escalera analgésica de la OMS	23
7. Opioides en la práctica y dolor irruptivo	26
8. Dolor postoperatorio: consecuencias, analgesia multimodal y PCA	28
Todas las preguntas del tema (31)	30
Preguntas que también podrían ser de este tema (4)	39
Solucionario	40
Fuentes	42

Resumen para repasar

1. Qué es el dolor: definición y terminología de la IASP

- IASP 1979: experiencia **sensorial y emocional** desagradable asociada a daño tisular real o potencial, **o descrita en términos de ese daño**; en 2020 se cambia por «asociada a, **o parecida a** la asociada a» ese daño ^{F1,F2}.
- La persona que refiere dolor debe ser **respetada**; no poder comunicarse **no niega** el dolor ^{F1}.
- **Umbral**: intensidad **mínima** percibida como dolorosa; **tolerancia**: la **máxima** que se acepta ^{F2}.
- **Alodinia**: dolor por un estímulo que **normalmente no duele**; **hiperalgesia**: **más** dolor ante un estímulo que ya duele ^{F2}.
- **Disestesia**: sensación anormal **desagradable**; **parestesia**: anormal **no desagradable**; la hiperestesia incluye alodinia e hiperalgesia ^{F2}.

2. Tipos de dolor según su mecanismo y su duración

- **Nociceptivo**: activación de nociceptores por daño de tejido **no neural**; se divide en **somático** y **visceral** ^{F2,F5}.
- Visceral: órganos torácicos o abdominales, con **náuseas, vómitos, sudoración** y dolor referido ^{F5}.
- **Neuropático**: lesión o enfermedad del sistema **somatosensorial**; quemante, hormigueo, acorchamiento; responde **mal** a los analgésicos habituales ^{F2,F5}.
- La neuropatía por **oxaliplatino** es sensitiva (sensibilidad al **frío**, acorchamiento, hormigueo) → dolor **neuropático**; tratamiento con evidencia: **duloxetina** ^{F8}.
- **Miembro fantasma**: se trata según las pautas del **dolor neuropático**; es distinto del **dolor del muñón**; la terapia con espejo tiene evidencia mixta ^{F9}.
- **Irruptivo**: moderado o intenso **sobre un dolor crónico** controlado; **crónico**: más de **un mes** (GPC) ^{F5}.

3. Valoración del dolor en el adulto que se comunica

- El **autoinforme** es el patrón de referencia y lo que refiere el paciente **se respeta**: se anota su cifra aunque su conducta no parezca de dolor ^{F1,F21,F26}.
- Las constantes vitales **no** son indicadores válidos del dolor; hay **adaptación fisiológica** ^{F21,F26}.
- El dolor **no es proporcional** al daño tisular ^{F26}.
- McGuire: seis dimensiones (fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, **conductual** y sociocultural); la conducta es la forma de **expresar** el dolor ^{F27,F1}.
- **Dolor total** (Cicely Saunders, **1964**): sensación nociceptiva más aspectos **psicológicos, sociales y espirituales** ^{F5,F34}.
- Antes de tratar, **evaluación integral**: intensidad, causas, cronología, repercusiones; EVA, numéricas, verbales o **Cuestionario Breve del Dolor** ^{F5}.

4. Valoración cuando el paciente no puede comunicarse: crítico y demencia

- PADIS 2018: en el crítico que no puede comunicarse, **BPS** y **CPOT** ^{F21}.
- **ESCID**: 5 ítems (**musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, adaptación a la VM, confortabilidad**), 0-10; sustituye la **respuesta verbal** de Campbell por la adaptación a la VM ^{F19,F20}.
- La escala de **Campbell** (SEMICYUC) no está validada y, según los autores de la ESCID, **no es aplicable** en ventilación mecánica ^{F19,F20}.
- **Ramsay** y **RASS** miden **sedación**, no dolor ^{F21}.
- Demencia grave: **PAINAD** (respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal, consolabilidad; 0-10) o Doloplus-2 ^{F22,F23}.
- Los **opioides** pueden usarse en el mayor con dolor moderado o intenso ^{F24}.
- En la demencia el dolor puede expresarse **solo como alteración de la conducta; puede ser causa de agitación** de aparición reciente ^{F33}.

5. Dolor en la infancia: expresión, mitos y escalas por edad

- **0-3 años**: comunicación **no verbal** (expresión facial, movimientos, llanto); de **3-7** verbal; desde los **7** cuantifica ^{F12,F16}.
- Los neonatos, **incluso prematuros**, sienten dolor; el dolor infantil se **acepta** como lo refiere el niño ^{F17}.
- **No** hace falta diagnóstico previo para tratar el dolor: el analgésico **no enmascara** ni una apendicitis ^{F11}.
- Los padres saben mejor que nadie **cuándo** su hijo tiene dolor, pero les cuesta saber **cuánto** ^{F38}.
- AAS **contraindicado** en menores de **16 años** (síndrome de **Reye**) ^{F18}.
- Escalas SEUP: neonatos **CRIES, COMFORT, NIPS**; 1 mes-3 años **FLACC, CHEOPS, LLANTO**; 4-7 años **caras** (FACES, Wong-Baker, Oucher); más de 7 años **EVA** y **numérica** ^{F11}.
- **Wong-Baker**: creada por **Donna Wong y Connie Baker** (1983), seis caras 0-10, válida **desde los 3 años** ^{F13,F11}.

6. Escalera analgésica de la OMS

- 1.º **no opioide** (AINE, paracetamol, metamizol); 2.º **opioide débil** (**codeína**, tramadol); 3.º **opioide potente** (**morfina**, fentanilo, oxicodona, metadona, buprenorfina); adyuvantes en cualquier escalón ^{F3,F5}.
- No se combinan opioides **débiles y potentes**; sí un opioide **con** un no opioide ^{F3,F5}.
- Principios OMS 1996: **por vía oral, por reloj, por la escalera, individualizado, atención al detalle**; en 2018 la escalera queda como **herramienta docente** ^{F3,F4}.
- No opioides con **techo**; morfina **sin techo** salvo efectos adversos; **buprenorfina con techo** ^{F3,F5}.
- **Coadyuvantes**: su acción principal no es analgésica, pero alivian ciertos dolores; casi obligados en el **neuropático** ^{F5}.

7. Opioides en la práctica y dolor irruptivo

- Efecto adverso más frecuente: **estreñimiento** (40-70 %), que **no** genera tolerancia; la depresión respiratoria es **rara** en el paciente con cáncer ^{F3,F5,F7}.
- **Tolerancia y dependencia física** son respuestas **normales**; la retirada **brusca** produce **abstinencia**: bajar gradualmente ^{F3,F10}.
- Rescate: **1/6** (15 %) de la dosis diaria; más de 3 rescates al día → subir la dosis basal (GPC) ^{F5}.
- Irruptivo: morfina oral de liberación inmediata (GPC, OMS); **fentanilo transmucoso** (bucal, sublingual, nasal) para el irruptivo **imprevisible y de inicio rápido** (ESMO) y, según la SEOM, para el irruptivo en general ^{F4,F5,F6,F37}.

8. Dolor postoperatorio: consecuencias, analgesia multimodal y PCA

- Dolor mal controlado: complicaciones **cardiovasculares, pulmonares** (infección), digestivas (**íleo**), urinarias, inmunitarias y **cronificación** ^{F31,F26}.
- **Multimodal o equilibrada**: varios analgésicos y técnicas **a la vez**, con mecanismos distintos; no opioides **pautados** ^{F29,F30}.
- Analgesia **epidural** con anestésicos locales, con o sin opioides, en cirugía torácica y abdominal mayor ^{F29}.
- **PCA** (Cochrane 2015): **menos dolor** y más satisfacción, pero **más consumo** de opioides y más prurito; exige capacidad cognitiva ^{F28,F29}.

Puntos clave

- 1 Dolor (IASP 1979): experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de ella ^{F1}.
- 2 Umbral del dolor: intensidad mínima de un estímulo percibida como dolorosa ^{F2}.
- 3 Alodinia: dolor por un estímulo que normalmente no duele (el roce de las sábanas) ^{F2}.
- 4 Dolor nociceptivo = somático y/o visceral; neuropático = lesión del sistema somatosensorial (oxaliplatino, miembro fantasma) ^{F2,F5,F8,F9}.
- 5 El dolor es el que el paciente refiere: se anota su puntuación aunque su conducta no lo refleje; las constantes vitales no son válidas para medirlo ^{F1,F21,F26}.
- 6 Dolor total: dimensiones física, psicológica, social y espiritual ^{F5}.
- 7 Crítico ventilado: ESCID (sin vocalización), BPS o CPOT; Ramsay y RASS miden sedación ^{F19,F21}.
- 8 Demencia avanzada: PAINAD ^{F23}.
- 9 Niños: Wong-Baker desde los 3 años; numérica o analógica desde los 7-8 ^{F11,F13}.
- 10 Escalera OMS: codeína en el 2.º escalón, morfina en el 3.º; coadyuvantes en cualquiera ^{F3,F5}.
- 11 Opioides: estreñimiento el efecto adverso más frecuente; tolerancia y abstinencia si se retiran bruscamente ^{F3}.
- 12 Irruptivo rápido e imprevisible: fentanilo transmucoso ^{F6}.
- 13 Analgesia equilibrada = multimodal: varias formas de analgesia a la vez ^{F29,F30}.

1. Qué es el dolor: definición y terminología de la IASP

La **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)** adoptó en **1979** la definición que ha caído en el EIR: el dolor es «una **experiencia sensorial y emocional desagradable** asociada a una lesión tisular **real o potencial, o descrita en términos de dicha lesión**». Se mantuvo sin cambios en las revisiones de la lista de términos de 1986, 1994 y 2011 ^{F1}.

En **2020** la IASP la revisó: «experiencia sensorial y emocional desagradable **asociada a, o parecida a la asociada a**, una lesión tisular real o potencial». El cambio central es **quitar la dependencia de que la persona sepa describir** lo que siente para que cuente como dolor ^{F1,F2}.

- El dolor es **siempre una experiencia personal**, influida por factores **biológicos, psicológicos y sociales** ^{F1}.
- **Dolor y nocicepción son fenómenos distintos**: el dolor no puede inferirse solo de la actividad de las neuronas sensitivas ^{F1}.
- Las personas aprenden el concepto de dolor a través de sus experiencias vitales ^{F1}.
- **Debe respetarse** lo que una persona refiere como dolor ^{F1}.
- Aunque el dolor suele tener un papel adaptativo, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar psicológico y social ^{F1}.
- La descripción verbal es solo **una de las conductas** con que se expresa el dolor; la **incapacidad de comunicarse no niega** que se sienta ^{F1}.

EIR 2016 · 128

P14 · respuesta en el solucionario

Definición de dolor de la IASP

La definición “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”, ¿a qué concepto hace referencia?:

1. Alodinia.
2. Dolor.
3. Parestesia.
4. Neuralgia.

La **terminología de la IASP** es la fuente de los términos que se preguntan como definición ^{F2}:

Término	Definición IASP ^{F2}
Umbral del dolor	Intensidad mínima de un estímulo que se percibe como dolorosa
Nivel de tolerancia al dolor	Intensidad máxima de un estímulo doloroso que una persona está dispuesta a aceptar en una situación dada
Nocicepción	Proceso neural de codificación de los estímulos nocivos; no implica necesariamente sensación de dolor
Alodinia	Dolor debido a un estímulo que normalmente no provoca dolor
Hiperalgesia	Aumento del dolor ante un estímulo que normalmente sí provoca dolor

Término	Definición IASP ^{F2}
Hiperestesia	Aumento de la sensibilidad a la estimulación (excluidos los sentidos especiales); incluye alodinia e hiperalgesia
Disestesia	Sensación anormal desagradable , espontánea o provocada; la hiperalgesia y la alodinia son casos especiales
Parestesia	Sensación anormal, espontánea o provocada, que no es desagradable
Neuralgia	Dolor en el territorio de uno o varios nervios
Sensibilización	Aumento de la respuesta de las neuronas nociceptivas a su estímulo normal o reclutamiento de respuesta a estímulos por debajo del umbral
Hiperpatía	Reacción anormalmente dolorosa a un estímulo, sobre todo repetido, con umbral aumentado

Alodinia frente a hiperalgesia

En la **alodinia** el estímulo (p. ej., el roce de las sábanas) y la respuesta (dolor) son de **modos distintos**; en la **hiperalgesia** son del **mismo modo**: un estímulo que ya duele duele **más** ^{F2}. «Hiperalgia» no es un término de la IASP. La **disestesia** es cualquier sensación anormal desagradable, de la que la alodinia es un caso especial ^{F2}.

EIR 2010 · 43

P26 · respuesta en el solucionario

Umbral doloroso: definición

El punto en el que un estímulo es percibido como doloroso se denomina:

1. Nocicepción.
2. Nivel de tolerancia al dolor.
3. Sensibilización dolorosa.
4. Hiperestesia.
5. Umbral doloroso.

EIR 2013 · 70

P23 · respuesta en el solucionario

Alodinia: dolor por estímulo normalmente indoloro

En la historia de un paciente se especifica que presenta alodinia, lo que significa:

1. Pérdida del campo visual.
2. Dolor provocado por un estímulo que es indoloro habitualmente.
3. Sensación desagradable y anormal.
4. Alteración de la audición caracterizada por ruidos extraños.
5. Sensibilidad térmica disminuida.

Alodinia: dolor por estímulo normalmente indoloro

Realiza usted la primera visita domiciliaria a Tomás, anciano de 87 años que acaba de llegar hace una semana a vivir con uno de sus hijos, Ramón, al cual usted ya conoce porque es atendido por usted en consulta. Ramón le comenta que hasta el momento su padre había estado viviendo con otro hijo en otra comunidad, por lo que apenas conoce de sus cuidados diarios, pero que está preocupado por su “excesiva reacción al dolor”. Tomás manifiesta sensación dolorosa incluso ante estímulos no dolorosos como es el contacto de las sábanas. Señale cómo se denomina a este hecho, en la que un estímulo no doloroso produce dolor:

1. Umbral del dolor.
2. Hiperalgia.
3. Alodinia.
4. Disestesia.

2. Tipos de dolor según su mecanismo y su duración

La IASP distingue el **dolor nociceptivo**, que «surge de un daño real o potencial de un **tejido no neural** y se debe a la **activación de nociceptores**», del **dolor neuropático**, «causado por una **lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial**», que puede ser **central** o **periférico**. Añade un tercer tipo, el **nociplástico**: dolor por una nocicepción alterada sin evidencia de daño tisular ni de lesión del sistema somatosensorial ^{F2}.

Tipo (GPC de Cuidados Paliativos) ^{F5}	Mecanismo y rasgos
Somático (nociceptivo)	Estimulación de los receptores del dolor en estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales . Ejemplo: dolor óseo metastásico
Visceral (nociceptivo)	Infiltración, distensión o compresión de órganos de la cavidad torácica o abdominal. Se asocia con frecuencia a náuseas, vómitos y sudoración ; puede tener un componente referido
Neuropático	Lesión directa de estructuras nerviosas . Sensaciones desagradables, quemantes o punzantes , acorchamiento, hormigueo , tirantez, prurito o presión. Responde mal a los analgésicos habituales
Mixto	Coexistencia de varios de los mecanismos anteriores



Lo que más cae

Nociceptivo = somático y/o visceral. El dolor central y el periférico son variantes del **neuropático** ^{F2,F5}.

EIR 2026 · 118

P1 · respuesta en el solucionario

Dolor nociceptivo: somático y visceral

El dolor es uno de los síntomas principales que aborda un equipo de cuidados paliativos. Es fundamental realizar una correcta valoración del dolor. Cuando el mecanismo de producción del dolor es nociceptivo, lo describimos como:

1. Dolor central.
2. Dolor somático y/o dolor visceral.
3. Dolor periférico o neuropático.
4. Dolor psicósomático.

Por su duración, la GPC define el **dolor irruptivo** como el de intensidad **moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico**, de inicio inesperado o previsible (desencadenado por maniobras que el paciente conoce), y el **dolor crónico** como el que persiste, sea cual sea su intensidad, **más de un mes** ^{F5}.

Neuropatía por oxaliplatino. La guía de la ASCO (2020) describe la neuropatía por quimioterapia como **fundamentalmente sensitiva**, con **acorchamiento, hormigueo y dolor** en distribución en **guante y calcetín**, que empieza en los dedos de manos y pies. La forma **aguda** del oxaliplatino se caracteriza por **sensibilidad al frío**, molestias faríngeas al tragar líquidos fríos y calambres; la neuropatía puede **seguir empeorando 2-3 meses** tras suspender el fármaco (fenómeno de *coasting*). Para la neuropatía dolorosa ya establecida, el único fármaco con evidencia es la **duloxetina** ^{F8}. Es una lesión del sistema somatosensorial periférico, es decir, un **dolor neuropático** según la IASP ^{F2}.

EIR 2018 · 49

P10 · respuesta en el solucionario

Dolor por oxaliplatino (parestias, disestesias): neuropático

Un paciente acude a la consulta de enfermería tras recibir varios ciclos de oxaliplatino. El paciente manifiesta tener parestias, disestesia, alodinea en manos y pies. ¿Qué clasificación de dolor tendría esta clínica?:

1. Neuropático.
2. Mixto.
3. Psicógeno.
4. Somático.

Dolor de miembro fantasma. Una revisión de 2011 distingue el **dolor del muñón** (en la parte residual del miembro amputado) de las **sensaciones fantasma** no dolorosas y del **dolor fantasma**, aunque ambos dolores se asocian con frecuencia. Los ensayos han mostrado eficacia de opioides y antidepresivos tricíclicos en el dolor neuropático «incluido el dolor de miembro fantasma», y **la mayoría de los tratamientos se basan en las recomendaciones para el dolor neuropático**. La **terapia con espejo** (Ramachandran, 1996) tiene evidencia **mixta**: un ensayo en amputados de pierna mostró beneficio y otro no. La **cirugía** (revisión del muñón y otras técnicas) se reserva para cuando **han fracasado los demás tratamientos** ^{F9}.

EIR 2022 · 112

P4 · respuesta en el solucionario

Dolor de miembro fantasma: tratamiento como dolor neuropático

En relación al síndrome del miembro fantasma doloroso, indique la opción correcta:

1. Se ha demostrado que la terapia con espejos no es útil en la reducción del dolor.
2. Se sigue la línea de tratamiento del dolor neuropático.
3. Posee las mismas características que el dolor del muñón.
4. Actualmente la resección quirúrgica del neuroma es el método de elección.

3. Valoración del dolor en el adulto que se comunica

El dolor es lo que la persona dice que es. La guía PADIS (2018) recoge el principio de que el dolor es «lo que sea» que la persona que lo experimenta diga que es, y existe «cuando sea» que diga que lo padece; el **autoinforme del paciente es el estándar de referencia** en quien puede comunicarse de forma fiable, y la incapacidad de comunicarse no debe interpretarse como incapacidad de sentir dolor ^{F21}. La frase es de **Margo McCaffery (1968)**: «Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does» ^{F35}. La RNAO lo expresa igual: al ser un fenómeno multidimensional y subjetivo, **el autoinforme es la forma más válida de valorar el dolor** si la persona puede comunicarse ^{F26}.

- Las **constantes vitales** (FC, TA, FR, SpO2) **no son indicadores válidos** de la intensidad del dolor; solo sirven como señal de alarma para profundizar en la valoración ^{F21}.
- Durante procedimientos dolorosos se han observado constantes que **suben, bajan o se mantienen**; no deben ser la única fuente de información ^{F26}.
- Creencia errónea: «quien tiene dolor siempre tiene signos observables más fiables que su autoinforme». Hecho: **las adaptaciones fisiológicas aparecen rápido** y no sustituyen al autoinforme ^{F26}.
- Creencia errónea: «el dolor es directamente proporcional a la lesión tisular». Hecho: la respuesta a una misma cirugía, traumatismo o enfermedad es **individual y variable** ^{F26}.
- Que el paciente **comunique menos dolor** del que tiene lleva a los profesionales a **infravalorarlo** ^{F26}.



La cifra es la del paciente

De las fuentes se deduce que se registra **la puntuación que da el paciente** aunque su conducta o sus constantes no lo reflejen: se respeta lo que refiere ^{F1}, el autoinforme es la referencia y ni las constantes ni los signos observables lo sustituyen ^{F21,F26}.

EIR 2015 · 114

P18 · respuesta en el solucionario

Dolor postoperatorio: la puntuación es la que refiere el paciente aunque su conducta no lo refleje

Hace 24 horas que D. J. de 28 años, ha sido intervenido quirúrgicamente por vía abdominal. Cuando entra a la habitación le sonríe y bromea con las visitas. La presión arterial es de 130/74 mmHg, la frecuencia cardíaca de 80 y la respiratoria de 18. Le comenta que tiene dolor y en una escala numérica de intensidad del dolor de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor posible), D. J. puntúa su dolor en 8. Basándose en estos datos, señale el número que elegiría usted para representar la valoración del dolor de este señor:

1. 9
2. 8
3. 7
4. 6
5. 5

Dolor postoperatorio: la puntuación es la que refiere el paciente aunque su conducta no lo refleje

A.L.T. tiene 25 años y este es el primer día tras una cirugía abdominal. Cuando entras a su habitación, te sonríe y continúa hablando y bromeando con su visitante. Tu valoración revela la siguiente información: PA = 120/80 mmHg; FC = 80 ppm; FR = 18 rpm; en una escala EVA de 0 a 10 puntúa su dolor en un 8. ¿Qué valoración sobre dolor anotarías en la historia clínica a tenor de la información recabada?:

1. 0.
2. 4.
3. 6.
4. 8.

Experiencia dolorosa: posible adaptación fisiológica en dolor intenso

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la experiencia dolorosa es correcta:

1. La cantidad de daño tisular está directamente relacionada con la cantidad de dolor.
2. Los signos fisiológicos o conductuales visibles acompañan al dolor y se pueden usar para verificar su existencia.
3. En casos de dolor intenso puede haber periodos de adaptación fisiológica.
4. El umbral de percepción dolorosa suele ser muy parecido entre las personas, no así la tolerancia al dolor.
5. Generalmente, la enfermera es la persona más preparada para interpretar la intensidad del dolor del paciente.

Un fenómeno multidimensional. McGuire (1992) identificó **seis dimensiones** del dolor: **fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, conductual y sociocultural**. En el dolor agudo se suele atender más a las dimensiones fisiológica y sensorial; en el crónico cobran prioridad la afectiva, la cognitiva y la **conductual** ^{F27}. La dimensión conductual es la de las **conductas con que se expresa** el dolor, de las que la descripción verbal es solo una ^{F1}.

Componente conductual del dolor

Si entendemos el dolor como una experiencia multidimensional, ¿cuál de los siguientes componentes se refiere a la forma en que el paciente lo expresa?:

1. Sensorial.
2. Fisiológico.
3. Afectivo.
4. Cognitivo.
5. Conductual.

Dolor total. La GPC de Cuidados Paliativos recoge el concepto de **dolor total**: la suma de la **sensación nociceptiva** y de los aspectos **psicológicos, sociales y espirituales** de cada persona; la naturaleza multidimensional del dolor en cuidados paliativos exige un modelo de intervención **multifactorial** (medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras) ^{F5}. Según la propia **Cicely Saunders**, el concepto de «dolor total» se definió en **1964** (en un trabajo suyo) como el que incluye no solo los síntomas físicos, sino también el **malestar mental** y los **problemas sociales o espirituales** ^{F34}. Ya la OMS (1996) advertía que intentar aliviar el dolor sin atender las preocupaciones no físicas del paciente lleva probablemente al fracaso ^{F3}.

EIR 2020 · 37

P7 · respuesta en el solucionario

Valoración del dolor en paliativos: perspectiva física, psicoemocional, social y espiritual (dolor total)

¿Desde qué perspectiva se valora el dolor en Cuidados Paliativos?:

1. Desde una perspectiva física, psicoemocional, social y espiritual.
2. Desde una perspectiva física y psicoemocional, teniendo en cuenta la intensidad del mismo.
3. Desde una perspectiva espiritual, donde las creencias y valores son relevantes en la sensación dolorosa.
4. Desde la perspectiva somato-psíquica.

Cómo se valora antes de tratar. «Antes de iniciar un plan de tratamiento analgésico es necesaria una **evaluación integral** del paciente, teniendo en cuenta su entorno»; el primer principio de la GPC es **evaluar detalladamente el dolor: intensidad, causas, cronología y repercusiones** en el paciente y su familia, y clasificarlo por su mecanismo, porque de él depende el tratamiento ^{F5}. Solo después se pauta el analgésico.

- Escalas de intensidad recomendadas: **escala visual analógica (EVA)**, **escalas numéricas** o **escalas verbales**; la GPC recomienda la EVA o el **Cuestionario Breve del Dolor (BPI)**, validado en castellano ^{F5}.
- El **Cuestionario de McGill** (Melzack, 1975) es un autoinforme **multidimensional**: descriptores verbales **sensoriales, afectivos y evaluativos** más una escala de intensidad ^{F25,F23}.

Orden de valoración del dolor en cuidados paliativos

¿Cuál sería el orden adecuado de la valoración del cuadro doloroso y de la situación clínica del individuo, antes de iniciar el tratamiento analgésico de un paciente en cuidados paliativos? Indique la opción correcta:

1. Aplicar un parche de fentanilo y spray nasal según indicación; evaluar el nivel de dolor; realizar con el paciente una historia clínica del dolor; evaluar la respuesta al tratamiento.
2. Preguntar al paciente por el dolor; cuantificar el dolor mediante alguna escala (McGill o EVA); realizar una historia del dolor; realizar una exploración física completa; clasificar el dolor; administrar el tratamiento analgésico adecuado; evaluar la respuesta al tratamiento analgésico.
3. Preguntar al paciente por el dolor; cuantificar el dolor mediante alguna escala (McGill o EVA); administrar el tratamiento analgésico adecuado.
4. Cuantificar el dolor mediante alguna escala (McGill o EVA); administrar el tratamiento analgésico adecuado; clasificar el dolor; realizar una historia del dolor; realizar una exploración física completa; evaluar la respuesta al tratamiento.

4. Valoración cuando el paciente no puede comunicarse: crítico y demencia

Paciente crítico. Según la guía PADIS (2018), en el paciente crítico que **no puede referir su dolor** pero en el que se observan conductas, las herramientas más válidas y fiables son la **BPS** (*Behavioral Pain Scale*; BPS-NI en no intubados) y la **CPOT** (*Critical-Care Pain Observation Tool*) ^{F21}. La guía usa la **RASS**, la SAS y la escala de **Ramsay** para graduar la **sedación**, no el dolor ^{F21}.

De Campbell a la ESCID. El Grupo de Analgesia y Sedación de la **SEMICYUC** propuso la **escala de Campbell** para críticos sin capacidad de comunicación: 5 ítems conductuales (muscultura facial, tranquilidad, tono muscular, **respuesta verbal** y confortabilidad), de 0 a 10. **No estaba validada** y, al incluir la respuesta verbal, **no era aplicable a pacientes con ventilación mecánica** ^{F19,F20}. Por eso se desarrolló la **Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)**, que sustituye la respuesta verbal por la **adaptación a la ventilación mecánica** y está validada en críticos **ventilados y no comunicativos** ^{F19,F20}.

ESCID ^{F19}	0	1	2
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido / gesto de dolor	Ceño fruncido habitual / dientes apretados
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluida cabeza o extremidades
Tono muscular	Normal	Aumentado; flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido
Adaptación a la ventilación mecánica	Tolera la VM	Tose, pero tolera la VM	Lucha con el respirador
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o la voz; fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole

- Puntuación total **0-10**: **0** no dolor; **1-3** leve-moderado; **4-6** moderado-grave; **más de 6** muy intenso ^{F19}.
- No es aplicable en **sedación profunda, bloqueo neuromuscular, tetraplejia o polineuropatía** ^{F19}.
- Rangos de las otras escalas: **BPS de 3 a 12**, **CPOT de 0 a 8** ^{F19}.

Los 5 ítems de la ESCID

Cara, calma, tono, tubo y consuelo: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, adaptación a la VM y confortabilidad. La **vocalización** (respuesta verbal) es de Campbell, **no** de la ESCID.

Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID): ítems

¿Cuál de las siguientes variables NO forma parte de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor?:

1. Tono muscular.
2. Confortabilidad.
3. Vocalización.
4. Musculatura facial.

Escala de dolor en paciente crítico sedado y ventilado: Campbell

De las siguientes escalas, ¿Cuál se debe utilizar para evaluar el dolor de un paciente crítico bajo sedación y conectado a ventilación mecánica?:

1. Escala de Ramsay.
2. Escala visual analógica.
3. Escala Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).
4. Escala Campbell.

EIR2017-122: Campbell en el paciente ventilado

En **EIR2017-122** la respuesta oficial es la **escala de Campbell** para el crítico sedado y conectado a ventilación mecánica. Es la escala que proponía la SEMICYUC para el crítico no comunicativo, y es la única escala de **dolor** entre las opciones: **Ramsay** y **RASS** miden la **sedación** y la **EVA** exige autoinforme ^{F19,F21}. Pero los propios autores españoles señalan que Campbell **no está validada** y que, por su ítem de respuesta verbal, **no es aplicable con ventilación mecánica**; para ese paciente se validó la **ESCID** ^{F19,F20}, y la guía PADIS recomienda la **BPS** o la **CPOT** ^{F21}. Según los autores de la ESCID, estas escalas conductuales tienen un uso limitado en sedación profunda o bloqueo neuromuscular ^{F19}.

Demencia avanzada. La guía británica de valoración del dolor en el mayor (Schofield, 2018) recuerda que el **autoinforme** es el indicador más válido y fiable; la **escala numérica** o los descriptores verbales sirven en el **deterioro cognitivo leve a moderado**, y en el **deterioro cognitivo grave** se recomiendan la **PAINAD** (*Pain Assessment in Advanced Dementia*) y la **Doloplus-2**. Otras escalas conductuales son la **Abbey** y la **PACSLAC** ^{F23}.

- **PAINAD** (Warden, Hurley y Volicer, 2003): herramienta **observacional** de **5 ítems**, puntuación **0-10**, desarrollada en residentes con demencia avanzada **afásicos o incapaces de referir su dolor** ^{F22}.
- Ítems: **respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad** ^{F23}.
- La GPC de Cuidados Paliativos señala que la PACSLAC y la Doloplus-2 **no están validadas en castellano** ^{F5}.
- El tratamiento **con opioides** puede considerarse en el mayor con dolor **moderado o intenso**, individualizado y vigilado; el **paracetamol** es la primera línea ^{F24}.

Escalas según el grado de demencia

La guía británica recomienda la **escala numérica** o los descriptores verbales en el deterioro **leve a moderado** y, en el **grave**, escalas **observacionales** como la **PAINAD** y la **Doloplus-2** ^{F23}. El **McGill** es un cuestionario de **autoinforme** ^{F23}. Los **opioides pueden considerarse** en el mayor con dolor moderado o intenso ^{F24}.

El dolor como alteración de la conducta. La GPC del SNS sobre Alzheimer y otras demencias (2010, pendiente de actualización) advierte que el dolor está presente en muchas personas con demencia pero muchas veces **no se identifica** ni se trata de forma adecuada; debe **sospecharse siempre** y «puede expresarse **únicamente como una alteración de la conducta**». Ante una **agitación** de aparición reciente, lo primero es identificar sus posibles causas desencadenantes, como el **dolor**. En la demencia avanzada el dolor se valora con escalas comportamentales, entrevistas con los cuidadores o escalas **específicamente diseñadas** (PACSLAC, DOLOPLUS-2), y se trata con la **escalera analgésica de la OMS**, que incluye opioides débiles y potentes ^{F33}.

EIR 2025 · 189

P3 · respuesta en el solucionario

Escala de dolor en demencia avanzada: PAINAD

De las siguientes escalas, ¿cuál estaría indicada para valorar el dolor en una persona afectada por demencia en el estadio más avanzado?:

1. Escala PAINAD.
2. Escala MPQ (McGill Pain Questionnaire).
3. Escala Young.
4. Escala EVA (Escala visual analógica).

EIR 2015 · 182

P33 · respuesta en el solucionario

Dolor en demencia avanzada: puede manifestarse como agitación

En una unidad de hospitalización ingresan al año un 15% de personas mayores con demencia, gran parte de ellas en estadios muy avanzados. El dolor es un síntoma frecuente en este tipo de pacientes. Señale la respuesta correcta, en pacientes con demencia muy avanzada:

1. El dolor no tratado puede manifestarse por agitación.
2. La Escala Visual Analógica es la más apropiada para la valoración del dolor por su sencillez.
3. Las escalas subjetivas unidimensionales son las recomendadas por los expertos para evaluar el dolor.
4. No se dispone específicamente de escalas diseñadas para valorar el dolor.
5. La administración de opiáceos para el control del dolor está desaconsejada.

5. Dolor en la infancia: expresión, mitos y escalas por edad

Cómo expresa el dolor el niño. Los algoritmos de la AEPap distinguen tres etapas: **0-3 años**, comunicación **no verbal** (el niño no es capaz de reflejar cuánto le duele, expresa su sensación de dolor); **3-7 años**, comunicación **verbal**; **mayores de 7 años**, **capacidad de cuantificar** el dolor ^{F12}. En el **lactante**, la valoración se basa en la **observación de su expresión facial, movimientos corporales, postura, llanto** y estado (alerta, agitado, dormido) ^{F16}: no verbaliza el dolor.

EIR 2026 · 98

P2 · respuesta en el solucionario

Indicadores de dolor en el lactante (no verbaliza ni localiza)

La forma en la que el niño expresa su dolor va a depender de su estadio de desarrollo, ¿cuál de los siguientes indicadores de dolor, NO CORRESPONDEN al estadio de desarrollo lactante?:

1. Verbaliza el dolor y señala la zona dolorosa.
2. Sufrimiento físico generalizado.
3. Lloro e inquietud.
4. Agitación de piernas y brazos.

- Mito: los niños pequeños sienten **menos dolor** que los adultos o no lo recuerdan. Realidad: los **neonatos y lactantes perciben el dolor desde el nacimiento, incluso extremadamente prematuros**; los sistemas de la nocicepción son funcionales **desde las 26 semanas** de gestación ^{F17}.
- El dolor es **siempre subjetivo** y su manifestación personal **debe ser aceptada y respetada**; hay que **implicar a las familias** ^{F17}.
- Ante un niño con dolor se prescribe tratamiento **sin que sea necesario un diagnóstico previo** ^{F11}.
- Es falsa la creencia de que tratar el dolor **enmascara** una enfermedad: el analgésico **no dificulta el diagnóstico, ni siquiera de una apendicitis**, y el niño dolorido se deja explorar peor ^{F11}.
- La concordancia entre pacientes, padres y profesionales al graduar el dolor es **pobre** ^{F11}.
- El decálogo de la SEUP para padres (2022) distingue **detectar** el dolor de **graduarlo**: «Nadie puede saber mejor que usted **cuándo su hijo tiene dolor**, pero no es fácil decir **cuánto**»; según un estudio, sin escalas de valoración los padres **pueden subestimar** el dolor de sus hijos ^{F38}.

EIR 2016 · 175

P13 · respuesta en el solucionario

Dolor en la infancia: afirmaciones sobre exploración y respuesta

Con respecto al dolor en la infancia señale la respuesta INCORRECTA:

1. La sensación de dolor es subjetiva y debe ser aceptada por la enfermera.
2. La respuesta al dolor es importante cuando se explora a un niño para diagnosticar su enfermedad y se puede demorar su tratamiento analgésico.
3. Los padres al conocer a sus hijos son capaces de identificar cuando el niño tiene dolor.
4. Los niños no toleran el dolor mejor que los adultos.

Fármacos. El **ácido acetilsalicílico** está **contraindicado en menores de 16 años** por su relación con el **síndrome de Reye** ^{F18}. En casa se usan **paracetamol e ibuprofeno**; el paracetamol es el más seguro ^{F11}.

Edad (SEUP 2024) ^{F11}	Escalas recomendadas para el dolor agudo
Neonatos	CRIES, COMFORT, NIPS
1 mes-3 años	FLACC, CHEOPS, LLANTO (conductuales)
4-7 años	Caras: FACES, Wong-Baker, Oucher
Más de 7 años	Escala visual analógica y escala numérica verbal

- Las escalas de autoinforme se usan **a partir de los 3 años** en niños sanos, sin alteraciones del lenguaje, conscientes y colaboradores ^{F11}.
- Las **numéricas** exigen que el niño sepa contar y el significado de los números, lo que ocurre **a partir de los 7-8 años**; la más usada es la escala verbal numérica (0-10) ^{F11}.
- Entre las de caras, la de **mayor evidencia es la FPS-R** ^{F11}. La AEPap sitúa las caras y la escala visual analógica del **color** entre los **3 y 7 años**, aunque en España la del color está validada de **5 a 17 años** y la de Wong-Baker de **5 a 12** ^{F12}.
- NIPS**: valora el dolor en **recién nacidos y pretérminos**, sobre todo por procedimientos ^{F11}. **PIPP-R**: frecuencia cardíaca, **saturación de oxígeno**, ceño fruncido, ojos apretados, surco nasolabial, **edad gestacional** y estado de alerta ^{F15}.

Escala de caras de Wong-Baker. La crearon las enfermeras **Donna Wong y Connie Baker en 1983**; en **1988** publicaron su comparación con otras escalas de dolor infantil en *Pediatric Nursing* ^{F13,F32}. Tiene **seis caras** puntuadas **0-2-4-6-8-10** para ser coherente con la escala numérica, y ha demostrado ser válida **a partir de los tres años**, no solo en niños ^{F13}. Es de **autoevaluación**: no sirve para pacientes que no responden ni para que un tercero valore el dolor de otro ^{F14}. La SEUP la interpreta como 0 no dolor, 2 leve, 4-6 moderado y 8-10 intenso ^{F11}.



Lo que más cae

Caras de Wong-Baker desde los 3 años; numérica o analógica desde los 7-8 años; en el recién nacido, escalas **conductuales y fisiológicas** (NIPS, CRIES, PIPP-R) ^{F11,F13,F15}.

¿La más usada?

La SEUP sitúa la **Wong-Baker** entre las escalas **más usadas y validadas** para el dolor agudo, junto a la escala de caras revisada (FPS-R) y la de Oucher, aunque la de **mayor evidencia es la FPS-R** ^{F11}. La AEPap también la incluye entre las de los preescolares ^{F12}. Ninguna fuente leída dice cuál es **la** más usada en España.

Escala de caras de Wong-Baker: dolor infantil desde los 3 años

Cual es la escala para la valoración del dolor, elaborada por las enfermeras Donna L. Wrong y Anette L. Baker en 1988, que es considerada como uno de los métodos más exactos y recomendada para utilizarse con niños a partir de los tres años:

1. Oucher.
2. Analógica simple.
3. Descriptiva sencilla.
4. Caras.
5. Numérica.

Escala de caras de Wong-Baker: dolor infantil desde los 3 años

De las siguientes escalas de valoración del dolor en la infancia, cuál es la que se usa en nuestro entorno con más frecuencia en niños y niñas a partir de los 3 años de edad:

1. NFCS (Neonatal Coding System).
2. Escala de Wong y Baker.
3. Sintomática CHEOPS (Children Hospital of Eastern Ontario Pain Scale).
4. Escalas de color simple.
5. Escala analógica numerada.

Escala de caras de Wong-Baker: dolor infantil desde los 3 años

Señale la respuesta correcta respecto al dolor en la infancia:

1. La “escala de caras” se puede utilizar a partir de los tres años.
2. Los recién nacidos prematuros nacidos entre las semanas 28 y 38 de gestación son incapaces de sentir dolor.
3. El ácido acetilsalicílico es el tratamiento farmacológico de elección para tratar el dolor en menores de 1 año.
4. La “escala de NIPS” se utiliza para medir el dolor en los adolescentes.
5. Antes de los 5 años no se recomienda ninguna escala para valorar el dolor.

Escala de dolor en escolares de 7-8 años: numérica o analógica

De las siguientes escalas de valoración del dolor en la infancia, ¿cuál de ellas se recomienda para los escolares de 7 a 8 años?:

1. Escala NFCS.
2. Escala numérica o analógica.
3. Escala CHEOPS.
4. Escala Oucher.
5. Escala de Wong y Baker.

6. Escalera analgésica de la OMS

La **escalera analgésica de la OMS** (1986; 2.ª ed. del manual, 1996) tiene **tres escalones**: 1.º **no opioide** ± adyuvante; 2.º **opioide para el dolor leve a moderado** ± no opioide ± adyuvante; 3.º **opioide para el dolor moderado a intenso** ± no opioide ± adyuvante. Se sube de escalón cuando el dolor **persiste o aumenta**. El fármaco básico del 2.º escalón es la **codeína** y el del 3.º la **morfina** ^{F3}.

Escalón (GPC, escalera modificada) F5	Fármacos
1.º No opioides	AINE, paracetamol, metamizol
2.º Opioides débiles	Codeína , dihidrocodeína, tramadol
3.º Opioides potentes	Morfina (de elección), fentanilo, oxicodona, metadona, buprenorfina
Cualquier escalón	Coadyuvantes según la situación clínica y la causa del dolor

EIR 2004 · 42

P31 · respuesta en el solucionario

Escalera analgésica OMS: codeína en el segundo escalón

Indique qué fármaco corresponde al segundo eslabón de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud:

1. Antiinflamatorio no esteroideo.
2. Morfina.
3. Metadona.
4. Paracetamol.
5. Codeína.

EIR 2016 · 110

P16 · respuesta en el solucionario

Escalera analgésica OMS: codeína en el segundo escalón

Si un paciente tiene pautado codeína en su tratamiento para el dolor, ¿en qué escalón de la escalera de la OMS (Organización Mundial de la Salud) se encuentra?:

1. Primer escalón.
2. Segundo escalón.
3. Tercer escalón.
4. Cuarto escalón.

- Los principios de la OMS de 1996 son cinco: **por vía oral** («by mouth»), **a horas fijas** («by the clock»), **por la escalera, individualizado y atención al detalle** ^{F3}.
- **A horas fijas**: la siguiente dosis se da **antes** de que pase el efecto de la anterior; los rescates para el dolor irruptivo se añaden a la pauta regular ^{F3}.

- Solo **un fármaco de cada grupo** a la vez; si uno deja de ser eficaz, no se cambia por otro de eficacia similar (de codeína a otro débil), sino por uno **claramente más potente** (morfina) ^{F3}.
- La GPC añade: **no usar juntos opioides potentes y débiles, priorizar la vía oral y pautar** los analgésicos ^{F5}.
- La guía de la OMS de 2018 mantiene los principios (vía oral, horas fijas, individualizado, atención al detalle) y deja la escalera como **herramienta docente y guía general**, no como protocolo estricto ^{F4}.

Techo analgésico. Los **no opioides** tienen efecto **techo**: por encima de cierta dosis no dan más alivio ^{F3}. Los opioides del dolor leve a moderado tienen en la práctica un **límite de dosis** (por ir combinados con AAS o paracetamol, o porque los efectos adversos crecen de forma desproporcionada, como con la codeína) ^{F3}. La **morfina no tiene techo terapéutico** salvo por la aparición de efectos adversos: la dosis correcta es la que alivia ^{F5,F3}. La **buprenorfina**, agonista parcial, **sí tiene techo** ^{F3,F5}.

Efectos adversos por escalón

El **estreñimiento** es propio de los **opioides** (2.º y 3.º escalón), no de los no opioides del 1.º ^{F3,F5}. En el 3.º escalón el efecto adverso **más frecuente** es el **estreñimiento**, no la depresión respiratoria ^{F3}. Combinar un **no opioide** con un opioide débil está **previsto** en la escalera ^{F3}.

EIR 2007 · 23

P29 · respuesta en el solucionario

Escalera OMS: los opioides del tercer escalón no tienen techo

De acuerdo con la escalera analgésica de la Organización Mundial Salud, al proporcionar cuidados a pacientes con dolor crónico, es preciso tener en cuenta que:

1. Los fármacos del primer escalón producen estreñimiento.
2. Los fármacos del segundo escalón pueden producir hemorragias digestivas.
3. No se deben administrar fármacos del primer y segundo escalón juntos.
4. La depresión respiratoria es el efecto adverso más frecuente de los fármacos del tercer escalón.
5. Los fármacos del tercer escalón no tienen techo analgésico.

EIR2007-023: el techo del tercer escalón

En **EIR2007-023** la respuesta (reconstruida por un tercero, no oficial) es que «los fármacos del tercer escalón no tienen techo analgésico». Es cierto para la **morfina** y los agonistas puros, que no tienen techo salvo por los efectos adversos ^{F5}, y las demás opciones son falsas según la escalera ^{F3}. Pero el absoluto no se sostiene: la **buprenorfina**, incluida en el tercer escalón, es un agonista parcial **con techo analgésico** ^{F3,F5}.

Coadyuvantes (adyuvantes). Son fármacos «cuya **principal acción no es la analgésica**, pero que funcionan como tales en algunos tipos de dolor»; su uso es **casí obligado en el dolor neuropático** y en las metástasis óseas dolorosas: antidepresivos, anticonvulsivantes, anestésicos locales, ketamina, corticoides, relajantes, benzodiacepinas, bisfosfonatos y radioisótopos ^{F5}. La OMS los usa también para tratar los efectos adversos de los analgésicos (antieméticos, laxantes) y los trastornos psicológicos asociados ^{F3}.

Fármacos coadyuvantes: definición

Los fármacos que no están clasificados farmacológicamente como analgésicos, pero que se usan solos o asociados a fármacos de la escalera analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para el control del dolor, se conocen como:

1. Antagonistas.
2. Coadyuvantes.
3. Nocebos.
4. Secundarios.

Dolor neuropático en el paciente al final de la vida. Los **antidepresivos tricíclicos** (amitriptilina, el más estudiado) son la primera opción; si no se toleran, los **antiepilépticos** (gabapentina); puede asociarse morfina y gabapentina ^{F5}.

7. Opioides en la práctica y dolor irruptivo

Tolerancia y dependencia física. El uso de opioides se asocia a **dependencia física y tolerancia**, que son **respuestas farmacológicas normales** al uso continuado. La **dependencia física** se caracteriza por **síntomas de abstinencia si el tratamiento se suspende bruscamente** o se inyecta un antagonista; la **tolerancia**, por la **menor eficacia y duración** del fármaco con la administración repetida, que obliga a subir la dosis. **No impiden** su uso eficaz, y **para evitar la abstinencia la dosis se reduce gradualmente**. La dependencia psicológica no aparece en pacientes con cáncer que reciben opioides para el dolor ^{F3}. La guía de los CDC (2022) pide informar de la tolerancia, la dependencia física y la abstinencia al suspenderlos, y **no retirarlos bruscamente** ^{F10}.

Efecto adverso (GPC) ^{F5}	Frecuencia y rasgos
Estreñimiento	40-70 % ; persiste durante todo el tratamiento: hay que pautar laxantes desde el inicio
Sedación y deterioro cognitivo	20-60 %
Náuseas y vómitos	15-30 %
Prurito	2-10 %
Depresión respiratoria, mareo	Desaparecen al producirse tolerancia

- Para la OMS, el **estreñimiento es el efecto adverso más frecuente** de los opioides, y la **depresión respiratoria clínicamente importante es rara** en el paciente con cáncer, porque el dolor contrarresta el efecto depresor; se revierte con **naloxona** intravenosa ^{F3}.
- No suele desarrollarse tolerancia al **estreñimiento**; a las náuseas y vómitos sí, en torno a una semana ^{F7}.

EIR 2012 · 64

P25 · respuesta en el solucionario

Opioides: tolerancia y abstinencia por supresión brusca

Para lograr un manejo efectivo del dolor, la enfermera debe tener en cuenta que:

1. Una persona que ríe y habla no tiene dolor intenso.
2. Los adolescentes son más susceptibles a volverse adictos que los adultos cuando reciben opiáceos para el control del dolor.
3. La depresión respiratoria es el efecto adverso más frecuente en pacientes que reciben opiáceos.
4. Los opiáceos producen tolerancia y también síndrome de abstinencia si se suspenden bruscamente tras varias semanas de tratamiento.
5. Si se administra un opiáceo a un paciente con dolor moderado, no funcionará cuando el dolor aumente.

Dolor irruptivo. Es un aumento transitorio del dolor sobre un dolor basal relativamente bien controlado ^{F7}; según la ESMO (2018), de intensidad moderada a intensa, de **inicio rápido** (minutos) y **duración corta** (mediana de 30 minutos) ^{F6}. El incidental es el desencadenado por actividades concretas ^{F7}.

- Todo paciente con pauta fija necesita **dosis de rescate**: la GPC indica morfina de liberación inmediata al **15 % de la dosis diaria (1/6)**; si hacen falta **más de tres rescates al día**, se sube la dosis de liberación retardada un 25-50 % ^{F5}.
- La GPC considera la **morfina oral** el fármaco de elección en el irruptivo y el **fentanilo oral transmucoso** la alternativa: alivia **más rápido**, pero su dosis es difícil de ajustar y es caro; está indicado solo en pacientes que ya reciben opioides ^{F5}.
- La OMS (2018) trata el irruptivo con un opioide de rescate, como **morfina de liberación inmediata**, al 50-100 % de la dosis de cada 4 horas ^{F4}.
- La ESMO (2018): la morfina oral tarda **20-30 minutos** en actuar y no se ajusta al perfil de la mayoría de los episodios; los **fentanilos transmucosos (oral, bucal, sublingual e intranasal)** tienen su papel en el irruptivo **imprevisible y de inicio rápido**; la morfina oral normal, en el de inicio lento o como prevención unos 30 minutos antes de uno previsible ^{F6}.

Fentanilo transmucoso y morfina en el irruptivo

La ESMO sitúa el **fentanilo transmucoso** en el irruptivo **imprevisible y de inicio rápido**; la morfina oral tarda 20-30 minutos en actuar y no se ajusta al perfil de la mayoría de los episodios ^{F6}. La SEOM (2017) coincide: la **morfina de liberación inmediata** se ha usado **tradicionalmente**, pero su mecanismo **no es adecuado** para el irruptivo; para eso se desarrollaron los opioides de inicio rápido, en particular el **fentanilo transmucoso e intranasal** ^{F37}. La ficha técnica del **fentanilo en comprimidos bucales** lo indica en el **dolor irruptivo** del adulto con cáncer que **ya recibe opioides de mantenimiento** para su dolor crónico ^{F36}. La GPC de 2008 aún consideraba de elección la morfina oral ^{F5}.

EIR 2020 · 147

P6 · respuesta en el solucionario

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico: fentanilo transmucoso

El tratamiento analgésico indicado para el dolor irruptivo por cáncer es:

1. Morfina intravenosa.
2. Oxicodona vía oral.
3. Tramadol intramuscular.
4. Fentanilo bucal.

8. Dolor postoperatorio: consecuencias, analgesia multimodal y PCA

Consecuencias del dolor mal controlado. En EE. UU. el dolor postoperatorio no se maneja adecuadamente en **más del 80 %** de los pacientes. Produce cambios en los sistemas **cardiovascular** (isquemia coronaria, infarto), **pulmonar** (hipoventilación, menor capacidad vital, **infección pulmonar**), **digestivo** (menor motilidad, **íleo**, náuseas y vómitos) y **renal** (retención urinaria, oliguria), y afecta a la **función inmunitaria**, el sistema muscular, la **coagulación** y la cicatrización, además del sueño y el ánimo. El **dolor posquirúrgico persistente** afecta al **10-60 %** de los pacientes tras cirugías comunes ^{F31}. La RNAO añade que el dolor agudo intenso no aliviado dificulta la respiración profunda y el movimiento y favorece la **neumonía** ^{F26}.

Analgesia multimodal o equilibrada. Kehlet y Dahl presentaron en 1993 la analgesia «**multimodal**» o «**equilibrada**» (*balanced analgesia*) para el dolor postoperatorio ^{F30}. La guía de la APS, la ASRA y la ASA (Chou, 2016) la define como el **uso combinado de varios analgésicos y técnicas** que actúan sobre **mecanismos distintos** del sistema nervioso periférico y central, con efecto aditivo o sinérgico, y la recomienda con fuerza, combinada con medidas no farmacológicas; sugiere incluir **no opioides pautados las 24 horas** («around the clock») ^{F29}. Reduce el dolor limitando el consumo de opioides ^{F31}.

- La guía recomienda **analgesia neuroaxial** en cirugía **torácica y abdominal mayor**, sobre todo si hay riesgo de complicaciones cardíacas, pulmonares o de íleo prolongado: **epidural con anestésicos locales, con o sin opioides**, o intradural con opioides ^{F29}.
- No recomienda la **infusión basal** de opioides en la PCA intravenosa del adulto que no toma opioides ^{F29}.

EIR 2013 · 96

P21 · respuesta en el solucionario

Analgesia equilibrada (multimodal): definición

Los analgésicos tienen una mayor eficacia cuando la dosis y el intervalo entre éstas se individualizan para satisfacer las necesidades del paciente. El término de analgesia equilibrada se refiere a:

1. La analgesia controlada por el paciente.
2. El uso de más de una forma de analgesia de manera concurrente.
3. La analgesia según se requiera (cuando el paciente se queja de dolor).
4. La administración de analgesia antes de que el dolor se torne intenso.
5. La analgesia basada en las necesidades individuales y no en normas o rutinas inflexibles.

Analgesia controlada por el paciente (PCA). La revisión Cochrane de 2015 comparó la PCA con opioides frente a la analgesia no controlada por el paciente tras la cirugía: con PCA el **dolor es algo menor** (9 puntos menos de EVA sobre 100 en las primeras 24 h) y la **satisfacción mayor** (81 % frente a 61 %), pero los pacientes **consumen más opioides** (7 mg más de morfina intravenosa equivalente en 24 h) y tienen **más prurito**; la estancia no cambia ^{F28}. Aunque la vía **intravenosa** es la más usada, existen PCA **oral, transdérmica, inhalada, intranasal y epidural** ^{F28}. Es apta para quien necesitará analgesia más de unas horas y tiene **capacidad cognitiva** para entender el dispositivo ^{F29}.

Analgesia controlada por el paciente: menor consumo de analgésicos

Señale una característica de la analgesia controlada por el paciente:

1. Conlleva mayor riesgo de adicción a opioides.
2. Los pacientes requieren menores cantidades de analgésicos.
3. Solo está indicada en pacientes con dolor agudo.
4. Su uso está restringido a la vía intravenosa.
5. Se obtiene peor alivio del dolor que con la analgesia pautada.

EIR2007-024: con PCA no se consume menos

En **EIR2007-024** la respuesta (reconstruida por un tercero, no oficial) da como característica de la PCA que **los pacientes requieren menores cantidades de analgésicos**, la idea que se enseñaba entonces. La revisión Cochrane de 2015 encontró lo contrario: con PCA se **consume más** opioide, con mejor alivio del dolor y más satisfacción ^{F28}. La revisión estudió la PCA **intravenosa**, la más usada. Sobre las demás opciones, la PCA **no** se limita a la vía intravenosa y **no** alivia peor ^{F28}; el riesgo de adicción y la restricción al dolor agudo no se tratan en las fuentes leídas.

Todas las preguntas del tema (31)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 118

P1 · respuesta en el solucionario

El dolor es uno de los síntomas principales que aborda un equipo de cuidados paliativos. Es fundamental realizar una correcta valoración del dolor. Cuando el mecanismo de producción del dolor es nociceptivo, lo describimos como:

1. Dolor central.
2. Dolor somático y/o dolor visceral.
3. Dolor periférico o neuropático.
4. Dolor psicosomático.

EIR 2026 · 98

P2 · respuesta en el solucionario

La forma en la que el niño expresa su dolor va a depender de su estadio de desarrollo, ¿cuál de los siguientes indicadores de dolor, NO CORRESPONDEN al estadio de desarrollo lactante?:

1. Verbaliza el dolor y señala la zona dolorosa.
2. Sufrimiento físico generalizado.
3. Lloro e inquietud.
4. Agitación de piernas y brazos.

EIR 2025 · 189

P3 · respuesta en el solucionario

De las siguientes escalas, ¿cuál estaría indicada para valorar el dolor en una persona afectada por demencia en el estadio más avanzado?:

1. Escala PAINAD.
2. Escala MPQ (McGill Pain Questionnaire).
3. Escala Young.
4. Escala EVA (Escala visual analógica).

EIR 2022 · 112

P4 · respuesta en el solucionario

En relación al síndrome del miembro fantasma doloroso, indique la opción correcta:

1. Se ha demostrado que la terapia con espejos no es útil en la reducción del dolor.
2. Se sigue la línea de tratamiento del dolor neuropático.
3. Posee las mismas características que el dolor del muñón.
4. Actualmente la resección quirúrgica del neuroma es el método de elección.

¿Cuál de las siguientes variables NO forma parte de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor?:

1. Tono muscular.
2. Confortabilidad.
3. Vocalización.
4. Musculatura facial.

El tratamiento analgésico indicado para el dolor irruptivo por cáncer es:

1. Morfina intravenosa.
2. Oxicodona vía oral.
3. Tramadol intramuscular.
4. Fentanilo bucal.

¿Desde qué perspectiva se valora el dolor en Cuidados Paliativos?:

1. Desde una perspectiva física, psicoemocional, social y espiritual.
2. Desde una perspectiva física y psicoemocional, teniendo en cuenta la intensidad del mismo.
3. Desde una perspectiva espiritual, donde las creencias y valores son relevantes en la sensación dolorosa.
4. Desde la perspectiva somato-psíquica.

¿Cuál sería el orden adecuado de la valoración del cuadro doloroso y de la situación clínica del individuo, antes de iniciar el tratamiento analgésico de un paciente en cuidados paliativos? Indique la opción correcta:

1. Aplicar un parche de fentanilo y spray nasal según indicación; evaluar el nivel de dolor; realizar con el paciente una historia clínica del dolor; evaluar la respuesta al tratamiento.
2. Preguntar al paciente por el dolor; cuantificar el dolor mediante alguna escala (McGill o EVA); realizar una historia del dolor; realizar una exploración física completa; clasificar el dolor; administrar el tratamiento analgésico adecuado; evaluar la respuesta al tratamiento analgésico.
3. Preguntar al paciente por el dolor; cuantificar el dolor mediante alguna escala (McGill o EVA); administrar el tratamiento analgésico adecuado.
4. Cuantificar el dolor mediante alguna escala (McGill o EVA); administrar el tratamiento analgésico adecuado; clasificar el dolor; realizar una historia del dolor; realizar una exploración física completa; evaluar la respuesta al tratamiento.

A.L.T. tiene 25 años y este es el primer día tras una cirugía abdominal. Cuando entras a su habitación, te sonríe y continúa hablando y bromeando con su visitante. Tu valoración revela la siguiente información: PA = 120/80 mmHg; FC = 80 ppm; FR = 18 rpm; en una escala EVA de 0 a 10 puntúa su dolor en un 8. ¿Qué valoración sobre dolor anotarías en la historia clínica a tenor de la información recabada?:

1. 0.
2. 4.
3. 6.
4. 8.

Un paciente acude a la consulta de enfermería tras recibir varios ciclos de oxaliplatino. El paciente manifiesta tener parestesias, disestesia, alodinea en manos y pies. ¿Qué clasificación de dolor tendría esta clínica?:

1. Neuropático.
2. Mixto.
3. Psicógeno.
4. Somático.

Realiza usted la primera visita domiciliar a Tomás, anciano de 87 años que acaba de llegar hace una semana a vivir con uno de sus hijos, Ramón, al cual usted ya conoce porque es atendido por usted en consulta. Ramón le comenta que hasta el momento su padre había estado viviendo con otro hijo en otra comunidad, por lo que apenas conoce de sus cuidados diarios, pero que está preocupado por su “excesiva reacción al dolor”. Tomás manifiesta sensación dolorosa incluso ante estímulos no dolorosos como es el contacto de las sábanas. Señale cómo se denomina a este hecho, en la que un estímulo no doloroso produce dolor:

1. Umbral del dolor.
2. Hiperalgia.
3. Alodinia.
4. Disestesia.

De las siguientes escalas, ¿Cuál se debe utilizar para evaluar el dolor de un paciente crítico bajo sedación y conectado a ventilación mecánica?:

1. Escala de Ramsay.
2. Escala visual analógica.
3. Escala Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).
4. Escala Campbell.

Con respecto al dolor en la infancia señale la respuesta INCORRECTA:

1. La sensación de dolor es subjetiva y debe ser aceptada por la enfermera.
2. La respuesta al dolor es importante cuando se explora a un niño para diagnosticar su enfermedad y se puede demorar su tratamiento analgésico.
3. Los padres al conocer a sus hijos son capaces de identificar cuando el niño tiene dolor.
4. Los niños no toleran el dolor mejor que los adultos.

La definición “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”, ¿a qué concepto hace referencia?:

1. Alodinia.
2. Dolor.
3. Parestesia.
4. Neuralgia.

Los fármacos que no están clasificados farmacológicamente como analgésicos, pero que se usan solos o asociados a fármacos de la escalera analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para el control del dolor, se conocen como:

1. Antagonistas.
2. Coadyuvantes.
3. Nocebos.
4. Secundarios.

Si un paciente tiene pautado codeína en su tratamiento para el dolor, ¿en qué escalón de la escalera de la OMS (Organización Mundial de la Salud) se encuentra?:

1. Primer escalón.
2. Segundo escalón.
3. Tercer escalón.
4. Cuarto escalón.

De las siguientes escalas de valoración del dolor en la infancia, ¿cuál de ellas se recomienda para los escolares de 7 a 8 años?:

1. Escala NFCS.
2. Escala numérica o analógica.
3. Escala CHEOPS.
4. Escala Oucher.
5. Escala de Wong y Baker.

Hace 24 horas que D. J. de 28 años, ha sido intervenido quirúrgicamente por vía abdominal. Cuando entra a la habitación le sonríe y bromea con las visitas. La presión arterial es de 130/74 mmHg, la frecuencia cardiaca de 80 y la respiratoria de 18. Le comenta que tiene dolor y en una escala numérica de intensidad del dolor de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor posible), D. J. puntúa su dolor en 8. Basándose en estos datos, señale el número que elegiría usted para representar la valoración del dolor de este señor:

1. 9
2. 8
3. 7
4. 6
5. 5

Señale la respuesta correcta respecto al dolor en la infancia:

1. La “escala de caras” se puede utilizar a partir de los tres años.
2. Los recién nacidos prematuros nacidos entre las semanas 28 y 38 de gestación son incapaces de sentir dolor.
3. El ácido acetilsalicílico es el tratamiento farmacológico de elección para tratar el dolor en menores de 1 año.
4. La “escala de NIPS” se utiliza para medir el dolor en los adolescentes.
5. Antes de los 5 años no se recomienda ninguna escala para valorar el dolor.

De las siguientes escalas de valoración del dolor en la infancia, cuál es la que se usa en nuestro entorno con más frecuencia en niños y niñas a partir de los 3 años de edad:

1. NFCS (Neonatal Coding System).
2. Escala de Wong y Baker.
3. Sintomática CHEOPS (Children Hospital of Eastern Ontario Pain Scale).
4. Escalas de color simple.
5. Escala analógica numerada.

Los analgésicos tienen una mayor eficacia cuando la dosis y el intervalo entre éstas se individualizan para satisfacer las necesidades del paciente. El término de analgesia equilibrada se refiere a:

1. La analgesia controlada por el paciente.
2. El uso de más de una forma de analgesia de manera concurrente.
3. La analgesia según se requiera (cuando el paciente se queja de dolor).
4. La administración de analgesia antes de que el dolor se torne intenso.
5. La analgesia basada en las necesidades individuales y no en normas o rutinas inflexibles.

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la experiencia dolorosa es correcta:

1. La cantidad de daño tisular está directamente relacionada con la cantidad de dolor.
2. Los signos fisiológicos o conductuales visibles acompañan al dolor y se pueden usar para verificar su existencia.
3. En casos de dolor intenso puede haber periodos de adaptación fisiológica.
4. El umbral de percepción dolorosa suele ser muy parecido entre las personas, no así la tolerancia al dolor.
5. Generalmente, la enfermera es la persona más preparada para interpretar la intensidad del dolor del paciente.

En la historia de un paciente se especifica que presenta alodinia, lo que significa:

1. Pérdida del campo visual.
2. Dolor provocado por un estímulo que es indoloro habitualmente.
3. Sensación desagradable y anormal.
4. Alteración de la audición caracterizada por ruidos extraños.
5. Sensibilidad térmica disminuida.

Cual es la escala para la valoración del dolor, elaborada por las enfermeras Donna L. Wrong y Anette L. Baker en 1988, que es considerada como uno de los métodos más exactos y recomendada para utilizarse con niños a partir de los tres años:

1. Oucher.
2. Analógica simple.
3. Descriptiva sencilla.
4. Caras.
5. Numérica.

Para lograr un manejo efectivo del dolor, la enfermera debe tener en cuenta que:

1. Una persona que ríe y habla no tiene dolor intenso.
2. Los adolescentes son más susceptibles a volverse adictos que los adultos cuando reciben opiáceos para el control del dolor.
3. La depresión respiratoria es el efecto adverso más frecuente en pacientes que reciben opiáceos.
4. Los opiáceos producen tolerancia y también síndrome de abstinencia si se suspenden bruscamente tras varias semanas de tratamiento.
5. Si se administra un opiáceo a un paciente con dolor moderado, no funcionará cuando el dolor aumente.

El punto en el que un estímulo es percibido como doloroso se denomina:

1. Nocicepción.
2. Nivel de tolerancia al dolor.
3. Sensibilización dolorosa.
4. Hiperestesia.
5. Umbral doloroso.

Respecto a la valoración del dolor en la infancia. ¿Cuál de los siguientes enunciados es ERRÓNEO?:

1. En la etapa de 1 a 3 años son capaces de precisar la localización pero no pueden evaluar la intensidad.
2. En la etapa de 3 a 6 años son capaces de precisar la localización y la intensidad.
3. En la etapa de 6-12 años la respuesta conductual ante el dolor incluye la agitación de brazos y piernas.
4. La escala Premature Infant Pain Profile incluye como elementos fisiológicos las modificaciones en el ritmo cardíaco y la saturación de oxígeno.
5. La escala de Wong-Baker es uno de los métodos más exactos para medir el dolor a partir de los 3 años.

Señale una característica de la analgesia controlada por el paciente:

1. Conlleva mayor riesgo de adicción a opioides.
2. Los pacientes requieren menores cantidades de analgésicos.
3. Solo está indicada en pacientes con dolor agudo.
4. Su uso está restringido a la vía intravenosa.
5. Se obtiene peor alivio del dolor que con la analgesia pautada.

De acuerdo con la escalera analgésica de la Organización Mundial Salud, al proporcionar cuidados a pacientes con dolor crónico, es preciso tener en cuenta que:

1. Los fármacos del primer escalón producen estreñimiento.
2. Los fármacos del segundo escalón pueden producir hemorragias digestivas.
3. No se deben administrar fármacos del primer y segundo escalón juntos.
4. La depresión respiratoria es el efecto adverso más frecuente de los fármacos del tercer escalón.
5. Los fármacos del tercer escalón no tienen techo analgésico.

Si entendemos el dolor como una experiencia multidimensional, ¿cuál de los siguientes componentes se refiere a la forma en que el paciente lo expresa?:

1. Sensorial.
2. Fisiológico.
3. Afectivo.
4. Cognitivo.
5. Conductual.

Indique qué fármaco corresponde al segundo eslabón de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud:

1. Antiinflamatorio no esteroideo.
2. Morfina.
3. Metadona.
4. Paracetamol.
5. Codeína.

Preguntas que también podrían ser de este tema (4)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 104

P32 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes NO ES una causa de dolor en los niños con cáncer relacionadas con el tratamiento?:

1. La mucositis.
2. La quimioterapia.
3. La fiebre.
4. Enfermedad injerto contra huésped.

EIR 2015 · 182

P33 · respuesta en el solucionario

En una unidad de hospitalización ingresan al año un 15% de personas mayores con demencia, gran parte de ellas en estadios muy avanzados. El dolor es un síntoma frecuente en este tipo de pacientes. Señale la respuesta correcta, en pacientes con demencia muy avanzada:

1. El dolor no tratado puede manifestarse por agitación.
2. La Escala Visual Analógica es la más apropiada para la valoración del dolor por su sencillez.
3. Las escalas subjetivas unidimensionales son las recomendadas por los expertos para evaluar el dolor.
4. No se dispone específicamente de escalas diseñadas para valorar el dolor.
5. La administración de opiáceos para el control del dolor está desaconsejada.

EIR 2015 · 122

P34 · respuesta en el solucionario

Cuando un paciente terminal presenta dolor:

1. La analgesia será pautada.
2. Hay que limitar el tratamiento al uso de fármacos.
3. Se administrarán los fármacos a demanda.
4. La vía de elección para la administración de fármacos será la que determine el facultativo.
5. La vía a utilizar para la administración de analgesia, preferentemente, será la intramuscular.

EIR 2013 · 94

P35 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con el tratamiento y control del dolor es cierta?:

1. Existe un incremento de pacientes que presentan insuficiencia cardiovascular e infecciones cuando estos tienen un control del dolor deficiente en el postoperatorio.
2. Los opioides no pueden administrarse por infusión epidural.
3. Todos los pacientes pueden emplear la PCA (bomba de analgesia controlada por el paciente) para el control del dolor postoperatorio.
4. No hay correlación entre la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas y la localización del dolor.
5. El tratamiento analgésico “a demanda” tras la cirugía es más efectivo que el preventivo.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 118	2	
P2	EIR 2026 · 98	1	
P3	EIR 2025 · 189	1	
P4	EIR 2022 · 112	2	
P5	EIR 2022 · 100	3	
P6	EIR 2020 · 147	4	
P7	EIR 2020 · 37	1	
P8	EIR 2019 · 185	2	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2019 · 154	4	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2018 · 49	1	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2017 · 173	3	
P12	EIR 2017 · 122	4	
P13	EIR 2016 · 175	2	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2016 · 128	2	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2016 · 111	2	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2016 · 110	2	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2015 · 171	2	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2015 · 114	2	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2014 · 153	1	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2013 · 137	2	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2013 · 96	2	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2013 · 71	3	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2013 · 70	2	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2012 · 86	4	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2012 · 64	4	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2010 · 43	5	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2007 · 81	3	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2007 · 24	2	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2007 · 23	5	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2006 · 43	5	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2004 · 42	5	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2026 · 104	3	
P33	EIR 2015 · 182	1	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2015 · 122	1	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2013 · 94	1	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Raja SN, Carr DB, Cohen M et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982 (Text Box 2 e introducción). Texto leído en el manuscrito de autor depositado en PubMed Central (PMC7680716), porque la web de la revista bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939> · consultada 2026-09-27
- **F2** International Association for the Study of Pain (IASP). Terminology (definición de dolor de 2020 y «Pain terms and definitions»). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (1 de enero de 2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> · consultada 2026-09-27
- **F3** Organización Mundial de la Salud. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. 2.ª ed. Ginebra: OMS, 1996 (pp. 13-32). · <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d1dda41f-a909-4875-9a94-707cfb308267/content> · consultada 2026-09-27
- **F4** Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: OMS, 2018. · <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809a021b-e75c-4f9c-b002-6fb13bf1a0f5/content> · consultada 2026-09-27
- **F5** Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. GPC en el SNS: OSTEBA n.º 2006/08. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008 (apdo. 6.2 y anexos 5 y 7). GuíaSalud advierte de que está pendiente de actualización. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/01/gpc_428_paliativos_osteba_compl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F6** Fallon M, Giusti R, Aielli F et al.; ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018;29(Suppl 4):iv166-iv191. Texto leído en la copia de la Wayback Machine del texto completo oficial (21 de marzo de 2022), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152> · consultada 2026-09-27
- **F7** National Cancer Institute. Cancer Pain (PDQ®) – Health Professional Version. Actualización de 24 de abril de 2025. · <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-hp-pdq> · consultada 2026-09-27
- **F8** Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J et al. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2020;38(28):3325-3348. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de la URL oficial (15 de diciembre de 2021), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1200/JCO.20.01399> · consultada 2026-09-27
- **F9** Subedi B, Grossberg GT. Phantom limb pain: mechanisms and treatment approaches. *Pain Res Treat*. 2011;2011:864605 (revisión narrativa en acceso abierto). · <https://doi.org/10.1155/2011/864605> · consultada 2026-09-27
- **F10** Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022;71(RR-3):1-95 (excluye el dolor oncológico y los cuidados paliativos). · <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7103a1.htm> · consultada 2026-09-27
- **F11** Guerrero Márquez G, Míguez Navarro MC, Sánchez García I et al. (Grupo de Analgesia y Sedación de la SEUP). Manejo del dolor en Urgencias pediátricas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, SEUP, 4.ª ed., febrero de 2024, cap. 28. · https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/28_Dolor_urgencias_4ed.pdf · consultada 2026-09-27

- **F12** Aparicio Rodrigo M, Míguez Navarro MC. Tratamiento del dolor agudo en Pediatría de Atención Primaria. Algoritmos AEPap (sin fecha en el documento; bibliografía hasta 2019). · https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/tratamiento_dolor_agudo.pdf · consultada 2026-09-27
- **F13** Wong-Baker FACES Foundation. History of the Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale. · <https://wongbakerfaces.org/us/wong-baker-faces-history/> · consultada 2026-09-27
- **F14** Wong-Baker FACES Foundation. FAQs. · <https://wongbakerfaces.org/us/faq/> · consultada 2026-09-27
- **F15** Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Sánchez-Redondo MD et al. Sedoanalgesia en las unidades neonatales. An Pediatr (Barc). 2021;95:126.e1-126.e11 (tabla 1). · <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.007> · consultada 2026-09-27
- **F16** Palacios Cuesta A, Ordóñez Sáez O. Analgesia, sedación y relajación neuromuscular en pediatría. Pediatr Integral. 2014;XVIII(4):244-251. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2014-05/analgesia-sedacion-y-relajacion-neuromuscular-en-pediatria/> · consultada 2026-09-27
- **F17** Manrique Martínez I. Abordaje del dolor en el niño: un derecho fundamental y un desafío en Pediatría (editorial). Pediatr Integral. 2025;XXIX(5):320-321. · <https://doi.org/10.63149/j.pedint.52> · consultada 2026-09-27
- **F18** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Aspirina 500 mg comprimidos (n.º registro 2011), secciones 4.3 y 4.4; revisión del texto de marzo de 2026. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/2011/FT_2011.html · consultada 2026-09-27
- **F19** Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T et al. 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. Enferm Intensiva. 2011;22(1):3-12. · <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.09.005> · consultada 2026-09-27
- **F20** Latorre-Marco I, Acevedo-Nuevo M, Solís-Muñoz M et al. Validación psicométrica de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos no comunicativos sometidos a ventilación mecánica. Med Intensiva. 2016;40(8):463-473. · <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.004> · consultada 2026-09-27
- **F21** Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU (PADIS). Crit Care Med. 2018;46(9):e825-e873. Leída en su traducción oficial al español publicada por la Society of Critical Care Medicine y cotejada con el original inglés en la copia de la Wayback Machine del texto completo oficial (5 de mayo de 2026), porque la web de la revista bloquea la lectura automática. La actualización de 2025 (Lewis K et al., Crit Care Med 2025;53(3):e711-e727) no cambia las recomendaciones sobre el dolor, según el resumen visual de la SCCM. · <https://www.sccm.org/SCCM/media/SCCM/PDFs/Guia-PADIS.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F22** Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003;4(1):9-15 (resumen). · <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7> · consultada 2026-09-27
- **F23** Schofield P. The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. Age Ageing. 2018;47(suppl 1):i1-i22. Texto leído en PubMed Central (PMC5888957), porque la web de la revista bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1093/ageing/afx192> · consultada 2026-09-27
- **F24** Abdulla A, Adams N, Bone M et al.; British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. Age Ageing. 2013;42(suppl 1):i1-57 (resumen). · <https://doi.org/10.1093/ageing/afs200> · consultada 2026-09-27

- **F25** Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975;1(3):277-299 (resumen). · [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5) · consultada 2026-09-27
- **F26** Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and Management of Pain. 3.ª ed., 2013 (sustituída por la 4.ª ed., publicada en febrero de 2025 según la web de la RNAO, leída en su copia de la Wayback Machine porque la web bloquea la lectura automática; no contrastada porque su PDF bloquea la lectura automática y no hay copia en la Wayback Machine). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (29 de marzo de 2017), porque ya no está en la web oficial. · <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain2014.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F27** McGuire DB. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. J Pain Symptom Manage. 1992;7(5):312-319 (resumen). · [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(92\)90064-O](https://doi.org/10.1016/0885-3924(92)90064-O) · consultada 2026-09-27
- **F28** McNicol ED, Ferguson MC, Hudcova J. Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD003348. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de la URL oficial (9 de mayo de 2024), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003348.pub3> · consultada 2026-09-27
- **F29** Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. J Pain. 2016;17(2):131-157. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de la URL oficial (11 de abril de 2016), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008> · consultada 2026-09-27
- **F30** Kehlet H, Dahl JB. The value of «multimodal» or «balanced analgesia» in postoperative pain treatment. Anesth Analg. 1993;77(5):1048-1056 (título y registro de PubMed, PMID 8105724). · <https://doi.org/10.1213/00000539-199311000-00030> · consultada 2026-09-27
- **F31** Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. J Pain Res. 2017;10:2287-2298. · <https://doi.org/10.2147/JPR.S144066> · consultada 2026-09-27
- **F32** Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. Pediatr Nurs. 1988;14(1):9-17 (registro bibliográfico de PubMed, PMID 3344163; texto no leído). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3344163/> · consultada 2026-09-27
- **F33** Grupo de trabajo de la GPC sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Plan de Calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. GPC en el SNS: AIAQS n.º 2009/07 (pp. 55, 235 y 365; cada página avisa de que está pendiente de actualización). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf · consultada 2026-09-29
- **F34** Saunders C. The evolution of palliative care. J R Soc Med. 2001;94(9):430-432. Texto leído en PubMed Central (PMC1282179). · <https://doi.org/10.1177/014107680109400904> · consultada 2026-09-29
- **F35** Jordan I, Martens R, Birnie KA. Don't tell me, show me: Reactions from those with lived experience to the 2020 revised IASP definition of pain. Paediatr Neonatal Pain. 2021;3(3):119-122 (comentario; cita a McCaffery M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles: UCLA Students' Store; 1968). Texto leído en PubMed Central (PMC8975204). · <https://doi.org/10.1002/pne2.12059> · consultada 2026-09-29

- **F36** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Effentora 100 microgramos comprimidos bucales (n.º registro 08441001), sección 4.1; la ficha no trae fecha de revisión del texto. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/08441001/FT_08441001.html · consultada 2026-09-29
- **F37** Jara C, del Barco S, Grávalos C et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). Clin Transl Oncol. 2018;20(1):97-107. Texto leído en PubMed Central (PMC5785609). · <https://doi.org/10.1007/s12094-017-1791-2> · consultada 2026-09-29
- **F38** Muñoz López MC, Míguez Navarro MC (coords.) et al.; Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEUP. Decálogo del dolor agudo en niños para padres. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (sin fecha en el documento; 2022 según los metadatos del PDF), pp. 2 y 9. · https://seup.org/pdf_public/gt/DECALOGO_DOLOR_PARA_PADRES.pdf · consultada 2026-09-29

Pendiente de verificar

- EIR2007-081 (respuesta conductual al dolor según la edad: 1-3, 3-6 y 6-12 años): sigue sin una fuente válida y vigente con ese esquema por etapas. Buscado el 29-9-2026 en SEUP, AEPap, OMS 2020, NCI PDQ, Canadian Paediatric Society y guías de sociedades regionales: el decálogo de la SEUP para padres (2022) sitúa la posición y el movimiento de brazos y piernas en el lactante y dice que en la etapa verbal la conducta «se asemeja» a la del adulto, pero ninguna fuente dice que de 1 a 3 años se localice el dolor sin graduarlo ni que de 3 a 6 se gradúe (la AEPap dice que de 3 a 7 años no lo cuantifican). La tabla por etapas parece venir del manual de Wong/Hockenberry, que solo está en copias de terceros, o de las directrices de la OMS de 2012, retiradas en 2019. No se intercala.
- Qué escala de caras es la más usada en España a partir de los 3 años (EIR2013-137): buscado el 29-9-2026 en SEUP, AEPap, SEPEAP, Anales de Pediatría, Rev Soc Esp Dolor, la fundación titular de la escala y estudios españoles en PubMed; ninguna fuente válida dice cuál es la más usada. La SEUP 2024 la cita entre «las más usadas y validadas para el dolor agudo», junto a la FPS-R y la Oucher, y es lo que recoge el tema.
- Causas de dolor en el niño con cáncer relacionadas con el tratamiento (EIR2026-104, intercalada en M19-T03): una revisión en acceso abierto (Hall EA et al. Paediatr Drugs 2024;26(5):565-596, PMC11335799) dice que en el trasplante de progenitores hematopoyéticos la PCA con opioides se usa para el dolor agudo por mucositis o por enfermedad injerto contra huésped; no da una lista cerrada de causas ni habla de la fiebre. No se intercala aquí porque la pregunta está en M19-T03.
- Guía RNAO, 4.ª ed. (publicada en febrero de 2025 según su web): no se ha podido contrastar si mantiene las frases citadas de la 3.ª ed.; curl recibe un bloqueo de Cloudflare en la web y en el PDF (rnao.ca/media/10170/download) y la Wayback Machine no tiene copia del PDF.