

Valoración del V Signo Vital en Atención Primaria Valuation of the Fifth Vital Sign in Primary Care

Parra Giordano, Denisse (*)

Resumen

Objetivo: "Implementar la valoración del quinto signo vital en la atención primaria".

Material y métodos: Es un estudio descriptivo experimental. Se aplicó EVA a todos los usuarios que concurren a morbilidad por dolor durante el mes de octubre de 2008, registrándola en la ficha digital RAYEN.

Resultados: Se constituyó una muestra de 1.625 pacientes, con un 69% femenino y un 31% masculino, la media es de 55 años. El principal motivo de consulta fueron las enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo. La indicación farmacológica que ocupó el 30% fueron los analgésicos no opioides.

EVA se aplicó al 46,6% de pacientes que la tenían indicada, la intensidad fue de 35,3% dolor leve, 59% dolor moderado y 5,7% dolor intenso.

Conclusiones: Se demostró el déficit del uso de EVA por parte de los profesionales médicos, en un 53,3% de la población que requería la aplicación de EVA, el profesional de la salud no valoró la intensidad del dolor del usuario.

El camino de socialización del Quinto Signo Vital en la Atención Primaria de salud se encuentra en una etapa básica, es necesario fomentar su uso y capacitaciones en el tema del dolor para correlacionar la intensidad con tratamiento y trabajo en equipo. En octubre de 2009, la ficha digital RAYEN ingresó la valoración del quinto signo vital en el examen físico por medio de la solicitud de esta investigación.

Palabras Clave: escala visual análoga, dolor, Atención Primaria.

Abstract

Objective: "To implement the valuation of the fifth vital sign in primary care".

Materials and methods: This is an experimental descriptive research where EVA was applied to the users showing signs of pain in October 2008 and RAYEN, a digital record, was used to record the data.

Results: We worked on a 1,625 patient sample with 69% female and 31% male patients with an average age of 55 years. Most medical advice was sought in relation with osteomuscular and conjunctive tissue. 30% of patients were on non opioid analgesia.

EVA was applied to 46.6% of patients already under the referred medication with different pain levels: mild 35.3%, moderate 59%, and intense 5.7%.

Conclusions: This research showed a deficit in the application of EVA by those in the medical profession. The level of pain in 53.3% of the population that required EVA treatment was not evaluated by the professional in charge.

The use of the Fifth Vital Sign in primary care is not widely used, but rather at a basic stage, therefore encouraging its use by training professionals in pain related matters to correlate the pain level to treatment and team work is essential.

In October 2009, RAYEN, the digital record, included the fifth vital sign valuation as part of the physical examination as a result of this research.

Key words: Visual analogue scale, pain, primary care.

Introducción

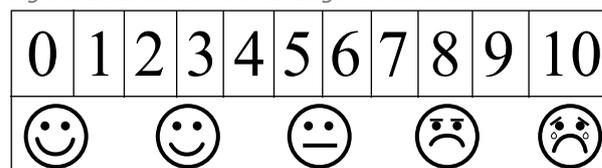
La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define dolor como: "experiencia desagradable, en lo sensorial y lo emocional, que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe en función de dicha lesión" (1).

El dolor ha sido catalogado como un fenómeno complejo y multideterminado, resultado de interacción de múltiples factores (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Es un mecanismo indispensable para mantener la integridad del organismo y evitar su daño (8, 9, 11, 12). Las teoristas Dorotea Orem y Virginia Henderson mencionan la necesidad de acciones dirigidas hacia la

disminución del dolor (3). Florence Nightingale plantea que, para un buen desarrollo del proceso de salud-enfermedad, es necesaria la observación y recolección sistemática de datos (13).

El dolor es responsable de una gran carga de sufrimiento humano (4, 9, 14), además de alterar la calidad de vida de quien lo padece (4, 5, 9, 15). La valoración del dolor debe ir acompañada de una medición en la calidad de vida del paciente para permitir un tratamiento de calidad del dolor (5).

Figura 1: Escala Visual Análoga Modificada



Fuente: ACHED (2004).

(*) *Magister Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos, Enfermera en Salud Mental Comunitaria, Jefa PSCV Adulto y Adulto Mayor CESFAM Santa Julia, Enfermera Coordinadora SAPU Macul.*

En 2001, The Joint Commission definió que el dolor es un signo vital, debiendo ser evaluado tal como presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria (16). En nuestro país, el 9 de noviembre de 2004, la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED), en conjunto con el Ministerio de Salud y con ocasión del "Día Nacional de Alivio del Dolor", incluyó al dolor como el quinto signo vital en los registros de las personas que reciben atención de salud. (16).

La Escala Análoga Visual (EVA) es el método usado con mayor frecuencia para la evaluación del dolor (4, 6, 17, 18, 19, 20). Es un instrumento sólido, simple y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en diferentes pacientes y en el mismo paciente en distintas ocasiones (5, 6, 9, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

El tratamiento del dolor tiene una importancia creciente. Para lo cual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la Escala Analgésica, que facilita la indicación analgésica por medio de la selección de un fármaco específico, según la intensidad del dolor y el tiempo escalonado para un tipo de dolor determinado (22, 23, 24).

El presente estudio propuso implementar la valoración del quinto signo vital. Identificar la prevalencia de los motivos de consulta, la frecuencia de aplicación de EVA, la intensidad del dolor, los tratamientos indicados, correlacionar la intensidad del dolor con las características de los usuarios y con los motivos de consulta. La muestra fue constituida por 1.612 usuarios que consultaron por morbilidad en el Servicio de Atención al CESFAM Santa Julia en octubre de 2008.

Dentro del equipo de atención de salud primaria en nuestro país, es necesaria la toma de conciencia frente al uso de este instrumento; como un facilitador del quehacer diario y colaborador en el tratamiento del dolor del usuario. En este contexto la enfermería cumple un rol imprescindible al educar al usuario y su familia, en el hospital, por teléfono o en su domicilio; reforzando su importancia al integrar los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA.

Material y Método

Diseño

Experimental, descriptivo.

Muestra

Se calculó un tamaño de muestra de 601 mediciones para obtener una potencia estadística de un 90% y un error de muestreo de un 4%. La muestra final se constituyó por 1.612 usuarios, 69,41% femenino y 30,58% masculino, que consultó por morbilidad en el Servicio de Atención Primaria al Centro de Salud Familiar Santa Julia durante octubre de 2008.

Criterios de Inclusión

- 1) Edad desde de 20 años
- 2) Usuarios atendidos por sistema computacional RAYEN.

Criterios de Exclusión

- 1) Pacientes atendidos por urgencia o atención crónica.

Procedimiento

En julio de 2008, la Dirección del CESFAM otorgó la autorización para el estudio, considerando la importancia de realizarlo. Se envía una carta a SAYDEX, empresa a cargo de RAYEN (ficha digital), solicitando la inclusión de EVA dentro del examen físico, con verificador numérico de 0 a 10.

En agosto de ese año, se envió a los médicos una carta explicando el estudio y la aplicación de EVA. Se asiste a las reuniones médicas para capacitar al profesional en EVA, entregando una regla de EVA (figura 1) y se coloca en cada box de atención médica (junto al computador) un poster de EVA.

Debido a la ausencia de respuesta de SAYDEX en la inclusión de EVA en RAYEN, durante reuniones médicas realizadas en septiembre de 2008, se educa a los médicos a escribir la valoración de EVA en la Anamnesis de cada usuario.

Instrumentos de Recolección de Información

Se aplicó la Escala Visual Análoga recomendada por la ACHED y el Ministerio de Salud, midiendo la intensidad de dolor del usuario en el momento de consultar (Figura 1). Para la extracción de datos se utilizaron los registros electrónicos de RAYEN.

Análisis de Datos

Se calcularon estadísticas descriptivas para la muestra total, según género y edad. Para esta última, se estratificó la edad de los participantes según rango intercuartílico, que correspondió a un promedio aproximado de 20 años.

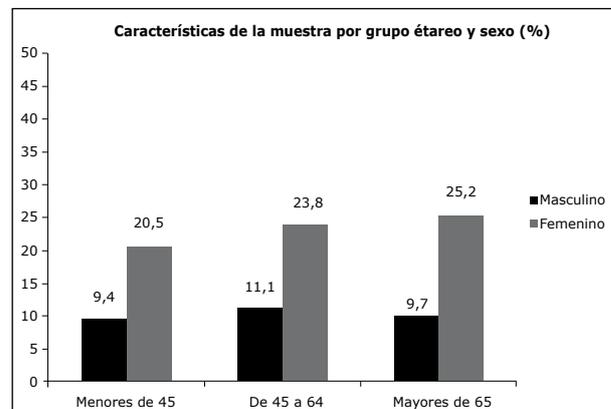
En los motivos de consulta, se analizaron los diez con mejor puntuación y en cuanto a las indicaciones de tratamiento, se consideraron aquéllas con un porcentaje mayor a 1%.

Resultados

Características de la Muestra

El estudio incluyó 497 hombres (30,6%) y 1.128 mujeres (69,4%) que concurren a la atención de morbilidad del CESFAM Santa Julia, cumpliendo con los criterios de inclusión. Las características por género se muestran en la Tabla N° 1. La edad fue estratificada según percentil en 3 grupos: hasta 44 años, entre 45 y 64 años y mayores de 70 años.

Gráfico 1.



Motivos de Consulta

Gráfico 2: Principales Motivos de Consulta Según categorías clasificación enfermedades CIE 10 (%)

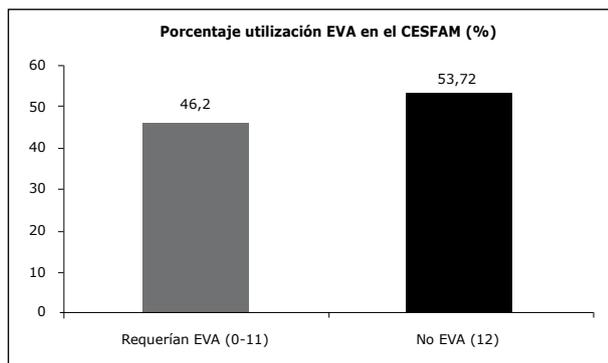
Clasificación CIE 10	Total (%)	Requerían EVA (%)
Enf. Piel y Tej. Subcut.	3,3	1,1
Enf. Sist. Circ.	15,6	2,8
Enf. Sist. Díg.	6,5	11,3
Enf. Sist. Genitourinario	5,2	0,5
Enf. Sist. Osteomusc. y Tej. Conjunt.	16,7	34,3
Enf. Sist. Resp.	12,6	21,3
Enf. Endoc., Nutri. Y Metab.	7,9	0,3
Fact. Inf. est. Sal. cont. Serv. de Sal. Sínt., Sig. y Hallazg. Anorm. Clínic. y Lab. NO Clasif.	3,7	3,7
Trast. Ment. y del Comport.	5,2	9,3
	10,4	4

Los Motivos de Consulta principales fueron las Enfermedades del Sistema Osteomuscular, tanto para el total de personas consultantes, con un 16,7% como para quienes requerían EVA, con un 34,3%.

Intensidad del Dolor

De la muestra, 752 pacientes requerían EVA, aplicándose la escala a 351 de ellos. El siguiente gráfico permite evidenciar que un 46,27% de los pacientes que concurren al servicio requirieron la valoración de la intensidad del dolor mediante la escala visual analógica (EVA).

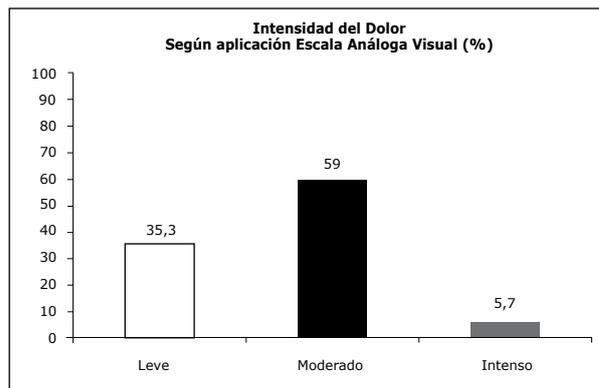
Gráfico 3



Como puede observarse en el gráfico anterior, un elevado porcentaje de los pacientes que, por sus motivos de consulta, requerían EVA no se les realizó, lo que indica una deficiencia en la prestación de los servicios que podrían resolverse, a partir de directrices administrativas que introduzcan resultados de investigaciones como la presente y que conviertan en normativa la realización del EVA en los servicios de atención primaria.

Respecto a los resultados de la intensidad del dolor, los 351 usuarios a quienes se les aplicó EVA refirieron mayoritariamente un dolor moderado (4 a 6).

Gráfico 4



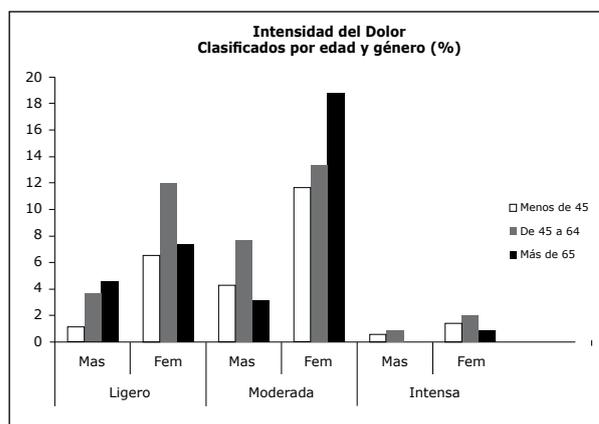
Indicación de Tratamiento

En las prescripciones de medicamentos en usuarios con aplicación de EVA, el principal tratamiento farmacológico fue en base a analgésicos no opiodes, con un 29,91%, sumado del 16,52% de los analgésicos y anti-inflamatorios no esteroideos, con 13,39%.

La mitad de los pacientes que consultaron por dolor no se les valoró EVA. De éstos, un 49% estaba sin indicación de tratamiento farmacológico.

Intensidad del Dolor y las Características de la Muestra (edad y género)

Gráfico 5



De acuerdo con la intensidad del dolor en los diferentes grupos de edades y según el sexo, vuelve a evidenciarse que es el femenino el más representado y que el dolor moderado es el más frecuente. Respecto al grupo de edad, el mayor número de casos se divide entre las dos edades mayores, sin diferencia significativa.

Conclusiones y Discusión

En primer lugar, destaca que mayor al 50% de la población es de sexo femenino, al igual que en el estudio realizado en ITACA el 2004 por Casals & Samper en Unidades del Dolor por dolor crónico no oncológico de intensidad moderada a severa con una muestra de 907 pacientes, presenta una caracterización similar de un 66% de mujeres y 34% de hombres. Moya & otros (2000) en usuarios que consultaron en reumatología con 60% de mujeres. El sexo más representado fue el femenino, lo que podría estar en relación con lo identificado sobre las mujeres chilenas, presentando una mayor morbilidad que los hombres, por ejemplo, en síntomas músculo esqueléticos, con 42,2% sobre 26,1% en los hombres (25).

Respecto a las estadísticas descriptivas para la variable edad en los pacientes que concurren al servicio, presenta una media de 55+-DS17,3, lo que concuerda con el estudio de ITACA en el 2004, coincidiendo con una media de 57,4 +-DS11,3 años, edad que estaría en relación con las edades en que empiezan a manifestarse las Enfermedades Crónicas y se resiente la salud, como consecuencia del envejecimiento.

En cuanto a la aplicación de EVA, un 46,27% de los pacientes requerían EVA, aplicándose la escala al 46,67% de ellos. Esto nos permite evidenciar que menos del 50% de los pacientes que concurren al servicio requirieron la valoración de la intensidad del dolor mediante EVA, a pesar de ser éste un instrumento sencillo de aplicar, que ofrece un útil indicador del estado inicial del paciente y del efecto de la terapia si ese mismo instrumento se aplica después del tratamiento. Lo que indica una deficiencia en la prestación de los servicios que podrían resolverse a partir directrices administrativas que introduzcan resultados de investigaciones como la presente y que conviertan en normativa la realización del EVA en los Servicios de Atención Primaria.

Los Motivos de Consulta que más requirieron de la realización de EVA fueron en primer lugar las Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo, con un 34,3%, al igual que en los motivos de consulta globales con 16,7%. Esto concuerda con un estudio realizado por López (2007), donde el Sistema Musculoesquelético era el más afectado por proceso doloroso en atención primaria. Moya concuerda al aseverar que un 43,8% de las consultas son por dolor musculoesquelético en Atención Primaria (26), González & Pizarro (2009) refieren en un estudio de hemodializados que el 60,3% de los usuarios padecen dolor de tipo musculoesquelético. El dolor crónico musculoesquelético es un frecuente motivo de consulta en la Atención Primaria por su alta prevalencia en los adultos (27, 28, 29). En el estudio SABE Chile 2000-2002, las enfermedades articulares (artrosis y artritis) ocuparon el segundo lugar (31,7%) dentro de las enfermedades crónicas más referidas por una muestra de adultos mayores tomada en la Región Metropolitana (7).

Esta investigación presenta una intensidad del dolor mayoritariamente moderado (EVA 4 a 6) como el más frecuente en las consultas de atención primaria, con un 59%. Sumándose a un estudio realizado por Moya & otros (2000) a 100 pacientes que acudieron a la Unidad de Reumatología,

donde también se obtuvo una intensidad moderada del dolor. Sin embargo, el estudio de ITACA (2007) identificó un dolor intenso en usuarios con dolor agudo, obteniendo dolor moderado solamente en caso del crónico. Coincidiendo con un estudio en hemodializados, donde más de la mitad de los usuarios presentan dolor severo (30); Casals & Samper (2004) también presentan una intensidad intensa del proceso álgido, presentando las mujeres una intensidad significativamente mayor que los hombres.

De acuerdo con la intensidad del dolor en los diferentes grupos de edades y según el sexo, vuelve a evidenciarse que es el femenino el más representado, respecto al grupo de edad el mayor número de casos se divide entre las dos edades mayores, sin diferencia significativa. Al contrario Casals y Samper refieren que las patologías con más intensidad dolorosa se presentaron en pacientes mayores de 70 años y femeninos, a menor intensidad se relaciona el sexo masculino, menor de 55 años. En un estudio realizado en Chile, se evidencia que una significativa proporción de la población presenta dolor musculoesquelético de intensidad importante y de carácter crónico, especialmente mujeres y adultos mayores. Sin embargo, solamente una proporción consulta y encuentra una respuesta (28).

Respecto a las indicaciones de medicamentos en usuarios con aplicación de EVA, la principal indicación fueron los analgésicos no opiodes, con un 29,9% de las indicaciones. Un 54,7% de la población con dolor musculoesquelético en Temuco prefirió automedicarse, siendo una práctica más frecuente en las poblaciones de nivel socioeconómico más bajo (28).

Estudios internacionales muestran que el tratamiento farmacológico es más eficaz cuando se complementa con terapias no farmacológicas, principalmente el apoyo psicológico y otros, como programas de ejercicios, técnicas de relajación y de modificación de conducta (31).

Es vital tener presente que las primeras medidas para disminuir los niveles de dolor, se basan en la prevención o limitación de estudios dolorosos, evitando procedimientos invasivos innecesarios o permitiendo sedación ante éstos (32).

Un elevado porcentaje de los pacientes que, por sus motivos de consulta requerían EVA, no se les realizó, lo que indica una deficiencia en la prestación de los servicios que podrían resolverse a partir de directrices administrativas que introduzcan resultados de investigaciones como la presente y que conviertan en normativa la realización del EVA en los servicios de atención primaria.

Nos enfrentamos a una falta de conocimiento sobre el uso de la escala y los beneficios en la aplicación para evaluar tratamiento y el propio dolor del usuario. Además de la necesidad de formar conciencia frente al uso de este instrumento entre los diversos profesionales de la Atención Primaria de salud.

Es necesario insistir en la capacitación del tema del dolor tan relevante en la consulta de la Atención Primaria. La entrega del conocimiento continuo y actualizaciones sobre el manejo

y valoración del dolor en la Atención Primaria, además de la formación de profesionales transdisciplinarios que sean capaces de interactuar en equipo para dar una atención integral al usuario.

Asimismo, se debe fomentar la realización de estudios nacionales en el uso de EVA, en más de un centro de salud a nivel comunal o regional, superando las debilidades del presente estudio y nos permitan conocer los valores nacionales de la intensidad del dolor, desarrollando políticas adecuadas para su intervención.

Desde octubre de 2009, finalmente la ficha digital RAYEN cuenta en el examen físico con la valoración del quinto signo vital con verificador numérico del 0 al 10. Esta ficha se usa en diversas comunas de Chile como Macul, La Florida, entre otras, por lo cual se puede solicitar la implementación de EVA en estas comunas; además, se puede incorporar para la versión RAYEN de Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

La importancia de este trabajo radica en que marca el inicio de la implementación de EVA en el camino de socialización del Quinto Signo Vital en la atención primaria de salud, lo que debe complementarse con una política sanitaria que fomente su uso y capacite en el manejo y tratamiento del dolor.

Correspondencia

E.U. Denisse Parra Giordano
Centro de Salud Familiar Santa Julia
Av. Gregorio de la Fuente 3521, Macul-Santiago
drparra@uc.cl

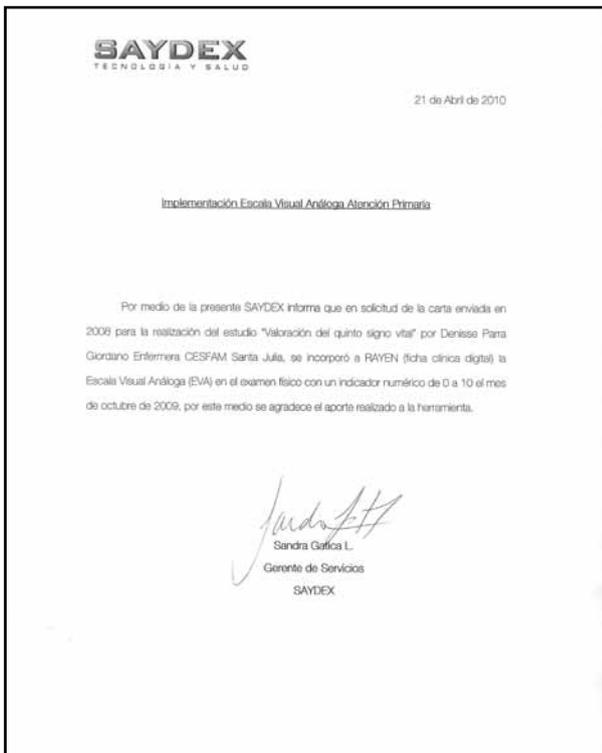
Referencias Bibliográficas

- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain, Second Edition, 209-214. IASP Press: Seattle.
- Castel, A., Miró, J. & Rull, M. (2007). La escala del dolor BS-21: datos preliminares sobre su fiabilidad y validez, para evaluar la intensidad del dolor en geriatría [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 14, 274-283.
- Cometto, M. (2007). El dolor. Un cuidado. Revista Enfermería Global, 10, 1-4. Extraído el 30 Septiembre, 2009 de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/212/180>
- Casals, M., & Samper, D. (2004) Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 11, 260-269
- Lopez-Silva, M C., Sanchez de Enciso, M., Rodríguez-Fernández, M.C. & Vázquez-Seijas, E. (2007). Cavidol: Calidad de Vida y Dolor en Atención Primaria [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 1, 9-19.
- Llorca, G.J., Muriel, C., González-Tablas, M.M. & Díez, M.A. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 1, 26-35.
- Chile, Ministerio de Salud. (2005). Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos [Versión Electrónica]. Santiago: Minsal.
- Chile, Ministerio de Salud. (2005). Guía Clínica Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa [Versión Electrónica]. Santiago: Minsal.
- Noceda, J., Moret, C., & Lauzirika, I. (2006). Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria. Resultados de un centro rural y otro urbano [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 13, 287-293.
- Vallejo, P. (2000, Enero). Emociones y dolor [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 7, 3-5.
- Anderson, L. (Ed.). (2005). Diccionario de Medicina Océano MOSBY (5ª ed.). España: Barcelona.
- Gómez, Palomar. (1999). Actitud de la enfermera ante el dolor [Versión Electrónica]. Boletín informativo de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología [Enfermería en Cardiología], 16, 11-12.
- Massó, E., Fernández, J., Macías, C. & Betancourt, Y. (2008). Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana [Versión Electrónica]. Revista Cubana Enfermería 24, 3-4.
- Gómez, Sancho M. (1998). Dolor y sufrimiento. El problema del sentido [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 5, 144-158.
- Chile, Ministerio de Salud. (2008). Norma Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. Chile. Santiago: Minsal.
- Ragni, M. (2006). Actualización sobre dolor y Cuidados Paliativos en Chile. Revista Educare 21, 31. Extraído el 27, Julio 2008 de http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2006/31/ensenando4.pdf.
- Guerrero, L.M, González, S.J. & Lacassie, Q.H. (2004). Dolor: Aspectos Básicos y Clínicos: Manual práctico de manejo de dolor, basado en los procedimientos de la Unidad de manejo de dolor. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Serrano-Atero, M.S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P.L., Serrano-Álvarez, C. & Prieto J. (2002). Valoración del Dolor I [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 9, 94-108.
- Serrano-Atero, M.S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P.L., Serrano-Álvarez, C. & Prieto J. (2002). Valoración del Dolor II [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 9, 109-121.
- Sousace, B., Monsalve, V. & Soriano, J. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 12, 8-16.
- Sánchez, J.J., (2001). Manejo del Dolor en atención primaria. Revista El Médico, Anuario, 116-121. Obtenido el 27 Julio, 2008 de <http://www.medynet.com/elmedico/documentos/anuarioop2001/116-121.pdf>.
- Organización Mundial De La Salud. (2006). Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Cancer Pain Release, 19. Extraído el 19 Diciembre, 2009 de <http://cuidadospaliativos.org/archives/Evaluacion%20de%20la%20escalera.pdf>
- Puebla, D. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico [Versión Electrónica]. Revista de Oncología (Barc.), 28, 33-37.
- Romero, J., Gálvez, R. & Ruiz S. (2008). ¿Se sostiene la escalera analgésica de la OMS? [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 1, 1-4.
- Chile, Ministerio de Salud. (2004). Encuesta Nacional de Salud 2003 [Versión Electrónica].
- Moya, F., Grau, M., Riesco, N., Nuñez, M., Brancos, Ma., Valdes, M. Et Al. (2000). Dolor lumbar crónico. Valoración multidisciplinaria de 100 pacientes [Versión Electrónica]. Atención Primaria, 26, 239-244.
- Brennan, F. & Cousins, M.J. (2005). El alivio del dolor como un

- derecho humano [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 12, 17-23
28. Neira, O. (2005). Uso de Analgésicos y AINE en Atención Primaria [Versión Electrónica]. Revista Reumatología, 4, 216-221
29. Zítko, P., Durán, F., Keil, N., Monasterio, A., Soto, R. & Leppe, J. (2008). Programa de Atención Musculoesquelética en atención primaria: primera evaluación semestral [Versión Electrónica]. Revista Chilena de Salud Pública, 12, 26-36.
30. González, C., Pizarro C. (2009). Dolor crónico en hemodializados: prevalencia, severidad y estrategias de afrontamiento. Revista El Dolor, 51, 19-25.
31. Franco, M.L. & Seoane de Lucas, A. (2001). Características del Dolor crónico en el Anciano [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 8, 29-38.
32. Vidal, M.A., Calderón, E., Martínez, E., González, A., & Torres, L.M. (2005). Dolor en neonatos [Versión Electrónica]. Revista Sociedad Española de Dolor, 12, 98-111.
33. Chile, Ministerio de Salud. (2004). Circular Ministerial 2A/46: Evaluación del Dolor como Quinto Signo Vital. Santiago: Infante A.

Anexo N°1

Carta SAYDEX



Anexo N°2

Circular Ministerial 2ª/46: Evaluación del Dolor como Quinto Signo Vital

“Los establecimientos asistenciales deberán incorporar gradualmente, de acuerdo a sus capacidades, la evaluación del dolor como 5° signo vital en los registros clínicos de toda persona que se encuentre recibiendo atención de salud, a través del uso de la Escala Visual Análoga (EVA)” (31).