



H-18

VALORACIÓN Y CUIDADOS EN EL DOLOR

Fecha de revisión: 19-abr-11

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Florez Almonacid, Clara Inés.	Enfermera Unidad Investigación e Innovación en Cuidados
Galván Ledesma, José	Supervisor Unidad Investigación e Innovación en Cuidados
Romero Bravo, Ángela	Jefa de Bloque Cuidados Críticos y Urgencias, y Unidad Investigación e Innovación en Cuidados

1. OBJETIVOS:

- Valorar el dolor mediante la percepción del paciente y la información de los datos objetivos.
- Determinar el grado de disminución del dolor tras la administración de la terapia farmacológica y no farmacológica.
- Enseñar al paciente y familia a controlar el dolor.

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:

- El dolor se ha descrito como una experiencia individual y subjetiva modulada por factores fisiológicos, psicológicos y ambientales como: las experiencias anteriores, la cultura, el pronóstico, las estrategias de afrontamiento, el miedo y ansiedad. El manejo apropiado del dolor depende de la evaluación sistemática y exacta del dolor. (Nivel IV)
- Las manifestaciones psicológicas (subjetivas) como físicas o biológicas (objetivas) en el dolor son variables y están presentes en los pacientes que lo manifiestan.
- El dolor no se puede medir objetivamente, por lo tanto los indicadores que sugieren la presencia de dolor incluyen: la extrema sensibilidad al dolor, la respuesta al estrés, las respuestas de comportamiento, el deterioro funcional y fisiológico. (Nivel IV)
- En la evaluación del dolor, la percepción del paciente es el mejor indicador. (Grado B)
- Las escalas unidimensionales del dolor miden la intensidad del dolor o el grado de alivio del dolor tras una intervención. Las escalas de uso común son las escalas categóricas y la calificación numérica. (Nivel IV)

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- Las escalas categóricas se utilizan para describir el grado del dolor o el alivio del dolor de forma verbal. Las escalas numéricas se utilizan por escrito o de forma verbal y evalúan, mediante una escala de 0 a 10, la intensidad o disminución del dolor. (Nivel IV)
- La escala visual analógica (EVA) utiliza los mismos principios del dolor mediante una línea horizontal con una escala de 0 a 10, en la cual el paciente determina su grado de dolor. (Nivel IV)
- La escala visual analógica (EVA) está considerada como una escala fiable y sensible para la medición de la intensidad del dolor. (Nivel IV)
- En los recién nacidos, los lactantes y los niños en general las herramientas para la evaluación del dolor están adaptadas a sus necesidades individuales. (Nivel IV)
- El dolor agudo se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real, potencial o descrito en términos de daño o lesión". Puede surgir de una lesión reciente, enfermedad o cirugía, sin embargo, sus efectos son de corta duración.
- El curso del dolor a largo plazo, va a depender de las experiencias de dolor agudo. La analgesia precoz puede reducir la incidencia de dolor crónico tras cirugía. (Nivel II)
- El dolor agudo puede deberse a una inflamación, daños en un tejido, una herida, una enfermedad o una cirugía reciente y es de corta duración ya que, por lo general, dura menos de una o dos semanas. Suele ceder una vez que se trata o se resuelve la causa subyacente de la enfermedad.
- En el dolor agudo:
 - Las intervenciones cognitivas y de comportamiento preventivo han demostrado que disminuyen la respuesta psicológica del paciente en la cirugía o trauma, reducen la intensidad del dolor postoperatorio mejoran el cumplimiento del tratamiento por los pacientes y mejoran la función de las vías respiratorias. (Grado B)
 - Las técnicas de relajación con imágenes, la hipnosis, la visualización y la terapia cognitiva reducen el dolor agudo post-operatorio en una semana. (Nivel I)
 - La hipnosis, las estrategias de afrontamiento, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), la acupuntura y la terapia de masaje manual, pueden ser útiles para disminuir el dolor (Nivel II). Sin embargo, no hay pruebas suficientes para el uso aislado de la TENS para el dolor agudo. (Nivel I)
 - En el tratamiento del dolor agudo, se recomienda la participación del paciente. (Grado A)
- El dolor crónico es un dolor continuo o recurrente que tiene múltiples dimensiones físicas, psicológicas y sociales, y se asocia con pérdida de la salud, el dolor persiste durante semanas, meses e incluso años.
- El dolor crónico:
 - Los factores coexistentes como la ansiedad, el insomnio, la ira y el miedo afectan la tolerancia y la reducción del dolor. Los sentimientos de aislamiento, la depresión y el aburrimiento deben tratarse concomitantemente con la administración de medicamentos para aliviar dolor. (Nivel IV)

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- El objetivo principal del tratamiento del dolor crónico es permitir la supresión continua de dolor, al tiempo que permita al paciente permanecer alerta. (Nivel IV)
- Las dosis orales de la analgesia son preferibles debido a su eficacia y comodidad para pacientes y cuidadores. Otras vías para la administración de analgesia son: analgesia controlada por el paciente (PCA), por vía intratecal, epidural, subcutánea y transdérmica e inyección/infusión. (Nivel IV)
- No existe una dosis estándar o máxima para la analgesia administrada. Las dosis son ajustadas hasta que se logre el alivio del dolor. (Nivel IV)
- La acupuntura ha demostrado ser más eficaz para aliviar el dolor y mejorar el estado funcional en pacientes con dolor lumbar crónico en combinación con otras terapias convencionales, que las terapias convencionales solas. (Nivel I)
- El uso de la música como terapia para el tratamiento del dolor crónico también ha dado resultados en la disminución del dolor. (Nivel I)
- El envejecimiento puede llevar a una mayor sensibilidad al dolor y los cambios fisiológicos pueden modificar la eficacia de los agentes farmacéuticos. (Nivel II)
- Los pacientes mayores con deterioro cognitivo reciben menos dosis de analgésicos que los que pueden comunicar el dolor.
- La valoración de los pacientes con deterioro cognitivo debe incluir la observación de los cambios de conducta, especialmente, durante los cuidados que se realizan de forma cotidiana. Las conductas no verbales pueden aportar información sobre el dolor, como lloros, gritos o quejidos, gestos faciales o posturas y movimientos de defensa. (Grado B)

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Escala de valoración.
- Medicación.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

1. Compruebe la prescripción médica y confirme la identificación del paciente con su documentación.
2. Identifique los objetivos en el tratamiento del dolor.
3. Informe al paciente/familia del procedimiento y solicite su consentimiento. (Grado B)
4. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
5. Garantice la privacidad del paciente.
6. Manifieste al paciente que se comprende que su dolor es verdadero y que se le ayudará a disminuirlo.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

7. Realice la valoración del dolor: (Grado C)

- Cuando el paciente lo demande.
- Al ingreso del paciente susceptible.
- Cuando lo demande el cuidador/familiar.
- Cambio de situación ambiental.
- Tras la realización de una técnica dolorosa.

1. Valore: (Grado C)

- Ubicación del dolor.
- Efecto del dolor sobre la función y las actividades de la vida diaria (es decir, el trabajo, la interferencia con las actividades habituales, etc.).
- Nivel de dolor en reposo y durante la actividad.
- El consumo de medicamentos y sus efectos adversos.
- Causas que lo provocan o factores precipitantes del dolor.
- Calidad de dolor (las palabras que usa para describir el dolor).
- La radiación del dolor (¿el dolor a que sitio se extiende?).
- Severidad del dolor (intensidad, escala de 0-10), los síntomas de dolor asociados y el tiempo (ocasional, constante, intermitente).
- La conducta ante el dolor.
- El conocimiento sobre su dolor e incapacidad para controlarlo.
- Signos de ansiedad, preocupación o desinformación.
- Pregúntele sobre el efecto analgésico de la medicación y su duración.
- Obtenga información de la familia.

2. Realice valoración de la percepción del dolor mediante una escala: (Grado A)

- Escala visual analógica (EVA) para adultos conscientes. (H-18.1; H-18.1.2)
- Escala Painad, para adultos con problemas cognitivos. (H-18.2)
- Escala de valoración para niños de 0-3 años. (H-18.3)
- Escala de valoración para niños de 1 mes a 3 años. (H-18.4)
- Escala de Wong-Baker para niños de 3 a 8 años. (H-18.5)
- En niños de 9 a 14 años se utiliza la escala analógica graduada como en el caso de los adultos. (H-18.1; H-18.1.2)

3. Valore datos objetivos:

- Cambios en presión arterial, pulso y/o respiración.
- Dilatación de pupilas.
- Sudoración, náuseas y vómitos.
- Cambios de temperatura.
- Expresión facial del dolor: palidez, contracción de músculos faciales, etc.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

- Conducta desordenada: llanto, quejido, gritos, nerviosismo etc.
 - Debilidad, agotamiento o impotencia.
 - Insomnio.
4. Elimine o disminuya los factores que puedan aumentar el dolor:
 - Prendas que opriman.
 - Vendajes compresivos.
 - Férulas.
 - Posiciones inadecuadas o prolongadas.
 - Decúbitos.
 - Dispositivos o drenajes mal colocados.
 5. Administre los analgésicos, según prescripción médica, en el horario establecido, independiente que tenga o no dolor.
 6. Suministre medicación adicional antes de realizar procedimientos que le causan dolor como: exámenes médicos, cambios de apósito, retirada del tubo en el pecho, la inserción/extracción de accesos venosos o arteriales, etc.
 7. Prevenga el dolor cuando realice los procedimientos en los lactantes para evitar la sensibilización futura. (Grado A)
 8. Administre medidas no farmacológicas: estimulación cutánea, masajes, tratamiento con hielo, calor, estimulación eléctrica transcutánea (Unidad del dolor). (Grado A)
 9. En niños utilice:
 - La distracción: lectura de un libro al niño, mostrándoles imágenes y, en los niños mayores, leyendo ellos mismos los cuentos.
 - La relajación: imitar el tipo de respiración necesaria para hacer pompas de jabón.
 - Fomente la presencia de los padres en situaciones donde los niños son propensos a sentir dolor (durante el procedimiento deben mantener el contacto físico y visual con sus hijos ya que les produce distracción y los tranquiliza).
 - Información sobre el dolor (apropiado para el nivel cognitivo). (Nivel II)
 10. Revalúe la percepción del dolor después de una intervención para disminuirlo. Aplique la escala de valoración de dolor.
 11. Evalúe la eficacia del alivio del dolor con analgésicos a intervalos regulares y tras un cambio en la dosis o momento de la administración.
 12. Recomiende cambios en los analgésicos, cuando observe un alivio inadecuado del dolor. (Grado C)
 13. Si el dolor no se alivia informe al médico sobre: (Grado C)
 - La intensidad del dolor.
 - El cambio en las puntuaciones de intensidad del dolor en las últimas 24 horas.
 - El cambio en la severidad y la calidad del dolor tras la administración de analgésicos y el tiempo que el analgésico es efectivo.
 - La cantidad de medicamentos administrada para el dolor en las últimas 24 horas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

- Efecto del dolor sobre el paciente.
 - La presencia o ausencia de efectos adversos o toxicidad y sugerencias de cambios específicos en el plan de tratamiento que se apoyen en la evidencia.
 - Efecto del dolor sobre el paciente.
 - La presencia o ausencia de efectos adversos o toxicidad y sugerencias de cambios específicos en el plan de tratamiento que se apoyen en la evidencia.
14. Solicite prescripciones adicionales si es necesario.
15. Identifique estrategias contra el dolor que el paciente haya utilizado en el pasado y anímelo para que recurra a ellas.
16. Administre cuidados físicos, si requiere.
17. Enséñele nuevas estrategias para aliviar el dolor: distracción, técnicas de relajación, imaginación guiada, musicoterapia. (Grado A)
18. Valore la efectividad de las estrategias utilizadas.
19. Enseñe al paciente/familia:
- A solicitar medicación adicional antes que el dolor sea más severo.
 - El nombre del fármaco, dosis y horario.
 - Los efectos secundarios potenciales de los analgésicos.
 - A utilizar la analgesia controlada por el paciente.
 - Asesore a los pacientes sobre los efectos adversos de los opiáceos, que pueden ser controlados para asegurar el cumplimiento con el régimen de medicación. (Grado C)
20. Registre los datos de dolor y sus características: sitio, tipo, frecuencia, duración, analgésico administrado y valoración del dolor posterior, efectos adversos, etc.
- Si analgesia controlada por el paciente:
 - Vigile el grado de sedación y reacciones adversas. (H-18.6)
 - Evalúe el nivel de dolor, el estado de alerta y los signos vitales, incluyendo la frecuencia respiratoria y la calidad del pulso, al menos cada 4 horas o con mayor frecuencia si es necesario, durante las primeras 24 horas de tratamiento, y por la noche, cuando se puede desarrollar la hipoxia nocturna.
 - Cuando evalúe al paciente, hágalo con una mínima estimulación oral y táctil. Tenga en cuenta que los pacientes con este tipo de sedación pueden responder a la estimulación de forma más vigorosa.
 - Identifique y realice seguimiento de los pacientes con mayor frecuencia y coloque las medidas de seguridad adicionales en los pacientes con obesidad, o bajo peso corporal, apnea del sueño o con asma.
 - Si administración de opiáceos:
 - Informe al médico si el paciente presenta somnolencia, confusión o alucinaciones superiores a 72 horas. (H-18.6) (Grado C)
 - Vigile los efectos por toxicidad como mioclonías, confusión o delirio refractario. (Grado C)

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

- Observe la aparición de efectos adversos como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia. Avise al médico en caso de que surjan. (Grado A)
- Reconozca todas las causas posibles de los efectos adversos de los medicamentos que esté tomando el paciente, teniendo en cuenta que potencian los efectos adversos de los opiáceos: (Grado A)
 - ◆ La sedación: sedantes, tranquilizantes o antieméticos.
 - ◆ Hipotensión postural: antihipertensivos o antidepresivos tricíclicos.
 - ◆ Confusión: fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos y otros anticolinérgicos.
- Implemente intervenciones educativas y psicosociales que facilitan la adaptación del paciente y la familia al curso del tratamiento. (Grado A)
- Valore el grado de estreñimiento y administre medidas preventivas (prescripción médica):
 - Los laxantes deben ser prescritos a los pacientes que toman habitualmente opiáceos. (Grado B)
 - Los laxantes osmóticos ablandan las heces y promueven el peristaltismo, son eficaces en pacientes que toman opiáceos. (Grado B)
 - Los laxantes estimulantes están contraindicados si hay retención de las heces (impactación). Los enemas y supositorios son necesarios. (Grado C)
 - Los agentes formadores de heces deben ser evitados cuando la motilidad intestinal está comprometida. (Grado C)
 - Informe al médico si el paciente presenta estreñimiento con dolor abdominal y/o vómitos. (Grado C)

5. BIBLIOGRAFÍA:

- D'Arcy, Yvonne: *Safe during PCA*. Nursing 2008, pp 50-55 28, 2007.
- Deshpande, A.; Furlan, A.; Mailis-Gagnon, A. Atlas, S. & Turk, D.: *Opioids for chronic low-back pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 3.
- Fine, P.G. *Chronic pain management in older adults: special considerations*. Journal of Pain & Symptom Management. 2009 38(2 Suppl): S4-14.
- Fine, P.G.; Mahajan, G. & McPherson, M.L. *Long-acting opioids and short-acting opioids: appropriate use in chronic pain management*. Pain Med. 2009 (10): S79-88.
- Furlan, A.D.; Van Tulder, M.W.; Cherkin, D.C.; Tsukayama, H.; Lao, L.; Koes, B.W. & Berman, B.M. *Acupuncture and dry-needling for low back pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2005.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Assessment and management of acute pain*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2006.
- Institute for Safe Medication Practices. *Safety issues with patient-controlled analgesia Part I— How errors occur*. ISMP Medication Safety Alert! July 10, 2003. www.ismp.org/Newsletters/. Access September 2010.

5. BIBLIOGRAFIA: (continuación)

- Kress, H.G. *Clinical update on the pharmacology, efficacy and safety of transdermal buprenorphine*. European Journal of Pain. 2009 13(3): 219-30.
- Manterola, C.; Astudillo, P.; Losada, H.; Pineda, V.; Sanhueza, A. y Vial, M. *Analgesia in patients with acute abdominal pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 3.
- Merlin, T. & Hiller, J. *Are institutionalised approaches to pain assessment and management effective? A systematic review*. Proc One HTA Health Technol Assess Int Meet 1st 2004 Krakow Pol. 2004; (1).
- Ministerio de salud. *Guía Clínica alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados paliativos*. Santiago, MINSAL 2009.
- Mojtaba, Dorri. [Patient Controlled Analgesia: Clinician Information](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- Nnoaham, K.E. & Kumbang, J. *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008 (3).
- Olivares Crespo, M. y Rodríguez, Juan. *Evaluación psicológica del dolor Clínica y Salud*. 2008, vol. 19 n.º 3 - Págs. 321-341. Brumner Suddarth: Enfermería Medicoquirúrgica. VOL1 novena edición pp 200-227.
- Ong, Jennifer. [Pain \(Acute\): Management](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- Ong, Jennifer. [Pain \(Chronic\): Management](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- Opiyo, Newton. [Pain \(Paediatric Acute\): Assessment & Management](#). JBI Database of Evidence Summaries, 2009.
- Pidgeon, Brad. [Pain: Assessment & Management](#). JBI Database of Evidence Summaries 2009.
- Rathnayake, Tharanga. [Pain: Assessment Tools](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2010.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Assessment and management of pain: supplement*. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2007, Feb. 27 p. http://www.rnao.org/Storage/29/2351_BPG_Pain_and_Supp.pdf.
- Serrano Álvarez y J. Prieto. *Valoración del dolor*. Rev. Soc. Esp. Dolor. 202, 9: 109-121.
- Sloman, R.; Rosen, G. % Rom, M. & Shir, Y. *Nurses assessment of pain in surgical patients*. J Adv Nurs. 2005; 52(2): 125-32.
- Turner, J.A.; Sears, J.M. & Loeser, J.D. *Programmable intrathecal opioid delivery systems for chronic noncancer pain: a systematic review of effectiveness and complications*. Clin J Pain. 2007; 23(2): 180-95.
- Walsh, D.M.; Howe, T.E.; Johnson, M.I. & Sluka, K.A. *Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 2.
- Wiffen, P.; Collins, S.; McQuay, H.; Carroll, D.; Jadad, A. & Moore, A. *Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 ; (3).

7. DOCUMENTOS ASOCIADOS:

H-18.1 Escala visual analógica.

H-18.1.1 Escala Universal del dolor.

H-18.2 Escala Painad.

H-18.3 Escala para valorar el dolor en niños de 0-3 años.

H-18.4 Escala para valorar el dolor en niños de 1 mes 3 años.

H-18.5 Escala de Wong-Baker en niños de 4-8 años.

H-18.6 Escala del nivel de sedación de Ramsay.