

## RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA EN TORNO A LA VALORACIÓN DEL DOLOR

Basadas en la Guía de buenas prácticas en enfermería “valoración y manejo del dolor” RNAO 2011.

El sistema de clasificación de la evidencia ha sido adaptado de la Scottish Intercollegiate Guideline Network (2000)

<b>Grado A</b>	Este grado debe incluir una revisión sistemática y/o metaanálisis de ensayos aleatorizados y controlados.
<b>Grado B</b>	Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien dirigidos, pero no de ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Esto incluye la evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, estudios cuasiexperimentales como son los estudios comparativos, los estudios de correlación y los estudios de casos.
<b>Grado C</b>	Requiere la evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o su opinión y/o las experiencias clínicas de autoridades. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables.

RECOMENDACIÓN	GRADO
<p><b>VALORACIÓN</b></p> <p>Cribado del dolor</p> <p>1. Hacer una valoración , al menos una vez al día, de las personas que potencialmente pueden sufrir dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ En el caso de los niños, tener en cuenta las siguientes consideraciones:</li> <li>▫ Preguntar a los padres las palabras que el niño podría utilizar para describir el dolor u observarle para detectar algún comportamiento o señal que indique dolor.</li> <li>▫ Valorar el dolor cuando se lleve a cabo cualquier tipo de examen rutinario.</li> <li>▫ En el caso de ancianos frágiles y personas con la capacidad verbal o cognitiva limitadas, realizar una exploración para comprobar si se presenta alguna de los siguientes indicadores:</li> <li>▫ afirma la presencia de dolor;</li> <li>▫ experimenta cambios en el estado de salud;</li> <li>▫ se le ha diagnosticado una enfermedad de dolor crónico;</li> <li>▫ tiene antecedentes de dolor crónico tácito;</li> <li>▫ ha tomado medicamentos para el tratamiento del dolor durante más de 72 horas;</li> <li>▫ tiene comportamientos que denotan sufrimiento o pone muecas de dolor;</li> <li>▫ la familia, el personal o el acompañante avisan de la presencia de dolor.</li> </ul>	<b>C</b>
<p>Parámetros para la valoración del dolor</p> <p>2. En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho autoinforme (incluidos los niños), se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia o el cuidador.</p> <p>3. Para la valoración de los parámetros de dolor se ha seleccionado una herramienta sistemática y validada que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ localización del dolor;</li> <li>▫ la identificación de los efectos del dolor en el funcionamiento y las actividades de la vida diaria (es decir, trabajo, interferencias con las actividades habituales, etc.);</li> <li>▫ el nivel de dolor en estado de reposo o de actividad;</li> <li>▫ el manejo de la medicación;</li> <li>▫ factores desencadenantes o precipitantes;</li> <li>▫ calidad del dolor (¿Qué palabras utiliza la persona para describir el dolor?)</li> </ul>	<b>C</b>

RECOMENDACIÓN		GRADO
Parámetros para la valoración del dolor (continuación)	- ¿Dolor sordo, punzante, etc?); n R - Irradiación del dolor (¿El dolor va más allá del foco inicial?); n S - severidad del dolor (escala de intensidad de 0 a 10); y n T - frecuencia temporal (ocasional, intermitente, continua).	C
	4. Para la valoración de la intensidad del dolor se utiliza una herramienta sistemática y validada. n Visual Analógica (EVA); n Escala de Valoración Numérica (NRS, por sus siglas en inglés); n Verbal; n Facial; n de Conducta.	C
	5. La evaluación del dolor también incluye indicadores fisiológicos y conductuales del dolor, y deben ser incluidos en poblaciones como lactantes, niños, personas con deterioro cognitivo y personas con dolor agudo.	C
Valoración integral del dolor	6. Los siguientes parámetros forman parte de una valoración integral del dolor: n exploración física y pruebas relevantes de laboratorio y de diagnóstico; n efecto y comprensión de la enfermedad actual; n significado del dolor y de la aflicción causada por el dolor; n estrategias para afrontar el estrés y el dolor; n efectos sobre las actividades de la vida diaria (especialmente en el caso de ancianos frágiles y personas con discapacidad cognitiva); n psicosociales y espirituales; n sociales y psicológicas (ansiedad, depresión); n factores situacionales: cultura, idioma, factores étnicos, efectos económicos derivados del dolor y del tratamiento; n preferencias personales y expectativas, creencias y mitos sobre los métodos para el manejo del dolor; y n preferencias personales y la respuesta frente a la información proporcionada, relacionada con su estado de salud y el dolor.	C
Revaloración y valoración continuada del dolor	7. Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados. n El dolor se revalorará cada vez que aparezca un nuevo episodio o se realice un procedimiento, cuando la intensidad aumente, y cuando el dolor no remita con estrategias que antes eran eficaces. n El dolor se revalora después de que la intervención haya alcanzado el efecto máximo (15-30 minutos después de la administración del fármaco por vía parenteral, una hora después de la liberación inmediata del analgésico, 4 horas después de que el parche de liberación prolongada de analgésicos o parche transdérmico, 30 minutos después de la intervención no farmacológica)	C

RECOMENDACIÓN		GRADO
	n El dolor agudo postoperatorio debe ser examinado con regularidad en función de la operación y de la intensidad del dolor con cada nuevo informe de dolor o caso de dolor inesperado, y después de la administración de cada analgésico, dependiendo del tiempo del efecto pico.	
Revaloración y valoración continuada del dolor (continuación)	8. Los siguientes aspectos se incluyen en la revaloración periódica del dolor: n la intensidad del dolor actual, la calidad y la localización; n la intensidad máxima soportable del dolor durante las últimas 24 horas, en estado de reposo y de movimiento; n el grado de alivio del dolor conseguido: la respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor); n las barreras para la implantación del plan de cuidados; n los efectos del dolor en las AVD, el sueño y el estado de ánimo; n los efectos secundarios de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento); n nivel de sedación; y las estrategias utilizadas para aliviar el dolor, por ejemplo: n La toma de analgésicos de forma regular o para el dolor irruptivo. n Intervenciones no farmacológicas: n Modalidades físicas	C

	<ul style="list-style-type: none"> <li>n Estrategias cognitivas y de comportamiento</li> <li>n Estrategias de rehabilitación</li> <li>n Cambios de entorno.</li> <li>n Reducción de la ansiedad.</li> </ul>	
Documentación de la valoración del dolor	9. El dolor intenso de aparición inesperada, sobre todo si es repentino o asociado con alteraciones de los signos vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre, debe ser valorado inmediatamente.	C
	10. Registrar en un registro normalizado las experiencias de dolor de cada persona en una población o entorno de cuidados específico. Las herramientas para llevar a cabo el registro incluyen: n inicial, valoración integral y revaloración. n Herramientas de monitorización que hagan un seguimiento de la eficacia de la intervención (escala de 0 a 10).	C
	11. Documentar la valoración del dolor de forma regular y habitual en registros normalizados que sean accesibles a todos los profesionales de salud involucrados en los cuidados.	C
	12. Enseñar a los individuos y a las familias (como subrogados) a registrar la valoración del dolor en las herramientas adecuadas cuando se prestan los cuidados. Esto facilitará sus aportaciones al plan de cuidados y contribuirá a que se sigan, en todos los ámbitos, criterios homogéneos para el manejo del dolor.	C

RECOMENDACIÓN		GRADO
Notificación de las conclusiones extraídas de la valoración del dolor	13. Confirmar con las personas o proveedores de cuidados que los resultados de la valoración del dolor (realizada por profesionales de la salud o cuidador) reflejan la experiencia de dolor del individuo	C
	14. Comunicar a los miembros del equipo interdisciplinar los resultados de la valoración del dolor mediante la descripción de los parámetros de dolor obtenidos mediante el uso de una herramienta de valoración estructurada, el alivio o la falta de alivio obtenido con el tratamiento, los objetivos de la persona respecto al tratamiento del dolor y el efecto del dolor en la persona.	C
	15. Abogar a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio con lo siguiente: n la intensidad del dolor utilizando para ello una escala validada; n las modificaciones en los resultados sobre la intensidad del dolor en las últimas 24 horas; n los cambios en la calidad e intensidad del dolor tras la administración de analgésicos y en el tiempo que dura el efecto; n la cantidad de medicamentos administrados para el dolor persistente y para el dolor irruptivo durante las últimas 24 horas; n el grado de alivio que el paciente espera obtener; n el efecto que el dolor continuo tiene en el paciente; n la presencia o ausencia de efectos secundarios o tóxicos; y n las sugerencias para realizar cambios determinados en el plan de cuidados respaldados por la evidencia.	C
	16. Informar al paciente o al cuidador sobre: n la utilidad de un diario o un registro del dolor (proporcionar una herramienta para ello). n la conveniencia de comunicarle al médico que los dolores persisten y respaldar al paciente para que vele por su propia salud.	C
	17. La responsabilidad ética de informar de las situaciones de dolor persistente a través de cualquier canal de comunicación apropiado de la institución, incluida la documentación del propio paciente o del cuidador.	C
	18. Derivar a los pacientes con dolor crónico que no han experimentado ninguna mejoría tras el tratamiento estándar a: n un especialista competente en el tratamiento de ese tipo específico de dolor; n un equipo multidisciplinar que aborde los factores complejos emocionales, psicosociales, anímicos y médicos concomitantes involucrados.	C