

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Protocolo Consensuado 2013 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

PROTOCOLO ELABORADO POR EL EQUIPO IMPULSOR IMPLICADO EN LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA RNAO*: VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR.

AUTORAS:

- Ruiz García, M^a Victoria (1)
- Gómez Tomás, Alicia (2)
- Córcoles Jiménez, M^a Pilar (3)
- Herreros Sáez, Lucía (4)
- Segovia Gil, M^a Isabel (4)
- López Simón, Julia (4)
- Gómez Hontanilla, Mercedes (2)
- Villanueva Velasco, Rosa M^a (2)
- Martínez Fajardo, Celia (2)
- Olivares Mesas, Mercedes (2)
- Belmonte Lorenzo, José Antonio (5)
- Nieto Mejías, Llanos (6)
- Corominas Clemente, Cristina (2)
- Castillo García, M^a Dolores (7)

Enfermeras.

- (1) Servicio de Urgencias.
- (2) Unidad de Neurocirugía, Neurología y Otorrinolaringología.
- (3) Unidad de Investigación.
- (4) Unidad de Cirugía General y Vascular.
- (5) Unidad de Cirugía General y Torácica.
- (6) Unidad de Traumatología y Cirugía Maxilofacial.
- (7) Unidad de Urología y Ginecología.

*RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Protocolo realizado: Octubre 2013

Próxima revisión: Octubre 2016

ÍNDICE

Pág.

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 2. POBLACIÓN DIANA | 2 |
| 3. OBJETIVOS..... | 3 |
| 4. PERSONAL | 3 |
| 5. MATERIAL Y SISTEMAS DE REGISTRO..... | 3 |
| 6. VALORACIÓN DEL DOLOR | 3 |
| 7. MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR | 5 |
| 8. MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR | 6 |
| 9. PREVENIR EL DOLOR CAUSADO POR PROCEDIMIENTOS..... | 9 |
| 10. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA..... | 9 |
| 11. PROBLEMAS POTENCIALES | 10 |
| 12. PUNTOS A REFORZAR..... | 11 |
| 13. RECOMENDACIONES AL ALTA..... | 11 |
| 14. RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN DEL PERSONAL..... | 11 |
| 15. INDICADORES DE EVALUACIÓN..... | 12 |
| 16. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN | 13 |
| 17. RESUMEN RECOMENDACIONES Y ACTUACIÓN. | 14 |
| 18. ANEXOS..... | 15 |
| ANEXO I. Registro valoración inicial del dolor: valoración inicial de enfermería (Mambrino XXI) | 15 |
| ANEXO II. Escalas de valoración del dolor..... | 16 |
| ANEXO III. Registro valoración de la intensidad del dolor: formulario de constantes vitales | 17 |
| ANEXO IV. Agrupación de cuidados. Manejo del dolor..... | 17 |
| ANEXO V. Tipos de dolor..... | 17 |
| ANEXO VI. Educación al paciente. Técnicas de relajación para el manejo del dolor..... | 18 |
| 19. VIGENCIA..... | 19 |
| 20. BIBLIOGRAFÍA | 20 |

1. INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión”.⁽¹⁾ En consecuencia, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse por declaración de quien lo sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona.⁽²⁾

En pacientes hospitalizados, la prevalencia de dolor se ha estimado en un 61,4%, sin diferencias por sexo; la mayoría presentaban dolor leve. Los pacientes postquirúrgicos tenían más prevalencia de dolor que los no quirúrgicos, aunque la intensidad se mantenía en niveles de dolor moderados.⁽³⁾ El porcentaje de dolor con intensidad de moderado a severo en pacientes de distintas áreas fue: 38,8% en el área médica, 62,6% en el área quirúrgica, 32,4% en psiquiatría y 56,6% en los pacientes ingresados en el área de larga estancia.⁽⁴⁾

Otros estudios cifran la prevalencia de dolor postoperatorio entre el 46 y el 53%.⁽⁵⁾ En pacientes ingresados en Unidades Quirúrgicas se han encontrado prevalencias del 56,5% de dolor moderado-severo.⁽⁶⁾ Las consecuencias de este sentimiento desagradable son el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación.

En la práctica puede haber una baja calidad asistencial en el tratamiento del dolor, debido entre otras causas a problemas organizativos, falta de tiempo, falta de motivación, complejidad en el manejo, dificultad para medir el dolor o escaso conocimiento de los mecanismos de acción de los distintos analgésicos y, en general, del tratamiento global del dolor.^(7, 8) En particular, el dolor postoperatorio se sigue tratando de forma inadecuada, objetivándose un deficiente uso de analgésicos opiáceos, por desconocimiento sobre sus características farmacológicas, miedo a efectos secundarios como la depresión respiratoria, vías de administración o pautas inadecuadas.⁽⁵⁾

Entre pacientes hospitalizados la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no sólo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en las altas, con el consiguiente incremento en los costes asistenciales.⁽⁹⁾ Entre las repercusiones del dolor postoperatorio se han objetivado diversos efectos adversos, entre los que destacan el deterioro de la función respiratoria y las complicaciones cardiocirculatorias por la liberación de catecolaminas causada por la hiperactividad simpática asociada al dolor, sin olvidar complicaciones psicológicas por el impacto emocional del dolor (5), así como un retraso en la recuperación y rehabilitación del paciente tras la cirugía (10). El 33,3% de los pacientes hospitalizados refirió bastante o mucha limitación, como consecuencia de su dolor, en las actividades personales de la vida diaria durante su ingreso (levantarse, lavarse, pasear, hablar, leer, etc.).⁽⁴⁾

Por tanto, un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general. En distintas publicaciones se recoge cómo la estandarización de programas para el manejo del dolor resulta efectiva.^(8, 9)

Un manejo adecuado del dolor empieza por el cribado en busca de la presencia de dolor. En la actualidad y en un esfuerzo por superar esta barrera y hacer del dolor una prioridad, los principios de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital.⁽¹¹⁾

Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en el manejo del dolor a través del conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor. Además, tienen la obligación legal y ética de velar por que se utilicen los medios más efectivos con el fin de lograr el bienestar y el alivio del dolor en los pacientes.⁽¹²⁾

En este sentido, el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) se ha unido a la iniciativa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) para la implantación de recomendaciones basadas en la evidencia que nos ayuden a prevenir, mitigar y tratar el dolor en nuestros pacientes, convirtiendo el alivio del dolor en una prioridad. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

2. POBLACIÓN DIANA

Todo paciente mayor de 14 años ingresado a en el CHUA.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Unificar criterios para la valoración y manejo del dolor del paciente ingresado en el CHUA, proporcionando recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, dirigidas tanto a profesionales sanitarios, no sanitarios, pacientes, familiares y/o cuidadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Prevenir el dolor.
- Disminuir el porcentaje de pacientes con dolor durante el ingreso
- Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia priorizar el alivio del dolor.
- Optimizar el manejo adecuado de analgesia.

4. PERSONAL

El manejo del dolor debe tener un enfoque multidisciplinar (*Grado de recomendación = C*)

ENFERMERA

- Valoración del dolor y manejo, administrando el tratamiento prescrito y siguiendo las pautas del manejo no farmacológico del dolor establecidas en la Unidad.

MÉDICO:

- Valoración del dolor y manejo, estableciendo la pauta analgésica en función del tipo de dolor, intensidad y plan de cuidados.

SUPERVISORA DE LA UNIDAD:

- Velar por el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en este protocolo.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y CELADOR:

- Colaborar en el manejo no farmacológico del dolor.
- Movilización del paciente evitando posturas que puedan resultar dolorosas.

5. MATERIAL Y SISTEMAS DE REGISTRO.

Las instituciones sanitarias deben asegurar que hay recursos disponibles para toda persona, familia o cuidador, y personal sanitario, con el fin de proporcionar una valoración y manejo del dolor efectivos. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

Debemos registrar la valoración del dolor de forma regular y sistemática en un formulario normalizado. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

- Registro valoración inicial del dolor: Valoración inicial de Enfermería (Anexo I)
- Escalas de valoración del dolor (Anexo II)
- Registro valoración de la intensidad del dolor: Formulario de constantes vitales (Anexo III)
- Agrupación de cuidados. Manejo del dolor. (Anexo IV).

6. VALORACIÓN DEL DOLOR

Se debe 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. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

La **valoración inicial del dolor** se realizará **al ingreso**, dentro de la valoración inicial de Enfermería (**Anexo I**). Los parámetros del dolor que valoraremos serán:

- Localización de dolor.
- Factores desencadenantes
- Irradiación del dolor.

- Intensidad del dolor.
- Frecuencia temporal (intermitente, continuo).
- Medicación para el alivio del dolor y efectos adversos. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

Para **valorar la intensidad del dolor** se utilizará una herramienta sistemática y validada. *Grado de recomendación = A*.⁽¹²⁾ Utilizaremos la Escala Numérica (NRS), la Escala Visual Analógica (EVA), Escala Facial y Escala PAINAD en función de las características de las escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional y de lenguaje). (**Anexo II**). El resultado numérico (0-10) de la valoración de la intensidad del dolor se registrará en el formulario de constantes vitales (**Anexo III**).

La enfermera responsable del paciente valorará estos parámetros, los registrará en la Historia Clínica (Valoración inicial de Enfermería) y asignará la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada (Necesidad alterada: Seguridad. Intervención: Manejo del dolor. **Anexo IV**).

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, se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia.

Grado de recomendación = C⁽¹²⁾

Se comunicará al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor, el alivio o la ausencia de éste, obtenido con el tratamiento, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en el enfermo, mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

Con ayuda del equipo interdisciplinar estableceremos un **plan de cuidados** compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los resultados de la valoración.
- Las características basales del dolor.
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor.
- La etiología.
- Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas.
- La intervención para el manejo del dolor.
- Los principales planes de cuidados actuales y futuros. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

Abogaremos 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. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

La valoración y revaloraciones periódicas del dolor las establecerá tanto médico como enfermera, de forma programada c/8-6h y/o en función del estado clínico del paciente, dejándolas reflejadas en la programación de las actividades diarias a realizar al paciente (Agrupación de cuidados: valoración del dolor c/8-6h). Se validará la intervención registrando intensidad del dolor (formulario de constantes) y añadiendo nota con la revaloración de los parámetros (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento...). Si no procede realizar la intervención (Ej. Paciente duerme), se anulará y anotará motivo.

Se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La detección del dolor se realizará a través de autoinforme, preguntando al propio paciente o a la familia y/o cuidador, sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.
Grado de recomendación = C⁽¹²⁾
- Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

- **Tras la intervención quirúrgica**, la valoración se realizará **a su llegada** a la Unidad y **cada 6h postintervención**. La enfermera que recibe al paciente realizará la valoración del dolor, la registrará en el formulario de constantes vitales y realizará los cuidados para el manejo del dolor protocolizados. Si no procede realizar la intervención, se anulará y anotará motivo.
- El dolor agudo postoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que alcanza su máximo efecto. *Grado de recomendación = C.*⁽¹²⁾
 - 60 minutos después de la administración de la terapia por vía parenteral
 - 30 minutos después de una intervención no farmacológica

La intensidad del dolor se revalorará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, se realice un nuevo procedimiento que se prevea doloroso, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces.

Los siguientes parámetros se incluyen en las valoraciones periódicas del dolor.

Grado de recomendación = C

- Intensidad del dolor actual, calidad y localización.
- Grado de alivio del dolor conseguido – respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor).
- Los efectos del dolor en el sueño y el estado de ánimo.
- Los efectos adversos de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento).
- El nivel de sedación.
- Las estrategias, farmacológicas como no farmacológicas, utilizadas para aliviar el dolor.⁽¹²⁾

Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre (*Grado de recomendación = C*)⁽¹²⁾, y ponerlo en conocimiento del médico responsable.

Debemos confirmar con los pacientes o con los cuidadores que las conclusiones de la valoración del dolor (obtenidas por el personal sanitario, el paciente y el cuidador) reflejan realmente la experiencia vivida por el propio paciente. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

7. MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

El médico responsable del paciente establecerá cual va a ser el manejo farmacológico del dolor, dejando constar la pauta a seguir en función del tipo de dolor que presente el paciente (**Anexo V**).

Hay que asegurarse de que la **elección de analgésicos se adapta a cada persona**, teniendo en cuenta el tipo de dolor (agudo o crónico, irruptivo, nociceptivo, neuropático,...), la intensidad del dolor, los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (la edad, enfermedad...), el estado general de salud, los problemas concomitantes de salud, la respuesta a la medicación previa o actual, los costes para el paciente, la familia y el lugar donde se realizan los cuidados. *Grado de recomendación = A*⁽¹²⁾

Aconsejar el uso del **programa más sencillo para la dosificación de los analgésicos** y las **modalidades de manejo del dolor menos invasivas**:

- La vía oral es la ruta preferida para el dolor crónico y el dolor agudo en la fase de curación.
- Tras una cirugía mayor suele elegirse la administración parenteral por vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua. *Grado de recomendación = C*
- La vía intramuscular no es recomendable en adultos, es dolorosa y poco fiable. *Grado de recomendación = B*
- Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando no pueda hacerse a través de la vía oral, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como la vía más eficaz y menos invasiva. *Grado de recomendación = C*⁽¹²⁾

8. MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR ⁽¹²⁾

Se deben combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor.

- Los tratamientos no farmacológicos no se deben utilizar como sustituto del tratamiento farmacológico adecuado.
- La selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en las preferencias del paciente así como en los objetivos del tratamiento.
- Antes de aplicar cualquier método no farmacológico, hay que tener en cuenta las contraindicaciones potenciales del mismo. *Grado de recomendación = C*

Se deben establecer estrategias específicas con una eficacia reconocida para ciertos tipos de dolor como son la aplicación superficial de calor o frío, masajes, relajación, visualización, y presión o vibración, salvo contraindicaciones. *Grado de recomendación = C.*

1. APLICACIÓN DE FRÍO.

- Contribuye a bajar la inflamación y calmar el dolor.
- El frío puede ser húmedo (compresas) ó seco (bolsa de hielo)
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación.
- En aplicaciones secas nunca se pone directamente sobre la piel (envolver en una toalla o sábana).
- Colocar durante 15-20 min. de forma discontinua cada 2 horas.
- Al terminar secar la piel con cuidado y por presión, nunca frotando.
- Registrar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción (Agrupación de cuidados. Necesidad: Seguridad. Manejo del dolor: Tratamiento no farmacológico del dolor)

Indicaciones

- Reducir o prevenir inflamaciones por traumatismos (esguinces, bursitis, rotura muscular...)
- Disminuir el dolor asociado a esas inflamaciones.
- Controlar pequeñas hemorragias
- Cefalea.
- Hematomas.

Contraindicaciones

- En áreas con circulación pobre (pie diabético).
- Durante la aplicación de radioterapia, se puede utilizar en esta área a los 5 días posteriores a finalizar el tratamiento, siempre que la piel no esté escamosa roja o sensible.
- Sobre una herida que este en proceso de cura.
- Síndrome de Raynaud.

2. APLICACIÓN DE CALOR

- Contribuye a aliviar el dolor y los espasmos musculares.
- El calor puede ser húmedo (compresas, baño de agua) o seco (botellas de agua caliente)
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación
- Colocar durante 15-20 min de forma discontinua cada 2 horas.
- Anotar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción.

Indicaciones

- Disminuir el dolor en las inflamaciones no traumáticas de las articulaciones (artritis).
- Acelerar la maduración de procesos infecciosos y facilitar que una colección de pus drene al exterior.
- Relajar una musculatura contraída (contractura).

Contraindicaciones

- En cualquier zona que sangre.
- En zonas con disminución de la sensibilidad.
- En las primeras 24h después de producirse una herida.
- Si se está utilizando algún producto que contenga mentol.
- Durante la aplicación de radioterapia, se puede utilizar en esta área a los 5 días posteriores a finalizar el tratamiento, siempre que la piel no esté escamosa, roja o sensible.
- Evitar aplicar sobre prominencias óseas.

Enfermería valorará la utilización de estos métodos, teniendo en cuenta que muchos pacientes pueden pensar que no se les está dando importancia a su dolor. Tiene que ser capaz de dar una explicación adecuada para que el paciente sepa que es un método adyuvante a su tratamiento farmacológico.

3. CAMBIOS POSTURALES

Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor (Ej: peritonitis) en los que el paciente tiende a la inmovilidad.

Algunas posturas como:

- Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas.
- Anteflexión del tronco, puede mejorar el dolor en procesos de origen pancreático.

4. MEDIDAS AMBIENTALES CONFORTABLES

Temperatura de la habitación confortable, luz ambiental tenue, evitar ruidos, ropa de cama sin arrugas, seca y limpia...

5. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, PSICOEDUCATIVA Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

Implantar al inicio del tratamiento intervenciones psicosociales que faciliten la adaptación del paciente y la familia (*Grado de recomendación = B*) y establecer intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor (*Grado de recomendación A*)⁽¹²⁾ pueden ser de gran utilidad.

Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la *ansiedad*, el *miedo* y la *depresión*, lo cual enfatiza la importancia de prestar apoyo psicológico a los pacientes, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto.⁽¹³⁾

En líneas generales la **intervención psicológica** en el paciente con dolor, tiene las siguientes finalidades⁽¹⁴⁾:

- Aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor.
- Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
- Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
- Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas inadaptativas.
- Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.

El **apoyo social** dota a las personas de una red de ayuda, oportunidades y cuidados que también influyen sobre el dolor y su control. Las consecuencias positivas del apoyo social (permitir la descarga emocional, generar sentimientos positivos, proporcionar información sobre procedimientos y acontecimientos, facilitar oportunidades...) contribuyen indirectamente a mejorar los niveles de dolor y a disminuir la intensidad de los cuadros depresivos asociados a ese dolor. Sin embargo, en ocasiones, la necesidad de aprobación social y de búsqueda de apoyo puede ser un factor que en vez de contribuir al alivio del dolor, suponga una variable incrementadora del mismo, al convertirse el dolor en una llamada de atención que acarrea empeoramiento de la enfermedad.⁽¹⁵⁾

Debemos valorar las *conductas de dolor* de los pacientes y su *relación con el apoyo social*.⁽¹⁶⁾ Conocer el clima afectivo que predomina en el entorno familiar puede ayudarnos a orientar el plan de cuidados.

El personal sanitario debe **reforzar comportamientos adaptativos** como la actividad y el ejercicio (si no está contraindicado), mientras debe dejar de prestar atención a los desadaptativos y entrenar a los familiares. Frecuentemente se observa cómo algunos familiares prestan atención de forma sistemática a las quejas, peticiones de ayuda y demás conducta de dolor de los pacientes, relevándoles de muchas de las actividades que requieren esfuerzo.

Las **intervenciones educativas** ayudan a aliviar el estrés, el dolor y a mejorar el bienestar del paciente hospitalizado.⁽¹⁵⁾ Estas intervenciones se pueden dividir en tres tipos:

1. Facilitar información sobre la asistencia sanitaria Se debe proporcionar más información al paciente, especialmente por escrito: Información durante la preparación para la cirugía, tiempo de los procedimientos, funciones y roles de los profesionales sanitarios, acciones de autocuidado, información sobre dolor/incomodidad... Siempre en función de las demandas y necesidades del paciente y familia.^(15, 17)

La información reduce el miedo y la ansiedad del paciente y facilita su colaboración. Se deben explicar los pasos del procedimiento, proporcionar información sobre la percepción sensorial y la importancia de informar de la percepción de dolor.

2. Aprendizaje de habilidades⁽¹⁵⁾. Algunas técnicas que se pueden emplear son:

2.1. Técnicas de regulación fisiológica:

- **Respiración:** Se usa generalmente para reducir ansiedad. En el tratamiento del dolor tienen cabida como una forma de romper el ciclo ansiedad-dolor-ansiedad (como estrategia previa a la relajación)⁽¹⁶⁾ (**Anexo VI**)
- **Relajación:** Comprende una serie de técnicas que pretenden controlar ciertas variables fisiológicas por medio de ejercicios corporales y cognitivos (tensión-distensión muscular, respiración e imaginación de escenas).⁽¹⁶⁾ El propósito fundamental es conseguir que el sujeto sea capaz de discriminar entre los estados de tensión y de relajación para que posteriormente pueda localizar aquellos focos de tensión de su cuerpo y relajarlos⁽¹⁵⁾ (**Anexo VI**). La relajación (al igual que la respiración) implica concentrar la atención en procesos concretos. Esto obliga a excluir del campo atencional a los estímulos dolorosos (**Distracción:** hablar de temas no relacionados con el procedimiento, desviar la atención), lo que elimina o reduce sensiblemente la experiencia de dolor.

2.2. Tratamiento de los aspectos conductuales:

- **Programación de actividades.** Con ellas se pretende aumentar las actividades gratificantes y distractoras.
- **Técnicas cognitivas.** Son un conjunto de intervenciones que tratan de modificar las creencias y pensamientos acerca de uno mismo, su situación presente y futura (reestructuración cognitiva)⁽¹⁶⁾ Los objetivos fundamentales son: Informar al paciente de sus supuestos sobre el origen del problema.
- Ayudarle a identificar sus pensamientos irracionales mediante la autoobservación y ayuda.
- Persuadirle sobre la irracionalidad de sus creencias y “desafiarle” a que deje de utilizarlas.

2.3. Aplicar a situaciones concretas de su vida real los puntos anteriores.^(14, 15)

3. Modificación del recuerdo: Replantear de forma más positiva los malos recuerdos de procedimientos anteriores. Reducir angustia

Tener en cuenta que las estrategias cognitivo-conductuales combinadas con un programa de rehabilitación multidisciplinario son un método importante para el tratamiento del dolor crónico benigno. *Grado de recomendación = A* ⁽¹²⁾

La enfermera registrará las medidas no farmacológicas empleadas en las actividades realizadas al paciente, seleccionando esta intervención dentro del catálogo de agrupación de cuidados (Necesidad: seguridad) y confirmándola como ejecución no programada.

9. PREVENIR EL DOLOR CAUSADO POR PROCEDIMIENTOS

Debemos anticiparnos al dolor que pueda aparecer durante ciertos procedimientos y combinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas como medida preventiva. *Grado de recomendación = C* ⁽¹²⁾. En aquellos procedimientos que se prevean dolorosos se consultará al médico responsable del paciente la pauta analgésica a seguir, administrando el analgésico 30 minutos antes de realizar el procedimiento y utilizando las medidas no farmacológicas que se prevean eficaces.

Valorar la utilización de los analgésicos y/o los anestésicos locales (Ej. Aplicación de crema anestésica con lidocaína, tipo Emla®. Consultar procedimiento de aplicación en www.chospab.es) como la base del tratamiento farmacológico de procedimientos dolorosos (Ej. Punciones lumbares, canalización de vías venosas o arteriales, curas de heridas). Los ansiolíticos y los sedantes se utilizan específicamente para la reducción de la ansiedad asociada. Si se utilizan de forma individual, tanto los ansiolíticos como los sedantes, afectan a las respuestas conductuales sin aliviar el dolor. *Grado de recomendación = C* ⁽¹²⁾

Cuando se realice una sedación consciente, asegurarse de que está supervisada por un especialista y que se establece un procedimiento de monitorización adecuado. *Grado de recomendación = C* ⁽¹²⁾

10. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA ⁽¹²⁾

Asegurarse que los pacientes entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos. *Grado de recomendación = C*

Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios. *Grado de recomendación = A*

La ansiedad es un factor muy importante a tener en cuenta ya que, la ansiedad provocada por la incertidumbre, el miedo a lo desconocido, puede provocar un manejo del dolor menos efectivo y puede ser aliviada proporcionando información. El paciente, familiar y/o cuidador debe ser informado de todo su proceso de manera objetiva: intervención a la que va a ser sometido, situaciones a las que se va a enfrentar, alternativas... Aprovecharemos el momento de la entrega del consentimiento informado para la autorización de realizar la intervención quirúrgica para proporcionar, tanto médico como enfermera (dentro de sus competencias), toda la información que requiera el paciente.

Esclarecer las diferencias entre adicción, tolerancia y dependencia física para evitar que una idea equivocada al respecto obstaculice el buen uso de los métodos farmacológicos utilizados en el manejo del dolor.

- La adicción (dependencia psicológica) no es una dependencia física o tolerancia y no es habitual en personas que toman opioides para el dolor crónico.
- Las personas que utilizan los opioides de manera crónica para controlar el dolor pueden mostrar signos de tolerancia que requieren aumentos de las dosis. Sin embargo, la tolerancia no suele ser un problema y la gente puede utilizar la misma dosis durante años.

- Las personas que ya no necesitan un opioide después de su utilización a largo plazo necesitan reducir su dosis lentamente a lo largo de varias semanas para prevenir los síntomas de abstinencia debido a la dependencia física. *Grado de recomendación = A*
- Confirmar con los pacientes o cuidadores que las conclusiones reflejan la experiencia vivida por el paciente.

11. PROBLEMAS POTENCIALES

Debemos anticipar y prevenir las siguientes situaciones.⁽¹²⁾

Monitorizar a los pacientes que tomen opioides para prevenir los posibles efectos secundarios más comunes como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia, y poner en conocimiento del médico responsable para iniciar el tratamiento profiláctico adecuado. *Grado de recomendación = B*

Identificar y tratar todas las posibles causas de los efectos secundarios teniendo en cuenta los medicamentos que potencian los efectos secundarios de los opioides.

- Sedación: sedantes, tranquilizantes, antieméticos.
- Hipotensión postural: antihipertensivos, antidepressivos tricíclicos.
- Confusión: fenotiazinas, tricíclicos, antihistamínicos y otros anticolinérgicos.

Grado de recomendación = A

1. Náuseas y vómitos

- Valorar a aquellos pacientes que toman opioides para comprobar si tienen náuseas o vómitos, prestando especial atención a la relación entre el síntoma y el momento de la toma. *Grado de recomendación = C*
- Asegurarse de que a los pacientes que toman analgésicos opioides de manera regular se les ha prescrito un antiemético “a demanda”; en caso de que las náuseas y los vómitos persistan, se administrarán de forma fija. *Grado de recomendación = C*
- Saber que los antieméticos tienen diferentes mecanismos de acción y que la correcta selección del antiemético se basa en el entendimiento de esto y de la etiología del síntoma. *Grado de recomendación = C*
- Comprobar con cierta frecuencia el efecto del antiemético para determinar el grado de alivio de las náuseas o vómitos y recomendar futuras valoraciones si el síntoma persiste a pesar de que el tratamiento sea el adecuado. *Grado de recomendación = C*
- Consultar con un médico el cambio de antiemético si se determina que las náuseas o vómitos están directamente relacionados con los opioides y no se produce una mejora con las dosis apropiadas de antieméticos. *Grado de recomendación = C*

2. Estreñimiento

Establecer unas medidas profilácticas para tratar el estreñimiento, salvo que existan contraindicaciones, y hacer un seguimiento constante para prevenir su posible aparición.

- Laxantes como medida preventiva, para los pacientes que sigan un tratamiento regular con opioides, los laxantes deben ir con prescripción y aumentar su dosis cuando sea necesario hasta alcanzar el efecto deseado. *Grado de recomendación = B*
- Los laxantes osmóticos ablandan las deposiciones y estimulan el peristaltismo, y podrían ser una alternativa válida para aquellos pacientes que tengan dificultad a la hora de administrar un volumen creciente de pastillas. *Grado de recomendación = B*

- Los laxantes estimulantes podrían estar contraindicados en caso de impactación fecal. Los enemas y supositorios podrían ser necesarios para solucionar la impactación antes de reanudar los estimulantes por vía oral. *Grado de recomendación = C*
- Aconsejar a los pacientes sobre posibles ajustes en la dieta para mejorar el peristaltismo intestinal, teniendo en cuenta las circunstancias personales (los pacientes gravemente enfermos podrían no tolerarlo) y preferencias. *Grado de recomendación = C*
- Derivar urgentemente al médico a aquellas personas con estreñimiento que no respondan al tratamiento y que además padezcan dolores abdominales y/o vómitos. *Grado de recomendación = C*

3. Somnolencia/sedación

Tener en cuenta que la sedación transitoria es normal e informar al paciente y a la familia o al cuidador de que la somnolencia es muy común al inicio de un tratamiento con opioides y, en consecuencia, cuando se aumente la dosis. *Grado de recomendación = C*

Valorar la somnolencia que persiste durante más de 72 horas para determinar la causa subyacente y notificar al médico si va acompañada de confusión o alucinaciones. *Grado de recomendación = C*

4. Efectos secundarios de los analgésicos: Comprobar alergias medicamentosas del paciente e informar sobre los posibles efectos secundarios que se pudieran producir con la administración de los analgésicos.

5. Autoinforme de dolor a pesar de las medidas adoptadas. Informar al paciente que debe comunicarle al médico que los dolores persisten. *Grado de recomendación = C*

12. PUNTOS A REFORZAR

- Monitorizar a las personas que toman opioides y que corren un mayor riesgo de padecer una depresión respiratoria, sabiendo que el uso de opioides en las personas que no sufren dolor alguno, o cuando las dosis administradas son más altas de lo necesario para el control del dolor, pueden ralentizar o paralizar la respiración.
 - La depresión respiratoria se desarrolla con menos frecuencia en personas que tienen su dosis de opioides ajustada adecuadamente. Aquellos que han tomado opioides durante un tiempo para el control del dolor crónico o relacionado con el cáncer son menos propensos a desarrollar este síntoma.
 - El riesgo de depresión respiratoria aumenta con la administración intravenosa o epidural de opioides, el aumento rápido de la dosis, o con la insuficiencia renal.
Grado de recomendación = A
- Seguimiento de los pacientes que toman analgésicos para detectar la toxicidad y los posibles efectos secundarios. *Grado de recomendación = C*
- Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la toma. Se recomienda un cambio de analgésicos cuando los actuales no alivien el dolor. *Grado de recomendación = C*

13. RECOMENDACIONES AL ALTA.

Proporcionar al paciente y/o a la familia informe de alta con las recomendaciones para manejo farmacológico y no farmacológico en función del tipo de dolor que presente el paciente, así como los signos y síntomas de alerta por los cuales debe consultar.

14. RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN DEL PERSONAL

Objetivos: Concienciar al personal sanitario y no sanitario sobre la importancia de la valoración y manejo del dolor de los pacientes durante la hospitalización, a través de cursos formativos periódicos, sesiones clínicas y dentro del Plan de Acogida para el personal de nueva incorporación en las Unidades.

Los tutores-profesores asociados a la Universidad incluirán las recomendaciones en sus sesiones formativas dirigidas a los estudiantes de Enfermería en cada Unidad. La formación sobre la valoración y manejo del dolor debe estar incluida en el plan de estudios de enfermería y en la formación continuada ([Grado de recomendación C](#))⁽¹²⁾

15. INDICADORES DE EVALUACIÓN

La evaluación de este protocolo se realizará dentro del contrato de Gestión de Calidad del CHUA, a través de los registros de la Historia Clínica. Para ello se medirán mensualmente los indicadores que se describen a continuación. El control del cumplimiento del protocolo estará a cargo del supervisor de cada Unidad.

1. Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado una intervención de detección del dolor durante el ingreso mediante autoinforme.

La detección del dolor se realizará mediante autoinforme de forma unificada preguntando a todos los pacientes si tienen dolor (Sí / No) y se registrará en la historia clínica. Para las personas mayores que no puedan proporcionar un autoinforme preguntar a la familia, el personal o el acompañante si detectan la presencia de dolor

[Número total de pacientes a los que se ha realizado una intervención de detección del dolor durante el ingreso mediante autoinforme / Número total de pacientes que han recibido el alta durante el periodo de recogida de datos] * 100

2. Porcentaje de pacientes que han recibido una valoración inicial del dolor

[Número total de pacientes que han recibido una **valoración inicial** del dolor / Número total de pacientes con un cribaje de dolor positivo (los pacientes han proporcionado un autoinforme diferente a “no dolor”) que han recibido el alta durante el periodo de recogida de datos] * 100

3. Porcentaje de pacientes con un plan de cuidados para el manejo del dolor durante el periodo de ingreso

[Número total de pacientes con un plan de cuidados para el manejo del dolor durante el periodo de ingreso / Número total de pacientes con un cribaje de dolor positivo que han recibido el alta durante el periodo de recogida de datos] * 100

4. Porcentaje de pacientes que han recibido una revaloración de forma periódica y/o cuando han experimentado un cambio en alguno de los parámetros de la valoración

[Número total de pacientes que han recibido una revaloración de forma periódica y/o cuando han experimentado un cambio en alguno de los parámetros de la valoración / Número total de pacientes con un cribaje de dolor positivo y que han sido valorados en relación al dolor una o más veces anteriormente que han recibido el alta durante el periodo de recogida de datos] * 100

5. Porcentaje de pacientes con dolor leve, dolor moderado, intenso o insoportable durante las 24 horas previas a la valoración

[Número total de pacientes con dolor leve/moderado/intenso o insoportable durante las 24 horas previas a la valoración / Número total de pacientes que han recibido el alta durante el periodo de recogida de datos y que han sido valorados] * 100;

Dolor leve: 1-2. Dolor moderado: 3-5. Dolor intenso: 6-8. Dolor insoportable: 9-10

16. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Sistema de clasificación de los grados de recomendación adaptado de la Scottish Intercollegiate Guideline Network (2000).

| | |
|--|--|
| A | Debe incluir una revisión sistemática y/o un metanálisis de ensayos aleatorizados y controlados. |
| B | Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, estudios cuasiexperimentales y estudios no experimentales como son los estudios comparativos, correlación y de casos. Estudios cualitativos bien diseñados. |
| C | 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. |
| PUNTO DE BUENAS PRÁCTICAS Basadas en la experiencia clínica y el consenso del equipo de desarrollo de la Guía. Área para futuras investigaciones. | |

17. RESUMEN RECOMENDACIONES Y ACTUACIÓN.

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. RESUMEN DE ACTUACIÓN

En el CHUA hemos incorporado algunas recomendaciones basadas en la evidencia para ayudar a prevenir, mitigar y tratar el dolor en nuestros pacientes, convirtiendo el **alivio del dolor en una prioridad**.

Valoración inicial del dolor. Se realizará **al ingreso**, dentro de la **valoración inicial de Enfermería**. Registrar: Intensidad y localización del dolor. Si procede, se registrará en observaciones otros parámetros del dolor: tipo de dolor, frecuencia, irradiación, factores desencadenantes.

Para **valorar la intensidad del dolor como quinta constante vital** se utilizará la Escala Numérica (NRS), la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Facial o la Escala PAINAD, en función de las características de las escalas y del paciente (Anexo II). El resultado (0-10) se registrará en el **formulario de constantes vitales**.

Asignar agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada (Necesidad alterada: Seguridad. "Manejo del dolor"):

1. **Valoración del dolor de forma programada (c/6h ó c/8h) y/o en función del estado clínico del paciente.** Se validará la intervención registrando intensidad (formulario de constantes) y añadiendo nota con la revaloración de los parámetros (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento...). Si no procede realizar la intervención (Ej. Paciente duerme), se anulará y anotará motivo. La intensidad del dolor se reevaluará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, aumente la intensidad y cuando el dolor no remita con las estrategias previamente eficaces. Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado y ponerlo en conocimiento del médico.

Si el paciente precisa intervención quirúrgica, se realizará valoración a su llegada a la Unidad y cada 6h postintervención.

2. **Valoración de dolor postanalgesia.** El médico establecerá el **manejo farmacológico del dolor**, prescribiendo la pauta a seguir en función del tipo de dolor que presente el paciente. Enfermería valorará el dolor 60 minutos después de la administración del tratamiento por vía parenteral.
3. **Anticiparse al dolor y valoración de dolor después de procedimientos.** Administrar analgésico (prescrito) 30 minutos antes del procedimiento y utilizar las medidas no farmacológicas que se prevean eficaces. Consultar con el médico la pertinencia de utilizar anestésicos locales, ansiolíticos y sedantes para reducir el dolor y la ansiedad asociada. Ej. **Canalización de vía venosa con analgesia**. Se aplicará pomada analgésica si procede.
4. **Medidas analgésicas no farmacológicas.** Combinar con métodos farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor (calor, frío, relajación,...). No utilizar tratamientos no farmacológicos como sustitutos del tratamiento farmacológico adecuado. Considerar sus contraindicaciones. **Intervenciones psicosociales, psicoeducativas y cognitivo-conductuales** que podemos utilizar: Preparación (información sobre el procedimiento), distracción (leer, escuchar música, conversar), ejercicios de respiración profunda y lenta, relajación muscular, realizar cambios posturales (posturas antiálgicas), medidas ambientales confortables. Valoración del dolor 30 minutos después.

Educación al paciente y familia. Informar sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, corregir falsos mitos. Deben comunicar la falta de alivio, los cambios producidos en el dolor y los efectos secundarios de los analgésicos.

Proporcionar **informe de alta** con las recomendaciones para el manejo farmacológico y no farmacológico según tipo de dolor, así como los signos y síntomas de alerta por los cuales deben consultar.

EL DOLOR ES UN PROBLEMA RELEVANTE EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA
;;;COLABOREMOS EN SU PREVENCIÓN Y ALIVIO;;;

18. ANEXOS.

ANEXO I: Registro valoración inicial del dolor: Valoración inicial de Enfermería (Mambrino XXI)

The image displays two screenshots from a medical information system. The left screenshot shows a patient's medical history with a 'Formulario Proceso' window open, highlighting the 'Valoración de Enfermería al ingreso' button. The right screenshot shows a 'Formulario de Valoración de Dolor' window with a dropdown menu for 'Módulo de Dolor'.

Formulario Proceso (Left Screenshot):

| Nombre | Intendencia | Fecha creación | Creado por | Fecha Modificación | Modo |
|-------------------------------|-------------|------------------|------------|--------------------|------|
| Auxiliar de Enfermería | 0 | 10/12/2012 11:59 | mmmm364 | 11/12/2012 11:21 | orga |
| Consultas Vitales | 0 | 10/12/2012 11:45 | eecc16 | 11/12/2012 09:14 | eecc |
| Valoración Enfermería Ingreso | 0 | 10/12/2012 11:55 | eecc16 | 10/12/2012 11:55 | eecc |

Formulario de Valoración de Dolor (Right Screenshot):

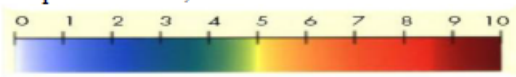
Módulo de Dolor:

- 1. Ausencia de Dolor
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10. Mismo Dolor Permiso por el Paciente

ANEXO II: Escalas de valoración del dolor.

Para medir la intensidad del dolor se utilizarán las siguientes escalas en función de las características del paciente. La puntuación obtenida (0-10) se registrará en el formulario de constantes vitales.

1. **Escala numérica (NRS).** Se le pedirá al paciente que valore el dolor de 0 a 10. No dolor=0; dolor leve=1,2; moderado=3-5; intenso=6-8; insoportable=9-10.
2. **Escala visual analógica (EVA).** Un extremo representa la ausencia de dolor y el otro el dolor máximo. Ambos están unidos por una línea horizontal, de 10 cm. Se explica el procedimiento y se invita al paciente a señalar en la escala cuánto dolor tiene. Según el cm que haya señalado el paciente, el valor de dicho autoinforme se extrapola a un valor numérico que será: no dolor=0; dolor leve=1,2; moderado=3-5; intenso=6-8; insoportable=9-10.



3. **Escala Facial de Dolor (Faces Pain Scale) de Wong-Baker.** Se recomienda cotejar los datos del autoinforme con una escala conductual y/o parámetros fisiológicos para una mejor evaluación. Cada cara tiene una puntuación asociada, estas son no dolor=0; dolor leve=1,2; moderado=3-5; intenso=6-8; insoportable=9-10.



4. Evaluación del dolor en la demencia avanzada-PAINAD

Esta herramienta se utiliza para detectar conductas relacionadas con el dolor y evaluar el dolor en los adultos que tienen demencia o deterioro cognitivo, incapaces de comunicar su dolor de manera fiable.

Valoración: 0 puntos=No dolor. 1-3 puntos = dolor leve. 4-6 puntos = dolor moderado. 7-10 puntos = dolor intenso. Observar a la persona durante 3-5 minutos durante el estado en reposo y luego durante la actividad / movimiento (tales como bañarse, giro, transferencia). Para cada elemento incluido en el PAINAD, seleccione el marcador (0, 1, 2) que refleja el estado actual de la conducta. Añadir la puntuación de cada tema para lograr una puntuación total.

Puntuaciones totales: Rango de 0 a 10 (sobre la base de una escala de 0 a 2 para cinco puntos), con un puntaje más alto indica un dolor más severo (0 = "sin dolor" a 10 = "dolor severo").

| Escala de dolor PAINAD: 48 horas | | Puntuación | |
|--|--|------------|-------|
| RESPIRACION independiente de la verbalización-vocalización del dolor | 0 NORMAL | Basal: | |
| | 1 Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos hiperventilación. 2 Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes | Aseo: | |
| VOCALIZACION VERBALIZACION NEGATIVA | 0 NINGUNA | Basal: | |
| | 1 Gemidos o quejidos ocasionales. Habla volumen bajo o con desaprobación. 2 Llamadas agitadas, repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto | Aseo: | |
| EXPRESION FACIAL | 0 Sonriente o inexpresivo | Basal: | |
| | 1 Triste. Atemorizado. Ceño fruncido. 2 Muecas de disgusto y desaprobación. | Aseo: | |
| LENGUAJE CORPORAL | 0 Relajado | Basal: | |
| | 1 Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos. 2 Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física. | Aseo: | |
| CAPACIDAD DE ALIVIO | 0 No necesita que se le consuele. | Basal: | |
| | 1 Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole. 2 Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle. | Aseo: | |
| PUNTUACION TOTAL | | Basal: | Aseo: |

ANEXO III: Registro valoración de la intensidad del dolor: Formulario de constantes vitales

Nueva Toma - Constantes Vitales - 2538719 - PRUEBA NAÑA, PEPA

APOSITO

Fecha Toma: 00/06/2012 Hora Toma: 02:22:04 Inmunes: Recibido Automático:

203719 - PEPA PRUEBA NAÑA

Peso: 52.0 18/03/2011 18:50 Temperatura: 36.8 18/03/2011 17:50
 Resultado mesor de caídas: Alto riesgo de caídas 06/12/2011 14:59 Dureza (Cardios): 2000 18/03/2011 17:50

CONSTANTES

| | | |
|---------------------------|--------|------------------|
| Temperatura (C°) | 36.0 | 18/03/2011 17:50 |
| Localización terna T° | Axilar | 18/03/2011 09:48 |
| TAS (mm Hg) | 155.0 | 18/03/2011 09:48 |
| TAD (mm Hg) | 90.0 | 18/03/2011 09:48 |
| TAB (mm Hg) | | |
| FC (p.m.) | | |
| Dolor | 4 | 18/06/2011 12:51 |
| FR (p.p.m.) | | |
| Saturación de Oxígeno (%) | | |
| Saturación de O2 (2) (%) | | |
| FiO2 | | |
| Oxigenoterapia | | |
| Valores FiO2 | | |
| Flujo en Litros | | |
| CPAP | | |
| Dureza | | |

Detalle de Dolor:

0 Ausencia de Dolor
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 Máximo Dolor Permisible para el Paciente

ANEXO IV: Agrupación de cuidados. Manejo del dolor.

Asignar Agrupaciones de Cuidados - Windows Internet Explorer

Proceso: CONSULTA - DERMATOLOGIA

Agrupaciones:

- 1. Respiración
- 2. Alimentación
- 3. Eliminación
- 4. Inodoro
- 5. Comer
- 6. Vestirse
- 7. Temperatura
- 8. Higiene y piel
- 9. Seguridad
- 10. Comunicación
- 11. Religión y creencias
- 12. Trabajar
- 13. Actividades lúdicas
- 14. Aprender

Cuidados:

| Código | Nombre | Descripción | Duración | Frecuencia |
|--------|--|-------------|----------|------------|
| | Valoración del dolor | | 0 | 0 |
| | Canalización de vía venosa con analge... | | 0 | 0 |
| | Valoración del dolor postanalgésico | | 0 | 0 |
| | Valoración del dolor después de proce... | | 0 | 0 |
| | Medidas analgésicas no farmacológicas | | 0 | 0 |

ANEXO V: TIPOS DE DOLOR.

- **Dolor agudo:** dolor de reciente aparición y de probable duración limitada. Normalmente tiene una relación temporal y causal identificable con una lesión o enfermedad.
- **Dolor crónico:** dolor que normalmente persiste más allá del tiempo normal de curación previsto ⁽¹⁹⁾ y con frecuencia no tiene una causa claramente identificable.
- **Dolor irruptivo:** Exacerbación intermitente del dolor que puede ocurrir de manera espontánea o en relación con algún tipo de actividad específica.
- **Dolor neuropático:** Dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción en el sistema nervioso; afecta al sistema nervioso periférico y/o central.⁽¹⁹⁾ El dolor neuropático suele describirse como un dolor agudo, quemante o punzante y suele asociarse a otros síntomas como el entumecimiento o el hormigueo en la zona afectada.
- **Dolor nociceptivo:** Dolor que implica un estímulo nocivo que daña los tejidos normales y la transmisión de este estímulo en un sistema nervioso que funcione con normalidad.⁽¹⁹⁾ Dolor nociceptivo que aparece tras un procedimiento doloroso como es la cirugía y que con frecuencia se describe como agudo y molesto. El dolor de origen somático (p.ej.: dolor óseo) puede ser descrito como sordo o molesto y es fácilmente localizable. El dolor visceral (p.ej.: dolor hepático) es, por lo general, más difícil de localizar y a menudo se irradia a otros puntos distantes del origen.
- **Dolor relacionado con el movimiento:** Tipo de dolor irruptivo que está relacionado con una actividad específica, como comer, defecar, caminar. También se conoce como dolor incidental.

ANEXO VI: Educación al paciente. Técnicas de relajación para el manejo del dolor. ⁽²⁰⁾

Ejercicios de respiración profunda.

La respiración completa le ayuda a usar más los pulmones y a estar en contacto con el ritmo de su respiración. Puede practicarla en cualquier posición, pero es mejor si lo hace acostado boca arriba, con las rodillas dobladas. Practique la respiración completa diariamente durante varias semanas hasta que pueda hacerla casi en cualquier lugar.

En la respiración completa, siempre inhale por la nariz y exhale por la boca. Al exhalar, haga un sonido silbante.

- Colóquese la mano izquierda sobre el vientre y la derecha sobre el pecho. Observe cómo se mueven las manos al inhalar y exhalar.
- Inhale para llenar la parte baja de los pulmones. El abdomen empuja la mano izquierda cuando lo hace. La mano derecha no debe moverse. Después exhale. La mano izquierda desciende conforme baja el vientre. Haga esto 8 a 10 veces.
- Después inhale como lo hizo antes, pero no pare cuando ascienda la mano izquierda. Siga inhalando. Sentirá la parte superior de su pecho expandir y empujar su mano derecha hacia arriba. La mano izquierda desciende un poco conforme baja el vientre.
- Exhale lentamente a través de la boca. Al exhalar, sienta la tensión que abandona su cuerpo. Las dos manos descienden.
- Haga esto durante 3 a 5 minutos. Observe cómo el vientre y el pecho se muevan como en olas, subiendo y bajando en un movimiento uniforme.

Advertencia: Algunas personas se marean las primeras veces que hacen respiración completa. Si empieza a respirar muy rápidamente o se siente aturdido, respire más despacio. Levántese poco a poco.

Técnicas de relajación muscular.

El cuerpo podría responder al estrés tensándose, lo cual puede causar dolor. Si usted aprende a relajar los músculos, puede reducir la tensión muscular y la ansiedad. La relajación muscular progresiva es un ejercicio que le ayuda a lograrlo.

En la relajación muscular progresiva hay que tensar grupos relacionados de músculos y después relajarlos. Puede usar un casete o disco compacto de relajación que lo guíe a través de los grupos de músculos. También puede aprenderse los grupos musculares y recorrerlos de memoria.

Encuentre un lugar tranquilo donde nadie le moleste. Asegúrese de que pueda acostarse boca arriba con comodidad.

Con cada grupo muscular:

- Inspire y tense los músculos de ese grupo de 4 a 10 segundos. Haga tensión fuerte, pero no al grado de causarse un calambre.
- Después exhale mientras relaja de golpe y por completo los músculos de ese grupo. No los relaje poco a poco.
- Descanse de 10 a 20 segundos.

Éstos son los grupos de músculos:

Manos y brazos

- Manos: Empuñe la mano con fuerza.

- Muñecas y antebrazos: Ténselos y doble las manos hacia atrás por la muñeca.
- Bíceps y parte superior del brazo: Empuñe las manos, doble los brazos por el codo y tense los bíceps.
- Hombros: Encójase de hombros.

Cabeza y cuello

- Frente: Frunza el ceño con fuerza.
- Alrededor de los ojos y el puente de la nariz: Cierre los ojos lo más apretadamente posible. Si usa lentes de contacto, quíteselos antes de empezar el ejercicio.
- Mejillas y mandíbulas: Sonría lo más ampliamente que pueda.
- Alrededor de la boca: Apriete fuertemente los labios.
- Nuca: Oprima la cabeza contra el piso.
- Cuello: Tóquese el pecho con la barbilla.

Cuerpo superior

- Pecho: Haga una respiración profunda, retenga el aire y después exhale.
- Espalda: Arquee la espalda hacia arriba, separándola del piso.
- Abdomen: Súmalo con toda la fuerza.

Cuerpo inferior

- Caderas y nalgas: Oprima las nalgas (glúteos) con fuerza.
- Muslos: Apriételes fuertemente.
- Parte inferior de las piernas: Estire los talones hacia afuera y flexione los dedos de los pies hacia arriba, como si quisiera tocarse las espinillas. Después estírelos al lado contrario y dóblelos hacia abajo.

Es posible que sienta sueño después de hacer este ejercicio. Para "despertar" el cuerpo, cuente hacia abajo del 5 al 1. Después mueva los dedos, las manos y los pies. Finalmente, estírese y mueva todo el cuerpo. Asegúrese de estar alerta antes de conducir o hacer otras actividades.

19.VIGENCIA

Este protocolo se revisará en el plazo máximo de tres años (2016).

20. BIBLIOGRAFÍA

- (1) IASP Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249 – 252.
- (2) Miró J (Ed.). *Dolor crónico: Procedimiento de evaluación e intervención psicológica*. Barcelona: Desclée de Brouwer; 2004.
- (3) Padrol A, Pérez-Esquiva M, Olona M, Francesch A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 555 – 561.
- (4) Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S, Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(6): 314 – 322.
- (5) Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2001; 8: 194 – 211.
- (6) Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11:197 – 202.
- (7) Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C. Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000; 44 (1): 58 – 62.
- (8) Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T. Quality management in postoperative pain therapy *Anaesthesist*. 2001; 50 (9): 661 – 670.
- (9) Balibrea JL, López-Timoneda F, Acín F, Cabero L, Moreno-González A, Ayala LE. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo periquirúrgico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;15(4): 209 – 218.
- (10) Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 2002; 95 (3): 627 – 634.
- (11) Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign. *Nurs Clin North Am*. 2000; 35(2): 375 – 383.
- (12) Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Valoración y manejo del dolor*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2002.
- (13) Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor Postoperatorio. *Alteraciones Fisiopatológicas y sus repercusiones*. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000; 7:465-476.
- (14) Rodríguez Franco I, Cano García J. Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en Dolor*. 2001; 2(4): 279-288.
- (15) Comeche Moreno MI, Vallejo Pareja MA. Dolor Crónico. En: Vallejo Pareja MA (dir.). *Manual de terapia de Conducta. Volumen II*. Madrid. Ed. Dykinson. 2005: 340-370.
- (16) Benito G, Nadador V, Fernández-Alcantud J, Hernández-Salvan J, Ruiz-Castro M, Riquelme I. Intervenciones del Psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Rev. Soc. Esp. Dolor* . 2006;13(4): 254-262.
- (17) Carapia-Sadurni A, Mejía-Terrazas GE, Nacif-Gobera L, Hernández-Ordóñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Rev Mex Anest*. 2011; 34 (4): 260-263.
- (18) Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association* 2003; 4:9-15.
- (19) Merskey H, Bogduk N. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. En: Merskey H, Bogduk N (Eds.). *Classification of chronic pain, IASP task force on taxonomy* (2 ed). Seattle, WA: IASP Press; 1994; pp. 209 – 214.
- (20) Técnicas de relajación para el manejo del dolor crónico. [Consultado 10 de septiembre 2013] Disponible en: www.serviciodepromociondelasalud.es/articulos/23-tecnicas-de-relajacion-para-el-manejo-del-dolor-cronico