

VALORACIÓN DEL DOLOR

Centro:	Hospital Virgen del Puerto
Autores:	Toribio Felipe, Rosaura. Castellote Caballero, María Isabel
Aprobación:	Octubre de 2006
1ª Revisión:	Junio de 2009
Próxima Revisión:	Junio de 2011

DEFINICIÓN

Procedimiento mediante el cual se pretende conocer la etiología, intensidad, localización, comienzo y duración del dolor que presenta el paciente para el alivio o disminución del mismo a un nivel de tolerancia aceptable para él.

OBJETIVOS

- Obtener información subjetiva por parte del paciente, a través de manifestaciones verbales o escritas.
- Conseguir información objetiva, mediante:
 - a) Observación de la conducta del paciente con dolor.
 - b) Utilización de instrumentos para medir las respuestas autonómicas asociadas al dolor.
- Determinar el grado de alivio tras la administración de la terapia farmacológica y no farmacológica, de cara a valorar la eficacia de una pauta terapéutica.

INDICACIONES

- Valorar a todos los pacientes que se encuentren en situación de riesgo de padecer dolor al menos una vez al día (mientras se realizan otros procedimientos rutinarios), preguntando al propio paciente o al familiar/cuidador sobre la presencia de dolor, disconfort o malestar. En aquellas situaciones en las que el individuo no pueda expresarse verbalmente, deben utilizarse indicadores comportamentales para identificar la presencia de dolor (IV).

- Reevaluar el dolor de forma periódica, en función del tipo, la intensidad del dolor y el plan de tratamiento (**IV**):
 - En cada nueva queja de dolor.
 - Tras la realización de un procedimiento doloroso.
 - Cuando aumente de intensidad.
 - Cuando el dolor no se alivia tras la puesta en marcha de estrategias eficaces.
 - Después de que la intervención terapéutica ha alcanzado su pico de efecto:
 - 15-30 minutos después de terapia analgésica por vía parenteral.
 - 1 hora después de la administración de analgésicos de liberación inmediata.
 - 4 horas después de la administración de analgésicos de liberación sostenida o parche transdérmico.
 - 30 minutos después de intervención no farmacológica.
 - Dolor agudo post-operatorio debe ser evaluado periódicamente según lo determine:
 - La cirugía realizada y la gravedad del dolor.
 - Con cada nueva demanda por dolor, o la aparición de dolor irruptivo¹.
 - Después de la administración de analgesia, según el tiempo máximo de efecto.
- La aparición inesperada de dolor intenso, especialmente si es repentino o está asociado a alteraciones de los signos vitales, como hipotensión, taquicardia o fiebre, debe ser evaluado inmediatamente (**IV**).

MATERIAL

- Hoja de evolución de enfermería.
- Registro de valoración del dolor:
 - Valoración del dolor en el Neonato (*Premature Infant Pain Profile*) (PIPP) (**Anexo I**)
 - Valoración del dolor en niños (*Escala Universal de Valoración del Dolor*) (**Anexo II**)
 - Valoración del dolor en adultos (*Escala universal de Valoración del Dolor II*) (**Anexo III**)
 - Hoja de valoración y seguimiento del dolor (**Anexo IV**)
 - Valoración del dolor mediante la observación en el paciente crítico (*The Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT)) (**Anexo V**).
 - Valoración del dolor en pacientes con demencia (*Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD)) (**Anexo VI**)

¹ Dolor irruptivo: es la exacerbación transitoria del dolor que se produce por encima del dolor persistente estable.

CUIDADOS ENFERMEROS

- En los pacientes con capacidad cognitiva conservada, la fuente primaria de datos para la evaluación del dolor debe ser siempre el autoinforme verbal. En aquellas personas que no puedan expresar el dolor, los datos serán aportados por la familia o cuidador (IV).
- La evaluación del dolor también debe incluir indicadores fisiológicos y comportamentales, especialmente en los lactantes, niños, personas con deterioro cognitivo y en personas con dolor agudo (IV).

Situaciones Especiales

- **Neonatos:**

- La herramienta de valoración del dolor utilizada debe ser multidimensional, incluyendo indicadores fisiológicos y de comportamiento como:

Cambios fisiológicos	Cambios de comportamiento
<ul style="list-style-type: none"> → Aumento de la frecuencia cardíaca. → Aumento de la frecuencia respiratoria. → Aumento de la presión arterial. → Disminución de la saturación de oxígeno. → Tono vagal. → Sudoración palmar. → Aumento de las concentraciones plasmáticas de cortisol o catecolaminas. 	<ul style="list-style-type: none"> → Cambios en las expresiones faciales: <ul style="list-style-type: none"> • Fruncimiento de la frente con protrusión de cejas. • Ojos cerrados con párpados muy apretados. • Surco nasolabial marcado. • Labios abiertos. • Boca angulosa estirada en posición vertical. • Boca estirada en posición horizontal. • Lengua tensa y curva. → Movimientos corporales. <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos vigorosos y difusos de las extremidades. • Agitación, con extensión de los dedos. • Arqueamiento de la espalda → Llanto (tono alto, menos melodioso, más intenso y prolongado que otros tipos de llanto)

- Durante los episodios de dolor prolongado, los recién nacidos pueden presentar un estado de pasividad con signos indicativos de una notable conservación de la energía, evidenciado por:
 - Escasos movimientos corporales.
 - Cara inexpresiva.
 - Disminución del ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria variable.
- **En los niños:**
 - En niños con tres años o más, en primer lugar se debe intentar obtener autoinforme del dolor (**A**).
 - Preguntar a los padres sobre aquellas palabras que el niño podría utilizar para describir el dolor, o aquellas señales o comportamientos indicativos de dolor (**IV**).
- **En los ancianos frágiles, o en pacientes con incapacidad para comunicarse:**
 - En primer lugar se debe intentar obtener autoinforme del dolor de todos los pacientes (incluido los pacientes con demencia leve a moderada) (**A**). Un informe de autoevaluación del dolor de un paciente con limitaciones verbales y cognitivas pueden ser una simple vocalización de sí o no.
 - En aquellos pacientes que no puedan expresar verbalmente el dolor, se debe valorar la presencia de dolor a través de los siguientes indicadores (**IV**):
 - Afirmaciones de dolor.
 - Diagnóstico de enfermedad crónica dolorosa.
 - Historia de dolor crónico no expresado.
 - Toma de medicación analgésica durante más de 72 horas.
 - Comportamientos que reflejen angustia o muecas faciales.
 - Indicaciones por parte de la familia o cuidador de presencia de dolor evidenciada a través de la observación.
 - Se debe observar la presencia de comportamientos relacionados con el dolor durante el movimiento (Ej., al caminar, durante las transferencias) (**A**).
 - También debe observarse los comportamientos y expresiones (verbales y no verbales) relacionados con el dolor, así como los cambios en el comportamiento normal (**A**).

Expresiones faciales	Verbalización, vocalizaciones
- Ceño fruncido, expresión triste, expresión de miedo	- Suspiros, gemidos, quejidos
- Muecas, frente arrugada, ojos cerrados o apretados	- Gruñidos, cantar, gritos
- Cualquier expresión distorsionada	- Respiración ruidosa
- Rápido parpadeo	- Peticiones de ayuda
	- Verbalización abusiva

<p>Cambios en las interacciones interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agresivo, hostil, resistente a los cuidados - Disminución de las interacciones sociales - Comportamientos socialmente inadecuados, perturbador - Retraído 	<p>Cambios en los patrones de actividad o rutinas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechazo a los alimentos, cambio de apetito - Aumento de los períodos de reposo - Sueño, cambios de patrón de descanso - El cese repentino de las rutinas habituales - Aumento de la deambulaci3n
<p>Movimientos corporales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rigidez, postura corporal tensa, posici3n de defensa. - Inquietud - Paso r1pido, balanceo - Restricci3n de movimientos - Cambios en la movilidad o la marcha 	<p>Cambios de estado mental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llanto o sollozo - El aumento de la confusi3n - Irritabilidad o angustia
<p>Nota: Algunos pacientes pueden demostrar pocos o ning3n comportamiento espec3fico asociado con dolor.</p>	

▪ **Dolor cr3nico y persistente:**

- Los siguientes par1metros deben ser monitorizados de forma permanente en situaciones de dolor persistente **(IV)**:
 - Intensidad actual del dolor, calidad y ubicaci3n.
 - Intensidad de dolor en el peor de los casos en las 3ltimas 24 horas, en reposo y en movimiento;
 - Medidas que han logrado reducir el dolor (reducci3n de la intensidad del dolor en la escala).
 - Obst1culos a la aplicaci3n del plan de tratamiento.
 - Los efectos del dolor en las actividades de la vida diaria, el sueño y en el estado de 1nimo.
 - Efectos adversos de los medicamentos para el tratamiento del dolor (por ejemplo, n1useas, estreñimiento).
 - Nivel de sedaci3n.
 - Estrategias utilizadas para aliviar el dolor, farmacol3gicas y no farmacol3gicas **(III)**.

PARÁMETROS A MONITORIZAR

Los siguientes parámetros son parte de una evaluación del dolor:

- Examen físico (**A**).
- Localización del dolor (**IV**).
- Nivel de dolor en reposo y durante la actividad (**IV**).
- Uso de fármacos (**IV**).
- **P** - Factores precipitantes (**IV**).
- **Q** - Calidad de dolor (Ej. ¿qué expresiones utiliza la persona para describir el dolor? - Dolor palpitante) (**IV**).
- **R** - Irradiación de dolor (¿el dolor se extiende a otra zona?) (**IV**).
- **S** - Severidad del dolor (intensidad, escala de 0-10) (**IV**).
- **T** - Tiempo (ocasional, intermitente, constante) (**IV**).
- Pruebas de diagnóstico y de laboratorio (**III**).
- Comprensión de la enfermedad actual y efecto (**IV**).
- Sentimientos de angustia causados por el dolor (**IV**).
- Las respuestas de afrontamiento al estrés y el dolor (**IV**).
- Efectos sobre las actividades de la vida diaria (especialmente en los ancianos frágiles) (**A**).
- Efectos psicosociales y espirituales (**IV**).
- Variables psico-sociales (ansiedad, depresión) (**A**).
- Factores situacionales y culturales, el idioma, los factores étnicos, económicos (**IV**).
- Medidas de alivio del dolor (tanto tradicionales como alternativos o complementarios) (**IV**).
- Preferencias y expectativas / creencias / mitos sobre los métodos de gestión del dolor, así como el conocimiento de estrategias de manejo del dolor (**B**).

RESULTADOS ESPERADOS

- Conseguir un adecuado conocimiento y control del dolor.

A TENER EN CUENTA

- Dolor en Neonatos:

Los episodios dolorosos prolongados o de repetición pueden provocar un aumento de la respuesta a futuros estímulos dolorosos (hiperalgesia), e incluso a estímulos no dolorosos (alodinia).

- Dolor en Niños:

La habilidad para indicar el estímulo doloroso surge aproximadamente a los 2 años de edad. Los niños de 3 años de edad tienen el desarrollo suficiente para poder cuantificar dolor por medio de una escala simple adaptada y validada.

– **Dolor en pacientes con demencia:**

A pesar de los cambios en el funcionamiento del sistema nervioso central, las personas con demencia sigue experimentando la sensación dolorosa en un grado similar al de los adultos mayores sin afectación cognitiva. Sin embargo, la demencia afectan a la interpretación estímulo doloroso y a la respuesta afectiva.

La aparición de un comportamiento inusual en un paciente con demencia avanzada debe hacer pensar en el dolor como una posible causa. **(A)**

→ Demencias Leves – Moderadas: estos pacientes tienen conservada su capacidad de verbalización para expresar dolor. El abordaje debe ser similar que en los cognitivamente conservados. Las escalas a utilizar serán simples y dirigidas a valorar la intensidad del dolor **(IIA)**.

En aquellos pacientes con deterioro cognitivo leve o moderado, las preguntas deben ser simples y cerradas, acerca de la localización, intensidad y resto de características clínicas, y formularse en el tiempo presente **(B)**.

→ Demencias Moderadas – Avanzadas: Estos pacientes tendrán habitualmente muchas dificultades para expresar su dolor y/o para comprender la explicación y uso de una escala autoadministrada **(A)**.

– **Signos fisiológicos del dolor:**

Las utilización como indicador primario del dolor de las variaciones en los signos vitales, puede ser engañoso ya que estos cambios también pueden ser debidos a las condiciones fisiológicas, cambios homeostáticos, y los medicamentos. Existen pruebas limitadas para recomendar el uso de los signos vitales como un único indicador de dolor. **(C)**

La aparición inesperada de dolor o el dolor que aumenta de repente, sobre todo cuando se acompaña de otros cambios, puede ser una señal de que su situación clínica ha cambiado.

– **Reevaluaciones:**

Se debe utilizar la misma escala de valoración cuantitativa del dolor en la evaluación inicial y en las evaluaciones de seguimiento **(A)**.

Las escalas permiten comparar el dolor en diferentes momentos en el mismo paciente, pero no pueden emplearse para hacer comparaciones de un paciente a otro.

Niveles de Evidencia

Nivel	Descripción
I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.
II	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.
III.1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

III.2	Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
III.3	Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.
IV	Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Grados de recomendación

Recomendación	Descripción
A	Efectividad demostrada para su aplicación
B	Grado de efectividad establecido que indica considerar su aplicación
C	Efectividad no demostrada.
D	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
E	Buena evidencia para apoyar una recomendación en contra de su uso.

BIBLIOGRAFÍA

- Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C and Prieto J. Pain assessment (II). Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 109-121. (Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_06.pdf).
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Assessment and management of pain: supplement. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2007 Feb. 27 p. (Disponible en: http://www.rnao.org/Storage/29/2351_BPG_Pain_and_Supp.pdf)
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute Pain Management: Scientific Evidence. 2º ed. 2005. (Disponible en: <http://www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/acutepain.pdf>).
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics Section on Surgery, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain in the neonate: an update. Pediatrics Vol. 118, Nr 5, November 2006:2231-41. (Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;118/5/2231.pdf>).

- Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute Pain Management: Scientific Evidence. National Health and Medical Research Council. Australian Government. June 2005 (Disponible en: <http://www.nhmrc.gov.au/PUBLICATIONS/synopses/files/cp104.pdf>).
- Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. American Society for Pain Management Nursing. Pain Management Nursing, Vol 7, No 2 (June), 2006: pp 44-52. (Disponible en: <http://www.aspmn.org/Organization/documents/NonverbalJournalFINAL.pdf>).
- AGS panel of Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. American Geriatrics Society, JAGS June 2002, Vol 50, S205-s224. (Disponible en: <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/JGS5071.pdf>).
- Pun BT, Dunn J. The Sedation of Critically Ill Adults: Part 1: Assessment. American Journal of Nursing, July 2007 t Vol. 107, No. 7 (Disponible en: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=727897>).
- Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adult Patients. American Journal of Critical Care. 2006;15: 420-427 (Disponible en: <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/content/full/15/4/420?ijkey=4544e9f32a81b0861982b2eab22bbad224e23429>).
- Vázquez Calatayuda M; Pardavila Belioa MI; Lucia Maldonado M; Aguado Lizaldrea Y; Coscojuela MA; Asiain Erroa MC. Valoración del dolor durante el cambio postural en pacientes con ventilación mecánica invasiva. Enfermería Intensiva 2009;20(1):2-9.
- Puntillo K, Pasero K, Li D, Mularski RA, Jo Grap M, Erstad BL, et al. Evaluation of Pain in ICU Patients. Chest 2009;135;1069-1074 (Disponible en: <http://www.chestjournal.org/content/135/4/1069.full.html>).
- Gómez Busto F. Valoración del dolor en el anciano. Foro de geriatría AGURE. Jornadas de Geriatría de Vitoria – Gasteiz. Noviembre 2008 (Disponible en: http://www.foroagure.org/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=7&Itemid=52).

Valoración del Dolor en el Neonato (Premature Infant Pain Profile) (PIPP)

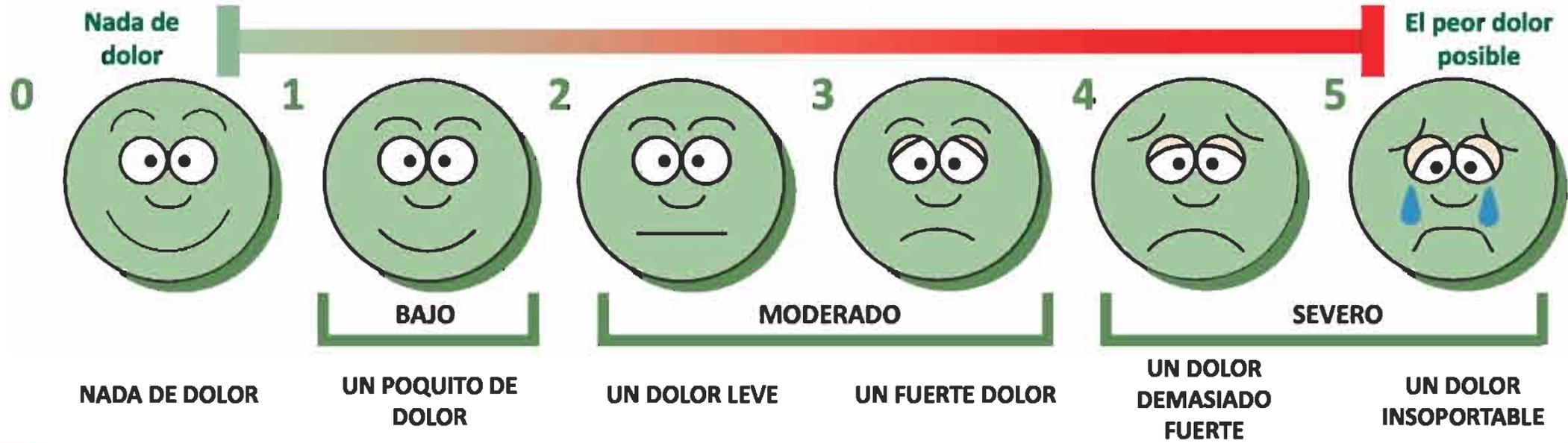
Indicador		Descripción	Puntuación	
	Gestación	≥ 36 semanas	<input type="checkbox"/>	0
		32 a < 36 semanas	<input type="checkbox"/>	1
		28 a < 32 semanas	<input type="checkbox"/>	2
		≤ 28 semanas	<input type="checkbox"/>	3
*15	Comportamiento	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	<input type="checkbox"/>	0
		Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	<input type="checkbox"/>	1
		Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	<input type="checkbox"/>	2
		Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales	<input type="checkbox"/>	3
**30 segundos	Aumento de la frecuencia cardiaca	0 – 4 latidos/minuto	<input type="checkbox"/>	0
		5 – 14 latidos/minuto	<input type="checkbox"/>	1
		15 – 24 latidos/minuto	<input type="checkbox"/>	2
		≥ 25 latidos/minuto	<input type="checkbox"/>	3
	Disminución SO₂	0 – 2,4%	<input type="checkbox"/>	0
		2,5 – 4,9%	<input type="checkbox"/>	1
		5 – 7,4%	<input type="checkbox"/>	2
		≥ 7,5%	<input type="checkbox"/>	3
	Entrecejo fruncido	0 – 3 segundos	<input type="checkbox"/>	0
		3 – 12 segundos	<input type="checkbox"/>	1
		> 12 – 21 segundos	<input type="checkbox"/>	2
		> 21 segundos	<input type="checkbox"/>	3
	Ojos apretados	0 – 3 segundos	<input type="checkbox"/>	0
		3 – 12 segundos	<input type="checkbox"/>	1
		> 12 – 21 segundos	<input type="checkbox"/>	2
		> 21 segundos	<input type="checkbox"/>	3
Surco nasolabial	0 – 3 segundos	<input type="checkbox"/>	0	
	3 – 12 segundos	<input type="checkbox"/>	1	
	> 12 – 21 segundos	<input type="checkbox"/>	2	
	> 21 segundos	<input type="checkbox"/>	3	
PUNTUACIÓN TOTAL				

* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso

** Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

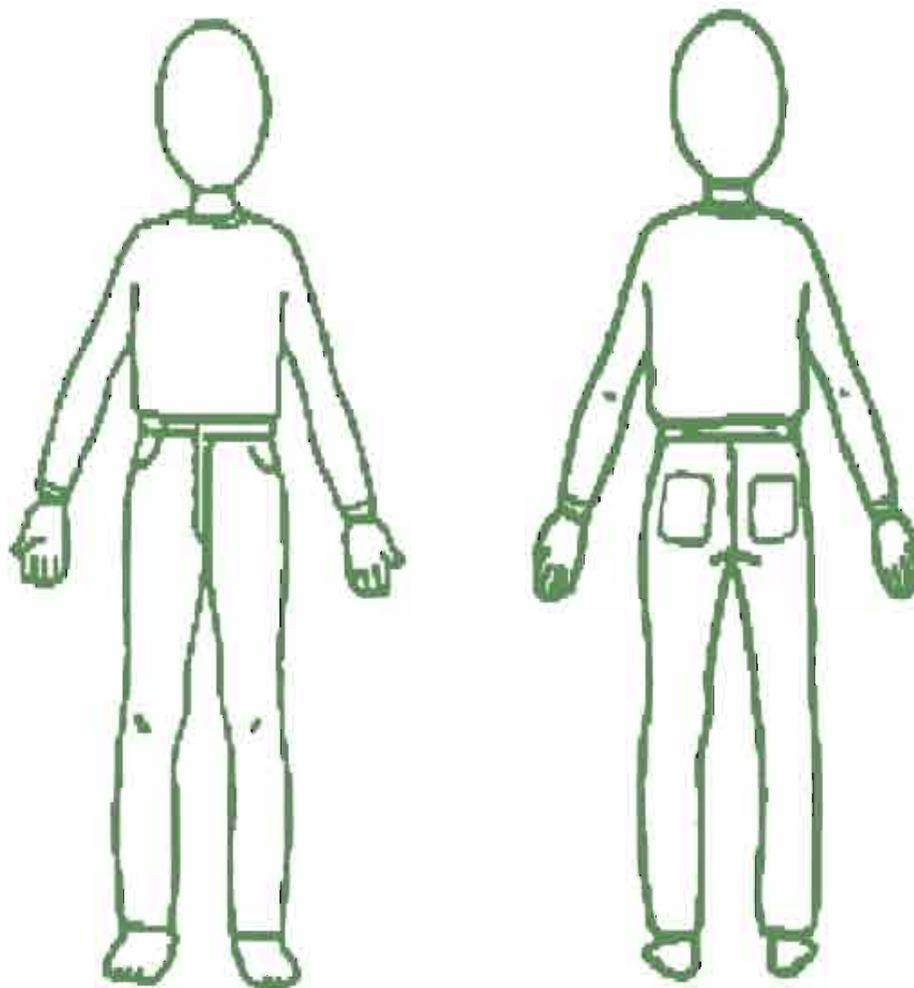


ESCALA UNIVERSAL DE VALORACIÓN DEL DOLOR



	SEM DOR	UM POUCO DE DOR	UMA DOR LEVE	UMA FORTE DOR	UMA DOR DEMASIADO FORTE	UMA DOR INSUPORTÁVEL
	RIEN DE DOULEUR	UN PETIT PEU DE DOULEUR	UNE LÉGÈRE DOULEUR	UNE FORTE DOULEUR	UNE DOULEUR TROP FORTE	UNE DOULEUR INSUPPORTABLE
	ANYTHING OF PAIN	A LITTLE OF PAIN	A LIGHT PAIN	A STRONG PAIN	A TOO STRONG PAIN	AN UNBEARABLE PAIN
	NIENTE DI DOLORE	UN PO'DI DOLORE	UN DOLORE LIEVE	UN FORTE DOLORE	UN DOLORE TROPPO FORTE	UN DOLORE INSOPPORTABILE
	NICI O DURERE	O PIC DE DURERE	O UȘOARĂ DURERE	O PUTERNIC DURERE	O DURERE PEA PUTERNIC	DURERE INSUPPORTABILE
	مَا مِنْ شَيْءٍ مِنَ الْأَلَمِ	قَلِيلٌ مِنَ الْأَلَمِ	أَلْمٌ خَفِيفٌ	أَلْمٌ وَ وَجَعٌ قَوِي	أَلْمٌ وَ وَجَعٌ قَوِي جَدًّا	أَلْمٌ لَا يُطَاقُ

ESCALA UNIVERSAL DE VALORACIÓN DEL DOLOR



LOCALIZACIÓN

INSTRUCCIONES

TERMÓMETRO DEL DOLOR:

Indicado: 3 años o más.

Pedir al niño que señalen una línea sobre el sobre el termómetro para indicar la intensidad del dolor.



ESCALA FACIAL DE WONG-BAKER:

Indicado: 3 años o más.

Explicar al niño que cada una de las caras corresponde a alguien que se siente feliz porque no siente dolor (daño), o que está triste porque siente algo de dolor o mucho.

Cara 0: se siente muy feliz porque no le duele nada en absoluto.

Cara 5: Le duele tanto como pueda imaginar, aunque no tiene que llorar para encontrarse así de mal.

Pedir al niño que elija la cara que mejor represente como se siente.

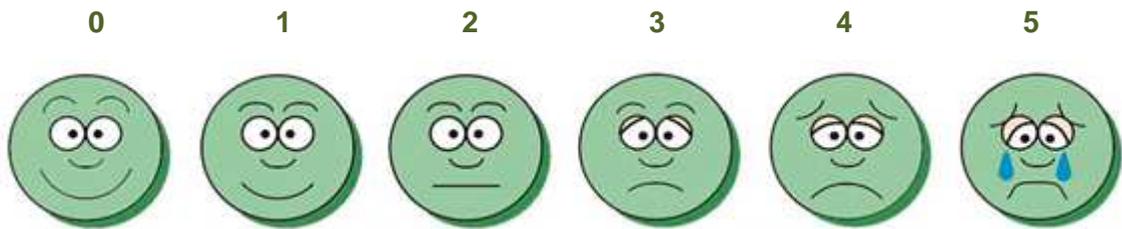
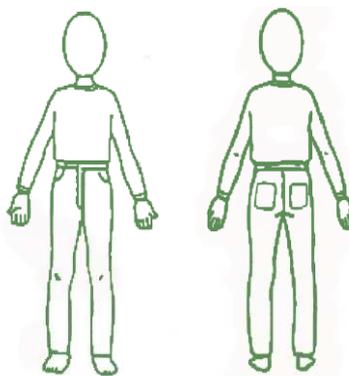


FIGURA DEL LÍMITE CORPORAL:

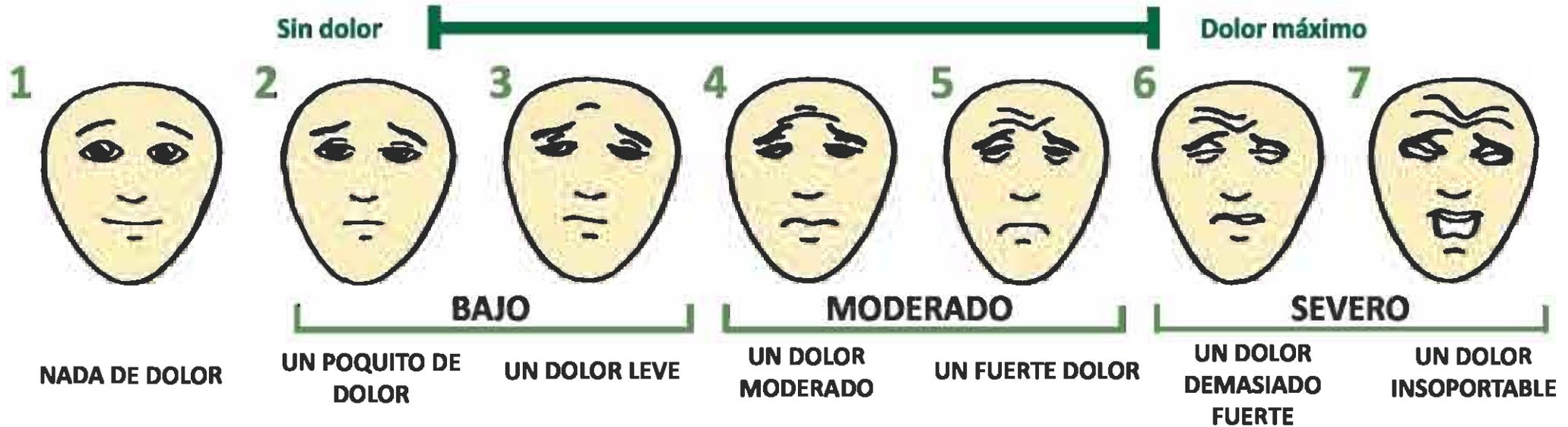
Indicado: Más de 3 años. Especialmente útil entre los 5 y 7 años de edad.

Determina la localización del dolor.

Se pide al niño que coloreé la/s zonas del cuerpo que le duelen. Se pueden emplear diferentes colores para representar la diferente intensidad del dolor.

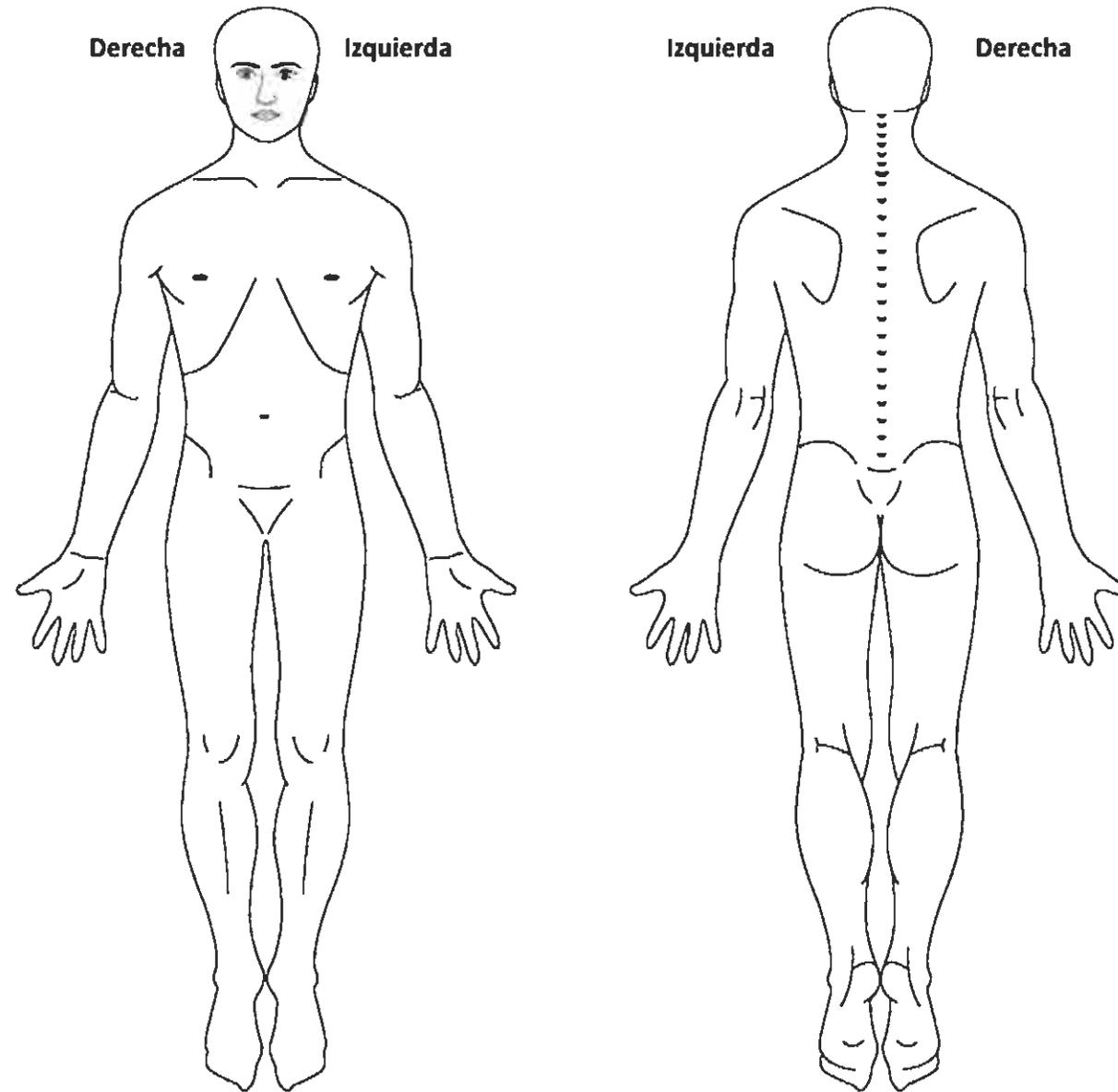


ESCALA UNIVERSAL DE VALORACIÓN DEL DOLOR



	SEM DOR	UM POUCO DE DOR	UMA DOR LEVE	UMA DOR MODERADO	UMA FORTE DOR	UMA DOR DEMASIADO FORTE	UMA DOR INSUPORTÁVEL
	RIEN DE DOULEUR	UN PETIT PEU DE DOULEUR	UNE LÉGÈRE DOULEUR	UNE MODÉRÉE DOULEUR	UNE FORTE DOULEUR	UNE DOULEUR TROP FORTE	UNE DOULEUR INSUPPORTABLE
	ANYTHING OF PAIN	A LITTLE OF PAIN	A LIGHT PAIN	A MODERATE PAIN	A STRONG PAIN	A TOO STRONG PAIN	AN UNBEARABLE PAIN
	NIENTE DI DOLORE	UN PO' DI DOLORE	UN DOLORE LIEVE	UN DOLORE MODERATO	UN FORTE DOLORE	UN DOLORE TROPPO FORTE	UN DOLORE INSOPPORTABILE
	NICI O DURERE	O PIC DE DURERE	O UȘOARĂ DURERE	O MODERATĂ DURERE	O PUTERNIC DURERE	O DURERE PEA PUTERNIC	DURERE INSOPORTABILE
	مَا مِنْ شَيْءٍ مِنَ الْأَلَمِ	قَلِيلٌ مِنَ الْأَلَمِ	أَلَمٌ خَفِيفٌ	أَلَمٌ مُتَوَسِّطٌ	أَلَمٌ وَوَجَعٌ قَوِي	أَلَمٌ وَوَجَعٌ قَوِي جَدًّا	أَلَمٌ لَا يُطَاقُ

ESCALA UNIVERSAL DE VALORACIÓN DEL DOLOR



LOCALIZACIÓN

INSTRUCCIONES

INTENSIDAD (ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA))

Consiste en una línea de 10 centímetros, en la cual el extremo izquierdo significa nada de dolor y el extremo derecho dolor máximo o el peor dolor imaginable; en esta escala el paciente debe indicar cuánto le duele.

Tras la anotación del paciente se medirá con una regla la distancia desde el extremo izquierdo hasta el punto señalado por el paciente, indicando el resultado en milímetros.



- Interpretación:

- **0 – 5 mm**: no hay dolor (IV).
- **6 – 44 mm**: dolor leve (IV).
- **45 – 74 mm**: dolor moderado (IV).
- **Más de 70 mm**: dolor severo (IV).

ESCALA FACIAL

El paciente debe ver la figura sin números. Después el paciente debe indicar la figura que mejor representa su dolor, el valor numérico debe ser reflejado en la documentación clínica.

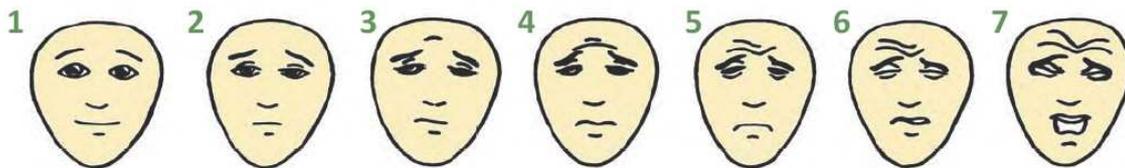
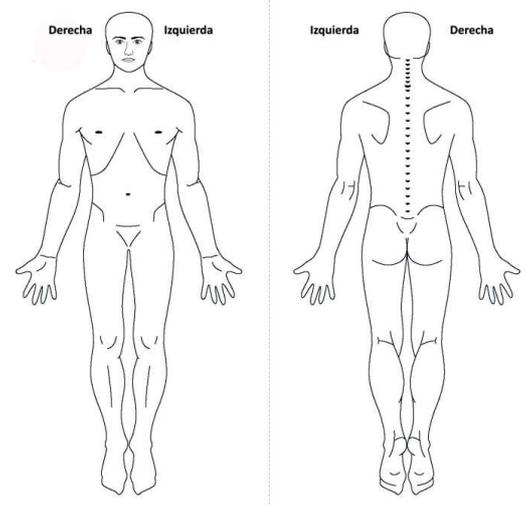


FIGURA DEL LÍMITE CORPORAL

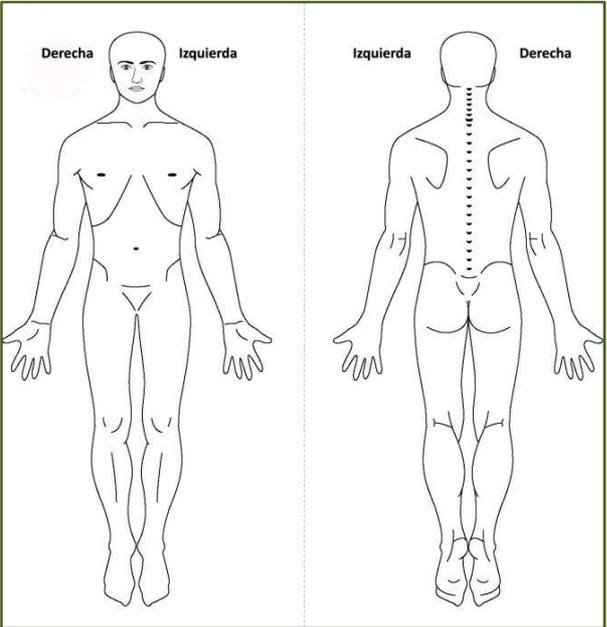
Indicar al paciente que sombreé o delimite el área dolorosa y señale con una **X** la zona donde el dolor es más intenso.

Identificar las características del dolor:

- Si el dolor es externo o superficial: **E**
- Si es interno o profundo: **I**
- Si es ambos: **EI**.



Nombre:	Unidad:	Habitación:
Diagnóstico:		

<p>Localización del Dolor:</p> <p>Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor.</p> <p>Si el dolor es externo: E Si es interno: I Si es ambos: EI.</p>	
<p>Descripción del dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico</p>	
<p> <input type="checkbox"/> Continuo <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Invariable <input type="checkbox"/> Breve <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Momentáneo <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otro: </p>	

Intensidad (Escala Visual Analógica (EVA))

Valoración pre-tratamiento	Sin dolor		Dolor máximo
	0		10

Calidad del dolor:

Signos Físicos:

Factores que lo agravan:

Factores que lo alivian:

Tratamiento:

Intensidad (Escala Visual Analógica (EVA))

Valoración post-tratamiento	Sin dolor		Dolor máximo
	0		10

EVA	INICIAL	Reevaluación 1	Reevaluación 2	Reevaluación 3	Reevaluación 4
	mm	mm	mm	mm	mm

INSTRUCCIONES

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR:

- Sombrear el área dolorosa y señalar con una **X** la zona donde el dolor es más intenso.
- Identificar las características del dolor:
 - Si el dolor es externo o superficial: **E**
 - Si es interno o profundo: **I**
 - Si es ambos: **EI**.

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR:

- **Dolor Agudo:** El dolor agudo se caracteriza por ser de reciente aparición y por lo general de causa identificada. Su inicio puede ser súbito o lento, de cualquier intensidad, de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.
- **Dolor Crónico:** El dolor crónico puede definirse como el dolor persistente o recurrente, con una duración que supera el curso normal de enfermedad o lesión aguda, o permanece por un tiempo superior a 6 meses, y que afecta negativamente al bienestar de la persona.

INTENSIDAD (ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA))

- Consiste en una línea de 10 centímetros, en la cual el extremo izquierdo significa nada de dolor y el extremo derecho dolor máximo o el peor dolor imaginable; en esta escala el paciente debe indicar cuánto le duele.
- Tras la anotación del paciente se medirá con una regla la distancia desde el extremo izquierdo hasta el punto señalado por el paciente, indicando el resultado en milímetros.
- Interpretación:
 - **0 – 5 mm:** no hay dolor (**IV**).
 - **6 – 44 mm:** dolor leve (**IV**).
 - **45 – 74 mm:** dolor moderado (**IV**).
 - **Más de 70 mm:** dolor severo (**IV**).

ANEXO V

Valoración del dolor mediante la observación en el paciente crítico (The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT))

Indicador	Descripción	Puntuación
Expresión facial	No se observa tensión muscular. Relajado	<input type="checkbox"/> 0
	Presencia de ceño fruncido, cejas bajadas, órbitas de los ojos contraídas. Tensa	<input type="checkbox"/> 1
	Todos los movimientos faciales anteriores, más y los párpados fuertemente cerrados. Muecas	<input type="checkbox"/> 2
Movimiento corporal	Sin ningún movimiento (no necesariamente significa que la ausencia de dolor). Ausencia de movimientos	<input type="checkbox"/> 0
	Movimientos lentos, cautelosos, se tocar o frotar la zona dolorosa, busca atención a través de los movimientos. Protección.	<input type="checkbox"/> 1
	Tira del tubo, trata de sentarse, mueve o golpea las extremidades, no sigue órdenes, llamando al personal, trata de salir de la cama. Inquietud	<input type="checkbox"/> 2
Tensión muscular (evaluado por flexión y extensión pasiva de extremidades)	Sin resistencia a los movimientos pasivos. Relajado	<input type="checkbox"/> 0
	Resistencia a los movimientos pasivos: Tenso, rígido.	<input type="checkbox"/> 1
	Fuerte resistencia a los movimientos pasivos, incapacidad para realizarlos de forma completa. Muy tenso o rígido	<input type="checkbox"/> 2
Adaptación al ventilador (pacientes intubados)	Las alarmas no se activan, fácil ventilación. Bien adaptado al ventilador.	<input type="checkbox"/> 0
	Alarmas por paradas espontáneas. Tose, pero tolerar ventilador	<input type="checkbox"/> 1
	Asincronía: el ventilador se para, las alarmas se activan con frecuencia. La lucha contra el ventilador	<input type="checkbox"/> 2
Vocalización (pacientes extubados)	Hablar en tono normal, o no articula sonido.	<input type="checkbox"/> 0
	Suspira, gime	<input type="checkbox"/> 1
	Gritos, sollozos	<input type="checkbox"/> 2
PUNTUACIÓN TOTAL		



Valoración del dolor en pacientes con demencia *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)*

Indicador	Descripción	Puntuación
Respiración (independiente de la vocalización)	Normal	<input type="checkbox"/> 0
	Respiración laboriosa esporádica. Cortos periodos de hiperventilación.	<input type="checkbox"/> 1
	Respiración laboriosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-stokes	<input type="checkbox"/> 2
Vocalización negativa	Ninguna	<input type="checkbox"/> 0
	Gemidos o lamentos esporádicos. Habla con volumen bajo o con desaprobación.	<input type="checkbox"/> 1
	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos o lamentos en volumen alto, llanto.	<input type="checkbox"/> 2
Expresión facial	Sonriente o inexpresiva	<input type="checkbox"/> 0
	Triste, asustada o ceñuda	<input type="checkbox"/> 1
	Muecas de disgusto o desaprobación.	<input type="checkbox"/> 2
Lenguaje Corporal	Relajado	<input type="checkbox"/> 0
	Tenso, de sufrimiento. Anda de un lado para otro, no deja de mover las manos.	<input type="checkbox"/> 1
	Rígido, puños cerrados, rodillas flexionadas. Agarra o empuja, agresividad física.	<input type="checkbox"/> 2
Capacidad de alivio	No necesita alivio	<input type="checkbox"/> 0
	Se distrae o tranquiliza por la voz o el contacto	<input type="checkbox"/> 1
	No es posible aliviarlo, distraerlo o tranquilizarlo.	<input type="checkbox"/> 2
PUNTUACIÓN TOTAL		

